



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
NÍVEL DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE PÚBLICA**



**FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E
À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
ADOLESCENTES ESCOLARES**

BÁRBARA SANTOS RIBEIRO

**JEQUIÉ- BA
2021**

BÁRBARA SANTOS RIBEIRO

**FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E
À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE
ADOLESCENTES ESCOLARES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora, como requisito parcial à obtenção do título de Doutorado em Ciências da Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery.

**JEQUIÉ- BA
2021**

R484f Ribeiro, Bárbara Santos.

Fatores associados aos transtornos mentais comuns e à qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares / Bárbara Santos Ribeiro.- Jequié, 2022.
155f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery)

1.Adolescentes 2.Transtornos mentais 3.Qualidade de vida relacionada à saúde 4.Estilo de vida I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

CDD – 613.043

Rafaella Cândia Portela de Sousa - CRB 5/1710. Bibliotecária – UESB - Jequié

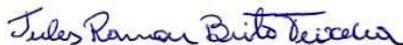
FOLHA DE APROVAÇÃO

RIBEIRO, BÁRBARA SANTOS. **Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns e à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adolescentes escolares.** 2021. Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-Bahia.



Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientador



Prof. Dr. Jules Ramon Brito Teixeira

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS



Prof. Dr. Hector Luiz Rodrigues Munaro

Programa de Pós-Graduação em Ensino
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB



Prof^ª. Dra. Ana Cristina Santos Duarte

Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Formação de Professores
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB



Prof. Dr. Cezar Augusto Casotti

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**JEQUIÉ- BA
2021**

AGRADECIMENTOS

À Deus por não me desamparar em nenhum momento. Gratidão por toda proteção, bênçãos e providências durante a trajetória do doutorado.

À minha família, meus avós, tios, mãe, irmãos, primos irmãos e ao meu esposo Danizio, por todo amor e sustentação.

Aos professores Dr. Eduardo Nagib Boery (orientador) e Dra. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery. Muito obrigada pelo acolhimento, confiança, prontidão, conselhos e amizade. Minha eterna gratidão!

Aos membros titulares e suplentes da banca examinadora, professores Hector Luiz Rodrigues Munaro, Jules Ramon Brito Teixeira, Ana Cristina Santos Duarte, Cezar Augusto Casotti, Jorge Costa do Nascimento e Vanda Palmarella Rodrigues pela disponibilidade e prontidão em contribuir com o trabalho.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, meu reconhecimento aos professores e servidores técnico-administrativos, pela convivência, oportunidade de aprendizado e amizade cultivada em todos esses anos de formação.

Ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia pela competência, seriedade, compromisso e disponibilidade em sempre atender os discentes da melhor forma possível.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de estudos concedida durante o período do doutorado.

Aos gestores da área da educação que abriram as portas de suas escolas para a nossa entrada e autorizaram a execução do projeto de pesquisa.

Aos pais que concederam autorização e seus respectivos filhos pela disponibilidade em participar da pesquisa. Sem vocês nada seria possível, nada teria sentido!

A todos os integrantes da equipe de coleta dos dados, Viviane, Indaiane, Camila, Roseane, Jonathas, Patrícia, Lidiane, Brisa, Micaela, Kleber, Welber, Danizio, Michele, Valdemir Junior, Andreia, Daniela, Geane, Ilaiane, Luciana, Janaí, Queline, Ana Vitória, Maria Natiele, Carine e Stela. Esta tese tem como alicerce o empenho, compromisso e trabalho de vocês!

Aos colegas do doutorado por todos os momentos de convívio acadêmico e pela troca de experiências. De maneira especial, às amigas Érica, Patrícia, Eliane e Carine. Vocês me permitiram alcançar altos voos. Amo vocês!

À Taiane Gonçalves Novaes pelas riquíssimas contribuições na análise estatística.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental: Loucos por Cidadania, coordenado pelas professoras Edite Lago da Silva Sena e Patrícia Anjos Lima de Carvalho, por terem permitido e auxiliado meus primeiros passos na pesquisa.

RIBEIRO, BÁRBARA SANTOS. **Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns e à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adolescentes escolares.** Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2021. 155p.

RESUMO

A adolescência consiste em uma fase na qual o indivíduo vivencia intensas experimentações e transformações que podem culminar no desenvolvimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e influenciar negativamente a percepção sobre a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). Diante de tal consideração, determinou-se como objetivo geral para o estudo: Analisar os fatores associados aos TMC e a QVRS de adolescentes escolares em um município do interior baiano”. Definiu-se como objetivos específicos: Estimar a prevalência de TMC e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano; avaliar a QVRS em adolescentes escolares e sua associação com TMC e Nível de Atividade Física (NAF); propor um programa de atenção integral à saúde mental e QVRS de adolescentes escolares. Estudo de abordagem quantitativa-qualitativa, realizado entre os anos de 2019 a 2021, com adolescentes escolares matriculados no ensino médio regular de escolas estaduais localizadas no município de Jequié-BA, gestores da área da educação e saúde, trabalhadores escolares e familiares de adolescentes. Identificou-se prevalência de 61,5% de TMC entre adolescentes escolares, com maior ocorrência entre filhos de mães que cursaram apenas ensino médio (RP=1,38 - IC_{95%} 1,10;1,73); entre os que informaram apenas 1 ou 2 refeições ao dia (RP=1,30 - IC_{95%} 1,06; 1,60); informaram doenças psíquicas (RP=1,80 - IC_{95%} 1,42;2,29); entre os que faziam uso de mais de um tipo de medicamento (RP=1,80 - IC_{95%} 1,10; 2,93), alegaram dificuldades para dormir (RP= 1,36 - IC_{95%} 1,11;1,68) e sonolência diurna (RP= 1,37 - IC_{95%} 1,13; 1,65). No que se refere a QVRS dos adolescentes, verificou-se uma percepção considerada negativa / ruim para todos os domínios. Na análise da associação entre TMC e QVRS, tanto na análise univariada quanto na multivariada, foi detectada correlação negativa para todos os domínios. Em relação à associação das variáveis NAF e QVRS, a análise univariada encontrou correlação positiva para todos os domínios, porém, na análise multivariada, apenas o domínio 1 (saúde e bem-estar) mostrou-se preditor. De posse dos resultados quantitativos, procedeu-se com proposta de criação do programa “Adolescer com Saúde”, idealizado numa perspectiva intersetorial. O programa favoreceu a aproximação entre profissionais de saúde, educação e familiares, promoveu capacitação em saúde mental e QVRS do adolescente, além de fomentar a corresponsabilização pela promoção da saúde desse público. Ressalta-se que todas as etapas da pesquisa obedeceram às normas impostas pelo Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Descritores: Adolescentes, Transtornos Mentais, Qualidade de vida Relacionada à Saúde, Estilo de Vida.

RIBEIRO, BÁRBARA SANTOS. **Factors associated with Common Mental Disorders and the Health-Related Quality of Life of Adolescent Schoolchildren** Thesis [Doctorate]. Nursing and Health Graduate Program, State University of Southwest Bahia, Jequié-BA. 2021. 155p.

ABSTRACT

Adolescence is a phase in which the individual experiences intense experimentation and transformations that can culminate in the development of Common Mental Disorders (CMD) and negatively influence the perception of Health-Related Quality of Life (HRQoL). In view of this consideration, the general objective for the study was determined: To analyze the factors associated with CMD and HRQoL of school adolescents in a municipality in the interior of Bahia". The following specific objectives were defined: To estimate the prevalence of CMD and associated factors in school adolescents in a city in the interior of Bahia; to evaluate the HRQoL in school adolescents and its association with CMD and Physical Activity Level (PAL); to propose a comprehensive care program for mental health and HRQoL of school adolescents. Study with a quantitative-qualitative approach, carried out between 2019 and 2021, with school adolescents enrolled in regular high school in state schools located in the municipality of Jequié-BA, managers in the area of education and health, school workers and adolescents' families. A prevalence of 61.5% of CMD was identified among school adolescents, with a higher occurrence among children of mothers who only attended high school (PR=1.38 - 95%CI 1.10;1.73); among those who reported only 1 or 2 meals a day (PR=1.30 - 95%CI 1.06; 1.60); reported psychological diseases (PR=1.80 - 95%CI 1.42;2.29); among those who used more than one type of medication (PR=1.80 - 95%CI 1.10; 2.93), claimed sleep difficulties (PR=1.36 -95%CI 1.11;1.68) and daytime sleepiness (PR= 1.37 - 95%CI 1.13; 1.65). With regard to the HRQoL of adolescents, there was a perception considered negative / bad for all domains. In the analysis of the association between CMD and HRQoL, both in the univariate and in the multivariate analysis, a negative correlation was detected for all domains. Regarding the association of PAL and HRQoL variables, the univariate analysis found a positive correlation for all domains, however, in the multivariate analysis, only domain 1 (health and well-being) proved to be a predictor. With the quantitative results in hand, a proposal was made to create the "Adolescer com Saúde" program, conceived in an intersectoral perspective. The program favored the approximation between health professionals, education and family members, promoted training in mental health and HRQoL of adolescents, in addition to promoting co-responsibility for promoting the health of this public. It is noteworthy that all stages of the research complied with the rules imposed by Resolution No. 466/2012 of the National Health Council.

Keywords: Adolescents, Mental Disorders, Health-Related Quality of Life, Lifestyle.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASM	American Academy of Sleep Medicine
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial do tipo II
CAPS ia	Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes
CEDMS	Colégio Estadual Doutor Milton Santos
CEJ	Colégio Estadual de Jequié
CELM	Colégio Estadual Luisa Mahim
CELNB	Colégio Estadual Luiz Navarro de Brito
CELVF	Colégio Estadual Luiz Viana Filho
CEMJLS	Colégio Estadual Maria José de Lima Silveira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPFS	Colégio Estadual Professora Faraildes Santos
CEPFNO	Colégio Estadual Professor Firmo Nunes de Oliveira
CMLEM	Colégio Modelo Luís Eduardo Magalhães
CPM	Colégio da Polícia Militar Professor Magalhães Neto
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Equipes de Saúde da Família
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ERICA	Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
NAF	Nível de Atividade Física
NRE- 22	Núcleo Regional de Educação-22
NRS	Núcleo Regional de Saúde
NSF	National Sleep Foundation
OMS	Organização Mundial da Saúde
PENSE	Pesquisa Nacional sobre a Saúde do Escolar
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PPGES	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

PSE	Programa Saúde na Escola
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QAFA	Questionário de Atividade Física para Adolescentes
QI	Quociente de Inteligência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRQ-20	Self Report Questionnaire
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Modelo teórico-conceitual referente às variáveis associadas aos TMC e QVRS em adolescentes escolares	37
Quadro 2:	População de adolescentes matriculados no ensino médio regular de escolas estaduais localizadas em Jequié-BA, com idade 14-19 anos (2019).	40
Quadro 3:	População de adolescentes matriculados no ensino médio regular de escolas estaduais localizadas em Jequié-BA, com idade 14-18 anos (2019).	41
Quadro 4:	Modelo conceitual com seleção hierárquica para determinação dos TMC na adolescência	51
Manuscrito 3:	Experiência de criação e implementação do Programa Adolescer com Saúde no contexto escolar	
Quadro 1	Conteúdo programático para capacitações do programa “Adolescer com Saúde”.	109

LISTA DE TABELAS

Manuscrito 1: Prevalência e fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em adolescentes escolares

Tabela 1. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo características socioeconômicas em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019. 67

Tabela 2. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo marcadores de consumo alimentar em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019. 68

Tabela 3. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo comportamentos e estilo de vida em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019. 69

Tabela 4. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo morbidade e condições de saúde em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019. 70

Tabela 5. Análise multivariada por meio da regressão de Poisson para Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019. 71

Manuscrito 2: Fatores associados à Qualidade de Vida Relacionada à saúde em adolescentes escolares

Tabela 1. Mediana, primeiro e terceiro quartis (Q1-Q3) dos domínios da QVRS de adolescentes do ensino médio regular no município de Jequié, Bahia, Brasil, 2019. 89

Tabela 2. Correlação entre Transtornos Mentais Comuns e Nível de Atividade Física nos domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adolescentes do ensino médio regular no município de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

90

Tabela 3. Modelos finais de regressão não linear para as variáveis independentes (TMC e nível de atividade física) e os domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em adolescentes do ensino médio regular no município de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

91

LISTA DE FIGURAS

**Manuscrito 3: Experiência de criação e implementação do Programa
Adolescer com Saúde no contexto escolar**

Figura 1 Logomarca do programa “Adolescer com Saúde”. 109

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1 Estilo de vida dos adolescentes na contemporaneidade	17
3.2 Aspectos conceituais sobre Qualidade de Vida na adolescência	25
3.3 Transtornos Mentais Comuns e saúde mental na adolescência	27
3.4 Adolescência, escola e saúde	31
3.5 Políticas Públicas no Brasil para assistência à saúde do adolescente	33
3.6 Modelo conceitual	36
4 MATERIAIS E MÉTODOS	37
4.1 Tipo de estudo	37
4.2 Local e período do estudo	38
4.3 População do estudo	39
4.4 Procedimentos e técnicas para a coleta dos dados	43
4.5 Variáveis	46
4.6 Análise dos dados	49
4.7 Estrutura e operacionalização da intervenção	52
4.8 Aspectos éticos	55
5 RESULTADOS	56
5.1 Manuscrito 01: Prevalência e fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em adolescentes escolares	57
5.2 Manuscrito 02: Fatores associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em adolescentes escolares	82
5.3 Manuscrito 03: Experiência de criação e implementação do Programa Adolescer com Saúde no contexto escolar	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICES	133
ANEXOS	148

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é conceituada como o período de transição entre a infância e a vida adulta. É caracterizada como uma fase do ciclo vital humano no qual os indivíduos vivenciam várias transformações estruturais e comportamentais para o desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (SAITO, 2014; SILVA; LOPES, 2009). Além das características intrínsecas a essa fase, as particularidades de vida, o contexto social e as experiências pessoais também servirão de base para construção da identidade e amadurecimento para a vida futura. Destarte, nessa fase de descobertas, adaptações, inquietações e anseio para ser aceito socialmente, as condições de saúde podem ser afetadas negativamente (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Em uma conjuntura globalizada e transcultural, no qual elaboram-se e circulam diferentes conceitos e critérios para estabelecer os limites cronológicos da adolescência, definiu-se para este trabalho adotar a classificação recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2006a). De acordo com essa organização, a adolescência constitui um processo fundamentalmente biológico que ocorre entre 10 e 19 anos, sendo dividida em pré-adolescência (de 10 a 14 anos) e adolescência propriamente dita (de 15 a 19 anos).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, em 2015, os adolescentes correspondiam a 16,2% da população total de brasileiros, com importante representatividade social, política e cultural para a sociedade (IBGE, 2016). Destarte, busca-se propor novas discussões a respeito das políticas públicas para promoção da saúde do adolescente, sobretudo considerando as necessidades e vulnerabilidades vivenciadas nessa fase.

No Brasil, a preocupação com a situação de saúde dos adolescentes motivou o Ministério da Saúde a investir em políticas públicas para orientar as ações assistenciais frente a esse grupo populacional, o qual dentre eles destacam-se: o Programa Saúde na Escola (PSE) e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (BRASIL, 2007; 2010).

O PSE constitui-se como um trabalho conjunto entre o Ministério da Saúde e o da Educação, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos estudantes da rede pública de ensino, mediante reconhecimento do ambiente escolar como importante espaço para detecção precoce de necessidades de saúde e vigilância das doenças e agravos (BRASIL, 2007). Desse modo, o programa busca auxiliar na formação integral dos estudantes da rede pública por meio de ações

de prevenção, promoção e atenção à saúde, que devem acontecer de maneira simultânea, possibilitando a comunidade escolar participar de ações alicerçadas sob uma concepção holística (BRASIL, 2007; 2009).

As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde foram propostas no ano de 2010 tendo como principal objetivo sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de ações intersetoriais que se concentrem na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. Para tanto, sugere a responsabilidade compartilhada na produção de saúde de adolescentes e de jovens, mediante intervenções interdisciplinares, além da reorientação dos serviços públicos de saúde para favorecer a capacidade de resposta frente as necessidades da adolescência (BRASIL, 2010).

Desse modo, ao propor ações assistenciais, além de considerar os dispositivos mencionados nos parágrafos anteriores, os profissionais também precisam se atentar ao novo perfil de adoecimento físico e mental dos adolescentes ocasionado por estilo de vida com maior exposição a fatores de risco, como alimentação de baixo valor nutricional, comportamento sedentário, inatividade física, uso abusivo de drogas, redução da qualidade do sono, envolvimento em atos ilícitos, dentre outros (WHO, 2016).

Em estudo sobre a carga global de doenças em adolescentes e jovens com idade entre 10 e 24 anos detectou-se que a nível mundial, as três principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade nessa faixa etária são os transtornos neuropsíquicos (45,0%), as lesões não intencionais (12,0%) e as doenças infecto parasitárias (10,0%) (GORE *et al.*, 2011).

Assim, percebe-se que o aumento significativo da ocorrência de adoecimento psíquico constitui uma problemática do público infanto-juvenil, e na maioria das vezes apresenta-se de forma persistente, acompanhado de prejuízos na convivência familiar, na interação social, no rendimento escolar e no completo bem-estar (MANGAL *et al.*, 2020).

Dentre as morbidades psíquicas encontradas na população de adolescentes encontra-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Não obstante ser caracterizado por quadros de comprometimento psíquicos menos graves, do tipo não psicóticos, os TMC são mais frequentes quando comparado aos transtornos psíquicos graves. Devido a sua elevada prevalência na população geral (20,0%-30,0%), os TMC são considerados problemas de saúde pública, comumente nomeados transtornos psiquiátricos menores, reconhecidos predominantemente pela presença de sintomas de depressão, ansiedade, queixas inespecíficas e somáticas (GOLDBERG, 1994).

Ao realizar uma busca na literatura científica identificou-se poucos estudos que avaliaram a prevalência e fatores associados para TMC na população específica de adolescentes. Para o Brasil, os poucos e principais estudos que buscaram analisar a prevalência e fatores associados para TMC em adolescentes, são frutos do inquérito nacional, do tipo transversal, de base escolar, resultantes do projeto “*Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes*” (ERICA), conduzido junto a adolescentes de 12 a 17 anos residentes em 124 municípios brasileiros, no qual foi detectada uma prevalência de 30,0% (LOPES *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2020).

No que se refere aos achados de outros estudos desenvolvidos em municípios brasileiros, verificou-se prevalência de TMC de 23,4% em jovens de 18 a 20 anos em Pelotas-RS; 19,2% em adolescentes com idade entre 15 a 17 anos em Feira de Santana-BA; e 52,2% entre adolescentes com idade de 10 a 19 anos em Salvador-BA (MONTEIRO *et al.*, 2020; PINHEIRO *et al.*, 2007; RIOS *et al.*, 2011).

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de considerar os determinantes de saúde e de doença que perpassam os campos social e psicológico, particularmente na adolescência, visto que consiste em uma fase na qual o indivíduo vivencia intensas experimentações e transformações. Um conhecimento aprofundado sobre as condições de saúde psíquica dos adolescentes e o entendimento de como estes percebem suas vidas permite um maior entendimento sobre a sua saúde, condiciona a implementação de intervenções específicas, propicia melhores prognósticos, e conseqüentemente, contribui para uma melhor percepção sobre a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) (AGATHAO; REICHENHEIM; MORAES, 2018).

A QVRS consiste em um modelo teórico multidimensional e subjetivo que engloba aspectos psicológicos, sociais, físicos e funcionais do bem-estar de cada indivíduo (SOLANS *et al.*, 2008). Neste sentido, sua averiguação é significativa para o entendimento do impacto de doenças na vida dos indivíduos, para a avaliação das intervenções em saúde, para a detecção de subgrupos vulneráveis, bem como priorização na distribuição de recursos na saúde (GASPAR; MATOS, 2008).

O conhecimento relacionado a QVRS de adolescentes escolares pode ser uma ferramenta de planejamento e gestão, com vistas a direcionar a organização de recursos e processos de tomada de decisão para melhorar as condições de saúde e auxiliar no desenvolvimento integral dessa população (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; BERRA *et al.*, 2009; GASPAR; MATOS, 2008; KEENAGHAN; KILROE, 2008; MATOS *et al.*, 2012).

Tanto na literatura nacional quanto na internacional, estudos que investigaram a percepção de QVRS em adolescentes, em sua maioria, foram desenvolvidos em ambientes ambulatoriais ou hospitalares com portadores de doenças crônicas. Entretanto, identifica-se uma nova propensão para o desenvolvimento de investigações voltadas para avaliação das condições de saúde em grupos considerados saudáveis, sendo um destes, o público escolar (AGATHAO; REICHENHEIM; MORAES, 2018).

Diante do exposto, elaborou-se as seguintes questões norteadoras: quais fatores estão associados aos TMC e à QVRS de adolescentes escolares? Qual a influência dos TMC na QVRS de adolescentes escolares? Como a criação e implementação de um programa pode contribuir para a saúde mental e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) de adolescentes escolares?

Acredita-se que a presente tese poderá ampliar a visão dos gestores, dos profissionais de saúde, da educação e dos familiares, no que se refere a promoção da saúde do adolescente. Além disso, a proposta reforça a valorização do espaço escolar como *locus* privilegiado para desenvolvimento de ações em saúde, com foco na vigilância à saúde, conforme propõe o PSE, e enfatiza a intersetorialidade sugerida pelas Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Ao constatar as referidas lacunas na literatura, e diante da nova tendência para o desenvolvimento de investigações que se proponham a avaliar as condições de saúde do adolescente no âmbito escolar, o presente estudo visa oferecer novos subsídios que poderão auxiliar na avaliação, elaboração, revisão e implementação de políticas públicas para promoção da saúde de adolescentes. Além disso, espera-se que a divulgação dos resultados possa fomentar o debate sobre as iniquidades em saúde no contexto da adolescência que resultem em futuras intervenções que possibilitem promoção de saúde mental e, conseqüentemente, melhorias na QVRS do público em questão.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Analisar os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns e a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde de adolescentes escolares em um município do interior baiano.

2.2 ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano.
- Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada a Saúde em adolescentes escolares e sua associação com Transtornos Mentais Comuns e Nível de Atividade Física.
- Relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) de adolescentes escolares.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ESTILO DE VIDA DOS ADOLESCENTES NA CONTEMPORANEIDADE

De acordo com Vilarta e Gonçalves (2004), entende-se por estilo de vida comportamentos adotados no cotidiano ou hábitos adquiridos em decorrência de interferência cultural ou social. Na contemporaneidade, a globalização tem exercido grande influência nos valores e no estilo de vida de adolescentes, subordinando-os às novas regras de consumo e desinteresse pelos valores tradicionais (LAMARE, 2005).

Como a adolescência envolve uma fase de construção de identidade, os adolescentes vivenciam experimentações e transformações que podem levar a comportamentos saudáveis e também de exposição a riscos, dos quais podem advir sérias consequências para o seu futuro e que influenciam em seu bem estar geral e na QVRS (SOLANS *et al.*, 2008; WU *et al.*, 2021).

Considerando o exposto, a seguir são apresentados os principais aspectos relacionados ao estilo de vida dos adolescentes da contemporaneidade evidenciados na literatura.

3.1.1 Hábitos Alimentares de adolescentes e suas possíveis implicações na saúde.

Os hábitos alimentares são considerados características intrínsecas aos indivíduos; no entanto, extrapolam sua subjetividade e superam a perspectiva de tratar-se de meras escolhas pessoais, pois são influenciados nas diversas fases da vida por aspectos históricos, sociais, culturais, econômicos, ecológicos e biológicos (PACHECO, 2008).

Uma fase do ciclo vital humano demasiadamente vulnerável para interferências sobre os hábitos alimentares é a adolescência. Essa vulnerabilidade pode ser explicada pelo fato de os adolescentes passarem parte significativa do seu tempo fora do âmbito familiar, geralmente na escola; e na tentativa de formar uma identidade grupal, ser aceito entre os pares, experimentar alimentos divulgados pela mídia, ou até mesmo por rebeldia, adotam experiências alimentares não saudáveis (PACHECO, 2008; SANTOS *et al.*, 2012). Logo, na adolescência os indivíduos convivem com o dilema entre ingerir alimentares que os identifiquem como “pessoas modernas e descontraídas” (a exemplo do consumo de refrigerantes, *fast food*, guloseimas, dentre outros) ou adotar hábitos alimentares que proporcionem boas condições nutricionais (MAIA; KUBO; GUBERT, 2014; SANTOS *et al.*, 2012).

O capitalismo marcado pela industrialização e pela lucratividade empresarial alcançou o mercado alimentício e contribuiu para acontecerem mudanças nos hábitos alimentares que atravessaram gerações. Além disso, as mudanças ocasionadas pelo modo de viver urbano, o

avanço das tecnologias, contato com campanhas publicitárias divulgadas pela mídia e a comodidade proporcionada pelos alimentos industrializados, alterou padrões alimentares da população (MAIA; KUBO; GUMERT, 2014). Desse modo, as famílias precisaram se adaptar a essas novas circunstâncias, passaram a incorporar novos valores, facilitando o acesso de crianças e adolescentes a produtos industrializados e ultra processados (LUZ *et al.*, 2018; MARTINS *et al.*, 2013; MONTEIRO *et al.*, 2012).

Portanto, nota-se que diferentes fatores têm contribuído para que os hábitos alimentares de crianças e adolescentes sejam caracterizados pelo elevado consumo de refeições prontas, de fácil preparo, ricos em açúcares simples, sódio, gorduras, pobre em alimentos *in natura*, a exemplo de frutas frescas, verduras e hortaliças. Tal padrão alimentar é reforçado, entre outros aspectos, pela adesão de estilo de vida não saudável, como por exemplo, o costume de se alimentar em frente às telas, uso de computador, *smartphones* ou de não realizar refeições com a família sentada à mesa (AZEREDO *et al.*, 2015; MAIA *et al.*, 2018).

Outra problemática consiste na qualidade dos alimentos disponibilizados no ambiente escolar. Nas cantinas são comercializados alimentos com elevada densidade energética e baixo valor nutricional, cujo consumo frequente pode contribuir para a prevalência de excesso de peso e desenvolvimento de doenças (AMORIM *et al.*, 2012; BUBOLZ *et al.*, 2018).

No contexto das escolas públicas, vigora o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que consiste em um projeto do Governo Federal Brasileiro para a área da educação, que tem por objetivo suprir às necessidades nutricionais dos estudantes durante sua permanência em sala de aula, colaborando para o desenvolvimento, crescimento, rendimento escolar e aprendizagem dos estudantes, bem como, orientá-los sobre hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2013).

No tocante ao atendimento das necessidades nutricionais, a orientação do PNAE é de que os cardápios oferecidos aos estudantes atendam, pelo menos, 30% dessas necessidades quando oferecidas duas refeições e 20% quando oferecida uma refeição (BRASIL, 2009). Todavia, relatórios e pareceres sobre execução do PNAE em todo o Brasil, além de estudos que visam a analisar efetividade do programa, chamam atenção para descumprimento aos parâmetros para atendimento às necessidades nutricionais (PEDRAZA *et al.*, 2018). Além do mais, na maioria dos casos, a soma dos recursos disponibilizados pelo Governo Federal e municípios, não são suficientes para elaboração de cardápios preconizados pelo PNAE (MASCARENHAS; SANTOS, 2006).

Essa discordância é preocupante, especialmente para a população de adolescentes que vivencia uma fase de crescimento acelerado, no qual se torna necessário à ingestão de dieta rica

em nutrientes, a exemplo de proteínas, cálcio, ferro, vitaminas e cálcio (VITOLLO, 2008). Estados nutricionais inadequados podem levar a estados carenciais, suscetibilidade às infecções, prejudicar a maturação do sistema nervoso, causar déficits intelectuais e comprometer a saúde mental (PEDRAZA *et al.*, 2018).

Desse modo, evidencia-se que a alimentação inadequada na infância e adolescência consiste em grande problema de saúde pública e trata-se de importante fator de risco para o aparecimento precoce de problemas nutricionais, Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como cânceres e patologias cardiovasculares, além de ocasionar impactos severos que tendem perdurar ao longo da vida adulta (MAIA *et al.*, 2018).

Portanto, ressalta-se a imprescindibilidade das pessoas envolvidas na formação dos adolescentes orientá-los sobre a adoção de hábitos alimentares saudáveis e da responsabilização dos gestores escolares de modo a garantir uma alimentação escolar dentro de princípios que assegurem a segurança alimentar e nutricional.

3.1.2 Atividade Física entre adolescentes e suas possíveis implicações na saúde.

Denomina-se atividade física qualquer movimento corporal realizado pelos músculos esqueléticos que resulte em aumento do gasto energético (BARBOSA FILHO, 2016). Essa prática é considerada um dos pilares da promoção da saúde pela sua significativa contribuição para um estilo de vida saudável e incremento da longevidade (HUERTA *et al.*, 2016).

Seus benefícios se dão pelo fato de prevenir o risco de morte prematura por intermédio de diferentes mecanismos, incluindo controle no balanço hormonal, redução do excesso de peso corporal, melhora do sistema imune, controle inflamatório, melhor resposta ao estresse (SILVERMAN; DEUSTER, 2014), e conseqüentemente, prevenção de doenças crônico-degenerativas (WHO, 2010).

As mudanças econômicas, sociais e ambientais ocorridas nos últimos séculos, desde os séculos XIX e XX, propiciaram a introdução de novas tecnologias, costumes e hábitos de vida, que influenciaram na redução do Nível de Atividade Física (NAF) e do gasto energético diário da população. Essa redução no gasto energético é resultante de exigências laborais e domésticas mais baixas, menor uso do transporte ativo, além da utilização de tempo de lazer dedicado à realização de atividades sedentárias (HALLAL *et al.*, 2012; KATZMARZYK; MASON, 2009).

Desse modo, nota-se que diferentes aspectos afetam as práticas de atividade física, principalmente ao ar livre, dentre eles o aumento crescente do processo de urbanização, a redução de espaços públicos destinados para esse tipo de atividade, o aumento da violência, a

adesão tecnológica e as diversas adaptações da modernização (HULTEEN *et al.*, 2017). Em detrimento a essas mudanças, observou-se uma transição das práticas de atividade física realizadas predominantemente ao ar livre para as desenvolvidas dentro de casa, as quais são consideradas mais “seguras”. Entretanto, atividades realizadas no ambiente doméstico podem influenciar para estilos de vida mais sedentários (DIAS *et al.*, 2014; PIOLA *et al.*, 2019).

Estimativas dos anos 2013-2014 apontaram que mais de 25% dos adolescentes brasileiros não praticavam nenhuma atividade física no tempo de lazer e ultrapassou 50% os que não realizavam essa prática nos níveis recomendados, de pelo menos 420 min/semana (BARBOSA FILHO; CAMPOS; LOPES, 2014). No Brasil, aproximadamente 50% dos adolescentes também informaram passar duas horas ou mais por dia em frente às telas, assistindo televisão ou jogando *videogame* (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Frente a elevada prevalência de baixo nível de atividade física entre adolescentes, e os agravos decorrentes deste comportamento, é fundamental a compreensão dos fatores que poderiam maximizar ou minimizar esses níveis insuficientes (PIOLA *et al.*, 2020).

Em estudo realizado com amostra de adolescentes do 9º ano (idade de 13 a 15 anos) distribuídos entre todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal, identificou-se que apenas 31% das meninas cumpriam os níveis recomendados de prática de atividade física, enquanto 56% dos meninos cumpriam o recomendado. O mesmo estudo ainda sinalizou que assistir televisão por tempo igual ou maior a duas horas ao dia é um comportamento comum entre meninos e meninas (HALLAL *et al.*, 2010).

Perfis alimentares inadequados juntamente com níveis insatisfatórios de atividade física estão frequentemente associados à insatisfação corporal, envolvendo: uso de diuréticos, laxantes, auto indução de vômitos, execução de atividade física exaustiva, entre outros distúrbios alimentares. Ademais, a insatisfação corporal prejudica a autoimagem, interfere negativamente na autoestima do adolescente e favorece o desencadeamento de transtornos mentais (CLAUMANN *et al.*, 2019; MARQUES; LEGAL; HOFELMANN, 2012; WICHSTROM; VON SOEST, 2016).

De acordo com recomendações presentes na literatura, crianças e adolescentes deveriam realizar pelo menos 60 minutos de atividades físicas diariamente a fim da prática trazer benefícios (ASBERRY *et al.*, 2011; CDC, 2010; HHS, 2008; WHO, 2010). Ainda conforme *Health and Human Services* (2008), estes 60 minutos, de maneira acumulada ou contínua, devem contemplar os seguintes critérios: a) Realização de atividades do tipo aeróbia ao menos três dias por semana, em intensidade de moderada a vigorosa; b) Atividades de fortalecimento muscular

como parte dos 60 minutos preconizados no mínimo três dias na semana e c) Fortalecimento ósseo também em no mínimo três dias por semana.

Sabendo que comportamentos adquiridos na infância e adolescência tendem a perdurar ao longo da idade adulta, justifica-se a necessidade do estímulo de crianças e adolescentes para incorporação de atividade física no cotidiano, assim como, adoção de estilos de vida mais saudáveis (BARUFALDI *et al.*, 2012; CORDER *et al.*, 2013; VASCONCELOS *et al.*, 2008). Entretanto, o que se observa nos dias atuais é que muitas pessoas das diferentes faixas etárias, realizam pouca ou nenhuma atividade física, inclusive em ambientes de educação, finais de semana, ou momentos de lazer, dando origem a uma grande população de insuficientemente ativos, o que resulta no comprometimento da manutenção da saúde (BAUMAN *et al.*, 2012; CORDER *et al.*, 2013; KNOWLES; NIVEN; FAWKNER, 2011).

3.1.3 Padrões de Sono de adolescentes e suas possíveis implicações na saúde.

O sono consiste em um processo fisiológico e vital para o bom funcionamento da homeostase corporal, mecanismo de imensa importância para o revigoramento do corpo e da mente subdivide em duas etapas (TONONI; CIRELLI, 2014). A primeira intitulada Non-REM (do inglês *non-rapid eye movement*), contém: estágio N, no qual ocorre o processo de transição vigília-sono; estágio N2, caracterizado por uma maior estimulação do sistema nervoso parassimpático; e estágio N3, associado com o sono de ondas lentas, também identificadas como SWS (do inglês *slow-wave sleep*) e liberação do hormônio de crescimento (DIEKELMANN; BORN, 2010; HUBER; BORN, 2014; SILBER *et al.*, 2007). Pesquisas ratificam a hipótese de que o sono SWS é um dos principais responsáveis pela consolidação da memória declarativa (PLIHAL; BORN, 1999).

A segunda etapa, denominada como sono REM (do inglês *rapid eye movement*), colabora no processo de remodelação sináptica e memória procedural. Desse modo, corrobora-se a importância do sono na preservação da memória e, conseqüentemente, no processo de aprendizagem (DIEKELMANN; BORN, 2010; PLIHAL; BORN, 1999).

Nos dias atuais, vários elementos têm colaborado para a privação do sono no grupo de adolescentes, a exemplo da pressão escolar, dos fatores socioeconômicos, uso excessivo de computadores e celulares, além de fatores patológicos que se correlacionam aos distúrbios do sono (BATISTA *et al.*, 2018; NEUBAUER; ZEE; PAGEL, 2016) A literatura também discute sobre outros fatores que podem interferir na qualidade do sono de adolescentes, tais como consumo de cafeína, sobretudo no turno noturno, uso de drogas, inatividade física, excesso de

peso e consumo de bebidas energéticas (BARBOSA *et al.*, 2020; BARDINI *et al.*, 2017; CDC, 2012; LIU *et al.*, 2018; PACHECO *et al.*, 2017).

Após privação do sono, ocorre um desgaste físico e mental no período de vigília, causando aumento dos níveis de cortisol, alterações do humor e diminuição do nível de atenção, repercutindo negativamente na consolidação e apreensão das informações diárias (BRAND; KIROV, 2011).

Estudo desenvolvido por Batista *et al* (2018) verificou que a percepção da qualidade do sono esteve associada com a dificuldade de assimilação em sala de aula, independentemente de idade, sexo, turno de estudo, tempo de estudo fora da sala e quantidade de horas dormidas. Esses resultados sugerem que a baixa qualidade do sono ocasiona aumento da fadiga, estresse e sonolência diurna, e conseqüentemente, dificulta a assimilação do conteúdo abordado em sala de aula (TSAI; HSU; HUANG, 2016). Outro fator que merece destaque é o estresse causado por cobranças de pais e professores, decorrente das pressões para aprendizagem, aprovações em concursos, vestibulares, que influenciam na qualidade do sono e no próprio rendimento escolar (AKGUN; CIARROCHI, 2003).

Na adolescência é comum a ocorrência da sonolência diurna. Esta condição é conceituada como uma predisposição aumentada para o sono, com necessidade de dormir durante turno diurno, que ocorre como consequência dos distúrbios do sono (BARDINI *et al.*, 2017). A presença da sonolência diurna está atrelada a prejuízos nos diferentes espaços sociais, como no rendimento escolar, no trabalho, nas relações interpessoais e na QVRS (BARBOSA *et al.*, 2020; MIREKU *et al.*, 2019). Na adolescência os indivíduos estão propensos a apresentarem mudanças importantes no ciclo sono-vigília que incluem atraso na fase de sono, caracterizado pelo dormir e acordar mais tarde que, acrescidos dos compromissos no início da manhã, colaboram para a ocorrência da sonolência diurna (FELDEN *et al.*, 2015). Destarte, essa condição pode causar alterações de humor, desempenho escolar ruim, comprometer o funcionamento e a vitalidade, além de estar associado a transtornos mentais (BARBOSA *et al.*, 2020; LIU *et al.*, 2018).

Em estudo longitudinal realizado com adolescentes de 5º e 6º série oriundos de 18 escolas públicas lotadas no município do Rio de Janeiro, foi investigada a influência da duração do sono no TMC. No início do estudo, a frequência de TMC foi de 33,2%, sendo maior em meninos ao invés das meninas e maior entre estudantes com curta duração do sono. Após 9 meses, houve aumento no escore dos TMC entre meninas e meninos com sono de curta duração. Em contrapartida, houve redução significativa dos TMC no subgrupo com sono de longa duração (AGATHÃO *et al.*, 2020).

A definição da quantidade de horas que seriam suficientes para um sono insuficiente ou excessivo ainda é controversa na literatura, pois existem aspectos individuais a exemplo das características genéticas que determinam essa necessidade (SILVA *et al.*, 2018). Todavia, algumas recomendações sobre a duração do sono foram propostas. A *American Academy of Sleep Medicine* (AASM), orienta que crianças entre 6 e 12 anos devem dormir de 9 a 12 horas, e adolescentes entre 13 e 18 anos devem dormir de 8 a 10 horas (HIRSHKOWITZ *et al.*, 2015; PARUTHI *et al.*, 2016). O *National Sleep Foundation* (NSF) recomenda de 8 a 10 horas de sono diárias para o déficit de sono não interferir no desenvolvimento do adolescente (HIRSHKOWITZ *et al.*, 2015). Segundo Crowley *et al* (2018), apesar da maioria das crianças e adolescentes precisem de aproximadamente 9 horas de sono por noite, menos de 8% dos estudantes do ensino médio atingem essa duração de tempo dormindo, e esse valor tende a diminuir à medida que o nível escolar aumenta. No contexto brasileiro, o estudo de Pereira *et al* (2015) sugere uma duração mínima de 8,33 horas de sono como fator de proteção para sonolência diurna excessiva em adolescentes.

Problemas relacionados ao sono aparecem como potencial para comprometer a saúde mental e QVRS de adolescentes. Logo, ações de educação em saúde que promovam conhecimento pertinente sobre a problemática, assim como, adoção de estratégias que envolvam o ambiente escolar e familiar que possam repercutir positivamente sobre padrões de sono irregulares.

3.1.4 Consumo de drogas de adolescentes e suas possíveis implicações na saúde.

O consumo de drogas faz parte da história da civilização humana, estando presente desde os primórdios, sendo utilizado para fins medicinais, ritualísticos, recreacionais, experimentais, dentre outros. No Brasil, as discussões relacionadas a esta temática vêm ganhando ênfase desde a segunda metade do século XX e, mais recentemente, tem sido alvo de intervenção na área da saúde (VENTURA, 2011).

O consumo das substâncias psicoativas está relacionado à produção de sensações de bem-estar, que pode acarretar no uso repetitivo e, por consequência, cada vez mais o indivíduo sentir a necessidade de aumentar a quantidade para voltar a usufruir do prazer primário. Logo, iniciar-se o desencadeamento do processo de dependência, seguido do risco de prejuízos biológicos e sociais (SANTOS *et al.*, 2018; VENTURA, 2011).

Em relação aos danos biológicos mencionam-se as lesões em órgãos-alvo como fígado, estômago, pâncreas, pulmão e coração. Além destas, ressalta-se que há uma estimulação

dopaminérgica no cérebro capaz de ocasionar prejuízos cognitivos e de aprendizagem, assim como, maior probabilidade para o desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos (MICHELI, 2009). Dentre as repercussões sociais citam-se os acidentes de trânsito; violências (coletiva, interpessoal e auto infligida); desempenho escolar e/ou ocupacionais insatisfatórios; relações familiares e sociais comprometidas; envolvimento em atos ilícitos (JORGE *et al.*, 2013).

Na adolescência, fase crítica do desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, observa-se, frequentemente, o uso experimental inicial das substâncias psicoativas, ressaltando o uso precoce de drogas socialmente aceitas, como o álcool e o tabaco, e também utilização das ilícitas (HENRIQUE; ROCHA; REINALDO, 2016). O consumo aparece como meio de fuga, tentativa para resolver problemas pessoais, ser inserido socialmente, satisfazer a curiosidade, dentre outros (JESUS *et al.*, 2017).

A nível mundial, estudo realizado em países como Argentina, Peru e Uruguai, encontraram prevalências de 56,8%, 27,1% e 59,6%, respectivamente, no consumo de álcool entre adolescentes (WHO, 2015). No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre a Saúde do Escolar (PENSE) desenvolvida no ano de 2015, identificou que 18,4% dos escolares alegaram ter experimentado cigarro alguma vez na vida, 55,5% declararam já ter consumido álcool, 21,4% informaram ter tido algum episódio de embriaguez alcoólica e 9% declararam ter experimentado alguma droga ilícita (IBGE, 2016).

A complexidade dos fatores envolvidos nesta faixa etária torna difícil apontar os adolescentes que irão manter seu consumo, com evolução para transtornos relacionados ao uso de substâncias. Desse modo, ações de prevenção, além da identificação, encaminhamento e intervenção imediata de adolescentes que fazem uso de drogas podem reduzir o risco de complicações futuras. Para que isto ocorra, menciona-se a realização de trabalhos intersetoriais na coletividade, explorando os diferentes espaços comunitários (escolas, serviços de saúde, instituições religiosas, grupos de convivência, dentre outros), mediante sensibilização de diferentes atores sociais sobre a importância da corresponsabilização pela questão e implementação de ações cuidativas que minimizem as chances de os adolescentes desenvolverem problemas relacionados ao uso das substâncias psicoativas.

3.2 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE QUALIDADE DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

Na área da saúde, o interesse pelo estudo da Qualidade de Vida (QV) desdobra-se a partir dos novos paradigmas que têm embasado as políticas e as ações assistenciais do setor nos últimos anos. A partir do entendimento de que os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença são complexos e multifatoriais, tornou-se indispensável estar atento aos aspectos socioculturais, econômicos, estilo de vida e à experiência pessoal. Em concordância com essa mudança de paradigma, uma melhor QV dos grupos populacionais passou a ser alvo tanto das políticas públicas, quanto das práticas assistenciais (SEIDL; ZANNON, 2004). Duas tendências relacionadas à conceituação do termo na área de saúde são existentes: QV como um conceito mais genérico e a QVRS, como uma proposta mais específica para a área da saúde.

A QV apresenta uma concepção mais generalista, alicerçada por estudos da sociologia, entretanto, sem fazer menção a disfunções ou agravos. Ilustra essa compreensão o conceito adotado pela OMS, definindo-a como: “A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p.1405).

Uma questão importante dos estudos que se propõem a utilizar a definição de QV é que as amostras estudadas são compostas por pessoas saudáveis, nunca se limitando às pessoas portadoras de alguma doença ou agravo (SEIDL; ZANNON, 2004).

De maneira semelhante, o constructo QVRS é bastante utilizado na literatura científica, sendo empregada com objetivações semelhantes à conceituação geral. Todavia, parece estar mais voltado aos aspectos associados às enfermidades ou às intervenções em saúde, conforme propõem os seguintes autores: Guiteras; Bayés (1993 p. 179) consideram que “É a valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde”. Por sua vez, Cleary *et al* (1995 p.91) admitem que “Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida”. E Ebrahim (1995 p. 1384) entende que “É o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, tratamento ou políticas de saúde”.

Destarte, a mensuração da QVRS tende a manter o caráter multidimensional e avaliação da percepção geral da QV, apesar da ênfase recair comumente sobre sintomas, incapacidades ou limitações ocasionadas por doenças e/ou agravos (SEIDL; ZANNON, 2004).

Investigações sobre QVRS possibilitam detectar a percepção sobre a própria saúde, assim como, sua funcionalidade. Logo, essa avaliação rotineiramente deve ser incluída como

um dos componentes da vigilância à saúde a fim de identificar subgrupos que apresentam riscos de problemas de saúde além de auxiliar na determinação do ônus de uma determinada doença ou condição. Para o público infanto-juvenil, os resultados de tal avaliação podem ser usados para influenciar nas decisões de políticas públicas, promovendo normatizações e legislações relacionadas à saúde da criança e do adolescente, servindo de subsídio para a alocação de recursos para a saúde (RAVENS; SIEBERER, 2006).

A fim de criar e validar um instrumento para avaliar a QVRS na população jovem, nos anos 2001-2004, 13 países europeus (Alemanha, Áustria, Tchecoslováquia, Espanha, França, Grécia, Holanda, Hungria, Inglaterra, Irlanda, Polônia, Suécia e Suíça), elaboraram o projeto *Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*, que teve como produto o questionário KIDSCREEN-52 (GUEDES; GUEDES, 2011).

O questionário KIDSCREEN-52 é aplicável em diferentes contextos culturais, satisfaz padrões de qualidade internacional e oferece medidas práticas para pesquisadores e clínicos avaliarem o bem-estar e a saúde subjetiva, tanto de crianças e adolescentes saudáveis, como dos que apresentam condição crônica, entre 8 e 18 anos. Ademais, oferece medidas *proxy* para pais e tutores. As versões crianças/adolescentes e pais/tutores avaliam os mesmos componentes em perspectivas diferentes, permitindo comparações posteriores e mais confiáveis entre pais/tutores e filhos/tutelado (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2005). Sua qualidade psicométrica o tornou um questionário atraente, não apenas nos 13 países europeus em que foi proposto, de modo que atualmente é traduzido e adaptado culturalmente para países da Ásia e da América Latina (BERRA *et al.*, 2009).

Estudo desenvolvido por Guedes e Guedes (2011), traduziu o KIDSCREEN-52 para a população brasileira, realizou a adaptação transcultural e avaliou suas qualidades psicométricas, tendo resultados satisfatórios, o que viabilizou sua aplicação em estudos desenvolvidos no Brasil.

O KIDSCREEN-52 é a versão completa dos instrumentos KIDSCREEN. Permite avaliar a QVRS de crianças e adolescentes, sendo que sua aplicação tem duração média de 15 a 20 minutos, a partir de 52 questões, subdivididas em dez dimensões, a saber: (1) Saúde e atividade física, (2) Sentimentos, (3) Estado Emocional, (4) Autopercepção, (5) Autonomia e tempo livre, (6) Família/Ambiente familiar, (7) Aspectos financeiros, (8) Amigos e Apoio Social, (9) Ambiente Escolar, (10) Provocação/*Bullyng* (ALVES, 2018).

Porém, por conta da extensão e elevado número de itens para serem respondidos no KIDSCREEN-52, sua utilização torna-se praticamente inexecutável em estudos com grandes

populações e com grande número de variáveis a serem mensuradas. Nesse sentido, o KIDSCREEN com 27 itens foi desenvolvido para atender a essa finalidade (FARIAS JUNIOR *et al.*, 2017).

Essa versão considera os principais domínios ligados à QVRS e compreende 27 dos 52 itens da versão longa, distribuídos em cinco domínios: (1) saúde e bem-estar físico; (2) bem-estar psicológico; (3) autonomia e relação com os pais; (4) suporte social e grupo de pares; (5) ambiente escolar. A versão com 27 itens manteve três dos mesmos domínios da versão longa (KIDSCREEN-52): bem-estar físico, apoio social e pares, ambiente escolar; seis domínios foram agrupados em dois: bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais; e um foi retirado: *bullying* (ALVES, 2018; FARIAS JUNIOR *et al.*, 2017).

Esse instrumento foi avaliado em adolescentes da Europa, Ásia e América do Sul apresentando níveis elevados de fidedignidade e validade. Para adolescentes brasileiros, também foi verificada reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto satisfatório, sendo que o KIDSCREEN-27 tem sido instrumento de escolha em estudos desenvolvidos no Brasil, que visaram avaliar a QVRS em adolescentes (FARIAS JUNIOR *et al.*, 2017).

Dentre as versões do KIDSCREEN, a versão mais simples consiste no KIDSCREEN-10. Ressalta-se que essa versão possui 10 questões derivadas do KIDSCREEN-27 que pode ser respondida por volta de 5 minutos, porém, não representa bem a maioria das dimensões individuais do KIDSCREEN-52, já que se configura uma versão super abreviada dos instrumentos KIDSCREEN (ALVES, 2018; ERHART *et al.*, 2009; FARIAS JUNIOR *et al.*, 2017).

3.3 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes são indivíduos que se encontram na segunda década do ciclo vital humano e convivem com crises existenciais, assim como, conflitos internos, situações estas que impactam diretamente na saúde mental (PINTO *et al.*, 2014). A nível fisiológico, acontece no sistema nervoso do adolescente mudanças indispensáveis para garantir o desenvolvimento e o aprimoramento das habilidades individuais, garantindo-lhe um cérebro adulto e autônomo (GIEDD, 2013).

Verifica-se modificações a nível de neurotransmissores e novas conexões cerebrais são formadas. No córtex pré-frontal ocorre amadurecimento, área do cérebro relacionada à capacidade de tomar decisões, de modular pensamentos complexos, aquisição de aptidão para

comportamento social, além de contribuir na formação da personalidade. O sistema de recompensa cerebral também vivencia mudanças, de modo que as ações que proporcionam sensação de prazer rotineiramente são buscadas (ALENCAR, 2010; GIEDD, 2013; LOPES; RESENDE, 2013; PINTO *et al.*, 2014). Enfim, todas as inquietudes da adolescência, como a insegurança, ansiedade, medo, expectativas para a vivência de novas experiências da vida adulta, acrescido das adaptações neurológicas e alterações hormonais, favorecem o desencadeamento de transtornos mentais (GIEDD, 2013; PINTO *et al.*, 2014).

A instabilidade emocional no adolescente pode ser intensificada mediante vivência de situações conflituosas, a exemplo das violências, psicológica, física e sexual sofridas no ambiente intrafamiliar, na escola ou na vizinhança, a exclusão social e a desvantagem educacional, família em que pai e/ou mãe apresenta transtorno psíquico, consumo prejudicial de drogas, vulnerabilidade a alterações sociais, as quais podem provocar transtorno mental, principalmente na fase inicial da adolescência (PINTO *et al.*, 2014; UNICEF, 2011).

Os transtornos mentais constituem um problema de saúde pública. Segundo a OMS, cerca de 450 milhões de pessoas sofre dessa morbidade, responsável por 8,8% da mortalidade e 16,6% de incapacidade dentre as doenças em países de baixa e média renda (WHO, 2010).

Ainda no que se refere aos transtornos mentais, os TMC se caracterizam por um conjunto de sintomas incluindo ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Apresentam-se como uma das morbidades psíquicas mais prevalentes, atingindo aproximadamente um terço da população em indivíduos de diferentes faixas etárias (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; LUCCHESI *et al.*, 2014).

Os TMC afetam indivíduos em diferentes faixas etárias e quando desenvolvido em crianças e adolescentes, podem ser indícios de transtornos mentais mais graves, além de ocasionar comprometimento nas relações sociais e no rendimento escolar. Logo, a detecção precoce de TMC pode contribuir para intervenções específicas e melhores prognósticos (LOPES *et al.*, 2016; PATEL *et al.*, 2007).

Embora não sejam tão graves como os distúrbios psicóticos, os TMC podem representar um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e graves efeitos sobre o bem-estar pessoal, familiar, trabalho e sobrecarga dos serviços de saúde (YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014).

De acordo com a revisão sistemática com metanálise desenvolvida por Steel *et al* (2014), identificou-se uma prevalência global de TMC de 29,2% para indivíduos na faixa etária de 16 a 65 anos de idade. Embora os autores considerem que o estudo tenha poder estatístico para

fornecer estimativas da população geral, ressaltaram a importância do desenvolvimento de novas pesquisas especializadas em TMC de crianças e adolescentes.

Na população brasileira em geral, estudos detectaram prevalência de TMC que varia entre 17% e 35%, o que representa uma parcela significativa da população, indicando a relevância de pesquisas relacionadas a esse tema em termos de saúde pública (SANTOS *et al.*, 2019; SOUZA; SOUZA *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2010;).

Para a população de adolescentes, levantamento realizado no Brasil (estudo ERICA) investigou a ocorrência de TMC em adolescentes do país, no qual detectou prevalência mais elevada entre meninas (38,4%); quando comparadas aos meninos (21,6%), e entre os adolescentes de 15 a 17 anos (33,6%), em relação àqueles entre 12 e 14 anos (26,7%). As prevalências de TMC aumentaram conforme a idade, para ambos os sexos, sempre maior nas meninas. No que se refere às macrorregiões, não se notou diferença importante (LOPES *et al.*, 2016).

Outro estudo utilizando dados do mesmo levantamento permitiu concluir que a prevalência de TMC foi maior entre jovens que não praticavam esportes e não participavam das aulas de educação física na escola. Atividade física insuficiente (1–299 minutos/semana) não aumentou a razão de chances de TMC, e praticar atividade física no lazer, independentemente da duração e frequência semanal, reduziu em 26% as chances de TMC na população estudada (FERREIRA *et al.*, 2020).

Estudos ainda sinalizam maior prevalência de TMC entre adolescentes filhos de mães com poucos anos de escolaridade, insatisfeitos com a imagem corporal, com baixo Quociente de Inteligência (QI), presença de deficiência e com problemas de temperamento (MARQUES; LEGAL; HOFELMANN, 2012; PAULA *et al.*, 2018; PINHEIRO *et al.*, 2007).

Em contrapartida, segundo Ribeiro *et al* (2020) a prevalência de TMC, tanto no sexo feminino quanto no masculino, foi maior em adolescentes estudantes de escolas privadas e que tinham empregada doméstica. O trabalho não remunerado foi mostrado como fator de proteção ao diminuir a chance desse adoecimento.

Para a população de adolescentes do Estado da Bahia, encontrou-se os estudos de Rios *et al* (2011) e Monteiro *et al* (2020). O estudo de Rios *et al* (2011), desenvolvido no município de Feira de Santana-BA, analisou a relação entre atividades físicas de lazer e TMC, sendo verificada associação negativa. Desse modo, os autores recomendam que nos programas de atenção à saúde sejam incluídas ações que estimulem as práticas de atividades físicas de lazer, tendo em vista a colaboração do comportamento ativo na melhoria da saúde mental.

O estudo de Monteiro *et al* (2020), desenvolvido em Salvador-BA, identificou associação positiva com significância estatística entre o agravo e as variáveis sexo feminino, raça negra, ter namorado(a) e uso de cigarros uma vez na vida. O envolvimento escolar foi identificado como fator de proteção.

Ainda, se verifica na literatura problemas de saúde mental em adolescentes associados a baixos níveis de rendimento educacional, consumo de drogas, comportamentos de risco, criminalidade, práticas com violação de regras, saúde sexual e reprodutiva desprotegida, automutilação e negligência com os cuidados pessoais, *bullyng/cyberbullying*, adicção em internet, uso excessivo de smartphones, redes sociais e jogos eletrônicos (AZEVEDO; MIRANDA; SOUZA, 2012; KAWABE *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2014; YOON *et al.*, 2019). Esses fatores intensificam o risco de morbimortalidade, influenciam negativamente a QVRS, além de implicar em altos custos sociais e econômicos.

Desse modo, nota-se que apesar de ser considerada uma etapa da vida com baixa ocorrência de doenças físicas, a adolescência se caracteriza por intensa fragilidade ao desenvolvimento de transtorno mental, o que pode prejudicar todo processo de desenvolvimento humano caso não ocorra apoio familiar, suporte social e assistência da rede de saúde (SAITO *et al.*, 2014).

Há um conhecimento circulante de que crianças e adolescentes com sofrimento psíquico apresentam menor percepção de QVRS quando comparados com aqueles considerados saudáveis (SAWYER *et al.*, 2002; WU; VEUGELERS; OHINMAA, 2021). O mesmo foi encontrado em estudo que correlacionou este tipo de agravo com percepção sobre QV (MAGAI; KOOT, 2019). No entanto, observam-se que essas inferências se baseiam principalmente em estudos conduzidos no contexto internacional, visto que no contexto brasileiro, são poucos os estudos que se propuseram a averiguar esta associação na população de adolescentes.

No contexto nacional não se identificou estudos que verificaram associação entre TMC e QVRS em adolescentes. Detectou-se apenas um estudo desenvolvido por Jansen *et al* (2011), o qual verificou associação entre TMC e QV entre jovens de 18 a 24 anos no município de Pelotas-RS, utilizando como instrumentos o *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) para rastreamento de TMC e o *Medical Outcomes Survey Short-form General Health Survey* (SF-36) para avaliação da QV. Os jovens com suspeição para TMC obtiveram uma menor média nos escores em todos os domínios da QV avaliados.

Diante dessa conjuntura, percebe-se que os TMC têm alto potencial para influenciar negativamente a percepção da QVRS. Portanto, nota-se a necessidade de os profissionais de

saúde se inserem no contexto escolar, incluindo no planejamento das suas ações de cuidado, iniciativas para promoção da saúde mental infanto-juvenil. Desse modo, as políticas públicas precisam reconhecer os TMC como importantes agravos de saúde vivenciados na adolescência, possibilitando a esse grupo acesso a serviços que auxiliem na promoção da saúde integral do adolescente.

3.4 ADOLESCÊNCIA, ESCOLA E SAÚDE

Durante o período de desenvolvimento físico-emocional que ocorre na adolescência, considera-se oportuno maior observação das demandas e vulnerabilidades vivenciadas para que sejam implementadas ações de promoção da saúde, sob uma perspectiva ampliada, visando encaminhá-los para a idade adulta com integridade, evitando agravos que muitas vezes se apresentam de forma irreversível (ARMOND, 2009; GOMES; HORTA, 2010; HORTA; MADEIRA; ARMOND, 2009).

Tal condição convoca os profissionais de saúde para ações de prevenção de riscos e promoção de saúde do adolescente. Todavia, a operacionalização dessas ações não tem sido fácil e comum de acontecer, quer seja pela indisponibilidade de centros especializados ou devido ao afastamento desse grupo aos serviços de saúde, sobretudo, das unidades de Atenção Básica. Assim, é importante que o setor de saúde busque alternativas para implementar estratégias integrais e efetivas junto aos adolescentes, valorizando locais em que já se encontram no habitualmente, abrangendo a escola (GOMES; HORTA, 2010).

Segundo Demo (1995), o principal papel da escola é oportunizar para toda a população, independentemente da condição socioeconômica, acesso a conhecimento produzido e acumulado historicamente. Entretanto, a escola ultrapassa essa contribuição uma vez que permite aos indivíduos tornarem-se membros de um grupo, influencia na aquisição de hábitos, costumes, valores, propiciando a formação do cidadão (GOMES; HORTA, 2010; SILVA JUNIOR, 2014). A relação escolarização-cidadania remete às funções de socialização, favorecendo transformação mediante desenvolvimento da cidadania plena. Ressalta-se que a educação escolar não é considerada condição suficiente, mas trata-se de condição necessária para o exercício da cidadania, a partir do conhecimento de direitos e deveres (SACRISTÁN; GOMÉZ, 2000; SILVA JUNIOR, 2014).

Para tanto, a escolarização também precisa oportunizar aos estudantes o envolvimento em ações que os possibilite desfrutarem de melhores condições físicas, psíquicas, cognitivas e

culturais para uma vida digna e saudável, a fim de exercer e participar efetivamente da vida pública na sociedade (ARAÚJO, 2003).

Ademais, a socialização primária, aquela que ficava sob a carga da família, mediada principalmente vínculos de respeito e afeto, vem sendo desvalorizada devido as alterações ocorridas na estrutura social e familiar da modernidade, sendo essa responsabilidade transferida para a instituição escolar (GOMES; HORTA, 2010).

Dessa maneira, as implicações para a escola são significativas, trazendo alterações na dinâmica de atuação dos professores e demais profissionais envolvidos no processo de ensino. Para atender as novas exigências, a escola precisa reinventar seu papel, principalmente com busca de parcerias intersetoriais, e muitas vezes, ainda que não perceba, implementa ações de promoção da saúde dos escolares, disponibilizando serviços que ultrapassam aulas curriculares. Revela-se, portanto, um vasto campo de possibilidades da escola para a formação e desenvolvimento dos jovens.

Logo, a escola que tem responsabilidade sobre o empoderamento e construção da cidadania, exerce importante protagonismo no estabelecimento de ações intersetoriais e interdisciplinares para promoção da saúde e preservação da vida. Admite-se, portanto, que o cenário escolar representa um lugar importante para se trabalharem conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento, pois consiste em espaço onde os adolescentes permanecem o maior tempo do seu dia (GOMES, 2013).

Saúde e educação são frequentemente lembradas quando está sob discussão aspectos das condições de vida. O trabalho conjunto entre profissionais dessas duas áreas, independentemente de onde aconteça – escola ou serviço de saúde – consiste em uma importante estratégia para auxiliar na promoção da QV, sobretudo na QVRS. Atualmente, a inserção da saúde no âmbito escolar recebe importante reconhecimento de organismos internacionais, especialmente, da OMS e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o que reforça a importância desse trabalho conjunto a nível mundial (CARVALHO *et al.*, 2015).

Somando forças, juntas, saúde e educação, constituem uma parceria com potencial especial para promover assistência integral e construção do sujeito adolescente enquanto cidadão que vivencia seus direitos. Nesse contexto, ressalta-se que as ações precisam ultrapassar espaços restritos, mas que possam ser realizadas a partir de uma responsabilização compartilhada, acrescida das parcerias com as famílias. Espera-se que essas possibilidades sejam valorizadas, disseminadas, desejadas, articuladas e implementadas.

3.5 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Atualmente, as políticas públicas de saúde no Brasil são fundamentadas no modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS, criado em 1990. Em período anterior, os primeiros programas e serviços específicos para a população de adolescentes no país tinham caráter assistencial e estavam vinculados às universidades (BRASIL, 2011).

Paralelamente ao processo de criação do SUS, influenciados pelos ideais da Reforma Sanitária, iniciava-se mobilizações na sociedade brasileira para assumir sua parcela de responsabilidade com a saúde dos adolescentes. Em 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, sendo reconhecida e admitida pelo Brasil, em 1990. Desse modo, a legitimação desse grupo enquanto sujeitos portadores de direitos no plano normativo indicou a importância de priorizá-los na formulação das políticas públicas, proporcionando um direcionamento de investimentos públicos nunca vistos até então (PENSO *et al.*, 2013).

Em 1990 foi outorgada a lei 8.069, denominada Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que teve por objetivo definir os direitos da criança e do jovem numa perspectiva condizente com sua condição de ser humano em desenvolvimento, e, portanto, que vivencia vulnerabilidades. Assim, julgou-se fundamental garantir a proteção integral: física, psíquica e moral (BRASIL, 1990).

O ECA não se trata de uma política específica do Ministério da Saúde, porém, considera-se pertinente sua menção, visto que no Título II, no qual é apresentado os direitos fundamentais, mais especificamente no Capítulo I, referente ao direito à vida e à saúde, determina-se que "A criança e ao adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência" (BRASIL, 1990).

No ano de 2010 foram divulgadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, embasadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essas diretrizes preconizam uma abordagem sistêmica frente às necessidades do público adolescente e habilita gestores e profissionais de saúde para atuar no processo de elaboração de estratégias intersetoriais e interfederativas, a fim de minimizar a vulnerabilidade dessa população (BRASIL, 2010).

Diante da complexidade do ser adolescente, parcerias entre diferentes setores precisaram ser efetivadas a exemplo da criação do Programa Saúde na Escola (PSE), criada mediante promulgação do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Constitui uma política de governo destinada a intersectorialidade, a partir do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, a fim de contemplar aos princípios e diretrizes do SUS: integralidade, equidade, universalidade, descentralização e participação social. O PSE se apresenta como um desenho político inovador, como parte de um trabalho amplo para a cidadania, ampliando as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2007; 2009).

A vinculação de escolas ao programa deve ser realizada por Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde, que devem considerar as metas e prioridades locais de atendimento ao programa. A adesão ao PSE é formalizada pelo Ministério da Saúde e prioriza escolas de acordo com os seguintes graus de vulnerabilidade: Participação no Programa Mais Educação, Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) e a cobertura das Equipes de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007; CARVALHO *et al.*, 2015).

Os principais objetivos do PSE são: promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2009).

No que concerne as ações de saúde previstas para o PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, entre outras: Avaliação clínica; Avaliação nutricional; Promoção da alimentação saudável; Avaliação oftalmológica; Avaliação da saúde e higiene bucal; Avaliação auditiva; Avaliação psicossocial; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool; Prevenção do uso de drogas; Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; Controle do tabagismo e outros fatores de risco de

câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007; 2009).

No âmbito da Atenção Básica, cabe as Equipes de Saúde da Família efetuar visitas frequentes e contínuas às escolas credenciadas ao PSE ao longo do ano letivo, no intuito de supervisionar as condições de saúde dos escolares, ofertar assistência à saúde, em concordância com os problemas detectados (BRASIL, 2007; MEDEIROS *et al.*, 2018).

O PSE também orienta que aspectos relacionados à saúde mental de escolares sejam observados por profissionais de saúde, assim como, (e, prioritariamente) por profissionais da educação. A escola representa um cenário propício para identificar comportamentos que caracterizam transtornos mentais, pois nela desenrola-se praticamente toda a infância e grande parte da juventude dos indivíduos (BRASIL, 2009).

Embora existam políticas públicas para a promoção da saúde do adolescente, que preconiza inclusive a atuação conjunta de diferentes esferas do governo, a exemplo da saúde e educação, ainda se observa lacunas para a incorporação de tais diretrizes pelos profissionais da saúde, sobretudo no que se refere à operacionalização do PSE. Constata-se certo distanciamento entre os documentos oficialmente instituídos e a implementação de processos de trabalho que viabilizem o espaço escolar como privilegiado para ações que promovam o cuidado integral do adolescente (PENSO *et al.*, 2013).

É comum observar nos discursos de profissionais que compõem equipes da Estratégia de Saúde da Família enfrentamentos de dificuldades como sobrecarga de trabalho, tempo insuficiente e excesso de burocracia que dificultam o desenvolvimento de ações integradas juntos aos adolescentes, sobretudo no âmbito escolar.

Na maioria das vezes, os profissionais de saúde até reconhecem a importância do programa e discordam com os modelos de intervenção em saúde praticados no âmbito escolar, porém, acabam se colocando em uma posição paralisada, priorizam outras demandas, não conseguem se engajar em ações inovadoras, atendendo unicamente às obrigações que lhes são impostas. De tal modo, limitam-se as ações fragmentadas e pontuais de saúde desenvolvidas nas escolas, repetindo meramente modelos tradicionais de intervenção, em desconformidade com as diretrizes apontadas pelas políticas públicas de saúde para promoção da saúde do adolescente (PENSO *et al.*, 2013).

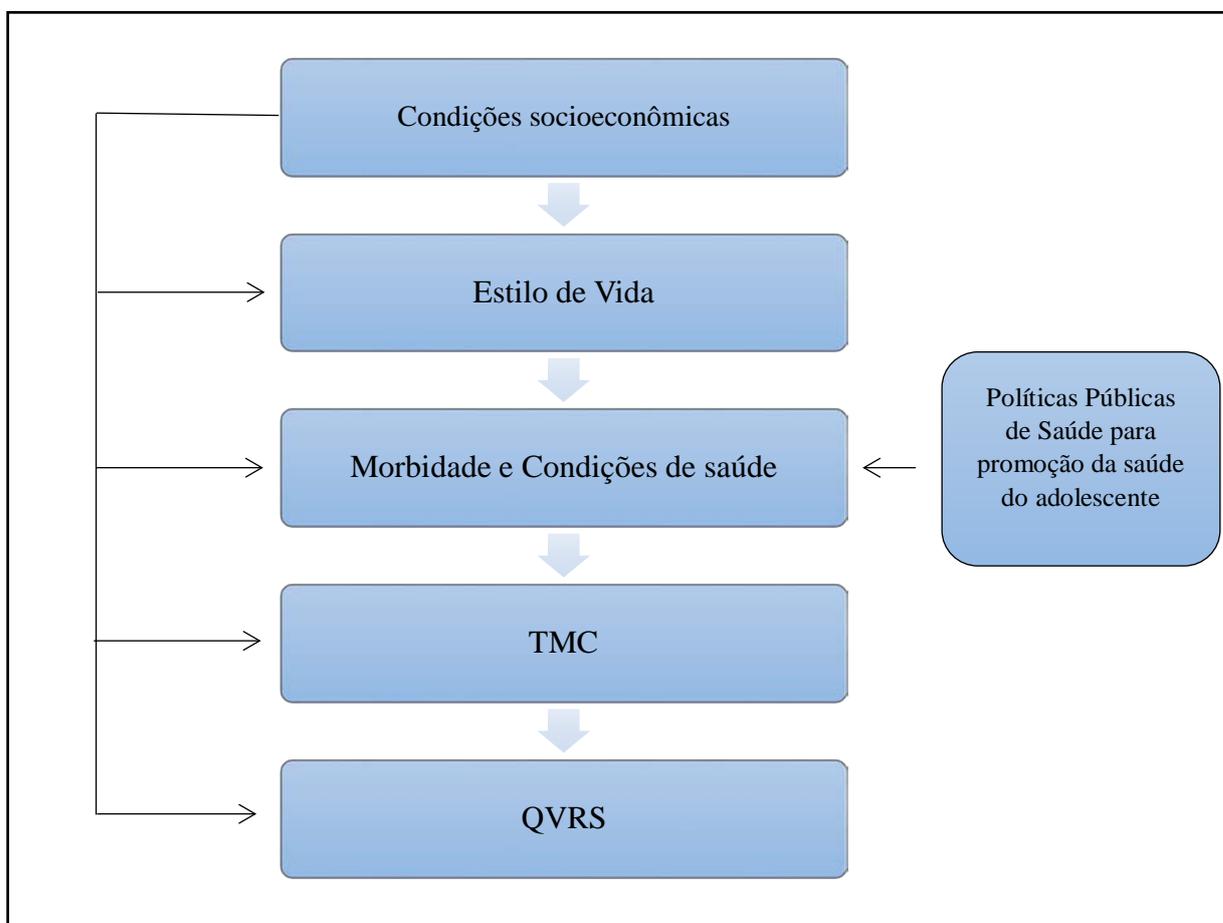
Considerando as determinações dos dispositivos legais relacionados à promoção da saúde do adolescente, e seu distanciamento na cultura da saúde pública, salienta-se a necessidade de cada vez mais serem realizados espaços de discussão que venham pôr em pauta

as demandas desse grupo populacional. Ademais, a realização dos inquéritos epidemiológicos junto aos adolescentes no cenário escolar para a vigilância à saúde desse grupo também poderá auxiliar na avaliação e programação das políticas públicas para saúde do adolescente.

3.6 MODELO CONCEITUAL

A revisão de literatura apresentada nos parágrafos anteriores permitiu a construção do modelo conceitual (Figura 1) que fundamentou a tese construído a partir de evidências científicas encontradas referente às variáveis associadas aos TMC e QVRS, conforme apresentado a seguir:

Quadro 1: Modelo teórico-conceitual referente às variáveis associadas aos TMC e QVRS em adolescentes escolares



Fonte: Elaboração do autor

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

No campo da investigação científica geralmente os pesquisadores defendem o desmembramento dos estudos quantitativos e qualitativos, pelo fato destes valorizarem as ciências humanas e aqueles as ciências físicas. Entretanto, há uma ressalva de que esses diferentes tipos de abordagens podem se complementar e permitir uma maior compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2014).

Nesse contexto, os métodos mistos de pesquisa podem englobar (em um único projeto de pesquisa) técnicas provenientes do positivismo, representadas essencialmente pela mensuração de variáveis de estudo, assim como, propostas de investigação relacionadas as ciências sociais com abordagens compreensivas sobre os fenômenos pesquisados, resultando em conclusões amplas sobre os mesmos (CHIANG-HANISKO *et al.*, 2016).

Para que o desenvolvimento de um projeto de pesquisa com métodos mistos seja exitoso, deve-se garantir o cumprimento ao rigor das técnicas e dos procedimentos intrínsecos das abordagens quantitativas e qualitativas, separadamente, a fim de que o planejamento da proposta de investigação ocorra no rigor do cumprimento que classifique a pesquisa nesta nova abordagem metodológica (DOORENBOS, 2014; FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

Considerando o exposto realizou-se estudo do tipo misto, mediante 2 estudos com abordagem quantitativa que contemplaram os objetivos “Estimar a prevalência de TMC e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano” (1º manuscrito) e “Avaliar a QVRS em adolescentes escolares e sua associação com TMC E NAF” (2º manuscrito). Para cumprir o objetivo “Relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) de adolescentes escolares, realizou-se 1 estudo qualitativo (3º manuscrito)”.

A abordagem quantitativa correspondeu a 1ª etapa da pesquisa, quando foi realizado inquérito epidemiológico, analítico, de corte transversal e de base escolar. Os estudos transversais permitem analisar fator e efeito num mesmo momento, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma população ou comunidade, e a partir disto produzem indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; GURGEL, 2017).

Finalizada 1ª etapa da pesquisa, procedeu-se para etapa posterior, quando se propôs a implementação de programa para auxílio da promoção da saúde mental e QVRS de adolescentes escolares, o que culminou na elaboração de estudo qualitativo, do tipo relato de experiência.

O relato de experiência consiste em importante estratégia metodológica para a produção científica na contemporaneidade. Isso porque remete a uma construção teórico-prática, visto sob uma perspectiva do sujeito pesquisador em um determinado contexto cultural e histórico, elaborado como proposta de aperfeiçoamento de saberes acerca de um determinado objeto de estudo (DALTRO; FARIA, 2019). Assim, a construção do relato de experiência desapega-se da ambição de se constituir verdades absolutas, mas, sim, divulgar à comunidade científica alternativas de saberes e de práticas inovadoras.

4.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida nas escolas estaduais que disponibilizaram no ano de 2019 ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral, localizadas na zona urbana do município de Jequié, Bahia, Brasil. Com pouco mais de 151 mil habitantes, o município é considerado a 10^a cidade mais populosa do estado da Bahia, localiza-se na região sudoeste do estado e possui uma área territorial de 2.969 Km² (IBGE, 2010).

No ano de 2019 a zona urbana do município contou com o funcionamento de 10 escolas que ofereceram ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral, a saber: Colégio da Polícia Militar Professor Magalhães Neto (CPM), Colégio Estadual de Jequié (CEJ), Colégio Estadual Doutor Milton Santos (CEDMS), Colégio Estadual Luisa Mahim (CELM), Colégio Estadual Luiz Navarro de Brito (CELNB), Colégio Estadual Luiz Viana Filho (CELVF), Colégio Estadual Maria José de Lima Silveira (CEMJLS), Colégio Estadual Professor Firmo Nunes de Oliveira (CEPFNO), Colégio Estadual Professora Faraildes Santos (CEPFS) e Colégio Modelo Luís Eduardo Magalhães (CMLEM).

Entretanto, destes, o CPM não foi incluído visto que seus estudantes são selecionados por sorteio e pelo fato do ensino de Educação Física se diferir das demais. Portanto, o estudo foi desenvolvido em 9 escolas.

No ano de realização da coleta de dados, a gestão de saúde do município informou contratualização com o PSE e que todas as escolas que participaram do estudo estavam sob acompanhamento do programa (JEQUIÉ, 2019).

Em Jequié-BA ainda não é implantada uma Rede de Atenção Psicossocial, inexistindo Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPS ia) ou algum outro tipo de serviço especializado em saúde infanto juvenil. Para os adolescentes que apresentam alguma demanda de saúde mental, a secretaria de saúde informa que deve ser feito o encaminhamento para os seguintes serviços: Centro de Atenção Psicossocial do tipo II (CAPS II), Centro de

Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), ambulatórios de saúde mental que funcionam nos 4 Centros de Saúde com atendimento psiquiátrico e psicológico e Unidades de Saúde da Família. Para os casos de urgência/emergência psiquiátrica deve-se acionar Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), proceder com encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital Geral que conta com Anexo Psiquiátrico (JEQUIÉ, 2019).

De maneira semelhante, na rede pública estadual de ensino não é ofertado nenhum tipo de acompanhamento psicológico ou atendimento especializado em saúde para os escolares, de modo que estes ficam à mercê das ações propostas pelo PSE.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento desta tese foram determinadas diferentes populações, visando atender os objetivos estabelecidos. De acordo com os mapas de classe fornecidos pelas secretarias das escolas que compuseram o estudo, a população de interesse para investigação do objetivo “Estimar a prevalência de TMC e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano (1º manuscrito)”, ano de 2019, esteve constituída por 2.864 escolares, distribuídos entre 9 escolas estaduais do município de Jequié-BA que ofereciam ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral, conforme é possível conferir no quadro 2 apresentado a seguir:

Quadro 2: População de adolescentes matriculados no ensino médio regular de escolas estaduais localizadas em Jequié-BA, com idade 14-19 anos (2019).

Escolas	Turmas	População Escolar
CEJ	15	526
CEDMS	6	197
CELM	7	237
CELNB	5	169
CELVF	7	202
CEMJLS	5	143
CEPFNO	7	224
CEPFS	6	181
CMLEM	25	985
TOTAL	98	2.864

Fonte: Elaboração do autor considerando mapas de classes fornecidos pelas escolas.

Foram elegíveis para o estudo indivíduos com idade mínima de 14 anos e máxima de 19 anos. A idade mínima foi determinada considerando a escolha de trabalhar com adolescentes do ensino médio, por considerá-los mais independentes e preparados para preenchimento dos questionários autoaplicáveis e, exclusão daqueles pertencentes ao ensino fundamental. O Ministério da Educação não determina idade mínima para adentrar no ensino médio, porém, considerando a idade mínima de ingresso no ensino fundamental (6 anos), espera-se que os estudantes iniciem o ensino médio entre 14 ou 15 anos (BRASIL, 1996). A idade máxima foi determinada em virtude da classificação da OMS que considera como adolescência a fase compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 2006a).

Além desses critérios definidores, a literatura também mostra evidências de que a prevalência dos TMC seja maior em adolescentes mais velhos (LOPES *et al.*, 2016; PINHEIRO *et al.*, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2020). Portanto, mais um motivo que reforçou a escolha por indivíduos que estivessem na adolescência intermediária (dos 14 aos 16 anos) ou adolescência final (dos 17 aos 19 anos).

Salienta-se que para o manuscrito que teve como variável de desfecho a QVRS, a população de estudo compreendeu indivíduos na faixa etária de 14 a 18 anos, considerando critérios de aplicação do instrumento *Kidscreen-27*. Assim, conforme mapas de classe fornecidos pelas secretarias das escolas que compuseram o estudo, a população de interesse para investigação do objetivo “Avaliar a QVRS em adolescentes escolares e sua associação

com TMC e NAF” (2º manuscrito), ano de 2019, esteve constituída por 2.749 escolares, distribuídos entre 9 escolas estaduais do município de Jequié-BA que ofereciam ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral, conforme é possível conferir na quadro 3 apresentado a seguir:

Quadro 3: População de adolescentes matriculados no ensino médio regular de escolas estaduais localizadas em Jequié-BA, com idade 14-18 anos (2019).

Escolas	Turmas	População Escolar
CEJ	15	516
CEDMS	6	180
CELM	7	222
CELNB	5	158
CELVF	7	187
CEMJLS	5	135
CEPFNO	7	219
CEPFS	6	172
CMLEM	25	960
TOTAL	98	2.749

Fonte: Elaboração do autor considerando mapas de classes fornecidos pelas escolas.

Para ambos os estudos quantitativos definiu-se como critérios de exclusão: portadores de deficiências físicas que impossibilitasse a realização da coleta de dados, sejam elas agudas ou crônicas, adolescentes com deficiência intelectual, gestantes, lactantes ou aqueles que apresentassem transtornos psicóticos severos. Também, foram excluídos adolescentes das turmas noturnas das escolas estaduais, do ensino fundamental, do ensino médio profissionalizante, dos anexos de ensino e os estudantes do Colégio da Polícia Militar.

Para contemplar o objetivo “Relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e QVRS de adolescentes escolares a população de estudo correspondeu aos familiares dos estudantes que estiveram matriculados no ensino médio regular nas escolas estaduais do município de Jequié-BA, ano de 2019, turnos matutinos, vespertino, ou modalidade integral, assim como, professores e trabalhadores da educação vinculados as estas escolas.

4.3.1 Definição da amostra

Considerando os diferentes objetivos e desfechos de investigação foi necessário o cálculo de duas amostras. Em ambos, utilizou-se procedimentos sugeridos por Luiz e Magnanini (2000).

Para o objetivo “Estimar a prevalência de TMC e os fatores associados em adolescentes escolares de um município interior baiano” (1º manuscrito), definiu-se uma frequência esperada de TMC de 19,2% entre adolescentes (15-17 anos), conforme encontrado em estudo desenvolvido no município de Feira de Santana-BA que também utilizou o instrumento SRQ-20 (RIOS *et al.*, 2010). Adotou-se intervalo de confiança de 95%, com erro máximo de 5%, o que resultou em amostra inicial de 220 escolares para amostra aleatória simples. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, multiplicou-se o valor da amostra inicial ($n=220$) por 1,5 para efeito de delineamento, totalizando amostra mínima de 330 escolares. Porém, optou-se por trabalhar com amostra de 570 adolescentes, considerando que a coleta de dados para investigação dos diferentes desfechos ocorreu de forma conjunta. Dos adolescentes procurados, 8,4% ($n=48$) não foram encontrados por evasão escolar ou não preencheram critérios de elegibilidade, sendo o 1º manuscrito conduzido com 522 participantes.

No que refere ao cálculo amostral para o objetivo “Avaliar a QVRS de adolescentes escolares e sua associação com TMC e NAF” (2º manuscrito), considerou-se uma frequência esperada de QVRS entre adolescentes escolares da rede pública de 46,9% (AGATHAO; REICHENHEIM; MORAES, 2018), com intervalo de confiança de 95% e erro máximo de 5%. Realizou-se correção de efeito para obtenção de amostragem por conglomerado ($d_{eff}=1,5$), totalizando amostra mínima de 507 escolares. A fim de corrigir eventuais perdas estabeleceu-se um acréscimo de aproximadamente 13%, sendo realizada busca de 570 adolescentes. Na busca dos participantes 9,82% ($n=56$) não foram encontrados por evasão escolar ou não preencheram outros critérios de elegibilidade, de modo que o 2º manuscrito foi conduzido com 514 participantes.

Considerando a coleta de dados conjunta, a seleção dos conglomerados ocorreu de modo que atendesse as duas amostras. Desse modo, realizou-se estratificação, com probabilidade proporcional ao tamanho das turmas e que representassem 570 escolares, considerando uma média de 30 escolares por turma. Desse modo, trabalhou-se com 19 turmas dentre as 98 existentes, selecionadas por sorteio aleatório utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007®.

Considerou-se recusa a condição do adolescente e/ou responsável negar o interesse na participação da coleta de dados, não apresentar o TCLE (APÊNDICE A) (APÊNDICE B) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C) assinados. E perda amostral, o fato de o adolescente entregar o instrumento com 50% de incompletude, além de durante ou após a coleta dos dados, optasse por desistir da participação no estudo.

No que condiz ao objetivo “Relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e QVRS de adolescentes escolares” trabalhou-se com uma amostra de conveniência composta por 18 familiares e 4 professores.

4.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS PARA A COLETA DOS DADOS

4.4.1 Adentrada no local do estudo

Inicialmente, no mês de maio do ano de 2019, para adentrar no campo, o projeto de pesquisa foi apresentado à direção geral do Núcleo Regional de Educação-22 (NRE-22) para apreciação e autorização. Mediante parecer favorável do diretor regional (ANEXO A), no mês de junho do mesmo ano, procedeu-se com agendamento de visita as escolas para apresentação da proposta aos respectivos diretores e coordenadores pedagógicos, sendo que não houve recusa em nenhuma delas.

Na oportunidade das reuniões com os gestores, verificou-se nas respectivas secretarias escolares, os mapas de classes com número de turmas e de adolescentes matriculados no ensino médio, modalidade regular, turnos matutinos, vespertino, ou modalidade integral, a fim de averiguar possíveis discordâncias com os dados obtidos no NRE-22.

4.4.2 Treinamento da equipe pesquisadora

Ocorreu nos meses de agosto e setembro do ano de 2019, um treinamento de estudantes da área da saúde e das ciências biológicas para formação de uma equipe pesquisadora composta por 27 integrantes. Destes, 18 eram graduandos do curso de enfermagem, 3 graduandos do curso de biomedicina, 3 graduandos do curso de biologia, 2 enfermeiras doutorandas e 1 enfermeira mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB).

Ao longo do treinamento foi oportunizada para toda a equipe capacitação para a coleta dos dados quantitativos, realizada em uma das salas da UESB, a fim de padronizar os

procedimentos, familiarizar-se com os instrumentos e com os Termos de Consentimento e Assentimento. O treinamento foi ofertado em 3 encontros distintos de 5 horas, o que totalizou carga horária de 15 horas.

No 1º encontro, realizado no mês de agosto, foram apresentados os objetivos e finalidades da pesquisa, assim como, explanação do planejamento de execução. Foram lidos e discutidos minuciosamente todos os instrumentos, variáveis utilizadas, assim como, instrução sobre mensuração de massa corporal e estatura.

No 2º encontro, também realizado no mês de agosto, foi possibilitado aos integrantes da equipe exercitarem a prática, testando a utilização dos instrumentos e as mensurações antropométricas com os colegas e, conseguinte, sanar possíveis dúvidas.

O 3º encontro aconteceu no mês de setembro, após estudo piloto, quando foi possível discutir as fragilidades percebidas na primeira experiência de coleta, definir adaptações nas estratégias, bem como informar sobre os ajustes realizados nos instrumentos que viriam a ser empregados.

4.4.3. Estudo piloto

O estudo piloto referente a etapa quantitativa da pesquisa foi aplicado na 2ª semana do mês de setembro do ano 2019, no CEPFNO, em 2 turmas do turno matutino, sorteadas especificamente para este fim, o que possibilitou testar a execução dos procedimentos planejados previamente e verificar a viabilidade da aplicação dos questionários. Ressalta-se que após estudo piloto, foram sorteadas novas turmas desse mesmo colégio para compor a amostra final.

No projeto original pretendia-se em um dia apresentar à turma a equipe pesquisadora; divulgar os objetivos, as estratégias e a relevância da pesquisa; esclarecer possíveis dúvidas; entregar o TCLE solicitando autorização dos responsáveis. No dia útil seguinte retornaríamos para recolher os TCLE, propor aos adolescentes a assinatura do TALE e realizar coleta de dados. No entanto, percebeu-se grande resistência para os adolescentes devolverem o TCLE com permissão dos responsáveis; muitos deles esqueciam de comunicar aos familiares, ou até mesmo perdiam o documento. Desse modo, o estudo piloto serviu para identificar a inviabilidade de apresentar o projeto em um dia e coletar os dados no dia seguinte.

Logo, decidiu-se que para cada turma, em um 1º dia seria apresentado o projeto, entregue o TCLE, e recolhido contato telefônico daqueles que demonstrassem interesse em participar voluntariamente. Nos próximos 3 dias úteis subsequentes alguém da equipe visitaria

a turma para recolher os TCLE daqueles que levassem, e lembrar os demais sobre a importância de participação na pesquisa. Nesse mesmo período, alguém da equipe também se responsabilizaria por entrar em contato com os adolescentes em um turno que não estivessem na escola para realizar o lembrete. Determinou-se que no 5º dia útil consecutivo seria feito a coleta dos dados com aqueles que estivessem presentes com entrega do TCLE e do TALE.

Em relação ao questionário sociodemográfico, a experiência do estudo piloto demonstrou a necessidade de reescrever alguns questionamentos a fim de possibilitar aos participantes uma leitura mais compreensível.

4.4.4. Coleta de dados quantitativos

A coleta dos dados quantitativos aconteceu nos meses de setembro e outubro do ano de 2019, nas 9 escolas que compuseram o local do estudo. Para isto, em cada escola, foi negociado junto a coordenação e professores a disponibilidade de um horário aula (50 minutos) para aplicação dos questionários. Ao todo, 27 pessoas previamente treinadas participaram da coleta, estando distribuídas em 2 subgrupos de 6 pessoas e 2 subgrupos de 7 pessoas, sob supervisão geral da responsável e autora da tese. Padronizou-se como fardamento calça jeans, camisa branca e uso de crachá.

Todas as turmas sorteadas para participação no estudo foram visitadas durante 5 dias úteis consecutivos. No 1º dia foi cedido 20 minutos de alguma das aulas para que a responsável pelo estudo apresentasse a proposta para a turma, explicasse sobre a necessidade de entrega do TCLE e do TALE assinados, recolhesse contato telefônico dos interessados em participar voluntariamente, sanasse possíveis dúvidas e questionamentos dos adolescentes. Nos próximos 3 dias úteis subsequentes, foi cedido 10 minutos de alguma aula para um dos pesquisadores recolher os TCLE daqueles que levaram, e lembrar os demais sobre a importância de participação na pesquisa. Nesse período, algum integrante da equipe também entrou em contato, em turno oposto à escola, via telefone para alertá-los. No 5º dia útil consecutivo, a equipe escalada para a coleta, se apresentou às respectivas turmas, distribuiu os questionários para todos responderem, com duração média de 50 minutos, sempre se mostrando acessível para esclarecer possíveis dúvidas e questionamentos. À medida que finalizavam o preenchimento do questionário, ainda em sala de aula, realizou-se, um por vez, mensuração de peso e estatura, para medida da massa corporal.

4.5 VARIÁVEIS

4.5.1 Características socioeconômicas, estilo de vida e condições de saúde

Para aquisição das variáveis relacionadas a dados socioeconômicos, estilo de vida e condições de saúde utilizou-se questionários autoaplicáveis elaborados por equipe pesquisadora conforme são descritos a seguir (APÊNDICE D):

- Dados socioeconômicos: turno de estudo, idade, sexo, satisfação sexual, orientação sexual, raça/cor da pele, situação conjugal, religião, filhos, com quem reside, trabalho, renda familiar, pavimentação, escolaridade materna.
- Dados sobre o estilo de vida e condições de saúde: duração do sono noturno em dias de aula; duração do sono noturno em dias sem aula; sono em turno oposto à escola; dificuldades para dormir; sonolência diurna; doença crônica; uso de medicamentos; tabagismo; uso de bebida alcoólica; uso de drogas ilícitas; uso de smartphone nos dias de aula; uso de smartphone nos dias sem aula; uso de redes sociais; uso de jogos eletrônicos; refeições por dia; consumo de frutas frescas; consumo de folhas, legumes ou verduras; consumo de carne; consumo de feijão com arroz; consumo de salgadinhos ou biscoitos salgados; consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas; consumo de refrigerante; consumo bebidas açucaradas.
- Dados sobre estado nutricional:

No que concerne a avaliação do estado nutricional realizou-se verificação de massa corporal e de estatura. Para mensuração do peso foi utilizada balança portátil digital da marca Plenna® (capacidade máxima para 180 Kg), com o participante descalço e vestindo o mínimo de roupa possível.

A estatura foi medida a partir de um estadiômetro portátil da marca WiSO®, com campo de medição de 210cm, estando o participante descalço, em posição ortostática, com os pés juntos, superfícies posteriores dos calcanhares, nádegas e cabeça em contato com a parede, conforme recomenda as orientações do plano de Frankfurt (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988).

A partir das medidas do peso e estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC): $IMC = \text{massa corporal (kg)} / \text{estatura}^2 \text{ (m)}$, e classificou-se o estado nutricional, conforme

parâmetros da OMS (WHO, 2006b), expressos em escore-Z, segundo sexo (ANEXO B) (ANEXO C) e idade do adolescente.

Foi utilizado o software WHO Anthro Plus, 2009 versão 1.0.3, que determina as relações Estatura/Idade e IMC/Idade conforme padrão de referência da OMS, considerando os seguintes pontos de corte: eutrofia entre os pontos de corte do escore Z para IMC/I +1,00 a -2,00; baixo peso abaixo de -2,00; sobrepeso entre +1,00 e +2,00 e obesidade acima do escore Z +2,00.

4.5.2 Transtornos Mentais Comuns

Para rastreamento de TMC empregou-se o SRQ-20 (ANEXO D), desenvolvido por Harding *et al* (1980) e validado no Brasil por estudos anteriores (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; MARI; WILLIAMS, 1986; SANTOS *et al.*, 2010).

Trata-se de instrumento multidimensional, recomendado pela OMS, composto por 20 questões com possibilidade de resposta do tipo sim ou não, utilizado para rastrear suspeição para transtornos não psicóticos nos últimos 30 dias como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas. Não obstante apresentar desempenho aceitável como instrumento de rastreamento da saúde mental, não permite definir diagnóstico específico de transtorno existente (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Considerou-se casos de suspeição para TMC indivíduos do sexo masculino que apresentarem 5 ou mais respostas afirmativas positivos e 7 ou mais para os do sexo feminino, conforme recomenda estudo de validação do SRQ-20 desenvolvido junto a população de residente em áreas urbanas de um município baiano (SANTOS *et al.*, 2010). Ratifica-se que o estudo desenvolvido por Santos *et al* (2010) aprofundou as discussões sobre melhores pontos de corte do SRQ-20 para suspeição de TMC, inclusive, estratificando-se por sexo e anos de estudo.

Embora o SRQ-20 não seja validado no Brasil para população específica de adolescentes, destaca-se que o instrumento é bem estabelecido e amplamente utilizado, inclusive em amostras compostas por essa faixa etária, tanto em trabalhos nacionais (AVANCI *et al.*, 2007; JANSEN *et al.*, 2011; MARQUES; LEGAL; HOFELMANN, 2012; PAULA *et al.*, 2018; PINHEIRO *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2019) como internacionais (BENER; TEWFIK, 2006; FORD; JAMPAKLAY; CHAMRATRITHIRONG, 2018; PIKE *et al.*, 2018).

4.5.3 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

Os dados sobre a percepção de QVRS dos adolescentes foram obtidos a partir do instrumento KIDSCREEN (ANEXO E). Trata-se de uma ferramenta genérica usada para avaliação e monitoramento da QVRS de crianças e adolescentes entre 8 e 18 anos, tanto saudáveis quanto portadores de doenças crônicas. Os itens identificam a frequência e intensidade de comportamentos/ sentimentos ou atitudes específicas em um período recordatório de uma semana à aplicação do instrumento (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2005; 2006).

Neste estudo, optou-se pela versão reduzida, o KIDSCREEN 27, que contém 27 itens que compõem cinco dimensões, ‘Saúde e Atividade Física’, ‘Bem-estar Psicológico’, ‘Autonomia e Relação com os Pais’, ‘Amigos e Apoio Social’ e ‘Ambiente Escolar’. As respostas aos itens têm cinco níveis ordinais de qualificação (de ‘muito ruim’ a ‘excelente’, de ‘nada’ a ‘totalmente’ ou de ‘nunca’ a ‘sempre’).

As respostas do KIDSCREEN-27 foram analisadas de acordo com algoritmo padrão. Foram realizadas as etapas de sintaxe recomendadas, inclusive a transformação das estimativas dos parâmetros em valores z, que produziram os escores médios. Em concordância com o manual do Kidscreen, os escores com valores entre 45 e 55 indicaram uma percepção de QVRS ‘normal’ ou ‘comum’, valores abaixo de 45 representaram uma percepção de QVRS negativa/ruim e valores acima de 55 indicaram uma percepção de QVRS positiva/boa (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2006).

No Brasil o KIDSCREEN-27 foi analisado por Farias Junior *et al* (2017), sendo detectada reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto satisfatórias para adolescentes brasileiros. Tem sido uma nova proposta de instrumento para mensurar a QVRS de crianças e adolescentes, por considerar as particularidades e singularidades da idade. Destaca-se o crescimento da utilização do instrumento KIDSCREEN-27 nos últimos anos, tanto na literatura nacional (ALVES *et al.*, 2019; AGATHAO; REICHENHEIM; MORAES, 2018; FONSECA *et al.*, 2019) como na internacional (KALLANDER *et al.*, 2020; MORALES *et al.*, 2013; SHANNON *et al.*, 2017).

4.5.4 Nível de Atividade Física

Para avaliação do NAF utilizou-se o *Questionário de Atividade Física para Adolescentes* (QAFA) (ANEXO F), que consiste em uma adaptação do *Self-Administered Physical Activity Checklist* (FARIAS JÚNIOR *et al.*, 2012). O QAFA é composto por 24

atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, com possibilidade de o adolescente acrescentar mais 2. No preenchimento do questionário os participantes informaram a frequência (dias/semana) e a duração (horas/minutos/dia) das atividades físicas praticadas na última semana.

Na determinação do NAF foi considerado o somatório do produto do tempo dispendido em cada uma das atividades físicas pelas respectivas frequências de prática. Para os adolescentes com idade entre 14-17 anos considerou-se suficientemente ativos aqueles que praticaram atividades físicas moderadas ou vigorosas por um tempo igual ou maior do que 180 minutos/semana e insuficientemente ativos aqueles que se exercitaram por um tempo menor. Para os adolescentes com idade de 18 ou 19 anos considerou-se suficientemente ativos aqueles que praticaram atividades físicas moderadas ou vigorosas por um tempo igual ou maior do que 300 minutos/semana e insuficientemente ativos aqueles que se exercitaram por um tempo menor (WHO, 2020).

De acordo com Faria Junior *et al* (2012), o QAFA apresentou níveis satisfatórios de reprodutibilidade e validade, podendo ser utilizado para mensurar o NAF em adolescentes brasileiros, principalmente, da região nordeste do país. Na literatura é possível encontrar diferentes estudos desenvolvidos junto a adolescentes que utilizaram o QAFA para avaliar NAF (CUREAU; SCHAAN, 2016; FERREIRA *et al.*, 2016; PIOLA *et al.*, 2018).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

Os dados quantitativos originados da coleta foram tabulados e organizados, por dupla entrada, no programa Microsoft Office Excel 2007, e em seguida, transferidos para programas que permitiram análise.

Para análise estatística do objetivo “Estimar a prevalência de TMC e os fatores associados em adolescentes escolares” (1º manuscrito) utilizou-se o programa Stata versão 12.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA). Na análise descritiva as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por medidas de tendência central e de dispersão. Aplicou-se teste do qui-quadrado de Pearson, em um nível de significância de 5% ($\alpha \leq 0,05$), para verificar as proporções de TMC de acordo com as variáveis independentes do estudo.

Os fatores associados aos TMC entre os adolescentes foram verificados utilizando regressão de Poisson, com variâncias robustas. Na análise bruta estimou-se as razões de prevalência brutas e respectivos Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}). As variáveis que

apresentaram significância estatística inferior a 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada.

Na análise multivariada admitiu-se a entrada hierárquica das variáveis independentes em blocos, em conformidade com modelo conceitual (Quadro 4) elaborado para determinação de TMC na adolescência, respeitando a seguinte ordem: Bloco 1: variáveis socioeconômicas; Bloco 2: variáveis relacionadas aos marcadores de consumo alimentar; Bloco 3: variáveis relacionadas a comportamentos e estilo de vida; e Bloco 4: variáveis relacionadas a morbidade e condições de saúde. Foram consideradas associações estatisticamente significativas as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$ após ajuste para os potenciais fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores.

Quadro 4: Modelo conceitual com seleção hierárquica para determinação dos TMC na adolescência.

Bloco 1 – Características socioeconômicas

Idade	Filhos
Turno	Religião
Sexo	Trabalho
Satisfação com sexo	Renda
Orientação Sexual	Pavimentação
Raça/Cor	Escolaridade materna
Situação Conjugal	

Bloco 2 – Marcadores consumo alimentar

Refeições dia
 Consumo de frutas frescas
 Consumo de folhas, legumes ou verduras
 Consumo de carne
 Consumo de feijão com arroz
 Consumo salgadinho ou biscoitos salgados
 Consumo biscoitos recheados, doces ou guloseimas
 Consumo de refrigerante
 Consumo de bebidas açucaradas

Bloco 3 – Comportamentos e estilo de vida

Sono em dias de aula	Uso de smartphone em dias de aula
Sono dias sem aula	Uso de smartphone em dias sem aula
Tabagismo	Uso de redes sociais
Consumo bebida alcoólica	Uso de jogos eletrônicos
Consumo drogas ilícitas	Nível de Atividade Física

Bloco 4 – Morbidade e Condições de Saúde

Doença Crônica
 Uso de medicamentos
 Índice de Massa Corporal (IMC)
 Estatura Adequada para Idade
 Dificuldades para dormir
 Sonolência diurna

TMC

No que se refere ao objetivo “Avaliar a QVRS de adolescentes escolares e sua associação com TMC” (2º manuscrito), procedeu-se análise com uso do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Na análise descritiva das variáveis categóricas, foram utilizadas frequências relativas e absolutas, e para as contínuas, medianas e seus respectivos primeiro e terceiro quartis (Q1-Q3). Com a finalidade de investigar o comportamento correlacional entre os diferentes domínios da QVRS com o NAF e com os TMC, adotou-se análise de correlação de Spearman, dada a não normalidade dos dados, atestada pelo teste de Shapiro Wilk ($p < 0,05$).

Na análise multivariada três modelos de regressão não linear foram traçados para os domínios que foram correlacionados com as duas variáveis nas análises univariadas. Os resultados dos modelos finais foram apresentados em coeficientes Beta (β) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para todas as análises o nível de significância foi de 5%.

4.7 ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A partir da verificação dos resultados da investigação quantitativa, verificou-se condição preocupante de vulnerabilidade vivenciada pelos participantes do estudo, principalmente no que se refere a presença de TMC e percepção sobre QVRS. Diante de tal constatação, e reconhecendo a responsabilidade social da universidade pública nas ações de pesquisa e extensão para melhoramento das condições de vida da comunidade onde está inserida, sobreveio a necessidade de mobilização para intervir frente a problemática.

A intervenção esteve dividida em 3 momentos, conforme encontra-se discorrido a seguir:

4.7.1 Reuniões com gestores da saúde e da educação

No mês de outubro a pesquisadora responsável pela pesquisa procurou alguns dos gestores de saúde e da educação responsáveis pela implementação do PSE nas escolas cujo estudo foi realizado. Embora as escolas tivessem como origem a administração pública estadual, também cabe ao município a promoção da saúde desses adolescentes, principalmente ao se considerar que as ações do PSE são desenvolvidas por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF)

De tal modo, no mês de outubro do ano de 2020, realizou-se reuniões com a coordenadora de saúde mental e com a coordenadora do PSE do município de Jequié-BA, e

com a diretora geral do NTE-22 para divulgação dos resultados encontrados na pesquisa. Os gestores do Núcleo Regional de Saúde (NRS) lotado no município também foram procurados, entretanto, em virtude da dedicação necessária para as ações de controle da pandemia causada pelo COVID-19 vivenciada no respectivo ano, não foi possível contar com a participação desse órgão.

Tanto a gestora do NTE-22 quanto as coordenadas da secretária de saúde mostraram-se preocupadas frente a situação encontrada e se mostraram solícitas em colaborar na criação e planejamento de uma ação conjunta para intervenção. De tal modo, dialogando sobre possibilidades de trabalho, surgiu a proposta do programa “Adolescer com Saúde”, a fim de ofertar capacitação mediante realizações de encontros on-line para divulgação e discussão da problemática, visto que os encontros presenciais estavam em processo de desencorajamento pelo risco de contaminação por COVID-19 causado pelo contato direto. Estabeleceu-se como público alvo familiares de adolescentes matriculados no ensino médio regular da rede estadual, trabalhadores escolares e professores atuantes nas respectivas escolas.

Em relação ao conteúdo a ser abordado nos encontros, levou-se em consideração as variáveis disponíveis na literatura científica associadas a ocorrência de TMC e a QVRS, acrescida das associações detectadas na 1º etapa desta pesquisa, problemáticas de saúde observadas pela equipe pesquisadora ao longo do processo de inserção no campo para a coleta dos dados, assim como, sugestões das gestoras considerando as experiências adquiridas na atuação profissional. Ressalta-se que houve solicitação dos professores para abordagem da temática “Pandemia causada pelo COVID-19 e saúde mental dos adolescentes”, considerando as repercussões que esta condição estava impactando na vida do público alvo.

Para cada grupo a ser capacitado, propôs-se uma carga horária total de 16 horas, subdividido em 4 encontros de 4 horas, em datas e horários acordados pelos gestores escolares.

4.7.2 Implementação do programa “Adolescer com Saúde”

Durante o 1º semestre do ano de 2021 a equipe pesquisadora procurou os diretores das escolas que participaram da 1º etapa do estudo para apresentar a proposta da implementação do programa. Ressalta-se que no ano de 2021, a escola CEMJLS, passou por processo de desativação, sendo os estudantes remanejados para o CEJ.

Um aspecto importante a ser considerado consiste no fato de que no I semestre do ano de 2021 a rede pública estadual de ensino estava em processo de implementação das aulas on-line. Na oportunidade que abordávamos os gestores convidando-os para sua escola fazer parte

da intervenção, muitos deles alegavam que os professores estavam atarefados com capacitações e adaptação ao novo método de ensino, e por este motivo, não teriam tempo disponível para se dedicar ao desenvolvimento da proposta de intervenção. Diante de tal cenário, apenas 3 escolas aceitaram a implementação da intervenção, a saber: CEDMS, CEPFS e CEPFNO.

Para o programa *Adolescer com Saúde* foi criada uma logomarca (APÊNDICE E) com o intuito de incentivar a participação da população-alvo, fortalecer a iniciativa e garantir uma maior divulgação. Ademais, todos os encontros das capacitações ofertadas pelo programa foram norteados por um plano de ação (APÊNDICE F) elaborado previamente.

4.7.3 Coleta e análise dos dados qualitativos

Todas as vivências adquiridas desde a inserção da autora pesquisadora no campo de estudo até a realização da intervenção permitiram a realização da observação participante seguida de registros em diário de campo.

A observação participante é uma ferramenta metodológica utilizada para coleta de dados qualitativos que permite ao pesquisador se inserir no contexto sociocultural observado, tornando-se parte dele, a fim de melhor compreender os padrões de atividade humana. Portanto, os conhecimentos adquiridos socialmente ao longo da inserção no ambiente, acrescido das experiências compartilhadas entre os participantes que ali convivem, permite ao pesquisador melhor conhecer o que significa estar naquela situação (MARIETTO; SANCHES, 2013).

Todas as percepções sobre as particularidades físicas do local, impressões, emoções, sensações, qualidade e afetuosidade das relações, dificuldades percebidas nas observações devem ser registradas em diários de campo através de anotações detalhadas e pormenorizadas (WEBER, 2009). Nesse sentido, a observação participante e os diários de campo constituem recurso tecnológico valioso para as pesquisas em saúde, pois auxiliam na implementação de intervenções de cuidados eficazes, de acordo com a realidade da clientela e das organizações, sem desconsiderar a humanização da assistência prestada (FREITA; SPAGNOL; CAMARGOS, 2006).

No presente estudo, foram considerados alvos de interesse para observação: estrutura física das escolas; recepção dos trabalhadores escolares com o desenvolvimento da pesquisa; relato de gestores escolares e dos professores sobre condições de saúde dos estudantes, com enfoque na saúde mental; comportamentos e atitudes dos estudantes nas aulas; qualidade dos relacionamentos interpessoais com os colegas; reações e emoções demonstradas pelos

estudantes no processo da coleta de dados, demonstrações relacionadas aos vínculos familiares, dentre outros.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todas as etapas da pesquisa obedeceram às normas e determinações que constam na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, dispositivo que rege as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa de CAAE 17512019.7.0000.0055 foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB, e a coleta de dados ocorreu após liberação sob Parecer nº 3.560.180 (ANEXO G).

Desse modo, foi disponibilizado para os responsáveis dos participantes menores de idade, o TCLE (APÊNDICE A) em duas vias. De posse do TCLE assinado pelos responsáveis, os adolescentes tiveram a liberdade de escolher sobre participar do estudo, assinando o TALE (APÊNDICE C), também em duas vias. Desse modo, adolescentes e seus respectivos responsáveis tiveram a oportunidade de conhecer as condições, riscos, benefícios da pesquisa, e de concordarem legalmente com a participação voluntária. Os adolescentes com idade ≥ 18 anos tiveram autonomia para assinar o TCLE (APÊNDICE B) e de decidir sobre sua participação na pesquisa.

5 RESULTADOS

Nesta secção da tese são apresentados os resultados sob a forma de três manuscritos científicos, em atendimento às normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde para obtenção do título de doutor(a). Os manuscritos foram elaborados de acordo com as normas dos periódicos escolhidos para a submissão e têm como finalidade contemplar os objetivos propostos para a tese.

Manuscrito 1: para atender o objetivo “Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano”, elaborou-se o primeiro manuscrito intitulado “Prevalência e fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns em adolescentes escolares”.

Manuscrito 2: com vistas a responder o objetivo “Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde e sua associação com Transtornos Mentais Comuns e Nível de Atividade Física” delineou-se o segundo manuscrito intitulado “Fatores associados à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em adolescentes escolares”.

Manuscrito 3: a fim de contemplar o objetivo “Relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) de adolescentes escolares”, desenvolveu-se o terceiro manuscrito intitulado “Experiência de criação e implementação do programa adolecer com saúde no contexto escolar”.

5.1 MANUSCRITO 1: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Este manuscrito será submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva e foi elaborado conforme as instruções do tópico “instruções aos autores”, disponível no link: <https://www.scielo.br/revistas/csc/iinstruc.htm>, acessado em 24 de fevereiro de 2021.

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS
COMUNS EM ADOLESCENTES ESCOLARES
PREVALENDE AND FACTORS ASSOCIATED WITH COMMON MENTAL
DISORDERS IN SCHOOL ADOLESCENTS**

Bárbara Santos Ribeiro

Eduardo Nagib Boery

RESUMO

O estudo objetivou estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano. Estudo epidemiológico transversal, realizado em 2019, com uma amostra por conglomerado de 522 adolescentes matriculados no ensino médio regular. Utilizou-se questionário autoaplicável para avaliação de aspectos socioeconômicos, condições de saúde e hábitos de vida; Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) para mensurar Nível de Atividade Física e Self-Report-Questionnaire (SRQ-20) para rastrear TMC. Medidas antropométricas de peso e altura foram empregadas para avaliar estado nutricional. Aplicou-se análise multivariável hierarquizada com regressão de Poisson. Identificou-se prevalência de 61,5% de TMC com maior ocorrência entre adolescentes filhos de mães que cursaram apenas ensino médio (RP=1,38 - IC_{95%} 1,10;1,73); entre os que informaram apenas 1 ou 2 refeições ao dia (RP=1,30 - IC_{95%} 1,06; 1,60); doenças psíquicas (RP=1,80 - IC_{95%} 1,42;2,29); uso de mais de um tipo de medicamento (RP=1,80 - IC_{95%} 1,10; 2,93), dificuldades para dormir (RP= 1,36 - IC_{95%} 1,11;1,68) e sonolência diurna (RP= 1,37 - IC_{95%} 1,13; 1,65).

Descritores: Transtornos Mentais; Adolescentes; Estilo de Vida saudável; Serviços de Saúde escolar.

ABSTRACT

The study aimed to estimate the prevalence of Common Mental Disorders (CMD) and associated factors in school adolescents in a city in the interior of Bahia. Cross-sectional epidemiological study, carried out in 2019, with a cluster sample of 522 adolescents enrolled in regular high school. A self-administered questionnaire was used to assess socioeconomic aspects, health conditions and life habits; Physical Activity Questionnaire for Adolescents (FAQ) to measure Physical Activity Level and Self-Report-Questionnaire (SRQ-20) to track CMD. Anthropometric measurements of weight and height were used to assess nutritional status. Hierarchical multivariate analysis with Poisson regression was applied. A prevalence of 61.5% of CMD was identified, with a higher occurrence among adolescents whose mothers had only attended high school (PR=1.38 - 95% CI 1.10; 1.73); among those who reported only 1 or 2 meals a day (PR=1.30 - 95% CI 1.06; 1.60); mental illnesses (PR=1.80 - 95% CI 1.42; 2.29); use of more than one type of medication (PR=1.80 - 95% CI 1.10; 2.93), sleeping difficulties (PR=1.36 - 95% CI 1.11; 1.68) and daytime sleepiness (PR=1.37 - 95% CI 1.13; 1.65).

Keywords: Mental Disorders; Teenagers; Healthy lifestyle; School Health Services.

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas aconteceram mudanças consideráveis nos perfis de adoecimento físico e mental da população infanto juvenil¹. Em nível mundial, as três principais causas de morbidade responsáveis por anos de vida perdidos devido a incapacidade entre adolescentes e jovens são, respectivamente, os transtornos neuropsiquiátricos (45,0%), as lesões não intencionais (12,0%) e as doenças infecciosas e parasitárias (10,0%)².

No que se refere aos transtornos psiquiátricos, na população em geral, cerca de 90,0% correspondem aos Transtornos Mentais Comuns (TMC),³ caracterizados por sintomas de ansiedade, depressão não psicótica e sintomas somatoformes, em intensidade suficiente para

prejudicar o desempenho das atividades diárias. Entretanto, os sintomas que caracterizam os TMC não preenchem obrigatoriamente critérios formais do Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (DSM-V) ou da Classificação internacional de doenças (CID-10) para estabelecimento de diagnóstico⁴.

Na infância e adolescência os TMC são comumente persistentes, indicando manifestações iniciais e menos específicas de transtornos mentais mais graves, ocasionando dificuldades nas relações sociais, no rendimento escolar, e conseqüentemente, prejuízos para a vida adulta. Desse modo, a detecção precoce de TMC nesse grupo populacional e dos principais fatores associados pode contribuir para implementação de ações eficazes e melhor prognóstico⁵.

Para o contexto internacional, revisão sistemática desenvolvida por Steel e colaboradores (2014) identificou prevalência global de TMC de 29,2% para indivíduos na faixa etária de 16 a 65 anos de idade. Apesar dos autores proporem que a estimativa encontrada tenha validação estatística para a população geral, enfatizaram a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas que considerem as especialidades e singularidades da ocorrência dos TMC no público infanto juvenil⁶.

No Brasil evidências indicam percentuais ainda mais expressivos. O inquérito “ERICA” desenvolvido em 1.247 escolas distribuídas em 124 cidades brasileiras detectou prevalência de TMC em adolescentes escolares de 12 a 17 anos correspondente a 30,0%¹. Ademais, identificou-se prevalência de TMC de 23,4% em jovens de 18 a 20 anos no município de Pelotas-RS⁷, 19,2% em Feira de Santana-BA entre adolescentes com idade entre 15 a 17 anos⁸, e 52,2% em Salvador-BA entre adolescentes com idade de 10 a 19 anos⁹.

Apesar da preocupação recente para investigação da problemática, existe uma carência de estudos voltados para investigação dos TMC na população de adolescentes, sobretudo no contexto nacional. Diante da realidade apresentada, acrescido dos poucos estudos desenvolvidos principalmente no país, justifica-se a realização de pesquisas que visem a

contribuir com um melhor entendimento das condições de saúde mental no âmbito escolar, além de fornecer subsídios teóricos para elaboração de projetos voltados à promoção e proteção da saúde integral dos adolescentes.

Assim, este estudo tem como objetivo estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns e os fatores associados em adolescentes escolares de um município do interior baiano.

MÉTODOS

Desenho e amostra do estudo

Estudo epidemiológico de corte transversal, de cunho analítico, realizado com adolescentes do município de Jequié, Bahia, Brasil. O cálculo amostral foi realizado com população de 2.864 adolescentes com idade entre 14 a 19 anos matriculados no ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino, ou modalidade integral em 2019, de acordo com censo escolar fornecido pela Secretaria da Educação do Estado. Considerou-se parâmetros populacionais de TMC em adolescentes com prevalência de 19,2%, com nível de 95% de confiança e precisão de 5,0%⁸. Decorrente da amostra por conglomerado adotou-se correção para o efeito de delineamento ($deff = 1,5$), totalizando amostra mínima de 330 escolares; porém, optou-se por trabalhar com amostra de 570 adolescentes.

A obtenção da amostragem se deu por conglomerado em dois estágios. No primeiro definiu-se como unidade amostral as escolas ($n=9$), sendo selecionadas aquelas localizadas na zona urbana do município, que disponibilizaram no ano de 2019 ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral, e que tiveram concessão de licença fornecida pela direção para realização da pesquisa. Adotou-se como critérios de exclusão escolas localizadas na zona rural, que ofertaram exclusivamente ensino médio profissionalizante, os anexos por funcionarem no turno noturno e o Colégio da Polícia Militar,

visto que o ensino de Educação Física se diferencia dos demais centros educacionais, o que poderia influenciar em vieses de informações.

No segundo estágio foram selecionadas frações amostrais das respectivas escolas, a partir do sorteio de turmas utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007®, de modo que atendesse a proporção de adolescentes nas escolas em relação ao universo total. Tendo em vista uma média de 30 adolescentes por turma, foram sorteadas 19 turmas para aquisição da amostra.

Considerou-se como critério de elegibilidade para participação no estudo adolescentes de ambos os sexos, matriculados no ensino médio regular em algum turno diurno, com idade entre 14 a 19 anos, exceto àqueles com alguma condição física ou mental que impossibilitasse participar da coleta de dados, ser gestante ou lactante. A justificativa para escolha de adolescentes do ensino médio ocorreu com respaldo as evidências científicas que certificam a prevalência dos TMC maior em adolescentes mais velhos^{1,10-11}.

A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer nº 3.560.180. Os participantes com idade igual ou maior a 18 anos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os adolescentes com idade menor que 18 anos assinaram Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), após anuência dos respectivos responsáveis por meio do TCLE.

Coleta dos dados e variáveis do estudo

A coleta dos dados foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2019, nas respectivas turmas, após realização de estudo piloto. Os questionários foram aplicados por entrevistadores previamente treinados, com duração média de 40 minutos.

Determinou-se como variável dependente a presença de TMC, mensurado a partir do *Self-Report-Questionnaire* (SRQ-20). O SQR-20 consiste de instrumento utilizado para rastreamento de transtornos mentais, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde

(OMS)¹², adaptado e validado para a população brasileira por estudos anteriores¹³⁻¹⁵. Definiu-se como ponto de corte cinco ou mais respostas positivas para adolescentes do sexo masculino e sete ou mais para adolescentes do sexo feminino¹⁵.

Para obtenção das informações socioeconômicas, das condições de saúde e dos hábitos de vida aplicou-se questionário autoaplicável elaborado por equipe pesquisadora. A variável raça/cor foi categorizada em não negros (brancos, amarelos e indígenas) e negros (pretos e pardos)¹⁶.

O NAF foi avaliado a partir do *Questionário de Atividade Física para Adolescentes* (QAFA)¹⁷, que consiste em uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist, previamente validado no Brasil por Farias Junior e colaboradores (2012). O QAFA é composto por uma lista de 24 atividades físicas (com possibilidade do participante acrescentar mais duas) de intensidade moderada a vigorosa e deslocamento ativo praticadas na semana anterior à coleta de dados. Os adolescentes com idade 14-17 anos que referiram atividade física moderada a vigorosa com tempo mínimo de 180 minutos semanal foram considerados como “Suficientemente Ativos”, os demais como “Insuficientemente Ativos”. Aqueles com idade 18-19 anos que referiram atividade física moderada a vigorosa com tempo mínimo de 300 minutos semanal foram considerados como “Suficientemente Ativos”, os demais como “Insuficientemente Ativos”¹⁸.

A avaliação do estado nutricional consistiu de mensuração da massa corporal e da estatura, com os adolescentes utilizando o mínimo de roupas possível e descalços, por intermédio de balança portátil digital da marca Plenna® (capacidade máxima para 180 Kg) e do estadiometro portátil da marca WiSO® (campo de medição de 210cm). O estado nutricional foi classificado conforme os índices estatura/idade (E/I) e peso/estatura (P/E), expressos em escore-Z conforme recomendação da OMS¹⁹, realizado com o auxílio do software WHO Anthro Plus, 2009 versão 1.0.3. Considerou-se eutrofia entre os pontos de corte do escore Z para IMC/I

+1,00 a -2,00; baixo peso abaixo de -3,00; sobrepeso entre +1,00 e +2,00 e obesidade acima do escore Z +2,00.

Análise dos dados

Para análise estatística utilizou-se o programa Stata versão 12.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA). Na análise descritiva as variáveis categóricas foram descritas por meio de frequências absolutas e relativas, e as quantitativas, por medidas de tendência central e de dispersão. O teste do qui-quadrado de Pearson, em um nível de significância de 5% ($\alpha \leq 0,05$), foi utilizado para verificar diferenças nas proporções de TMC, referentes às variáveis independentes do estudo.

Para analisar os fatores associados aos TMC entre os adolescentes estudados foi realizada regressão de Poisson, com variâncias robustas. Realizou-se análise bruta estimando-se as razões de prevalência brutas e respectivo Intervalo de Confiança de 95% (IC_{95%}). As variáveis que apresentaram significância estatística inferior a 20% ($p < 0,20$) foram selecionadas para análise multivariada.

Na análise multivariada admitiu-se a entrada hierárquica²¹ das variáveis independentes em blocos, em conformidade com modelo conceitual elaborado para determinação de TMC na adolescência, respeitando a seguinte ordem: Bloco 1: variáveis socioeconômicas; Bloco 2: variáveis referentes aos marcadores de consumo alimentar; Bloco 3: variáveis referentes a comportamentos e estilo de vida; e Bloco 4: variáveis referentes a morbidade e condições de saúde. Foram consideradas associações estatisticamente significativas aos TMC as variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,05$, após ajuste para os potenciais fatores do mesmo bloco e dos blocos hierárquicos superiores.

RESULTADOS

Dos adolescentes procurados, 8,42% (n=48) não atenderam aos critérios de elegibilidade, totalizando uma amostra de 522 adolescentes que participaram do estudo. Algumas variáveis apresentaram diferenças no tamanho amostral, devido a questões que não foram respondidas.

Em relação às características socioeconômicas predominaram indivíduos na faixa etária de 15-16 anos (68,2%); que estudavam em turno matutino (53,6%); do sexo feminino (57,3%); satisfeitos com o sexo (97,5%); heterossexuais (91,8%); negros (70,5%); solteiros (91,2%); sem filhos (97,5%); evangélicos/protestantes (36,0%); sem trabalho remunerado (81,8%); com renda familiar < 2 salários mínimos (25,3%); residnetes em rua pavimentada (56,5%); filhos de mães que cursaram até o ensino médio (32,0%).

Quanto aos marcadores de consumo alimentar a amostra se caracterizou por indivíduos que realizavam 3 ou 4 refeições por dia (56,1%); com consumo de frutas frescas < 5 dias na semana (52,5%); consumo de folhas, legumes ou verduras < 5 dias na semana (50,4%); consumo de carne \geq 5 dias na semana (78,9%); consumo de feijão com arroz \geq 5 dias na semana (80,1%); consumo de salgadinhos ou biscoitos salgados < 5 dias na semana (71,1%); consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas < 5 dias na semana (73,8%); consumo de refrigerante < 5 dias semana (68,6%); e consumo de bebidas açucaradas \geq 5 dias na semana (68,0%).

No que se refere aos comportamentos e estilo de vida predominou indivíduos que dormiam < 8 horas em dias de aula (51,5%) e \geq 8 horas de sono em dias sem aula (71,3%); não fumantes (84,1%); que não consumiam bebida alcoólica (69,7%) e nem drogas ilícitas (88,9%); que nos dias de aula usavam smartphone 5-10 horas por dia (32,2%) e nos dias sem aula por tempo > 10 horas (43,1%); que usavam de 1 a 3 redes sociais (97,9%); não utilizavam jogos eletrônicos (44,3%); e suficientemente ativos (55,4%).

No tocante às morbidades e condições de saúde, a maioria não tinha doença crônica (84,6%); não usavam medicamentos (83,3%), eram eutróficos (70,0%), tinham estatura adequada para a idade (98,3%); alegaram dificuldades para dormir (74,3%) e sonolência diurna (62,1%).

A prevalência de TMC na população de adolescentes foi de 61,5%. A partir dos resultados da análise bivariada, entre as variáveis do bloco 1, “sexo”; “satisfação com o sexo”; “orientação sexual” e “escolaridade materna” foram inseridas na análise multivariada (Tabela 1). Quanto ao bloco 2 foram incluídas como variáveis na análise multivariada “refeições ao dia”; “consumo de frutas frescas”; “consumo de folhas, legumes ou verduras”; e “consumo de salgadinhos ou biscoitos salgados” (Tabela 2). Dentre às variáveis do bloco 3, foram incluídas quase todas as variáveis na análise múltipla, com exceção de “uso de redes sociais” e “uso de jogos eletrônicos” (Tabela 3). No bloco 4 foram selecionadas para análise multivariada as variáveis “doenças crônicas”; “uso de medicamentos”; “dificuldades para dormir” e “sonolência diurna” (Tabela 4).

Na análise multivariada (Tabela 5), observou-se associação de TMC com: escolaridade materna, com maior prevalência de TMC entre os filhos de mães que cursaram apenas ensino médio (RP=1,38 - IC_{95%} 1,10;1,73) e ensino fundamental (RP=1,35 - IC_{95%} 1,04;1,75) quando comparado com filhos de mães que cursaram ensino superior; refeições com maior prevalência entre adolescentes que alegaram realizar apenas 1 ou 2 refeições ao dia (RP=1,30 - IC_{95%} 1,06; 1,60); doenças crônicas com maior prevalência entre aqueles com doenças psíquicas (RP=1,80 - IC_{95%} 1,42;2,29) seguido daqueles com morbidades em sistema muscular, esquelético ou nervoso (RP=1,45 - IC_{95%} 1,09; 1,94); uso de medicamentos com maior prevalência entre aqueles que informaram fazer uso de mais de um tipo medicamento (RP=1,80 - IC_{95%} 1,10; 2,93), uso de algum outro medicamento não abordado na pesquisa (RP=1,58 - IC_{95%} 1,25; 1,99) e uso de psicotrópicos (RP=1,54 - IC_{95%} 1,25; 1,91); maior prevalência entre adolescentes que

afirmaram ter dificuldades para dormir (RP= 1,36 - IC_{95%} 1,11;1,68) e sonolência diurna (RP= 1,37 - IC_{95%} 1,13; 1,65).

Tabela 1. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo características socioeconômicas em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

Variável	n (%) ^a	Prevalência de TMC ^b (%)	RP (bruta) ^c	IC _{95%} ^d	P - valor ^e
Idade					0,660
14 anos	5 (1,0)	60,00	1	-	
15-16 anos	356 (68,2)	63,20	1,05	0,51 – 2,16	
17-18 anos	155 (29,7)	57,42	0,95	0,46 – 1,98	
19 anos	6 (1,1)	66,67	1,11	0,44 – 2,76	
Turno					0,827
Integral	94 (18,0)	61,70	1	-	
Matutino	280 (53,6)	62,50	1,01	0,84 – 1,21	
Vespertino	148 (28,4)	59,46	0,96	0,78 – 1,18	
Sexo					0,043 ^f
Masculino	223 (42,7)	56,50	1	-	
Feminino	299 (57,3)	65,22	1,15	1,00 – 1,33	
Satisfação com sexo					0,074
Sim	509 (97,5)	60,90	1	-	
Não	5 (1,0)	100,00	1,64	1,53 – 1,76	
Orientação Sexual					0,143
Heterossexual	479 (91,8)	59,92	1	-	
Homossexual	6 (1,1)	66,67	1,11	0,62-1,96	
Bissexual	22(4,2)	72,73	1,21	0,92 – 1,58	
Assexual	6 (1,1)	100,00	1,66	1,55 – 1,79	
Raça/cor					0,524
Não negros	119 (22,8)	63,87	1	-	
Negros	368 (70,5)	60,60	0,94	0,80 – 1,11	
Situação Conjugal					0,825
Solteiro	476 (91,2)	61,34	1	-	
Vive com parceiro	38 (7,3)	63,16	1,02	0,79 – 1,32	
Filhos					0,706
Não	509 (97,5)	61,30	1	-	
Sim	12 (2,3)	66,67	1,08	0,72 – 1,63	
Religião					0,859
Católica	162 (31,0)	61,11	1	-	
Protestante	188 (36,0)	61,70	1,00	0,85 – 1,19	
Outras	51 (9,8)	56,86	0,93	0,71 – 1,21	
Não professou religião	111 (21,3)	63,96	1,04	0,86 – 1,26	
Trabalho					0,742
Não	427 (81,8)	60,89	1	-	

Em turno oposto a escola	59 (11,3)	66,10	1,01	0,89-1,32	
Nos finais de semana	34 (6,5)	61,76	0,60	0,77 – 1,33	
Renda					0,476
> 2 salários mínimos	85 (16,3)	58,82	1	-	
≤ 2 salários mínimos	132 (25,3)	63,64	1,08	0,86 – 1,34	
Pavimentação					0,732
Sim	295 (56,5)	61,56	1	-	
Não	225 (43,1)	61,78	1,01	0,88 – 1,15	
Escolaridade materna					0,129
Ensino Superior	105 (20,1)	52,38	1	-	
Ensino médio	167 (32,0)	66,47	1,26	1,02 – 1,56	
Ensino fundamental	70 (13,4)	64,29	1,22	0,95 – 1,58	
Ensino fundamental incompleto / Analfabeta	75 (14,4)	61,63	1,17	0,90 – 1,51	

a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência; b) TMC: Transtornos Mentais Comuns.; c) RP: Razão de Prevalência; d) IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%; e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto; f) p < 0,05

Tabela 2. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo marcadores de consumo alimentar em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

Variável	n (%) ^a	Prevalência de TMC ^b (%)	RP (bruta) ^c	IC _{95%} ^d	P - valor ^e
Refeições dia					< 0,001 ^g
≥ 5	149 (28,5)	62,42	1	-	
3 ou 4	293 (56,1)	55,63	0,89	0,75 – 1,04	
1 ou 2	77 (14,8)	84,42	1,35	1,15 – 1,58	
Consumo de frutas frescas					< 0,001 ^g
≥ 5 dias semana	199 (38,1)	52,26	1	-	
< 5 dias semana	274 (52,5)	63,50	1,21	1,03 – 1,42	
Não consome	45 (8,6)	86,67	1,65	1,39 – 1,97	
Consumo de folhas, legumes ou verduras					< 0,001 ^g
≥ 5 dias semana	171 (32,8)	53,22	1	-	
< 5 dias semana	263 (50,4)	64,64	1,21	1,02 – 1,43	
Não consome	82 (15,7)	69,51	1,30	1,06 – 1,59	
Consumo de carne					0,549
≥ 5 dias semana	412 (78,9)	60,68	1	-	
< 5 dias semana	82 (15,7)	67,07	1,10	0,93 – 1,31	
Não consome	19 (3,6)	63,16	1,04	0,73 – 1,48	
Consumo de feijão com arroz					0,385
≥ 5 dias semana	418 (80,1)	60,05	1	-	
< 5 dias semana	85 (16,3)	64,71	1,07	0,90 – 1,28	
Não consome	6 (1,1)	83,33	1,38	0,96 – 2,00	

Consumo de salgadinhos ou biscoitos salgados					0,159
Não consome	50 (9,6)	64,00	1	-	
< 5 dias semana	371 (71,1)	59,30	0,92	0,74 – 1,15	
≥ 5 dias semana	96 (18,4)	69,79	1,09	0,85 – 1,39	
Consumo de biscoitos recheados, doces ou guloseimas					0,360
Não consome	31 (5,9)	70,97	1	-	
< 5 dias semana	385 (73,8)	59,74	0,84	0,66 – 1,06	
≥ 5 dias semana	104 (19,9)	64,42	0,90	0,69 – 1,18	
Consumo de refrigerante					0,322
Não consome	88 (16,9)	57,95	1	-	
< 5 dias semana	358 (68,6)	60,61	1,04	0,85 – 1,27	
≥ 5 dias semana	71 (13,6)	69,01	1,19	0,93 – 1,50	
Consumo de bebidas açucaradas					0,743
Não consome	62 (11,9)	61,29	1	-	
< 5 dias semana	100 (19,2)	58,00	0,94	0,73 – 1,22	
≥ 5 dias semana	355 (68,0)	62,25	1,01	0,82 – 1,25	

a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência; b) TMC: Transtornos Mentais Comuns; c) RP: Razão de Prevalência.
d) IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%; e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto; f) p < 0,05; g) p < 0,001

Tabela 3. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo comportamentos e estilo de vida em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

Variável	n (%) ^a	Prevalência de TMC ^b (%)	RP (bruta) ^c	IC _{95%} ^d	P - valor ^e
Sono dias de aula					
0,182					
≥ 8 horas	231 (44,3)	58,01	1	-	
< 8 horas	269 (51,5)	65,30	1,13	0,99 – 1,29	
Sono dias sem aula					
0,042 ^f					
≥ 8 horas	372 (71,3)	58,87	1	-	
< 8 horas	129 (24,7)	68,99	1,17	1,01 – 1,35	
Tabagismo					
0,070					
Não	439 (84,1)	59,00	1	-	
Sim	83 (15,9)	74,70	1,26	1,09 – 1,46	
Consumo bebida alcoólica					
0,141					
Não	364 (69,7)	59,34	1	-	
Sim	154 (29,5)	66,23	1,11	0,96 – 1,28	
Consumo drogas ilícitas					
0,006 ^f					
Não	464 (88,9)	59,48	1	-	
Sim	56 (10,7)	78,57	1,32	1,12 – 1,54	
Smartphone dias de aula					
0,011 ^f					
Não faz uso	75 (14,4)	52,00	1	-	
1-5 hs por dia	138 (26,4)	54,01	1,04	0,89 – 1,36	
5-10 hs por dia	168 (32,2)	67,26	1,29	1,01 – 1,64	
> 10 hs por dia	117 (22,4)	69,23	1,33	1,03 – 1,70	
Smartphone dias sem aula					
< 0,001 ^g					
Não faz uso	26 (5,0)	46,15	1	-	
1-5 hs por dia	101 (19,3)	43,56	0,94	0,58 – 1,51	

5-10 hs por dia	163 (31,2)	66,05	1,43	0,93 – 2,20
> 10 hs por dia	225 (43,1)	67,56	1,46	0,95 – 2,23
Redes sociais				
Não	9 (1,7)	44,44	1	-
1-3 redes sociais	511 (97,9)	55,45	1,25	0,59 – 2,66
> 3 redes sociais	1 (0,2)	63,17	1,42	0,68 – 2,96
Jogos eletrônicos				
Não	231 (44,3)	58,44	1	-
1-3 jogos	150 (28,7)	62,42	1,07	0,90 – 1,26
> 3 jogos	89 (17,0)	62,92	1,07	0,88 – 1,30
Nível de Atividade				
Física				
Suficientemente Ativo	289 (55,4)	55,21	1	-
Insuficientemente Ativo	233 (44,6)	69,10	1,24	1,09 – 1,42

a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência; b) TMC: Transtornos Mentais Comuns; c) RP: Razão de Prevalência; d) IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%; e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto; f) p<0,05; g) p<0,001

Tabela 4. Prevalência de Transtornos Mentais Comuns e razão de prevalência bruta segundo morbidade e condições de saúde em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

Variável	n (%)	Prevalência de TMC (%)	RP (bruta)	IC _{95%}	P - valor
Doença crônica					0,097
Não	440 (84,3)	58,41	1	-	
Doença cardiovascular	12 (2,3)	91,67	1,56	1,30 – 1,89	
Doença respiratória	38 (7,3)	65,79	1,12	0,88 – 1,43	
Doença digestiva	2 (0,4)	50,00	0,85	0,21 – 3,43	
Doença muscular, esquelética ou nervosa	6 (1,1)	83,33	1,42	0,98 – 2,05	
Doenças endócrina	7 (1,3)	85,71	1,46	1,07 – 2,00	
Doença psíquica	2 (0,4)	100,00	1,71	1,58 – 1,85	
Outras doenças	3 (0,6)	100,00	1,71	1,58 – 1,85	
Mais de uma doença crônica	5 (1,0)	80,00	1,36	0,87 – 2,13	
Uso de medicamentos					0,011 ^f
Não	435 (83,2)	57,70	1	-	
Anti-hipertensivo	1 (0,2)	100,0	1,73	1,59-1,87	
Hipoglicemiante	1 (0,2)	100,0	1,73	1,59 – 1,87	
Anti-inflamatório	13 (2,5)	84,62	1,46	1,14 – 1,87	
Anti-alérgico	11 (2,1)	63,64	1,10	0,70 – 1,73	
Anticoncepcional oral ou injetável	14 (2,7)	71,43	1,23	0,87 – 1,74	
Psicotrópicos	9 (1,7)	77,78	1,34	1,94 – 1,92	
Outro medicamento	23 (4,4)	91,30	1,58	1,36 – 1,83	
Uso mais de um medicamento	9 (1,7)	88,89	1,54	1,20-1,96	
Índice de Massa Corporal (escore -z)					0,447
Eutrófico	366 (70,1)	62,02	1	-	
Baixo peso	20 (3,8)	45,00	0,72	0,44 – 1,18	
Sobrepeso	78 (14,9)	62,34	1,01	0,83 – 1,22	
Obesidade	52 (10,0)	57,69	0,93	0,72 – 1,19	
Índice estatura/ idade (escore-z)					0,447
Adequada	513 (98,3)	61,21	1	-	
Inadequada	3 (0,6)	33,33	0,98	0,55 – 1,76	
Dificuldades dormir					< 0,001 ^g
Não	134 (25,7)	43,28	1	-	
Sim	388 (74,3)	67,70	1,56	0,000	

Sonolência diurna					$< 0,001^g$
Não	189 (36,2)	44,68	1	-	
Sim	325 (62,3)	71,08	1,58	0,000	

a) Descrição da amostra: n = valor absoluto; % = frequência; b) TMC: Transtornos Mentais Comuns; c) RP: Razão de Prevalência; d) IC_{95%}: Intervalo de Confiança de 95%; e) Regressão de Poisson com estimador de variância robusto; f) $p < 0,05$; g) $p < 0,001$

Tabela 5. Análise multivariada por meio da regressão de Poisson para Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas estaduais de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

Variável	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	RP ^a	IC _{95%} ^b						
Bloco 1								
Escolaridade materna								
Ensino Superior	1	-	1	-	1	-	1	-
Ensino médio completo	1,24	1,00-1,54 ^c	0,87	1,01-1,56	1,19	0,95-1,49	1,38	1,10-1,73
Ensino fundamental completo	1,21	0,94-1,56 ^c	1,24	0,89-1,50	1,17	0,90-1,52	1,35	1,04-1,75
Ensino fundamental incompleto / Analfabeta	1,14	0,87-1,48	1,45	0,78-1,34	0,94	0,71-1,26	1,12	0,85-1,48
Bloco 2								
Refeições dia								
≥ 5			1	-	1	-	1	-
3 ou 4			0,91	0,74-1,10	0,96	0,79-1,17	0,86	0,71-1,04
1 ou 2			1,37	1,10-1,69 ^c	1,41	1,14-1,74	1,30	1,06-1,60
Bloco 4								
Doenças								
Não							1	-
Doença cardiovascular							1,29	0,95-1,75
Doença respiratória							0,93	0,69-1,24
Doença digestiva							1,30	0,88-1,93

Doença muscular, esquelética ou nervosa	1,45	1,09-1,94 ^c
Doenças endócrina	0,89	0,44-1,79
Doenças psíquica	1,80	1,42-2,29 ^c
Outras doenças	1,06	0,84-1,34
Mais de uma doença	0,83	0,48-1,44
Uso de medicamentos		
Não	1	-
Anti-hipertensivo	1,07	0,74-1,55
Hipoglicemiante	1,00	0,76-1,53
Anti-inflamatório	1,17	0,85-1,61
Antialérgico	1,17	0,74-1,87
Anticoncepcional oral ou injetável	1,09	0,76-1,55
Psicotrópicos	1,54	1,25-1,91 ^c
Outros medicamentos	1,58	1,25-1,99 ^c
Uso mais de um tipo de fármaco	1,80	1,10-2,93 ^c
Dificuldades dormir		
Não	1	-
Sim	1,36	1,11-1,68 ^c
Sonolência diurna		
Não	1	-
Sim	1,37	1,13-1,65 ^c

a) RP: Razão de prevalência; b) IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; c) $p < 0,05$; Modelo 1: ajustado pelas variáveis socioeconômicas; Modelo 2: ajustado pelas variáveis dos blocos 1 e variáveis referentes aos marcadores de consumo alimentar (bloco 2); Modelo 3: ajustado pelas variáveis dos blocos 1 e 2 e variáveis referentes a comportamentos e estilo de vida (bloco 3); Modelo 4: ajustado pelas variáveis dos blocos 1, 2, 3 e variáveis referentes a morbidade e condições de saúde (bloco 4)

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC em adolescentes matriculados no ensino médio regular das escolas públicas correspondeu a 61,5%, sugerindo que um número significativo de indivíduos nessa faixa etária tenha necessidade de tratamentos psicoterapêuticos e intervenções educacionais. Embora comparações com estudos internacionais sejam difíceis pelas diferenças de métodos, tipos de transtornos e de faixas etárias, o achado apresenta um panorama preocupante quando comparado com outros países. Em revisão sistemática conduzida por Silva e colaboradores (2020), no qual foram analisados 43 estudos desenvolvidos em diferentes países de todas as regiões do mundo, foi estimada prevalência mundial de TMC em adolescentes que variou entre 25,0% e 31,0%²¹.

De todos os estudos encontrados na literatura conduzidos no Brasil, esta investigação também detectou maior prevalência. Entretanto, vale considerar os diferentes instrumentos, pontos de corte e faixas etárias que, provavelmente, podem ter influenciado nos resultados. O inquérito “ERICA” conduzido em 124 cidades das diferentes regiões do país encontrou em adolescentes escolares de idade entre 12 a 17 anos, provenientes de 124 cidades das diferentes regiões do país, prevalência de TMC igual a 30,0%, aplicando como instrumento o *General Health Questionnaire* (GHQ-12)¹. Outro estudo brasileiro desenvolvido em quatro municípios de quatro regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste) constatou prevalência geral de 13,1% para pelo menos um transtorno psiquiátrico em amostra composta por indivíduos com idade entre 6 a 16 anos de idade, mediante utilização do instrumento *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS-PL)²².

Ainda no que se refere ao contexto nacional também foram encontrados estudos que utilizaram o SRQ-20 para rastreamento de TMC em adolescentes, porém, com diferentes pontos de corte. Em Pelotas-RS⁷ verificou-se prevalência de 23,4% entre indivíduos de 18 a 20 anos (ponto de corte = “7” respostas afirmativas); 28,0% em Itajaí-SC²⁴ entre indivíduos com idade de 10 a 16 anos (ponto de corte = “8” respostas afirmativas); 19,2% em Feira de Santana- BA⁸

entre adolescentes com idade de 15 a 17 anos⁹ (não informou ponto de corte); e 52,2% em Salvador-BA entre indivíduos com idade de 10 a 19 anos (ponto de corte = “7” respostas afirmativas para o sexo masculino e “8” para o sexo feminino)⁹.

A maior prevalência encontrada no presente estudo pode ter sido influenciada pela utilização de ponto de corte mais rigoroso conforme propõem estudos desenvolvidos por Santos e colaboradores^{15, 24}, os quais investigaram aplicabilidade do SRQ-20 em amostras populacionais no estado da Bahia. Analisando os diferentes pontos de corte defendidos na literatura, os autores recomendam adotar 5 respostas afirmativas para homens e 7 respostas afirmativas para mulheres. Além disso, orientam considerar 5 respostas afirmativas para indivíduos que tenham 5 anos ou mais de estudo¹⁵. Considerando que a presente investigação entrevistou adolescentes matriculados no ensino médio (com 8 anos de estudo ou mais), os pontos de corte sugeridos pelos autores configuram consistência na análise dos dados.

No que se refere à escolaridade materna observou-se maior prevalência de TMC em adolescentes filhos de mães com ensino fundamental e/ou médio em relação àqueles filhos de mães com ensino superior. Destarte, cada vez mais os estudos realizados com esse grupo populacional têm utilizado a escolaridade materna como forma de avaliar a posição socioeconômica. No Brasil, outras investigações também verificaram que adolescentes filhos de mãe com menor escolaridade tiveram maior prevalência de TMC em comparação aos filhos de mães com mais de oito anos de estudo²³⁻²⁷.

Estudo de coorte prospectivo, desenvolvido na Inglaterra, acompanhou jovens dos 10 aos 18 anos a fim de investigar se o início dos sintomas depressivos está associado com a posição socioeconômica prévia da família, avaliada pelos anos de estudo da mãe, ocupação dos pais e padrões de vida (casa própria, acesso a carro e acesso a bens materiais). Constatou-se associação entre baixa posição socioeconômica parenteral e maiores taxas de incidência de depressão em todos os períodos da população estudada²⁸. Na Etiópia, pesquisadores observaram

que a probabilidade de TMC aumentava em adolescentes provenientes de famílias com baixa escolaridade, com piores condições socioeconômicas, chefiadas por mulheres, e em situação de insegurança alimentar²⁷.

Ao analisar os marcadores de consumo alimentar, identificou-se associação entre poucas refeições ao dia (1 ou 2) com maior prevalência de TMC entre os adolescentes. É válido considerar que até a presente data não foram encontrados estudos que observaram a relação entre a segurança alimentar e saúde mental de adolescentes na população brasileira. Porém, esta relação se mostra convincente ao considerar que na sociedade atual os recursos, tanto de sobrevivência como para a inserção social, independentemente do nível socioeconômico, são influenciados pelo tipo e qualidade da alimentação. Assim, é de se esperar que a vivência da insegurança alimentar cause quadros de estresse, ansiedade, preocupação, seguidos de transtornos físicos, biológicos, nutricionais e psicossociais²⁹⁻³⁰.

Em relação à morbidade, identificou-se maior prevalência de TMC entre adolescentes portadores de doenças psíquicas e doenças do sistema muscular, esquelético ou nervoso. No que se refere ao uso de medicamentos, averiguou-se maior prevalência entre aqueles que informaram fazer consumo de psicofármacos, outros medicamentos não abordados na pesquisa e entre aqueles que declararam consumo de mais de um tipo de fármaco. Esses achados sugerem a hipótese de que o acesso aos serviços de saúde não elimina as iniquidades vivenciadas pelo indivíduo, principalmente quando se leva em consideração a associação do consumo de psicotrópicos com persistência dos sintomas de TMC³¹.

No Brasil, a formação em saúde mental ainda ocorre predominantemente sob uma perspectiva especializada e curativista, com enfoque nos hospitais psiquiátricos, e não em serviços comunitários. Assim sendo, os graduandos da área da saúde têm contato com portadores de transtornos mentais graves, do tipo psicóticos, e não aprendem a lidar com TMC, cuja prevalência é maior e apresenta relações diretas com condições socioeconômicas

desfavorecidas³¹⁻³². Portanto, ressalta-se que a terapêutica utilizada não se trata apenas de estimular o consumo de psicofármacos, mas levar em consideração que necessidades biopsicossociais dos indivíduos não estão sendo supridas³².

Como proposta terapêutica complementar, os grupos de terapia no contexto comunitário aparecem como alternativa de acolhimento das situações de sofrimento, oportunizando a escuta e fortalecimento das redes de apoio social. Outra abordagem que pode ser utilizada são as técnicas de psicoeducação e aproveitamento de tecnologias na área da saúde, a exemplo do uso de aplicativos³².

O presente estudo mostrou maior prevalência de TMC em adolescentes com dificuldades para dormir e sonolência diurna, corroborando com a literatura emergente³³⁻³⁵. O sono na infância e na adolescência possui especificidades que devem ser conhecidas pelas suas potencialidades de interação na duração e na qualidade do sono. Do ponto de vista fisiológico, os adolescentes podem apresentar alterações nas fases do sono, determinados pelo dormir e acordar mais tarde. Ao longo da adolescência ocorre um atraso na secreção noturna de melatonina, relacionado a mudanças do ciclo circadiano, caracterizado pela predileção por um estilo de vida mais “noturno” ao invés do “matinal” e por conseguinte, maior dificuldade para dormir mais cedo³³.

Outro fator importante é o “impulso de sono” alterado na adolescência, no qual a pressão para adormecer se acumula mais lentamente do que nos adultos, resultando em um déficit acumulado e sonolência ao longo do dia³⁵. Arelado às mudanças de sono decorrentes do amadurecimento fisiológico, os adolescentes experenciam o aumento de exigências escolares e/ou acadêmicas e, em algumas situações, também precisam conciliar com atividades remuneradas de meio período, participação em grupos sociais, uso excessivo de dispositivos eletrônicos, a exemplo de televisores, computadores, videogames e smartphones. A convivência com essas demandas pode causar sono insuficiente ou dificuldades para dormir no

período noturno, causando sonolência diurna, o que prejudica o bem-estar psicológico, a interação social, o rendimento acadêmico e profissional dos adolescentes³⁶.

Como limitações do estudo, menciona-se que todos os instrumentos aplicados com crianças e adolescentes são suscetíveis a vieses de informação. O SRQ-20 é um instrumento amplamente validado em adultos, mas ainda carece de mais estudos em adolescentes. Além disso, diferentes orientações para estabelecimento do ponto de corte dificulta a comparação dos resultados com outros estudos. No entanto, ressalta-se que o SRQ-20 tem sido instrumento de escolha em estudos epidemiológicos sobre o tema, entre diferentes grupos populacionais.

Em suma, foi identificada alta prevalência de TMC em adolescentes escolares matriculados no ensino médio do município investigado, sendo verificada associação com características socioeconômicas, marcadores de consumo alimentar, morbidade e condições de saúde. A implementação por parte dos profissionais de saúde de planos de cuidado que considerem a integralidade da adolescência, assim como, propostas de ações assistenciais realizadas no âmbito escolar revelam-se como imprescindíveis, à medida que podem identificar precocemente a presença de TMC e instaurar medidas terapêuticas que considerem as particularidades de vida desses jovens. Da mesma forma, ressalta-se a necessidade de fortalecimento das ações intersetoriais, sobretudo entre os setores da saúde e da educação, haja vista a necessidade de criação de programas inovadores e resolutivos que venham impactar nas condições de saúde dos adolescentes.

REFERÊNCIAS

1. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha CF et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. Rev. Saúde Pública. 2016; 50(Suppl 1): 1-9.

2. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377(9783):2093-102.
3. World Health Organization. Towards a common language for functioning disability and health – ICF. Geneva: World Health Organization; 2002.
4. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders. A Bio-social Model London: Routledge; 1992.
5. Mangal A, Thakur A, Nimavat K, Dabar D, Yadav S. Screening for common mental health problems and their determinants among school-going adolescent girls in Gujarat, India. *J Fam Med Prim Care*. 2020;9: 264–70.
6. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):476-93.
7. Jansen K, Mondin Tc, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(3): 440-448.
8. Rios LC, Almeida MMG, Rocha SV, Araújo TM, Pinho, PS. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de d de Santana, Bahia. *Rev. psiquiatr*. 2011; 33(2): 98-102.
9. Monteiro DS, Martins RD, Gomes NP, Mota RS, Conceição MM, Gomes NR et al. Fatores associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. *Rev. Bras. Enferm*. 2020; 73 (Suppl 1): 1-8.
10. Pinheiro KAT, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007; 29 (3): 241-245.

11. Ribeiro IBS, Correa MM, Oliveira G, Cade NV. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. *Rev. Saúde Pública*. 2020; 54(4): 1-9.
12. World Health Organization (WHO). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*. Lisboa: OMS; 2002
13. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis* 1986; 39 (5):371-8.
14. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):380-90.
15. Santos KOB, Araújo TM, Pinho PS, Silva ACC. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Rev Baiana Saude Publica* 2011; 34 (3):544-60.
16. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):405-12.
17. Farias Júnior JC, Lopes AS, Mota J, Santos MP, Ribeiro JC, Hallal PC. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. *Rev Bras de Epidemiologia*. 2012; 15 (1):198-210.
18. World Health Organization (WHO). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance*]. Geneva: World Health Organization, 2020.
19. World Health Organization (WHO). *WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weightfor-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development*. Geneva: World Health Organization, 2006.

20. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997; 26(1):224-7.
21. Silva SA, Silva SU, Ronca DB, Gonçalves VSS, Dutra ES, Carvalho KMB. Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *Plos One.* 2020; 15(4): e0232007.
22. Paula CS, Bordin IAS, Mari JJ, Velasque L, Rohde LA, Coutinho ESF. The Mental Health Care Gap among Children and Adolescents: Data from an Epidemiological Survey from Four Brazilian Regions. *Plos One.* 2014; 9(2): e88241.
23. Marques FA, Legal EJ, Höfelmann DA. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. *Rev. paul. Pediatr.* 2012; 30(4): 553-561.
24. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(1): 214-222.
25. Ribeiro IBS, Correa MM, Oliveira G, Cade NV. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do Erica. *Rev. Saúde Pública.* 2020; 54(4):1-9.
26. Pinheiro KAT, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Torres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatria.* 2007;29(3):241-5.
27. Jebena MG, Lindstrom D, Belachew T, Hadley C, Lachat C, Verstraeten R, et al. Food insecurity and common mental disorders among Ethiopian youth: structural equation modeling. *PloS One.* 2016;11(11):e0165931.
28. Joinson C, Kounali D, Lewis G. Family socioeconomic position in early life and onset of depressive symptoms and depression: a prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2017;52(1):95-103.

29. Sousa SQ, Lôbo IKV, Carvalho AT, Vianna RPT. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(5): 1925-1934.
30. Melchior M, Caspi A, Howard LM, Ambler AP, Bolton H, Mountain N, Moffitt TE. Mental health context of food insecurity: a representative cohort of families with young children. *Pediatrics* 2009; 124(4):564-572.
31. Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, Cesar CLG, Barros Marilisa BA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(4): 717-723.
32. Gomes VF, Miguel TLB, Miasso AI. Transtornos Mentais Comuns: perfil sociodemográfico e farmacoterapêutico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(6): 1203-1211.
33. Academia Americana de Pediatria, Grupo de Trabalho do Sono do Adolescente, Comitê de Adolescência e Conselho de Saúde Escolar. Horário de início da escola para adolescentes. *Pediatrics*. 2014; 134 (3): 921–32.
34. Crowley SJ, Wolfson AR, Tarokh L, Carskadon MA. Uma atualização sobre o sono do adolescente: novas evidências informando o modelo de tempestade perfeito. *J Adolesc*. 2018; 67: 55–65.
35. Agathao BT, Lopes CS, Cunha DB, Sichieri R. Gender differences in the impact of sleep duration on common mental disorders in school students. *BMC Public Health*. 2020; 20(148):1-9.
36. Fredriksen K, Rhodes J, Reddy R, Way N. Sleepless in Chicago: tracking the effects of adolescent sleep loss during high school years. *Child Dev*. 2004; 75 (1): 84–95.

5.2 MANUSCRITO 2: FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Este manuscrito será submetido ao Jornal Brasileiro de Psiquiatria e foi elaborado conforme as instruções do tópico “preparo do manuscrito”, disponível no link: <https://www.scielo.br/revistas/jbpsiq/iinstruc.htm> , acessado em 24 de fevereiro de 2021.

**FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM
ADOLESCENTES ESCOLARES**

**FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN
SCHOOL ADOLESCENTS**

Bárbara Santos Ribeiro
Eduardo Nagib Boery

RESUMO

Objetivo: Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e sua associação com Transtornos Mentais Comuns (TMC) e Nível de Atividade Física (NAF). **Métodos:** Estudo transversal realizado em 2019, com 514 adolescentes matriculados no ensino médio regular de escolas públicas do município de Jequié, Bahia. As informações sobre QVRS foram obtidas por meio do instrumento Kidscreen-27. Foi aplicado questionário para avaliar aspectos socioeconômicos, condições de saúde e hábitos de vida; Questionário de Atividade Física para adolescentes (QAFA) para medir NAF; Self-Report-Questionnaire (SRQ-20) para rastrear TMC. Medidas antropométricas de peso e altura foram utilizadas para avaliar o estado nutricional. A análise de correlação de Spearman foi adotada para investigar o comportamento correlacional entre os domínios da QVRS, com o NAF e com o TMC. Para a análise multivariada, três modelos de regressão não linear foram plotados para os domínios que foram correlacionados nas análises univariadas. **Resultados:** Para todos os domínios da QVRS, houve uma percepção considerada negativa / ruim. Na análise da associação entre TMC e QVRS, tanto

na análise univariada quanto na multivariada, foi detectada correlação negativa para todos os domínios. Em relação à associação das variáveis NAF e QVRS, a análise univariada encontrou correlação positiva para todos os domínios, porém, na análise multivariada, apenas o domínio 1 (saúde e bem-estar) mostrou-se preditor. **Conclusão:** O estudo fornece subsídios para a tomada de decisão com base em evidências comprovadas que evidenciam TMC e NAF como fatores preditivos de QVRS em estudantes adolescentes.

Descritores: Qualidade de vida; transtornos mentais; atividade física; adolescente; saúde do adolescente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Health-Related Quality of Life (HRQoL) and its association with Common Mental Disorders (CMD) and Physical Activity Level (NAF). **Methods:** Cross-sectional study conducted in 2019, with 514 adolescents enrolled in regular high school in public schools in the municipality of Jequié, Bahia. The HRQoL information was obtained through the reduced version of the Kidscreen-27 instrument. A questionnaire was applied to assess socioeconomic aspects, health conditions and lifestyle habits; Physical Activity Questionnaire for Adolescents to measure LPA; Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) to track TMC. Anthropometric measurements of weight and height were used to assess nutritional status. Spearman correlation analysis was adopted to investigate the correlational behavior between the HRQoL domains, with the NAF and with the CMD. For multivariate analysis, three non-linear regression models were plotted for the domains that were correlated in univariate analyzes. **Results:** For all domains of HRQoL, there was a perception considered negative / bad. In the analysis of the association between CMD and HRQoL, both in univariate and multivariate analysis, a negative correlation was detected for all domains. Regarding the association of the variables NAF and HRQoL, the univariate analysis found a positive correlation for all domains, however, in the multivariate analysis, only domain 1 (health and well-being) proved to be a predictor. **Conclusion:** The study provides subsidies for decision-making based on proven evidence that evidence CMD and NAF as predictive factors for HRQOL in adolescent students.

Keywords: Quality of life; mental disorders; physical activity; adolescent; adolescent health.

INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o período do ciclo vital humano que se inicia aos 10 anos e tem seu término aos 19 anos completos, quando ocorre a transição da infância para a idade adulta.¹ Nesse período é comum os indivíduos vivenciarem uma pluralidade de emoções como parte do desenvolvimento humano, o que pode motivar em muitos deles problemas psíquicos leves, a exemplo da ansiedade em relação à escola ou amizade, ou passam por período de depressão após perdas ou frustrações significativas. Em algumas situações esses quadros de sofrimento psíquico são transitórios e até mesmo imperceptíveis.²

Além disso, a adolescência é marcada pelo acontecimento de eventos importantes que influenciarão diretamente a vida adulta, como a passagem do ensino fundamental para o ensino médio e do ensino médio para o ensino superior, inserção no mercado de trabalho, cobranças escolares, acadêmicas, familiares, sociais, dentre outros.³ O enfrentamento desses desafios e as diferentes adaptações vivenciadas nesse período da vida pode resultar em estados emocionais perturbadores e afetar negativamente a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).⁴

A QVRS é considerada um construto multidimensional para compreensão subjetiva da saúde geral de um indivíduo. Torna-se, portanto, um conceito amplo que integra os diferentes aspectos que compõem a integralidade do ser humano, tais como: funções físicas, nível de dependência, condições psicológicas, emocionais, relações sociais, crenças, convicções, condições ambientais, dentre outros.⁵⁻⁶ Nesta perspectiva, avaliar a QVRS de um adolescente ajuda na identificação precoce de prejuízos no bem-estar e do desenvolvimento, assim como, na identificação de subgrupos da população com maior risco para desenvolvimento de problemas de saúde.

Os problemas relacionados à saúde mental na infância e adolescência constituem uma parte considerável da carga global de doenças (10–20%) e são preocupantes em razão de corresponderem a uma das principais causas de atraso escolar, prejuízos de desenvolvimento social, perdas de saúde e incapacidades. Ressalta-se também que nesta fase os sofrimentos mentais são de longa duração e quase sempre perduram na idade adulta.⁷

Dentre os transtornos mentais, 90% são do tipo não psicóticos, conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC).⁸ Os TMC são caracterizados por quadros de depressão, ansiedade e queixas somáticas, estando associados a fatores sociodemográficos, situação econômica, estilo de vida, distúrbios do sono, consumo de drogas, comportamento sedentário e inatividade física.⁹⁻¹⁰

Nesse contexto, evidências científicas atuais apresentam a hipótese de que a atividade física pode minimizar sintomas de depressão, estresse, irritabilidade, ansiedade, promovendo

saúde mental e, por conseguinte, proporcionar melhor QVRS.¹¹⁻¹⁴ Desse modo, recomenda-se a investigação do Nível de Atividade Física (NAF) como importante variável na população adolescente, uma vez que representa importante aspecto do estilo de vida para promoção da saúde.

Ao longo dos últimos anos observa-se tanto na literatura nacional como na internacional, publicações destinadas ao estudo da QVRS de adolescentes na tentativa de serem discutidas e implementadas ações para promoção e educação em saúde desse grupo populacional. Entretanto, nota-se que predominam pesquisas realizadas em centros especializados, hospitais ou ambulatórios, junto a adolescentes portadores de doenças crônicas ou com condições de saúde incapacitantes. Em uma proporção menor, observa-se poucos estudos realizados no ambiente escolar que se interessaram em realizar monitoramento e vigilância à saúde em adolescentes considerados saudáveis.

Diante do contexto de risco para adoecimento psíquico na adolescência e da importância de conhecer os possíveis fatores associados a QVRS, definiu-se como objetivo para o estudo avaliar a QVRS e sua associação com TMC e NAF.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico transversal de base escolar, realizado com adolescentes matriculados no ensino médio regular de escolas da rede pública estadual localizadas no município de Jequié, Bahia, Brasil.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia sob parecer nº 3.560.180. Todos os participantes foram informados previamente sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos para a coleta dos dados, anonimato e sigilo das informações. Para a participação dos adolescentes com idade menor que 18 anos foi solicitado que estes assinassem o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e que houvesse prévia autorização dos seus responsáveis legais comprovada mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes com idade igual a 18 anos tiveram autonomia para assinar o TCLE.

A população do estudo compreendeu 2.749 escolares de ambos os sexos provenientes de 98 turmas distribuídas entre 9 escolas públicas estaduais que ofertaram ensino médio regular no município de Jequié-BA no ano de 2019.

Definiu-se uma frequência esperada de QVRS entre adolescentes escolares da rede pública de 46,9%⁴, com uma margem de erro de 5% e um nível com 95% de confiança. Por

tratar-se de um delineamento amostral por conglomerado, procedeu-se correção de efeito adotando-se *deff* igual a 1,5, o que totalizou uma amostra mínima de 507 escolares. A fim de corrigir eventuais perdas estabeleceu-se um acréscimo de 13%.

A obtenção da amostra probabilística por conglomerado ocorreu em dois estágios. No primeiro, a unidade amostral foram as escolas (n=9), as quais foram selecionadas aquelas localizadas na zona urbana, que disponibilizaram ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral no ano de 2019 e que tiveram consentimento prévio da gestão escolar para realização da pesquisa. Considerou-se critérios de exclusão escolas localizadas na zona rural do município, que ofertaram exclusivamente ensino médio profissionalizante, os anexos por funcionarem no turno noturno e o Colégio da Polícia Militar, visto que seus estudantes são selecionados por sorteio e pelo fato do ensino de Educação Física se diferenciar dos demais centros educacionais, o que poderia influenciar em vieses de informações.

No segundo estágio, a unidade amostral foram as turmas selecionadas por sorteio de maneira proporcional ao número de estudantes das respectivas escolas, utilizando o programa Microsoft Office Excel 2007®. Considerando-se uma média de 30 adolescentes por turma, foram sorteadas 19 turmas para aquisição da amostra.

Determinou-se como critério de inclusão: adolescentes matriculados de ambos os sexos, com idade entre 14 a 18 anos, efetivamente cursando o ensino médio regular nos turnos matutino, vespertino ou modalidade integral. E como critérios de exclusão, adolescentes com alguma condição física ou mental que impossibilitasse a realização da coleta de dados, ser gestante ou lactante. A idade mínima (14 anos) foi determinada considerando a escolha de trabalhar com adolescentes do ensino médio, e a máxima (18 anos), considerando critérios de aplicação do instrumento que mensurou a QVRS. Após adoção dos critérios de elegibilidade, finalizou-se a amostra final com 514 escolares.

Os dados foram coletados por turmas, nos meses de setembro e outubro do ano de 2019, por uma equipe capacitada, após realização de estudo piloto. Para tanto, utilizou-se formulário autoaplicável composto por quatro blocos temáticos: I) dados sócio econômicos, condições de saúde e hábitos de vida (sexo, faixa etária, turno de estudo, raça/cor autodeclarada, morbidade, uso de medicamentos, dificuldades para dormir, sonolência, tabagismo, consumo bebida alcoólica e consumo drogas ilícitas); II) Nível de Atividade Física (NAF); III) Transtornos Mentais Comuns (TMC) e IV) QVRS. A variável raça/cor foi categorizada em negros (pretos e pardos) e não negros (brancos, amarelos e indígenas).¹⁵

O NAF foi avaliado utilizando o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA), que consiste em uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist,

validado no Brasil por Farias Junior e colaboradores (2012).¹⁶ O QAFA é composto por uma lista de 24 atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, com possibilidade do adolescente acrescentar mais duas. No preenchimento do questionário os adolescentes informaram a frequência (dias/semana) e a duração (horas/minuto/dia) das atividades físicas realizadas na semana anterior à pesquisa.

Os adolescentes com idade 14-17 anos que referiram atividade física moderada a vigorosa com tempo mínimo de 180 minutos semanal foram considerados como “Suficientemente Ativos”, os demais como “Insuficientemente Ativos”. Aqueles com idade 18-19 anos que referiram atividade física moderada a vigorosa com tempo mínimo de 300 minutos semanal foram considerados como “Suficientemente Ativos”, os demais como “Insuficientemente Ativos”¹⁷.

A suspeição para TMC foi mensurada utilizando o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Trata-se de instrumento para triagem de morbidade psíquica desenvolvido pela OMS, validado e adaptado no Brasil por estudos anteriores¹⁸⁻¹⁹, composto por 20 questões com possibilidade de resposta “sim” ou “não”, o que permite estabelecer escores a partir das respostas afirmativas. Definiu-se o ponto de corte para suspeita de TMC cinco ou mais respostas positivas para adolescentes do sexo masculino e sete ou mais para adolescentes do sexo feminino.²⁰

Os dados sobre QVRS (variável dependente) foram obtidos por intermédio do instrumento Kidscreen.²¹ Trata-se de questionário desenvolvido na Europa e validado internacionalmente para avaliar e monitor a QVRS de crianças e adolescentes tanto saudáveis quanto portadores de doenças crônicas, na faixa etária de 8 a 18 anos. No Brasil foi validado junto a adolescentes brasileiros por Farias Junior e colaboradores (2017).²²

Neste estudo, utilizou-se a versão reduzida, o Kidscreen-27, composto por 27 itens que se encontram subdivididos em cinco domínios: “saúde e bem-estar” [domínio 1]; “bem-estar psicológico” [domínio 2]; “autonomia e relação com os pais” [domínio 3]; “suporte social e grupo de pares” [domínio 4]; e “ambiente escolar” [domínio 5]. Ao responder as questões dos respectivos domínios os participantes têm como possibilidades de respostas cinco níveis ordinais de qualificação (de ‘muito ruim’ a ‘excelente’, de ‘nada’ a ‘totalmente’ ou de ‘nunca’ a ‘sempre’).

As respostas do Kidscreen-27 foram analisadas de acordo com algoritmo padrão. Foram realizadas as etapas de sintaxe recomendadas, inclusive a transformação das estimativas dos parâmetros em valores z, que produziram os escores médios. Em concordância com o manual do Kidscreen, os escores com valores entre 45 e 55 indicaram uma percepção de QVRS

‘normal’ ou ‘comum’, valores abaixo de 45 representaram uma percepção de QVRS negativa/ruim e valores acima de 55 indicaram uma percepção de QVRS positiva/boa.²¹

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), conforme recomendação da OMS²³, a partir da massa corporal (kg) e estatura (cm), com auxílio de balança portátil eletrônica da marca Plenna® (capacidade máxima para 180 Kg) e de estadiômetro portátil da marca WiSO® (campo de medição de 210cm). O cálculo do IMC foi feito com auxílio do *software* WHO AnthroPlus (versão 3.2.2)²⁴ e a classificação do estado nutricional de acordo percentis do IMC para o sexo e a idade, expressos em escore Z,²⁵ considerando os seguintes pontos de corte: eutrofia entre os pontos de corte do escore Z para IMC/I +1,00 a -2,00; baixo peso abaixo de - 2,00. Foi definido sobrepeso entre +1,00 e +2,00 e obesidade acima do escore Z +2,00.

A análise estatística foi realizada com uso do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 21.0. Para descrição das variáveis categóricas, frequências relativas e absolutas foram utilizadas, e para as contínuas, medianas e seus respectivos primeiro e terceiro quartis (Q1-Q3). No intuito de investigar o comportamento correlacional entre os diferentes domínios da QVRS, com o NAF e com os TMC, adotou-se análise de correlação de Spearman, dada a não normalidade dos dados, atestada pelo teste de Shapiro Wilk ($p < 0,05$).

Para a análise multivariada, três modelos de regressão não linear foram traçados para os domínios que foram correlacionados com as duas variáveis nas análises univariadas. Assim, os resultados dos modelos finais foram apresentados em coeficientes Beta (β) e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Para todas as análises o nível de significância foi de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliados 514 adolescentes, prevalecendo indivíduos do sexo feminino 57,6% (n= 296), na faixa etária dos 15 a 16 anos, 68,7% (n= 353), matriculados no turno matutino 53,5% (n= 275) e negros 70,6% (n= 363). No que concerne aos hábitos e aspectos gerias de saúde evidenciou-se discreto predomínio de indivíduos considerados suficientemente ativos 55,1% (n=283), eutróficos 70,0% (n=360), sem doenças crônicas 84,6% (n=435), porém com suspeição para TMC 61,5% (n=316), referindo dificuldades para dormir 74,1% (n=381) e sonolência diurna 62,1% (n=319).

Com relação à QVRS, para todos os domínios houve uma percepção considerada negativa/ruim. Notou-se maior mediana para o domínio “suporte social e grupo de pares” (44,4) e menor mediana o domínio saúde e bem-estar (38,5) (Tabela 1).

Tabela 1. Mediana, primeiro e terceiro quartis (Q1-Q3) dos domínios da QVRS de adolescentes do ensino médio regular no município de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

	Mediana (Q1-Q3)
Domínio 1	38,5 (32,7-44,7)
Domínio 2	41,8 (35,5-48,4)
Domínio 3	42,8 (37,2-46,5)
Domínio 4	44,4 (37,8-53,2)
Domínio 5	42,9 (38,7-48,1)

*(Saúde e bem-estar [domínio 1], bem-estar psicológico [domínio 2], autonomia e relação com os pais [domínio 3], suporte social e grupo de pares [domínio 4] e ambiente escolar [domínio 5])

Ao investigar a correlação do NAF e do acometimento por TMC na QVRS, verificou-se que a totalidade dos domínios esteve correlacionada de forma negativa com os TMC, ou seja, à medida que estes últimos aumentam, uma redução dos domínios é constatada. Em relação ao NAF, observa-se correlação positiva para todos os domínios, ou melhor dizendo, à medida que aumenta o NAF, há uma melhor percepção relacionada à QVRS (Tabela 2).

Tabela 2. Correlação entre Transtornos Mentais Comuns e Nível de Atividade Física nos domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adolescentes do ensino médio regular no município de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

	TMC		NAF	
	r	P	r	p
Domínio 1	-0,450	<0,01	0,331	<0,01
Domínio 2	-0,550	<0,01	0,218	<0,01
Domínio 3	-0,391	<0,01	0,149	<0,01
Domínio 4	-0,176	<0,01	0,125	<0,01
Domínio 5	-0,306	<0,01	0,118	<0,01

*(Saúde e bem-estar [domínio 1], bem-estar psicológico [domínio 2], autonomia e relação com os pais [domínio 3], suporte social e grupo de pares [domínio 4] e ambiente escolar [domínio 5])

Os modelos de regressão não linear multivariados para cada um dos domínios da QVRS evidenciaram que, somente para o domínio 1 as duas variáveis independentes foram predictoras, sendo que o aumento de uma unidade na escala de mensuração dos TMC, acarreta uma redução no domínio 1 (saúde e bem-estar), enquanto a elevação do NAF implica em melhora do referido domínio. Para os demais domínios 2, 3, 4 e 5 apenas a suspeição por TMC foi preditora, sendo que o aumento na escala de mensuração dos TMC implica na redução dos domínios da QVRS (Tabela 3).

Tabela 3. Modelos finais de regressão não linear para as variáveis independentes (TMC e nível de atividade física) e os domínios da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em adolescentes do ensino médio regular no município de Jequié, Bahia, Brasil, 2019.

Domínio 1				Durbin-Watson
	β	IC95%	P	
TMC	-0,79	-0,96 a -0,62	<0,01	1,85
NAF	0,40	0,25 a 0,56	<0,01	
Domínio 2				Durbin-Watson
	β	IC95%	P	
TMC	-1,15	-1,31 a -0,99	<0,01	1,91
Domínio 3				Durbin-Watson
	β	IC95%	P	
TMC	-0,72	-0,86 a -0,57	<0,01	1,90
Domínio 4				Durbin-Watson
	B	IC95%	P	
TMC	-0,36	-0,59 a -0,14	<0,01	2,01
Domínio 5				Durbin-Watson
	β	IC95%	P	
				2,11

TMC	-0,53	-0,68 a -0,39	<0,01
------------	-------	---------------	-------

(Saúde e bem-estar [domínio 1], bem-estar psicológico [domínio 2], autonomia e relação com os pais [domínio 3], suporte social e grupo de pares [domínio 4] e ambiente escolar [domínio 5])

DISCUSSÃO

Para todos os domínios, “saúde e bem-estar” [domínio 1]; “bem-estar psicológico” [domínio 2]; “autonomia e relação com os pais” [domínio 3]; “suporte social e grupo de pares” [domínio 4]; e “ambiente escolar” [domínio 5], constatou-se escores com valores abaixo de 45, o que indica uma percepção dos adolescentes escolares sobre QVRS considerada negativa/ruim. Quando comparados com estudos internacionais, também conduzidos com adolescentes considerados saudáveis (não portadores de doenças físicas) e que utilizaram o instrumento Kidscreen, tanto em países desenvolvidos (a exemplo de Portugal^{6,26} e Suécia²⁷) quanto em subdesenvolvidos (México²⁸ e Argentina²⁹), observou-se que os adolescentes que participaram da presente investigação percebem sua QVRS de forma mais negativa.

No contexto nacional, uma pior percepção da QVRS também foi evidenciada quando comparada com resultados de estudos conduzidos junto a adolescentes considerados saudáveis em outros estados brasileiros, como Minas Gerais¹⁴ e Rio de Janeiro⁴, que também utilizaram instrumento Kidscreen.

Uma percepção da QVRS considerada ruim conforme detectado nos resultados pode ter sido influenciada pelo fato do estudo ter sido desenvolvido com adolescentes mais velhos (14 a 18 anos), que estavam cursando o ensino médio. Esse achado corrobora com o observado em outros estudos, nos quais evidenciaram que adolescentes mais jovens são os que apresentam melhor percepção da QVRS.^{6, 29-30} Ou seja, à medida que a idade aumenta e se aproxima da fase adulta, há uma diminuição progressiva da percepção da QVRS

Em estudos desenvolvidos por Gaspar e colaboradores^{6,31} crianças apresentaram valores médios de percepção de QVRS com pontuações superiores em relação aos adolescentes. De maneira semelhante, em estudo conduzido na Suécia junto a 600 crianças e adolescentes com idade entre 11-16 anos, averiguou-se diferenças significativas, de modo que a percepção de QVRS foi menor em adolescentes quando comparada com a de crianças.²⁷

A redução de bem-estar relacionada à idade pode estar associada com o processo de transição da infância para a idade adulta, caracterizada por mudanças físicas, cognitivas e sociais. O fato de se deparar com uma nova aparência física, que muitas vezes não atende ao corpo idealizado, provoca insatisfação e ansiedade; as cobranças de maturidade cognitiva, que

os motivam a ter pensamentos mais complexos acerca de si mesmos, de sua própria existência, sobre o mundo em geral e suas circunstâncias particulares; a busca pela construção da identidade própria; conflitos no relacionamento com familiares, amigos e professores; primeiras experiências amorosas e sexuais; novos desafios sociais; dentre outros aspectos, tendem a aumentar o desconforto em adolescentes mais velhos.³²

Outro fator estressante vivenciado pelos adolescentes no ensino médio com potencial para influenciar negativamente a QVRS consiste no preparo para ingresso no ensino superior. Este ingresso exige do estudante a tomada de decisões sobre o futuro profissional seguido de aprovação em vestibular por meio de concurso público, e na maioria das vezes, torna-se prioridade de vida. Ademais, nesse período é comum sobrevir interferência familiar, cobrança escolar, pressão social, assim como, inexistência de uma visão realística relacionada as profissões e mercado de trabalho, o que contribuem para agravar o conflito interno, estado de ansiedade e tensão emocional.³³⁻³⁴

A população alvo desse estudo foi de adolescentes provenientes da rede pública de ensino. Considerando essa conjuntura e os baixos escores de QVRS encontrados, uma questão importante a ser considerada é a condição socioeconômica das famílias dos participantes, bem como, o tipo de escola onde estão matriculados. Estudo conduzido por Agathão e colaboradores (2018)⁴ que avaliou a QVRS de adolescentes escolares do Rio de Janeiro e região metropolitana em função do tipo de escola a que pertenciam (pública ou privada) e de suas características demográficas e econômicas, verificou que aqueles que estudavam em escolas privadas demonstraram melhor QVRS quando comparados aos de escolas públicas em todas as dimensões do Kidscreen-27. Além disso, constatou que adolescentes provenientes de famílias menos abastadas perceberam todas as dimensões da QVRS de forma mais negativa.

Tais constatações sugerem que uma pior condição econômica e o fato de estudar em escolas públicas proporcionam um maior impacto no bem-estar subjetivo dos adolescentes.³⁵ O maior poder aquisitivo influencia positivamente na saúde subjetiva, e as escolas particulares, quer seja pelo fato de possibilitar uma maior participação nas atividades pedagógicas que são desenvolvidas em seu espaço, ou por melhores relações de vínculo estabelecidas entre a comunidade escolar e o estudante, contribuem para uma melhor QVRS.⁴

No presente estudo, o coeficiente de correlação entre todos os domínios da QVRS e TMC foi negativo, apontando para uma relação inversamente proporcional entre as duas variáveis, isto é, quanto maior o escore do Kidscreen-27 (melhor qualidade de vida), maior a pontuação do SRQ-20 (maior suspeição para TMC), ou vice-versa. Esse resultado reafirma o conhecimento de que adolescentes com sofrimento psíquico apresentam menor QVRS quando

comparados com aqueles considerados saudáveis.³⁶⁻³⁸ No entanto, essas inferências baseiam-se principalmente em estudos conduzidos no contexto internacional, pois, pouco se sabe sobre essa associação na população de adolescentes brasileiros.

Uma possível explicação para os efeitos negativos dos transtornos psíquicos na QVRS é que estas patologias interferem no bom desenvolvimento das várias áreas da vida. Por exemplo, adolescentes com queixas somáticas têm maior probabilidade de assiduidade na escola, afetando assim o rendimento e aproveitamento escolar; e maior propensão para serem rejeitados por pessoas que integram seu convívio social.³⁶ Portanto, sofrer de um transtorno psíquico durante a infância e/ou adolescência traz consigo considerável impacto na satisfação subjetiva com suas tarefas diárias e no completo bem-estar.³⁷⁻³⁸

Em relação ao NAF, a análise multivariada evidenciou que esta variável foi preditora apenas para o domínio 1, ou melhor dizendo, há uma relação diretamente proporcional entre as duas variáveis, quanto maior o escore do domínio 1 do Kidscreen-27 (melhor percepção de saúde e bem-estar), maior a pontuação do QAFA (maior tempo dedicado a atividade física), ou vice-versa.

De fato, a atividade física tem sido relacionada à melhora da QVRS crianças e adolescentes. Estudos sugerem que indivíduos nessa faixa etária com estilo de vida caracterizado por níveis elevados de atividade física ou menor tempo de sedentarismo, apresentaram melhor saúde física e bem estar psicossocial quando comparado com indivíduos insuficientemente ativos.³⁹⁻⁴¹

Diferentes hipóteses têm sido apresentadas para compreender a sensação de bem-estar resultante da prática de atividade física. Mecanismos fisiológicos, a exemplo do aumento dos níveis de monoaminas na circulação (serotonina, norepinefrina e dopamina) e menor secreção de cortisol, podem justificar a ação antidepressiva da atividade física.⁴² Ademais, a superação de metas e desafios proporcionados pela prática da atividade física favorece sentimentos de realização pessoal, melhora a autoestima e ajuda lidar melhor com os estressores diários. A criação e o fortalecimento de vínculos sociais podem ser facilitados a partir das práticas esportivas, bem como, o comportamento sedentário pode dificultar as interações sociais, favorecendo sentimentos de solidão e isolamento.⁴³

Por outro lado, o efeito inibitório do humor deprimido e o efeito protetor da atividade física também podem coexistir. Sintomas depressivos, ainda que abaixo do limiar de diagnóstico clínico, sentimentos de tristeza, desesperança e apatia podem ser responsáveis por um padrão negativo em que é difícil dispor de energia e motivação para execução da prática de atividade física.^{12,43}

Os resultados deste estudo podem auxiliar profissionais da saúde e da educação na criação e operacionalização de ações intersetoriais voltadas para o contexto escolar, que possibilitem rastrear precocemente tanto sintomas de TMC como adolescentes insuficientemente ativos, visto que estas condições tem potencial para afetar negativamente a QVRS e comprometer a integralidade da saúde. Além disto, pode sensibilizar gestores públicos para um maior comprometimento com a promoção da saúde desse grupo populacional e também o incluir como prioridade nas políticas de saúde.

Limitações do estudo

A amostra do estudo é composta apenas por adolescentes escolares oriundos de ensino médio regular das escolas públicas, o que impossibilita extrapolação dos resultados para adolescentes que cursam ensino médio profissionalizante e os que são provenientes da rede privada de ensino. Outra limitação consiste no fato de que os adolescentes podem ter tendido a responder o questionário, criando um viés de desejabilidade ou aceitação social. Todavia, o uso de inquéritos autoaplicáveis é comum, necessário, eficiente e viável na coleta de dados de grandes amostras.

CONCLUSÃO

Para todos os domínios da QVRS houve uma percepção considerada negativa/ruim. No que se refere a associação entre TMC e QVRS, tanto na análise univariada quanto na multivariada, detectou-se correlação negativa para todos os domínios, à medida que se aumenta a suspeição para TMC, menor QVRS. Em relação a associação das variáveis NAF e QVRS, a análise univariada constatou correlação positiva para todos os domínios, porém, na análise multivariada apenas o domínio 1 se mostrou preditora a partir da correlação positiva, ou seja, quanto maior o NAF, melhor percepção de bem-estar e saúde.

Além de contribuir para o campo acadêmico, o estudo contribui para a prática de profissionais da saúde e da educação, pois fornece subsídios para a tomada de decisões com base em evidências comprovadas, que evidenciam os fatores preditivos dos TMC e do NAF na QVRS de adolescentes escolares.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Bárbara Santos Ribeiro: contribuiu em todas as etapas de execução da pesquisa.

Eduardo Nagib Boery: contribuiu com a concepção e aprovação da versão final a ser publicada.

CONFLITOS DE INTERESSE: Não há.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Child and Adolescent Health and Development Progress Report 2006. World Health, 2006.
2. Mangal A, Thakur A, Nimavat KA, Dabar D, Yadav SB. Screening for common mental health problems and their determinants among school-going adolescent girls in Gujarat, India. *J Family Med Prim Care*. 2020; 9(1):264-270.
3. Ahmad A, Khalique N, Khan ZA, Amir A. Prevalence of psychosocial problems among school going male adolescents. *Indian J Community Med*. 2007; 32: 219-21.
4. Agathao BT, Reichenheim, ME, Moraes CL . Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(2):659-68.
5. Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, Auquier P, Power M, Abel T, Czemy L, Mazur J, Czimbalmos A, Tountas Y, Hagquist C, Kilroe J, Kidscreen Group E. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2005 Jun;5(3):353-64
6. Gaspar T, Matos MG. Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde; 2008.
7. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1515-25.
8. World Health Organization. Towards a common language for functioning disability and health – ICF. Geneva: World Health Organization; 2002.
9. Lopes CS, Abreu GA, Santos DF, Menezes PR, Carvalho KMB, Cunha Cristiane de Freitas et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública*. 2016; 50 (Supl 1): 1-9.
10. Goldberg D, Huxley P. Common Mental Disorders. A Bio-social Model London: Routledge; 1992:8(4); 267-68.
11. Rodriguez-Ayllon M, Cadenas-Sánchez C, Estévez-López F, Muñoz NE, Mora-Gonzalez J, Migueles JH et al. Role of Physical Activity and Sedentary Behavior in the Mental Health of Preschoolers, Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*. 2019 Sep;49(9):1383-410.

12. Ferreira VR, Jardim TV, Póvoa TIR, Viana RB, Sousa ALL, Jardim PCV. Inatividade física no lazer e na escola está associada à presença de transtornos mentais comuns na adolescência. *Rev de Saúd Pública*. 2020; 54(128):1-10.
13. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One*. 2017; 12(11):1-29.
14. Fonseca ADG, Cunha FO, Barbosa IA, Silva JO, Araújo DDD. Qualidade de vida em adolescentes relacionada a sexo, renda familiar e prática de atividade física. *Rev Mineir Enferm*. 2019; 23:1-7.
15. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. *Rev Saud Publica*. 2009; 43(3):405-12.
16. Farias Júnior JC, Lopes AS, Mota J, Santos MP, Ribeiro JC, Hallal PC. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. *Rev Bras de Epidemiologia*. 2012; 15:198-210.
17. World Health Organization (WHO). Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Genebra: World Health Organization, 2020.
18. Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis* 1986; 39:371-8.
19. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(2):380-90.
20. Rios LC, Almeida MMG, Rocha SV, Araújo TM, Pinho PS. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. 2011;33(2): 98-102.
21. The Kidscreen Group Europe. The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lenge-rich: Pabst Science Publishers, 2006.
22. Farias Júnior JC, Loch MR, Lima N AJ, Sales Joana M, Ferreira FELL. Reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto do KIDSCREEN-27 em adolescentes brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(9): 1-14.
23. World Health Organization. Physical status: the use of and interpretation and anthropometry - Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO; 1995.

24. World Health Organization. WHO AnthroPlus for personal computers manual: software for assessing growth of the world's children and adolescents. Geneva: WHO; 2009.
25. De Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bull World Health Organ.* 2007; 85:660-7.
26. Abreu M, Marques I, Martins M, Fernandes TM, Gomes P. Qualidade de vida relacionada com a saúde em crianças e adolescentes: estudo bicêntrico e comparação com dados europeus. *Nascer e Crescer.* 2016; 25(3): 141-46.
27. Berman AH, Liu B, Ullman S, Jadbäck I, Engström K. Children's quality of life based on the KIDSCREEN-27: child self-report, parent ratings and child-parent agreement in a Swedish random population sample. *PLoS One.* 2016;11(3):1-15.
28. Hidalgo-Rasmussen CA, Ramírez-López G, Rajmil L, Skalicky A, Martín A HS. Bullying and health-related quality of life in children and adolescent Mexican students. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23(7):2433-441.
29. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MP, Rajmil L, Butinof M. Adaptacion transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(4):30-14.
30. Bica I, Pinho LMD, Silva EMB, Aparício DJ, Costa J et al. Influência sociodemográfica na qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes. *Acta paul. enferm.* 2020; 33:1-7.
31. Gaspar T, Cerqueira A, Branquinho C, Gaspar MM. Dimensions of social and personal skills in children and adolescents: age and gender differences. *Int J Develop Res.* 2018;8(1):18394-400.
32. Borges A, Matos MG, Diniz JA. Processo adolescente e saúde positiva: âmbitos afectivo e cognitivo. *Psicol Refl Crít.* 2011; 24:281-291.
33. Paulino MR, Moreira VG, Lemos GA, Silva PLP, Bonan PRF, Batista AUD. "Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida." *Ciênc & Saúde Coletiva.* 2018;23(1):173-86.
34. Pelazza BB, Gobbi LROR, Puggina AC, Paula CR, Maia L G, Umpierrez, MC. Adolescentes na fase pré-vestibular: um estudo da ansiedade, hipertensão, fatores antropométricos e hemodinâmicos associados. *Nursing.* 2019: 3398-404.
35. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konradt CE, Pinheiro RT. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(3): 440-48.

36. Magai DN, Koot HM. Quality of life in children and adolescents in Central Kenya: associations with emotional and behavioral problems. *Qual Life Res.* 2019;28(5):1271-79.
37. Sawyer MG, Whaites L, Ons BSCH, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, Baghurst P. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes com transtornos mentais. *Journ of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry.* 2002; 41 (5): 530-37.
38. Bastiaansen D, Koot HM, Ferdinand RF, Verhulst FC. Qualidade de vida em crianças com transtornos psiquiátricos: relatório próprio, dos pais e do médico. *Journ of American Academy of Child Adolescence Psychiatry.* 2004; 43 (2): 221-30.
39. Wu XY, Han LH, Zhang JH, Luo S, Hu JW, Sun K. The influence of physical activity, sedentary behavior on health-related quality of life among the general population of children and adolescents: A systematic review. *PLoS One.* 2017;12(11):1-29.
40. Bermejo-Cantarero A, Álvarez-Bueno C, Martínez-Vizcaino V, García-Hermoso A, Torres-Costoso AI, Sánchez-López M. Association between physical activity, sedentary behavior, and fitness with health related quality of life in healthy children and adolescents: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicin.* 2017;96 (12):1-5.
41. Saunders TJ, Gray CE, Poitras VJ, Chaput JP, Janssen I, Katzmarzyk PT, et al. Combinations of physical activity, sedentary behaviour and sleep: relationships with health indicators in school-aged children and youth. *Appl Physiol Nutr Metab.* 2016;41(6 Suppl. 3): 283-93.
42. Alghadir AH, Gabr SA, Al-Eisa E. Effects of physical activity on trace elements and depression related biomarkers in children and adolescents. *Biol Trace Elem Res.* 2016;172(2):299-306.
43. Sund AM, Larsson B, Wichstrom L. Role of physical and sedentary activities in the development of depressive symptoms in early adolescence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(5):431-41.

5.3 MANUSCRITO 3: EXPERIÊNCIA DE CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ADOLESCER COM SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR

Este manuscrito será submetido a Revista da Escola de Enfermagem da USP e foi elaborado conforme as instruções do tópico “instruções aos autores”, disponível no link: <http://www.ee.usp.br/site/Index.php/paginas/mostrar/1419/2094/147>, acessado em 11 de agosto de 2021.

EXPERIÊNCIA DE CRIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ADOLESCER COM SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR

Bárbara Santos Ribeiro¹

Eduardo Nagib Boery²

1. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, campus de Jequié. Bahia-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9821-7181>. Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, s/n, Jequiezinho. CEP: 45208-091. E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com Telefone: (73)98818-2410

2. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, campus de Jequié. Bahia-Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7624-4405>

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) de adolescentes escolares.

Método: relato de experiência obtido a partir da imersão no contexto escolar, no período de 2019 a 2021, para realização de inquérito epidemiológico seguido da elaboração de um programa para capacitação de familiares de adolescentes e trabalhadores escolares sobre saúde mental e QVRS juvenil. A pesquisa ocorreu em escolas públicas de um município baiano. Todas as experiências obtidas a partir de observação participante foram registradas em um diário de campo. **Resultados:** o sofrimento psíquico percebido entre adolescentes tem sido uma questão preocupante, pois afeta a QVRS desse grupo. Ademais, notou-se distanciamento dos serviços de saúde do ambiente escolar, além da dificuldade de familiares e trabalhadores na abordagem destes adolescentes. Nesse contexto, propôs-se o programa intersetorial “Adolescer com Saúde” com o objetivo de capacitar familiares e trabalhadores escolares para lidar com tal problemática. **Conclusão:** o programa favoreceu a aproximação entre profissionais de saúde,

da educação e familiares, fomentando a corresponsabilização pela promoção da saúde do adolescente.

Descritores: educação em saúde; saúde do adolescente; saúde escolar; intersectorialidade.

INTRODUÇÃO

A adolescência é concebida como uma fase na qual ocorre o desenvolvimento de habilidades socioemocionais indispensáveis para uma vida adulta saudável. A família, a escola, dentre outros atores sociais da comunidade contribuem de maneira especial nesse processo, a partir do apoio ofertado ao adolescente, da qualidade nas relações interpessoais e das condições de vida proporcionadas⁽¹⁾. Todavia, essa fase também é considerada como um período de grande vulnerabilidade, tendo em vista a vivência de situações conflituosas bem como os comportamentos de risco que podem ser adotados, culminando no desenvolvimento de doenças psíquicas com potencial para perdurar ao longo da vida adulta⁽²⁻³⁾.

Esse processo complexo de adolecer pode afetar de maneira negativa a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)⁽⁴⁾. A QVRS é conceituada como a percepção geral que o indivíduo apresenta sobre suas condições de saúde considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais⁽⁵⁾. Desse modo, investigar a QVRS de um jovem pode ajudar na detecção precoce de problemas relacionados ao bem-estar, além de identificar subgrupos com maior tendência para complicações de saúde⁽⁶⁾. No que se refere às consequências da saúde mental, evidências científicas sugerem que adolescentes com sofrimento psíquico apresentam menor QVRS quando comparados com aqueles considerados saudáveis⁽⁷⁻⁸⁾.

Em virtude dos prejuízos relacionados ao sofrimento psíquico entre a população de adolescentes, constituindo importante risco para prejudicar o desenvolvimento físico, psicossocial, dificultar o desempenho escolar, interferir nos relacionamentos interpessoais, assim como maior probabilidade de envolvimento em comportamentos delinquentes, faz-se necessário investir na prevenção, na detecção precoce, no acompanhamento e encaminhamento efetivo dos casos identificados⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nesse contexto, as escolas apresentam-se como espaços privilegiados para a implementação de ações favoráveis à saúde, pois consiste em um local onde eles passam a maior parte do tempo. Quando operacionalizada de forma eficaz, a promoção da saúde mental

nas escolas pode proporcionar benefícios em longo prazo para os jovens, principalmente nos aspectos emocionais e sociais, além de estímulo ao desempenho acadêmico ⁽¹¹⁾.

No Brasil, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (2010) orienta que a assistência a esse grupo deve estar alicerçada no acolhimento universal, encaminhamento corresponsável e abordagem intersetorial ⁽¹²⁻¹³⁾. De fato, a intersetorialidade tem sido enfatizada no discurso das políticas públicas de diferentes áreas, a exemplo da educação e saúde. Na educação, está relacionada à parceria e cooperação entre órgãos governamentais, não governamentais e da sociedade como um todo, na tentativa de promover melhoria nos processos educacionais. No campo da saúde, é considerada componente indispensável para a mudança de práticas e reorganização dos serviços assistenciais, sendo mencionada em muitos trabalhos como estratégia de ação com potencial para influenciar nos determinantes sociais ⁽¹⁴⁾.

Logo, o trabalho conjunto entre os setores saúde e educação, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de programas de assistência à saúde do escolar, emerge como importante estratégia para garantir o desenvolvimento integral do adolescente.

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo relatar a experiência de criação e implementação de um programa para promoção da saúde mental e Qualidade de Vida Relacionada a Saúde (QVRS) de adolescentes escolares.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por pesquisadores da área de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), obtido a partir de vivências adquiridas ao longo de um processo de imersão no contexto escolar para realização de inquérito epidemiológico, seguido da elaboração de um programa intersetorial para intervenção escolar que deu origem a uma tese de doutorado intitulada “Fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns e à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde de adolescentes escolares”, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UESB), sob parecer nº 3.560.180.

O relato de experiência consiste em uma ferramenta utilizada em pesquisas descritivas baseadas na reflexão de uma ação ou conjunto de ações, que discute sobre uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse e relevância para a comunidade científica ⁽¹⁵⁾. Destarte, trata-se de metodologia adequada para os autores relatarem a experiência na proposta de implementação do programa.

A pesquisa ocorreu nos anos de 2019 a 2021, nas escolas públicas da rede estadual lotadas no município de Jequié-Bahia/Brasil, que oferecem ensino médio regular, nos turnos matutino, vespertino ou integral. Participaram do estudo, 522 estudantes do ensino médio, após serem esclarecidos e concordarem em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Aos participantes menores de idade foi orientado levar o TCLE para os responsáveis assinarem e eles assinavam o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido- TALE, confirmando o desejo de participarem da pesquisa.

Todas as fases da pesquisa, acrescido de impressões, vivências e experiências obtidas a partir da observação participante foram registradas em um diário de campo, o que possibilitou a construção dos resultados e discussão.

RESULTADOS

- **Achados da Saúde mental e QVRS do adolescente no contexto escolar**

A proposta de criação e implementação de um programa, seguida da escrita do relato de experiência originou-se a partir do desenvolvimento de uma pesquisa epidemiológica, de caráter transversal, realizada durante o segundo semestre do ano de 2019, em 9 escolas públicas, da rede estadual, lotadas no município de Jequié-BA/Brasil.

Para tanto, foi necessário adentrar no cotidiano escolar a fim de solicitar autorização dos respectivos diretores para desenvolvimento da pesquisa, apresentação da proposta para as turmas de adolescentes, visitas para distribuição e recolhimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e Termos de Assentimento Livre e Esclarecido, e por fim, aplicação de questionários para a coleta dos dados.

Para a coleta dos dados, trabalhou-se com amostragem por conglomerados composta por 522 adolescentes. Para aquisição das variáveis relacionadas a dados sociodemográficos, estilo de vida e condições de saúde utilizou-se questionário autoaplicável elaborado por equipe pesquisadora. O Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) possibilitou rastrear casos sugestivos de Transtornos Mentais Comuns (TMC), os dados sobre a percepção de QVRS foram obtidos a partir do instrumento KIDSCREEN-27, e o Questionário de Atividade Física para Adolescentes (QAFA) avaliou o Nível de Atividade Física. Também foram mensuradas massa corporal e estatura para avaliação do estado nutricional.

Ao longo do processo de imersão no campo inquietou a equipe de pesquisa os relatos de professores e dos gestores acerca da gravidade da saúde mental dos adolescentes. Nas

relações dialógicas estabelecidas com pesquisadores informaram conviver diariamente com adolescentes que apresentavam problemas de automutilação, ideações e comportamentos suicida, depressão, transtornos de ansiedade, consumo inadequado de drogas, dentre outros problemas psíquicos. Além disso, afirmavam sobre a importância da atuação do profissional psicólogo atuar dentro do contexto escolar, porém, que esta era uma realidade distante da educação pública. Na tentativa de minimizar essa ausência, observou-se vários “pedidos de socorro” por parte dos trabalhadores escolares, solicitando auxílio no desenvolvimento de ações universitárias extensionistas, de caráter terapêuticas, que pudessem intervir sobre essa demanda apresentada pelos estudantes.

À medida que os pesquisadores adentravam os diferentes espaços escolares, quer seja para entrega e recolhimentos dos Termos de Consentimento, apresentação da proposta de pesquisa, ou coleta dos dados, eram abordados pelos professores que alegavam desconhecimento sobre o manejo dos estudantes que demonstravam algum comportamento sugestivo de sofrimento psíquico, além do sentimento de impotência frente ao problema considerando a complexidade de fatores biopsicossociais que influenciam a saúde mental e a QVRS. Destarte, os pesquisadores escutaram muitos relatos de angústia, medo e preocupação relacionados à situação.

Além da atuação do psicólogo, verificou-se críticas sobre ausência de outros profissionais de saúde atuando dentro da escola para o estabelecimento de assistência integral ao escolar. Não obstante reconhecerem a gravidade da saúde mental entre os adolescentes, afirmavam que eram trabalhadores da educação e que não lhes cabiam a exclusiva responsabilidade de estabelecer medidas terapêuticas para os casos de adoecimento mental, uma vez que existem profissionais de saúde que são especializados para o manejo desse sofrimento, a exemplo de terapeutas, médicos, psicólogos, enfermeiros, dentre outros, que deveriam ser acionados para atuar dentro do contexto escolar, assistindo às demandas de saúde dos escolares.

Nesse contexto, surgiram críticas referentes à eficácia e resolutividade do Programa Saúde na Escola (PSE). Quando questionados sobre a presença dos profissionais da Atenção Básica no cotidiano escolar, professores informaram fragilidade no trabalho intersetorial envolvendo “saúde” e “educação”. Consideraram as ações do programa incipientes, e das poucas vezes que se faziam presente na escola, suas ações limitavam-se a abordagens pontuais com enfoque em outras doenças e agravos, a exemplo de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidez na adolescência, saúde bucal, dentre outros.

No que se refere às estratégias utilizadas nas ocasiões em que se deparavam com adolescentes em crise psíquica, informaram que conseguiam desempenhar apenas o aconselhamento e escuta dos desabafos, dos sentimentos e dos problemas relatados pelos adolescentes. Apesar desta prática ser muito utilizada pelos professores, percebeu-se que havia entre eles um certo descrédito no que se refere a sua eficácia, pois os adolescentes não tinham acesso a terapêuticas especializadas, a exemplo de acompanhamento psicológico, terapias, emprego de medidas farmacológicas.

Salienta-se que todas as opiniões e pontos de vista evidenciados pelos trabalhadores escolares concordaram com as impressões obtidas pela equipe pesquisadora. Em relação ao comportamento dos estudantes percebidos pelos pesquisadores ao longo da imersão nas escolas, observou-se episódios de crises de ansiedade, adolescentes em sala de aula sob efeitos de drogas, desinteresse nas aulas em detrimento do uso de smartphones. Nas oportunidades de interação dialógica estabelecida entre pesquisadores e adolescentes, verificou-se claros discursos de desesperança, angústia, baixa autoestima, sentimentos de inferioridade, medo da rejeição pelos próprios colegas, confissões de tentativas de suicídio, ideias suicidas, problemas com drogas e conflitos nas relações familiares. Também se observou problema de sonolência em sala de aula, principalmente em turno diurno, justificado por perderem noite de sono jogando ou usando redes sociais.

A conjuntura percebida pelos trabalhadores escolares e equipe pesquisadora foi reforçada após análise estatística dos dados coletados no qual detectou-se alta prevalência de TMC (61,5%), sendo verificada associação com características socioeconômicas, marcadores de consumo alimentar, morbidade e condições de saúde. No que concerne a QVRS, para todos os domínios “saúde e bem-estar” [domínio 1]; “bem-estar psicológico” [domínio 2]; “autonomia e relação com os pais” [domínio 3]; “suporte social e grupo de pares” [domínio 4]; e “ambiente escolar” [domínio 5], constatou-se escores com valores abaixo de 45, o que indica uma percepção considerada negativa/ruim.

- **Fortalecendo laços intersetoriais para criação do Programa “Adolescer com Saúde”**

De posse da análise estatística dos dados, foi possível coadunar as impressões obtidas ainda na etapa da coleta, e constatar as condições de saúde mental e QVRS dos adolescentes como importante problemática a ser enfrentada no contexto da saúde pública.

A fim de divulgar os resultados, surgiu a necessidade de comunicar aos gestores da saúde e da educação a situação encontrada e propor-lhes uma discussão para criação e implementação de iniciativas destinadas a mudar esta realidade. Não obstante o estudo ser conduzido em escolas administradas pelo Estado da Bahia/Brasil, salienta-se que também cabe ao município de Jequié-BA a promoção da saúde dos adolescentes matriculados na rede estadual, principalmente ao se considerar que as ações do PSE são desenvolvidas por equipes da Atenção Básica.

Desse modo, no mês de outubro do ano de 2020, a pesquisadora responsável realizou reuniões presenciais com a coordenadora de saúde mental e com a coordenadora do PSE, ambas vinculadas a secretária de saúde do município de Jequié-BA; e com a diretora geral do Núcleo Regional de Educação (NRE-22) para divulgação dos resultados encontrados no levantamento epidemiológico. Ressalta-se que nessa fase de intervenção, os pesquisadores foram surpreendidos pelo início da pandemia causada pelo COVID-19. Os gestores do Núcleo Regional de Saúde (NRS) localizado no município, também foram acionados, porém, em virtude da dedicação voltada às ações de controle da pandemia, tornou-se inviável a participação desse órgão na etapa de intervenção.

Tanto a gestora do NTE-22 quanto as coordenadas da secretária de saúde mostraram-se comovidas diante a situação e demonstraram interesse em colaborar com a criação e planejamento de uma ação conjunta para intervenção. Dessa maneira, em discussão com as gestoras municipais da área da saúde, da representação estadual do NTE, acrescido de sugestões da equipe pesquisadora e de importante colaborador vinculado à Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), originou-se o programa “Adolescer com Saúde”, com principal objetivo de promover a saúde mental e QVRS dos adolescentes, utilizando como estratégia a capacitação de familiares, professores e de outros representantes escolares.

O programa visa o fornecimento de informações relacionadas à prevenção do desenvolvimento de sofrimento psíquico, assim como, abordagem dos adolescentes que vivenciam perturbações de ansiedade, déficits de humor, transtornos depressivos, bipolares, consumo abusivo de drogas, automutilação, comportamentos suicidas, dentre outros. Pretende-se possibilitar aos familiares e trabalhadores escolares condições para identificarem de forma precoce situações nos quais adolescentes precisam de encaminhamento e assistência em saúde mental; além de orientações sobre como promover o bem-estar, estimular resiliência e autorregulação na adolescência.

A proposta de implementação do programa “Adolescer com Saúde” não consiste apenas em capacitar familiares e trabalhadores escolares para serem únicos responsáveis pelo cuidado

do adolescente, ou transferir a eles a responsabilidade pela assistência, mas sim, instrumentalizá-los para atuarem de forma conjunta com profissionais da saúde, fortalecendo uma rede de apoio intersetorial para o cuidado integral do escolar.

Definiu-se a oferta de uma capacitação com carga horária total de 16 horas em cada uma das respectivas escolas onde foram coletados os dados, subdividida em 4 encontros de 4 horas, em datas e horários acordados com os diretores. Considerando que os encontros presenciais estavam em processo de desencorajamento pelo risco de transmissibilidade do COVID-19 causado pelo contato direto, acordou-se que as reuniões aconteceriam de forma on-line utilizando o dispositivo “Google Meet”. Estabeleceu-se como público alvo familiares de adolescentes matriculados no ensino médio regular da rede estadual, trabalhadores escolares e professores atuantes nas respectivas escolas.

Em relação ao conteúdo a ser abordado nos encontros da formação, levou-se em consideração as variáveis disponíveis na literatura científica associadas à ocorrência de adoecimento mental e QVRS, acrescido de aspectos observados na 1ª etapa da pesquisa, problemáticas de saúde observadas pela equipe pesquisadora ao longo do processo de inserção no campo para a coleta dos dados, assim como, sugestões das gestoras considerando as experiências do cotidiano profissional. De maneira especial, foi solicitado pela diretora do NTE-22 a abordagem da saúde mental e QVRS em tempos de pandemia, considerando os impactos ocasionados por esta condição no bem estar dos adolescentes e seus respectivos familiares.

A seguir encontra-se a logomarca e conteúdo programático elaborados para o programa:

Figura 1: Logomarca do programa “Adolescer com Saúde”.



Quadro 1. Conteúdo programático para capacitações do programa “Adolescer com Saúde”.

MÓDULO 1: Saúde Mental e QVRS na adolescência (4 horas – On-line)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceitos gerais de saúde mental, sofrimento psíquico, TMC e QVRS ✓ Adoecimento psíquico e rejeição social ✓ Adolescência e fatores de risco para adoecimento mental ✓ QVRS na adolescência
MÓDULO 2: Saúde Mental e QVRS do adolescente em tempos de COVID-19 (4 horas – On-line)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situações de estresse causados pela pandemia COVID-19 ✓ Promoção da saúde mental e QVRS na pandemia
MÓDULO 3: Estilo de Vida, Saúde Mental e QVRS do adolescente (4 horas – On-line)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estilo de Vida como fator de risco para adoecimento mental e QVRS (Inatividade Física, Perfil alimentar, Padrões de Sono, Uso excessivo de telas, Consumo de drogas)
MÓDULO 4: Abordagem ao adolescente com sofrimento mental (4 horas – On-line)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais e sintomas característicos de TMC e de outras crises psíquicas ✓ Como proceder frente ao adolescente com sofrimento psíquico (depressão, ansiedade, automutilação, tentativas de suicídio)

Após participação no curso de capacitação, a expectativa dos envolvidos com a criação do programa foi que familiares, professores e trabalhadores da área da educação adquirissem informações que os possibilitassem participar na promoção de ambientes saudáveis para os

adolescentes, e que reconhecessem os aspectos influenciadores para o adoecimento mental dessa população.

- **Experiência implementação do Programa “Adolescer com Saúde”**

Entre os meses de novembro de 2020 a julho de 2021 iniciou-se processo de implementação do programa, mediante contato com os diretores das escolas para apresentação da proposta e convite para participação. Ressalta-se que no ano de 2020 uma das escolas foi desativada, desse modo, 8 diretores foram abordados. Entretanto, alguns dos gestores alegaram estar em processo conturbado de adaptação às aulas remotas em decorrência da pandemia causada pelo COVID-19, e que, apesar de considerar uma estratégia de fundamental importância, no momento não tinham como incluir tal programação em seus respectivos planejamentos. Desse modo, 4 escolas aceitaram participar da proposta.

Coube aos coordenadores pedagógicos das escolas o contato com os familiares, professores e trabalhadores escolares através do WhatsApp para envio de um Card Digital convidando-os para a capacitação, contendo data e horário dos encontros. Decorridos quinze dias de divulgação, foram operacionalizados os encontros on-line, através da plataforma Google Meet, norteados por um plano de ação.

Utilizou-se como ferramenta metodológica nos encontros rodas de conversa e exposição participada com slides informativos. Todos os encontros foram mediados pela doutoranda responsável pela pesquisa. Percebeu-se que a capacitação foi de extrema importância, pois possibilitou aos professores partilhar com familiares a situação de saúde mental dos adolescentes observadas no cotidiano escolar, compartilhando anseios, angústias e sentimento de impotência relacionados a problemática.

Ao longo dos encontros emergiram diferentes posicionamentos dos familiares. Em alguns momentos alguns apresentaram certo descrédito ou desvalorização do adoecimento mental, evidenciados por discursos como: *“hoje está na moda ter depressão, ansiedade, etc”*, *“na minha época enfrentávamos até situações piores e ninguém tinha esses problemas”*, *“remédio pra depressão é arrumar o que fazer, ocupar a mente”*, *“não vejo isso como doença, o que eles querem é chamar atenção”*.

Por outro lado, alguns familiares se surpreenderam com a questão apresentada por professores e pesquisadores, demonstrando não saber da gravidade da situação enfrentada por muitos adolescentes, apresentando as seguintes falas: *“a gente sabe que esse problema de transtorno mental existe, mas não passa em nossa cabeça ser tão forte dentro da escola”*,

“mandamos nossos filhos para a escola e achamos que está tudo bem”, “ a vida é tão corrida, tantos afazeres domésticos, ainda temos que trabalhar fora de casa e muitas vezes não paramos pra prestar atenção se nossos filhos estão apresentando comportamento diferente”.

Houve aqueles que informaram ter certo conhecimento sobre esta realidade, como evidenciou os seguintes discursos: *“a daqui de casa já comentou sobre uma colega que se cortava no banheiro da escola”, “nessa idade sempre tem aqueles coleguinhas que já são envolvidos com drogas, já fumam, já bebem, sempre oriento o meu a se afastar desse pessoal”, “hoje os adolescentes querem ter o que veem nas redes sociais, querem viver uma vida que só existe no celular, isso acaba causando depressão”.*

Os encontros também consistiram em um espaço onde os familiares tiveram a oportunidade de partilhar as vivências decorrentes do convívio com os adolescentes durante a quarentena. No início da pandemia, muitos pais enfrentaram desemprego ou foram impedidos de realizar suas atividades laborais, em virtude do isolamento social. Desse modo, além do estresse causado pelo distanciamento social e preocupação relacionada com a transmissibilidade do vírus, muitas famílias enfrentaram dificuldades financeiras, com dificuldades para ter acesso a recursos básicos de sobrevivência.

Nesse sentido, percebeu-se que a capacitação também proporcionou um espaço de ajuda mútua, pois à medida que os familiares relatavam as adversidades decorrentes do período pandêmico, ocorria um interesse dos demais em discutir possibilidades para adaptação às novas condições impostas pelo isolamento social. A ociosidade causada pela suspensão das aulas também foi mencionada ao longo dos encontros como uma questão preocupante para a saúde mental e QVRS. Desse modo, ao longo dos encontros discutiu-se novas possibilidades saudáveis de rotina para os adolescentes enquanto não ocorria o retorno das aulas.

Portanto, verifica-se que o programa “Adolescer com Saúde” buscou ao longo das capacitações proporcionar aos trabalhadores escolares e familiares o desenvolvimento de competências para lidar com a problemática do adoecimento mental e QVRS no grupo de adolescentes, além de fomentar estilos de vida saudáveis e maior bem-estar.

DISCUSSÃO

As doenças mentais são condições que interferem na qualidade de vida e na saúde geral dos adolescentes⁽⁷⁻⁸⁾. Nesse contexto, aspecto importante a ser pensado é o fato de que a maioria desses jovens não sabem da importância de procurar ajuda em saúde mental, ou por medo de ser rejeitado e discriminado, acabam resistindo em procurar auxílio⁽¹⁰⁾. Além disso, há uma

dificuldade de pais e professores em identificar sinais e sintomas de adoecimento mental, acrescido do desconhecimento e despreparo para lidar com essas situações ⁽⁹⁾.

Nas ações realizadas no presente estudo, foi possível identificar que os familiares e trabalhadores escolares apresentaram certas dificuldades no que se refere à compreensão e abordagem da temática saúde mental e QVRS do adolescente.

De fato, a falta de informação nessa área é um dos maiores obstáculos para a intervenção precoce, o que demonstra a necessidade da existência de programas que tenham como objetivo promover informação sobre a detecção precoce desses casos entre o público adolescente, sobretudo no ambiente escolar ^(9,11).

A proposta de implementação do programa “Adolescer com Saúde” surgiu de uma ação intersetorial, a partir da detecção de um problema de saúde detectado no ambiente escolar. A carência de intervenções colaborativas, desenvolvidas com base em relações horizontais nos processos de cuidado tem sido referida na literatura científica. Em revisão sistemática de literatura acerca de intervenções realizadas no campo da saúde mental infanto-juvenil no âmbito escolar, foi sinalizado o fato de que as ações apresentadas nos estudos acabam sendo pré-determinadas pelos agentes que as coordenam, sem se levar em consideração as necessidades e potencialidades da população-alvo, assim como, da política de assistência oferecida por outros setores que atuam juntamente à infância ⁽¹⁶⁾. Nesse sentido, enfatiza-se a importância das práticas, intervenções e pesquisas em saúde levarem em consideração as reais necessidades do contexto, com o intuito de se tornarem mais significativas e promoverem a participação ativa dos envolvidos nessas ações, além de possibilitar maior potencial de resolutividade ^(12,16).

Em relação a isso, deve-se destacar que as ações de atenção ao adolescente devem ocorrer de maneira ampliada, uma vez que os conflitos e sofrimentos vivenciados por indivíduos nessa faixa etária acabam impactando em toda a dinâmica social, o que traz diversos desafios e questionamentos em seu desenvolvimento, e influenciam no bem estar psicossocial dos adultos que se tornarão.

Dessa forma, é importante que o processo de cuidado ao público infanto-juvenil seja feito de maneira intersetorial, com intuito de possibilitar a garantia e efetivação dos direitos ^(12, 14). Desse modo, o ambiente educacional, onde os estudantes passam a maior parte do seu tempo, deve se concretizar como um dos campos de intervenção para profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, atuando juntamente com os demais trabalhadores da área que contribuem para a promoção do cuidado integral ⁽¹⁷⁾.

Partindo dessa compreensão, a criação do programa “Adolescer com Saúde” considerou que as iniciativas voltadas para a promoção da saúde do adolescente devem considerar este

indivíduo enquanto integrante de um corpo social, composto por educadores, família e comunidade. Assim, o papel do profissional de saúde é apoiar todos esses atores, para promover o acesso a conhecimento sobre aspectos do desenvolvimento humano e da saúde mental, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de atividades que oportunizem a facilitação dos processos coletivos de mudanças contextuais ^(11-12,14).

Destaca-se, ainda, que o saber hegemônico, presente no imaginário social, se baseia no conceito de saúde como ausência de doença e na valorização da medicação, o que acaba gerando uma lógica de cuidado ofertado por meio de soluções rápidas, que se traduzem na maioria das vezes na utilização de medicamentos e na divulgação de diagnósticos, trabalhando semelhante à uma lente que ressalta as dificuldades e produz a supressão das ações potenciais ⁽¹⁸⁾. A princípio, quando ocorreu processo de imersão nas escolas para coleta de dados do levantamento epidemiológico, notou-se essa concepção presente no discurso dos professores, quando eles demonstraram o sentimento de impotência e descrédito, relacionados à escuta e aconselhamento que utilizavam, considerando tratar-se de ações sem resolutividade.

Diante disso, as ações realizadas pelo programa pautaram-se no fortalecimento das potencialidades do público de adolescentes, das famílias e da escola no processo de promoção e prevenção da saúde mental, não valorizando apenas as terapêuticas medicamentosas, diagnósticos psiquiátricos e intervenções medicalocêntricas, mas também buscou-se valorizar estratégias terapêuticas informais de cuidado, a exemplo de rodas de conversa, escuta terapêutica, oficinas, terapias diversas, dentre outros.

Em relação à saúde mental infanto-juvenil, três barreiras têm sido associadas para a sua efetivação, a saber: ausência de serviços especializados (principalmente de caráter público), as barreiras estruturais, a exemplo de longas listas de espera, impossibilidade de pagar pelos serviços, problemas de transporte, entre outros; as barreiras que se relacionam com as percepções de problemas de saúde mental, como a incapacidade dos pais, professores e prestadores de cuidados de identificar a necessidade de tratamento ou negando a gravidade de um problema mental, ou até mesmo, acreditando serem aptos para lidar com o problema sem acompanhamento de profissional da saúde; e as barreiras que se relacionam com as percepções de serviços de saúde mental, a exemplo da falta de confiança ou experiência negativa com um serviço anterior de saúde mental e o estigma que está associado aos cuidados que são recebidos ⁽¹⁹⁾.

Constata-se, que inúmeros serviços de saúde se encontram despreparados para atender as especificidades do adolescente e a complexidade de suas necessidades. Ademais, existe também o preconceito social que gira em torno do cuidado estabelecido em saúde mental, não

apenas para o público infanto-juvenil, mas em qualquer faixa etária. O insuficiente conhecimento da população e dos profissionais de saúde sobre as particularidades da atenção ao indivíduo com sofrimento psíquico acaba constituindo um fator que reforça o estigma associado à doença mental de crianças e adolescentes ^(11,19).

A implementação do programa “Adolescer com Saúde” foi enriquecedora pois favoreceu a aproximação entre a escola e as famílias, possibilitando o compartilhamento de experiências e dificuldades presentes no âmbito escolar. O diálogo entre a escola, saúde e os familiares às vezes não é possível, e um canal de comunicação precisa ser aberto e estabelecido para que possam se responsabilizar pelo adolescente, diminuindo as situações de culpabilização que muitas vezes são trocadas. Considerando a complexidade dos fatores que influenciam diretamente as condições de saúde e QVRS do adolescente, ratifica-se a necessidade da criação de programas intersetoriais, com estratégias conjuntas, que busquem enfrentar os desafios.

CONCLUSÃO

A necessidade de criação e implementação do programa “Adolescer com Saúde” surgiu como consequência da imersão em escolas da rede pública estadual para uma investigação epidemiológica, no qual foram detectados inúmeros problemas, tratando-se, assim, de uma proposta pensada de forma conjunta por diferentes atores sociais, planejada com base nas necessidades identificadas.

Salienta-se a relevância do desenvolvimento de ações intersetoriais para promoção da saúde infanto-juvenil com valorização do ambiente escolar, conforme orienta diretrizes de cuidado a essa população no contexto das políticas públicas. Iniciativas que responsabilizem diferentes atores sociais favorecem uma abordagem integral, contribuindo para o completo desenvolvimento dos adolescentes.

A experiência demonstra que é possível, mesmo em tempo de pandemia, estabelecer assistência ao adolescente e promover um diálogo entre saúde, educação e família. Destarte, a capacitação de professores, de outros trabalhadores da educação e dos familiares de adolescentes deve ser vista como importante estratégia a ser executada nas unidades escolares por profissionais de saúde. Espera-se que a proposta seja ofertada às outras que não tiveram oportunidade de participar nesse primeiro momento. A avaliação informal dos participantes demonstrou essa necessidade, confirmando a expectativa que o programa tenha continuidade.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues TAS, Rodrigues LPS, Cardoso AMR. Adolescentes usuários de serviço de saúde mental: avaliação da percepção de melhora com o tratamento. *J. bras. psiquiatr.* 2020; (69): 103-10. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000269>
2. Danese A. Annual research review: Rethinking childhood trauma – new research directions for measurement, study design and analytical strategies. *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2020;61(3):236-50. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13160>
3. Souza LB, Panúncio-Pinto MP, Fiorati RC. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2019; 27(2): 251-69. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>
4. Agathao BT, Reichenheim, ME, Moraes CL . Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. *Ciênc. saúde coletiva.* 2018; 23(2):659-68. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27572016>
5. Karimi M, Brazier J. Health, Health- Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics.* 2016; 34: 645-49. doi: <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
6. Agostinis-Sobrinho C, Werneck AO, Kievišienė J, Moreira C, Ramírez-Vélez R, Rosário R, et al. Ideal cardiovascular health status and health-related quality of life in adolescents: the labmed physical activity study. *Rev. Paul. Pediatr.* 2021; 39:1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2019343>
7. Sawyer MG, Whaites L, Ons BSCH, Rey JM, Hazell PL, Graetz BW, et al. Health-related quality of life for children and adolescents with mental disorders. *Journ of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry.* 2002; 41 (5): 530–37. doi: <https://doi.org/10.1097/00004583-200205000-00010>
8. Magai DN, Koot HM. Quality of life in children and adolescents in Central Kenya: associations with emotional and behavioral problems. *Qual Life Res.* 2019;28(5):1271-79. doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02099-8>
9. Amaral MO, Silva DM, Costa MG, Gonçalves AM, Pires SM, Cruz CM, et al. ProMenteSã: Formação de professores para promoção da saúde mental na escola. *Acta Paul. Enferm.* 2020; (33):1-8. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO02246>
10. Rossi LM, Marcolino TQ, Speranza M, Cid MFB. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. *Cad. Saúde Pública.* 2019; 35(3): 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125018>
11. Tomé G, Matos MG, Gomes P, Camacho I, Gaspar T. Promoção da Saúde Mental nas Escolas – Projeto ES´C. *Journal of Child and Adolescent Psychology.* 2017; 8(1): 173-84.
12. Fernandes ADSA, Cid MFB, Speranza M, Copi CG. A intersetorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2019; 27(2): 454-61. doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1660>

13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília (DF): MS; 2010.
14. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(6): 1781-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>
15. Marini ZM, Arrieira I, Jacotec C. Relato de experiência da equipe odontológica em atenção domiciliar em um hospital-escola na cidade de Pelotas, RS, Brasil. *RFO UPF.* 2017;22(2):158-61. doi: <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i2.6747>
16. Cid MFB, Gasparini DA. Ações de promoção à saúde mental infanto-juvenil no contexto escolar: um estudo de revisão. *Revista FSA.* 2016; 13(1): 97-114. doi: <https://doi.org/10.12819/2016.13.1.6>
17. Vieira CENK, Dantas DNA, Miranda LSMV, Araújo AKC, Monteiro AI, Enders BC. Programa de Enfermagem Saúde na Escola: prevenção e controle de sobrepeso/obesidade em adolescentes. *Rev. Esc. Enferm.* 2016; 52: 1-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017025403339>
18. Biato ECL, Leão LHC, Monteiro SB. Uma leitura crítica sobre saúde-doença e suas noções. *Physis.* 2020; 30(4): 1-20. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300410>
19. Fukuda CC, Amparo D, Morais CA. Mental health of young Brazilians: Barriers to professional help-seeking. *Estud. Psicol.* 2016;33(2):355-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000200017>

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou os fatores associados aos TMC e a QVRS de adolescentes escolares em um município do interior baiano. Detectou-se alta prevalência (61,5%) de TMC em adolescentes escolares, sendo verificada associação com características socioeconômicas, marcadores de consumo alimentar, morbidade e condições de saúde.

Notou-se maior prevalência de TMC entre os filhos de mães que cursaram apenas ensino médio e ensino fundamental quando comparado com filhos de mães que cursaram ensino superior; entre adolescentes que alegaram realizar apenas 1 ou 2 refeições ao dia, portadores de doenças psíquicas seguido daqueles com morbidades em sistema muscular, esquelético ou nervoso; entre àqueles que alegaram fazer uso de medicamentos, ter dificuldades para dormir e sonolência diurna.

No que concerne a QVRS, para todos os domínios houve uma percepção considerada negativa/ruim. Verificou-se maior mediana para o domínio “suporte social e grupo de pares” (44,4) e menor mediana o domínio saúde e bem-estar (38,5). O coeficiente de correlação entre todos os domínios da QVRS e TMC foi negativo, apontando para uma relação inversamente proporcional entre as duas variáveis, ou seja, quanto maior o escore do Kidscreen-27 (melhor qualidade de vida), maior a pontuação do SRQ-20 (maior suspeição para TMC), ou vice-versa. Quando analisado o NAF, a análise multivariada evidenciou que esta variável foi preditora apenas para o domínio 1 (saúde e bem-estar), isto é, há uma relação diretamente proporcional entre as duas variáveis, quanto maior o escore do domínio 1 do Kidscreen-27, melhor a pontuação do QAFA (maior tempo dedicado a atividade física), ou vice-versa.

Algumas limitações para o desenvolvimento do estudo devem ser consideradas. A extrapolação dos dados deve ser feita com cautela, pois o presente estudo foi desenvolvido com adolescentes de uma região do Brasil, localidade com disparidades regionais, com especificidades culturais e de estilo de vida. Apesar do SRQ-20 ser um método simples, seguro e reconhecido cientificamente para rastreamento de TMC, amplamente utilizado em estudos epidemiológicos, inclusive no público de adolescentes, ainda não é validado especificamente

para essa população. Ao longo da realização da pesquisa foi discutida a possibilidade de reinserção no campo para validação do instrumento, entretanto, as condições impostas pela pandemia iniciada em 2020 dificultaram tal proposta.

Em relação ao programa *Adolescer com Saúde*, obteve-se resultados exitosos, a partir da aproximação entre família, trabalhadores da saúde e da educação, incentivando a corresponsabilização e cooperação mútua pela promoção da saúde mental e QVRS do adolescente, capacitando-os para lidar frente a problemática. Espera-se que essa proposta seja implementada em outras escolas, a fim de proporcionar maior conhecimento coletivo sobre a temática, troca de experiências, minimizando a desvalorização e preconceito que entorna o adoecimento mental.

Os resultados obtidos com o inquérito epidemiológico e implementação do programa reforçam a necessidade de ampliação do contingente de inquéritos sobre a saúde mental e QVRS de adolescentes escolares, pois possibilitam a produção de conhecimento a ser utilizado como guia norteador no planejamento das ações de saúde, assim como, na elaboração e implementação de políticas que considerem a importância da intersetorialidade, com incentivo à adoção de um estilo de vida ativo e saudável.

Sugere-se que as especificidades do ser adolescente, principalmente as demandas de saúde mental, possam ser assistidas por serviços especializados no contexto do SUS, no intuito de prevenir futuras complicações e incapacidades decorrentes de morbidades psíquicas, bem como que sejam garantidas, a todos indivíduos dessa faixa etária, condições de sobrevivência que favoreçam a manutenção de uma saúde integral.

Por fim, espera-se que cursos de graduação e pós-graduação, principalmente dos cursos da área saúde, possam incluir em seus planejamentos ações de ensino, pesquisa e extensão voltadas ao grupo populacional de adolescentes, buscando contribuir com ações de cuidado que considerem os estressores psicossociais aos quais estão expostos.

REFERÊNCIAS

- AGATHAO, B.T. et al. Gender differences in the impact of sleep duration on common mental disorders in school students. **BMC Public Health**.v.20, n.148, p.1-9, 2020.
- AGATHÃO, B.T.; REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Health-related quality of life of adolescent students. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.659-668, 2018.
- AKGUN, S.; CIARROCHI, J. Learned resourcefulness moderates the relationship between academic stress and academic performance. **Educational Psychology**. v.23, n.3, p.287-94, 2003.
- ALENCAR, C.V. *Por que me comporto assim? Transformações cerebrais na adolescência*. Especialização em Neuropsicologia. Instituto Brasileiro de Pós-Graduação de Extensão (IBPEX). Curitiba, 2009.
- ALVES, M.A.R. **Propriedades psicométricas da versão brasileira do instrumento KIDSCREEN-27 para avaliação da qualidade de vida de crianças**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2018.
- ALVES, M.A.R et al. Um levantamento quantitativo da utilização do instrumento Kidscreen a avaliação da qualidade de vida de crianças: uma revisão na produção científica utilizando a base de dados scopus. **RIES**, Caçador, v.9, n.2, p.25-35, 2019.
- AMORIM, N.F.A. et al. Implantação da cantina escolar saudável em escolas do Distrito Federal, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.25, n.2, p.203-217, 2012.
- ARAÚJO, U.F. **Temas transversais e a estratégia de projetos**. São Paulo: Moderna, 2003.
- AVANCI, J.Q. et al. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.23, n.3, p.287-294, 2007.
- AZEREDO, C.M. et al. Dietary intake of Brazilian adolescents. **Public Health Nutr.**, v.18, n.7, p.1215-1224, 2015.
- AZEVEDO, J.C.; MIRANDA, F.A.; SOUZA, C.H.M. Reflexões acerca das estruturas psíquicas e a prática do Cyberbullying no contexto da escola. **Intercom, Rev. Bras. Ciênc. Comun.**, São Paulo, v.35, n.2, p.247-265, Dec. 2012.
- BARBOSA, S.M.M.L. et al. Prevalência de sonolência diurna excessiva e fatores associados em adolescentes da coorte RPS, em São Luís (MA). **Rev bras epidemiol**, v.23, p.1-9, 2020.

BARBOSA FILHO, V.C.; CAMPOS, W.; LOPES, A.S. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among Brazilian adolescents: a systematic review. **Cien Saude Colet.**, v.19, n.1, p.173-193, 2014.

BARBOSA FILHO, V. C. **Atividade física e ambiente escolar**. Brasil: Editora Appris, 2016.

BARDINI, R. et al. Prevalência de sonolência excessiva diurna e fatores associados em adolescentes universitários do sul catarinense. **Arq Catarin Med**, v.46, n.1, p.107-24, 2017.

BARUFALDI, L. A. et al. Meta-analysis of the prevalence of physical inactivity among Brazilian adolescents. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 6, p. 1019-32, 2012.

BATISTA, G.A. et al. Association between perception of sleep quality and assimilation of content covered in class. **Rev. paul. Pediatr**, São Paulo, v.36, n.3, p.315-321, 2018.

BAUMAN, A.E. et al. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? **The Lancet**, v.380, n.9838, p.258-71, 2012.

BRAND, S.; KIROV, R. Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. **Int J Gen Med.**, v.4, p.425-42, 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei 9.394 de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília (DF): Ministério da Educação, 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 18 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. **Resolução CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009**. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. **Diário Oficial da União**, 17 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes**

Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Série I. História da saúde). Disponível em: Acesso em: 3 fev. 2021.

BRASIL. **Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013.** Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Brasília (DF). Diário Oficial da União: 2013.

BELFER, M.L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **J. Child Psychol Psychiatry.**, v.49, n.3, p.226-236, 2008.

BENER, A.; TEWFIK, I. Prevalence of overweight, obesity, and associated psychological problems in Qatari's female population. **Obesity Reviews**, v.7, p.139-145, 2006.

BERRA, S. et al. Adaptacion transcultural del cuestionario Kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. **Arch. Argent. Pediatr.**, v.107, n.4, p.307-314, 2009.

BUBOLZ, C.T.R. et al. Consumo alimentar conforme o tipo de alimentação consumida em escolas de zona rural no Sul do Brasil. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.2705-2712, 2018.

CARVALHO, F.F.B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1207-1227, 2015.

CDC. **The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance** Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, 2010.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Energy drink consumption and its association with sleep problems among US service members on a combat deployment-Afghanistan, 2010. **Morb Mortal Wkly Rep.**, v.61, n.44, p.895-8, 2012.

CHIANG-HANISKO, L. et al. Guidance for using mixed methods design in nursing practice research. **ApplNurs Res**, v.31, n.1, p.1-5, 2016.

CLAUMANN, G.S. et al. Associação entre insatisfação com a imagem corporal e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. **Cienc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.1299-1308, 2019.

CLEARY, P.D.; WILSON, P.D.; FOWLER, F.J. Health - related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model. In: DIMSDALE, J.E.; BAUM, A. (editors). **Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 191-204.

CORDER, K. et al. What do adolescents want in order to become more active? **BMC Public Health**, v.13, n.1, p.718, 2013.

CROWLEY, S.J. et al. An update on adolescent sleep: new evidence informing the perfect storm model. **J Adolesc.** v.67, p.55-65, 2018.

CUREAU, F.V.; SCHAAN, B.D. ERICA: leisure-time physical inactivity in Brazilian adolescents. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.50, (suppl 1), p.1-11, 2016.

DALTRO, M.R.; FARIA, A.A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Sociologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.223-237, 2019.

DEMO, Pedro. **Cidadania tutelada e cidadania assistida**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995

DIAS, P.J. et al. Prevalence and factors associated with sedentary behavior in adolescents. **Rev Saude Publica**.v.48, n.2, p.266-74, 2014.

DIEKELMANN, S.; BORN, J. The memory function of sleep. **Nat Rev Neurosci.** v.11, p.114-26, 2010.

DOORENBOS, A. Z. Mixed methods in nursing research: an overview and practical examples. **Kango Kenkyu**, v.47, n.3, p.207-17, 2014.

EBRAHIM. S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Soc Sci Med.** V.41, n.10, p.1383-94, 1995.

ERHART, M. et al. Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. **Int. J. Public Health**, v.54 (Suppl 2), p.160-166, 2009.

FARIAS JÚNIOR, J. C. et al. Validade e reprodutibilidade de um questionário para medida de atividade física em adolescentes: uma adaptação do Self-Administered Physical Activity Checklist. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, p. 198-210, 2012.

FARIAS JUNIOR, J.C. et al. Reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto do KIDSCREEN-27 em adolescentes brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.9, p.1-14, 2017.

FELDEN, É.P.G. et al. Fatores associados com a baixa duração do sono em universitários ingressantes. **Rev Bras Ciên Mov.** v.23, n.4, p.94-103, 2015.

FERREIRA, R.W. et al. Prevalence of sedentary behavior and its correlates among primary and secondary school students. **Rev. Paul Pediatr.**, v.34, n.1, p. 56-63, 2016.

FERREIRA, V.R. et al. Inatividade física no lazer e na escola está associada à presença de transtornos mentais comuns na adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.54, n.128, 2020.

FETTERS, M.D.; CURRY, L.A.; CRESWELL, J.W. Achieving integration in mixed methods designs – principles and practices. **Health Serv Res**, v.48, n.6, p.2134-56, 2013.

FONSECA, A.D.G. et al. Qualidade de vida em adolescentes relacionada a sexo, renda familiar e prática de atividade física. **Rev.Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.23 (e-1245), p. 1-7, 2019.

FORD, K.; JAMPAKLAY, A.; CHAMRATRITHIRONG, A. Coming of age in a conflict area: Mental health, education, employment, migration and family formation in the southernmost provinces of Thailand. [Int. J. Soc. Psychiatry.](#) v.64, n.3, p.225-234, 2018.

FREITAS, M.É.A.; SPAGNOL, C.S.; CAMARGOS, A.T. Observação e diário de campo: técnicas utilizadas no estágio da disciplina Administração em Enfermagem. **RBE – Rev. Baiana de Enfermagem**. v.20, n.1,2,3. 2006.

GASPAR, T.; MATOS, M.G. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes**. Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen-52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde, 2008.

GIEDD, N. Maturação do cérebro adolescente. In: **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development; p. 1-5, 2013.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatr Scand Suppl.**, v.385, p.66-70, 1994.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock, 1992.

GOMES, C.M. Vivência em grupo: sexualidade, gênero, adolescência e espaço escolar. **Rev APS**, v. 6, n. 1, p.103-111, jan./mar. 2013.

GOMES, C.M.; HORTA, N.C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v.13, n.4, p.486-499, out./dez. 2010.

GORE, F.M. et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. **Lancet**, v.377, n.9783, p.2093-2102, 2011.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the kidscreen-52 for the brazilian population. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 29, n.3, p.364-371, 2011.

GUI TERAS, A.F.; BAYÉS, R. Desarrollo de um instrumento para la medida de da calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGUERA, M.T. (orgs.). **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. Barcelona: Universitas, p.175-95, 1993.

HALLAL, P.C. et al. Physical activity practice among Brazilian adolescents. **Cien Saude Colet**, v.15, Supl. 2, p.3035-3042, 2010.

HALLAL, P.C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**, v.380, n.9838, p.247- 257, 2012.

HARDING, T.W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicine**, v.10, n.2, p.231-241, 1980.

HENRIQUE, B.D.; ROCHA, R.L.; REINALDO, A.M.S. Uso de crack e outras drogas entre crianças e adolescentes e seu impacto no ambiente familiar: uma revisão integrativa da literatura. **Texto Contexto Enferm.**, Santa Catarina, v.25, n.3, p.1-10, 2016.

HHS. **Physical Activity Guidelines for Americans** Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 2008.

HIRSHKOWITZ, M. et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. **Sleep Health**, v.1, n.1, p.40-43, 2015.

HORTA, N.C.; MADEIRA, A.M.F.; ARMOND, L.C. Desafios na atenção à saúde do adolescente. In: BORGES, A.L.V.; FUJIMORI, E. **Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica**. São Paulo: Manole, 2009, p.119-41.

HUBER, R.; BORN, J. Sleep, synaptic connectivity, and hippocampal memory during early development. **Trends Cogn Sci.**, v.18, p.141-52, 2014.

HUERTA, J. M. et al. Work, household, and leisure-time physical activity and risk of mortality in the EPIC-Spain cohort. **Preventive Medicine**, v.85, p.106-112, 2016.

HULTEEN, R.M. et al. Global participation in sport and leisure-time physical activities: A systematic review and meta-analysis. **Prev Med**. v.95, p.14-25, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Banco de dados: cidades**. Bahia, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 02 de julho de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 28 maio 2021.

JANSEN, K. et al. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p. 440-448, 2011.

JEQUIÉ. Prefeitura Municipal de Jequié. 2019. Jequié, 2019. Disponível em: <http://www.jequie.ba.gov.br/>. Acesso em: 19 dez. 2019.

JESUS, I.S. et al. Perception of basic education students about drugs: a look at the light of Merleau-Ponty. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n.4, p.1-8, 2017.

JORGE, M.S.B.; QUINDERÉ, P.H.D.; YASUI, S.; ALBUQUERQUE, R.A. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para saúde dos usuários. **Ciêñ Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.2909-18, 2013.

KALLANDER, E.K. et al. Factors associated with quality of life for children affected by parental illness or substance abuse. **Scand J. Caring Sci.** p. 1-15, 2020.

KATZMARZYK, P.T.; MASON, C. The physical activity transition. **J. Phys. Act. Health**, v.6, n.3, p. 269-280, 2009.

KAWABE, K. et al. Internet addiction: Prevalence and relation with mental states in adolescents. **Psychiatry Clin Neurosci.**, v. 70, n.9, p.405-12, 2016.

KEENAGHAN, C.; KILROE, J. **A study on the quality of life tool Kidscreen for children and adolescents in Ireland**: results of the Kidscreen National Survey 2005. Dublin: Minister for Health and Children, 2008.

KNOWLES, A.M.; NIVEN, A.; FAWKNER, S. A qualitative examination of factors related to the decrease in physical activity behavior in adolescent girls during the transition from primary to secondary school. **J Phys Act Health**, v.8, n.8, p.1084-91, 2011.

LAMARE, T. Ministério da Saúde (BR). In: **Simposio Internacional do Adolescente**, 2005. São Paulo: Proceedings Online, 2005.

LEAL, G.V.S.; PHILIPPI, S.T.; ALVARENGA, M.S. Unhealthy weight control behaviors, disordered eating, and body image dissatisfaction in adolescents from São Paulo, Brazil. **Braz. J. Psychiatry.**, São Paulo, v.42, n.3, p.264-270, 2020.

LIU, Y. et al. Excessive daytime sleepiness among children and adolescents: prevalence, correlates, and pubertal effects. **Sleep Med**, v.53, p. 1-8, 2019.

LOHMAN, T.G.; ROCHE, A.F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual**. Human Kinetics: Champaign, 1988.

LOPES, A.P.; RESENDE, M.M. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. **Rev. Estud. Psicol., Campinas**, v.30, n.1, p.49-56, 2013.

LOPES, C.S. et al. ERICA: Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n. (supl 1), p.1-9, 2016.

- LUCCHESI, R. et al. Prevalence of common mental disorders in primary health care. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 27, n.3, p.200-207, 2014.
- LUIZ, R.R.; MAGNANINI, M.M.F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 9-28, 2000.
- LUZ, R.T. et al. Lifestyle and the interface with health demands of adolescents. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v.22, p.1-7, 2018.
- MAGAI, D.N.; KOOT, H.M. Quality of life in children and adolescents in Central Kenya: associations with emotional and behavioral problems. **Qual Life Res.**, v.28, n.5, p.1271-1279, 2019.
- MAIA, E.G et al. Dietary patterns, sociodemographic and behavioral characteristics among Brazilian adolescents. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, 21(Supl 1), p.1-13, 2018.
- MAIA, R.P.; KUBO, S.E.A.C.; GUBERT, M.B. Diferenças no consumo alimentar de adolescentes na região Centro-Oeste e outras regiões brasileiras. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde** [periódico na Internet]. 2014 v.9, n.1, p.147-62. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/7286/8821#.VfXv79JViko>. Acesso em: 11 set. 2020.
- MANGAL, A. et al. Screening for common mental health problems and their determinants among school-going adolescent girls in Gujarat, India. **J Fam Med Prim Care.**, v. 9, p.264-70, 2020.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, v.148, n.1, p.23-26, 1986.
- MARIETTO, M.L. Observação participante e não participante: contextualização teórica e sugestão de roteiro para aplicação dos métodos. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, 0 v. 17, n.4, p.05-18, 2018.
- MARQUES, F.A; LEGAL, E.J.; HÖFELMANN, D.A. Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. **Rev.paul. pediatr.**, São Paulo, v.30, n.4, p.553-561, 2012.
- MARTINS, A.P.B. et al. Increased contribution of ultra-processed food products in the Brazilian diet (1987-2009). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.4, p.656-665, 2013.
- MARTINS, C.R.; PETROSKI, E.L. Insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino de uma cidade de pequeno porte: prevalência e correlações. **Motricidade**, Ribeira de Pena, v.11, n.2, p. 94-106, 2015.
- MASCARENHAS, J.M.O.; SANTOS, J.C. Avaliação da composição nutricional dos cardápios e custos da alimentação escolar da rede municipal de Conceição do Jacuípe/BA. **Sitientibus**, Feira de Santana, v. 1, n. 35, p. 75-90, jul./dez. 2006.
- MATOS, M.G. et al. **Qualidade de vida e saúde em crianças e adolescentes**: relatório de estudo Kidscreen 2010 e 2006. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, 2012.

MEDEIROS, E.R. et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v.9, n.2, p.2127-2134, 2018.

MICHELI, D. **EAD supera**: Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas. 3 ed. Brasília (DF): Unifesp, 2009.

MIREKU, M.O. et al. Night-time screen-based media device use and adolescents' sleep and health-related quality of life. **Environ Int.**, v.124, p.66-78, Mar. 2019

MONTEIRO, A. R. M. et al. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes - a busca pelo tratamento. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.523-529, 2012.

MONTEIRO, C.A. et al. Ultraprocessed products are becoming dominant in the global food system. **Obes. Rev.**, v.14, (Supl. 2), p.21-28, 2013.

MONTEIRO, D.S. et al. Fatores associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.73, supl. 1, e20190847, 2020.

MORALES, A.U. et al. Are there any differences in the assessment of quality of life when children score the importance of what is asked to them? **Arch. Argent. Pediatr.**, v.111, n.2, p.98-104, 2013.

MOREIRA, R.M. et al. Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.49-56, 2015.

MORENO, L.A. et al. Nutrition and lifestyle in european adolescents: the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) study. **Adv. Nutr.**, v.5, n.5, p.615-623, 2014.

MUNARO, H.L.R.; SILVA, D.A.S.; LOPES, A.D. Prevalence of excessive screen time and associated factors in a school from a city in the northeast of Brazil. **J. Hum Growth Dev.**, São Paulo, v.26, n.3, p.360-367, 2016.

NEUBAUER, D.; ZEE, P.; PAGEL, J.F. Comorbid conditions caused by sleeping disorders. **Med Roundtable Gen.** Med Ed. v.1, p.222-9, 2016.

OLIVEIRA, J.S. et al. ERICA: use of screens and consumption of meals and snacks by Brazilian adolescents. **Rev Saúde Públ**, v.50, Supl. 1, p.1-7, 2016.

PACHECO, S.S.M. O hábito alimentar enquanto comportamento culturalmente produzido. In: FREITAS, M.C.S.; FONTES, G.A.V.; OLIVEIRA, N. (orgs). **Escritas e narrativas em alimentação e cultura**. Salvador: EdUFBA; 2008. p.217-238.

PACHECO, S.R. et al. Overweight in youth and sleep quality: is there a link? **Arch Endocrinol Metab**, v.61, n.4, p.367-73, 2017.

- PARUTHI, S. et al. Consensus statement of the American Academy of sleep medicine on the recommended amount of sleep for healthy children: methodology and discussion. **J Clin Sleep Med**. v.12, n.11, p.1549-61, 2016.
- PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, v. 369, n.9569, p.1302-1313, 2007.
- PAULA, C.S. et al. Early vulnerabilities due to psychiatric disorders in elementary school students from four Brazilian regions. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, Heidelberg, v.53, n.5, p. 477-486, 2018.
- PEDRAZA, D.F. et al. Avaliação do Programa Nacional de Alimentação Escolar: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.5, p.1551-1560, 2018.
- PENSO, M.A et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde e Soc.** São Paulo, v.22, n.2, p.542-553, 2013.
- PEREIRA, E.F. et al. Sono e adolescência: quantas horas os adolescentes precisam dormir? **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.64, n.1, p.40-44, 2015.
- PEREIRA, P.F. et al. Indicadores antropométricos para identificar síndrome metabólica e fenótipo cintura hipertrigliceridêmica: uma comparação entre as três fases da adolescência. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v.33, n.2, p.194-203, 2015.
- PIKE, I.L. et al. Low-intensity violence and the social determinants of adolescent health among three East African pastoralist communities. **Soc. Sci. Med.**, v.202, p.117-127, 2018.
- PINHEIRO, K.A.T. et al. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev Bras Psiquiatr.**, São Paulo, v.29, n.3, p. 1-5, 2007.
- PINTO, A.C.S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.3, p.555-64, 2014.
- PIOLA, T.S. et al. Impacto dos correlatos da atividade física na presença isolada e combinada de nível insuficiente de atividade física e elevado tempo de tela em adolescentes. **Rev Paul Pediatr.**, v.37, n.2, p. 194-201, 2019.
- PIOLA, T.S. et al. Nível insuficiente de atividade física e elevado tempo de tela em adolescentes: Impacto de fatores associados. **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, 2020.
- PLIHAL, W.; BORN J. Effects of early and late nocturnal sleep on priming and spatial memory. **Psychophysiology**. v.36, p.571-82, 1999.
- RASBERRY, C.N. et al. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: A systematic review of the literature. **Prev Med**, v.52, Suppl, 1, p.S10-S20, 2011.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Rev. Pharmacoecon. Outcomes Res.**, v. 5, p. 353-364, 2005.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. **The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents.** Lengerich: Pabst Science Publishers, 2006.

RIBEIRO, I.B.S. et al. Transtorno mental comum e condição socioeconômica em adolescentes do ERICA. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.54, n.4, p.1-9, 2020.

RIBEIRO, M.K.P. et al. Equity in the coverage of health expenses by the Brazilian Unified Health System for people with signs of common mental disorders in the city of São Paulo. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.21, p.1-13, 2018.

RIOS, L.C. et al. Atividades físicas de lazer e transtornos mentais comuns em jovens de Feira de Santana, Bahia. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 98-102, 2011.

ROCHA, S.V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.13, n.4, p.630-640, 2010.

RODRÍGUEZ, C.; CASTILLO-VIERA, E.; ARBINAGA, F. Comparación del índice de masa corporal en escolares de Catamarca establecido por técnicas antropométricas, de autoinforme y test de figuras. **Arch. Argent. Pediatr.**, v.117, n.3, p.218-223, 2019.

ROUQUAYROL, M.Z; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde.** 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017.

SACRISTÁN, J.G.; GOMÉZ, A.I.P. Compreender e transformar o ensino. 4.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000.

SAITO, M.I. Síndrome da adolescência normal: interface com a patologia. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. **Adolescência: prevenção e risco.** 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2014.

SÁNCHEZ CASTILLO, S. et al. Analysis of and obesidance imaging through stunkard siluettes in italian teenagers from 14 to 21 years. **Journal of Sport & Health Research**, v.11, n.2, p.199-209, 2018.

SANTOS, A.R. et al. Instrumentos relacionados ao consumo de drogas em adolescentes: Revisão Integrativa. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.27, n.3, e0370017, 2018.

SANTOS, C.C. et al. A influência da cultura no comportamento alimentar dos adolescentes: uma revisão integrativa das produções em saúde. **Adolesc Saúde** [periódico na Internet]. v. 9, n.4, p.37-43, 2012.

SANTOS, G.B.V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.35, n.11, p.1-10, 2019.

SANTOS, K.O.B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). **Rev Baiana Saude Publica Miolo.** v.34, n.3, 544-560, 2011.

- SANTOS, K.O.B; ARAÚJO, T.M.; OLIVEIRA, N.F. Factor structure and internal consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.214-222, 2009.
- SAWYER, M.G. et al. Quality of life related to the health of children and adolescents with mental disorders. **Journ of American Academy of Child & Adolescence Psychiatry.**, v.41, n.5, p.530-37, 2002.
- SCAGLIUSI, F.B. et al. Concurrent and discriminate validity of the Stunkard's Figure Rating Scale adapted into Portuguese. **Appetite**, v.47, n.1, p.77-82, 2006.
- SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v, 20, n.2, p.580-589, 2004.
- SHANNON, S. et al. Testing the psychometric properties of Kidscreen-27 with Irish children of low socio-economic status. **Qual. Life Res.**, v.26, p.1081-1089, 2017.
- SILBER, M.H. et al. The visual scoring of sleep in adults. **J Clin Sleep Med.**, v.3, p.121-31, 2007.
- SILVA, C.R.; LOPES, R.E. Adolescência e juventude: entre conceitos e políticas públicas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.**, São Carlos, v. 17, n.2, p.87-106, 2009.
- SILVA, T.L.N. et al. Análise da qualidade da informação autorreferida sobre duração do sono de escolares do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.35, n.10, p.1-14, Ago. 2018.
- SILVA JUNIOR, A.J. **Programa Saúde na escola: Limites e possibilidades intersetoriais**. 2014. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, 2014.
- SILVERMAN, M.N.; DEUSTER, P.A. Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. **Interface Focus**, v.4, 2014.
- SOLANS, M. et al. Health Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. **Value Health**, v.11, n.4, p.742-64, 2008.
- SOUZA E SOUZA, L.P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em adultos no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.**, Porto, n.18, p.59-66, 2017.
- STEEL, Z. et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. **Int. J. Epidemiol**, v.43, n.2, p.476-493, 2014.
- STUNKARD, A.J.; SORENSEN, T; SCHULSINGER, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. **Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.**, v.22, n.1, p.115-120, 1983.

TEIXEIRA, L.A. et al. Mental health needs of adolescents and the nursing cares: integrative review. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.29, p.1-15, 2020.

THE KIDSCREEN GROUP EUROPE. **The KIDSCREEN Questionnaires – Quality of life questionnaires for children and adolescents**. Handbook. Lenge-rich: Pabst Science Publishers, 2006.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med.**, v.41, n.10, p.1403-9, 1995.

TONONI, G.; CIRELLI, C. Sleep and the price of plasticity: from synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. **Neuron**. v.81, p.12-34, 2014.

TSAI, M.H.; HSU, J.F.; HUANG, Y.S. Sleep problems in children with attention deficit/hyperactivity disorder: current status of knowledge and appropriate management. **Curr Psychiatry Rep.**, v.18, p.76, 2016.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Saúde mental do adolescente: um desafio urgente para pesquisas e investimentos**, 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/sowc2011/foco3.html>. Acesso em: 14 nov. 2020.

VASCONCELOS, I. Q. et al. Cardiovascular risk factors in adolescents with different levels of energy expenditure. **Arq Bras Cardiol**, v. 91, n. 4, p. 207-12, 227-33, 2008.

VENTURA, C.A.A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Rev Eletre Enferm**. v.13, n.3, p.560-5, 2011.

VILARTA, R.; GONÇALVES, A. Qualidade de vida: concepções básicas voltadas à saúde. In: GONÇALVES, A.; VILARTA, R. (Orgs.). **Atividade física e qualidade de vida: explorando teoria e prática**. Barueri: Manole, 2004. p. 27-62.

VITOLO, M.R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? **Horiz Antropol.**, v.15, n.32, p.157-70, 2009.

WICHSTROM, L.; VON SOEST, T. Reciprocal relations between body satisfaction and self-esteem: A large 13-year prospective study of adolescents. **J. Adolesc.**, v.47, p.16-27, 2016.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and Adolescent Health and Development Progress Report 2006**. World Health, 2006a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43664>. Acesso em: 28 nov. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development**. Geneva: World Health Organization, 2006b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour: at a glance]. Genebra: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global school-base student health survey**. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/en/>. Acesso em: 17 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey**. Copenhagen: World Health Organization WHO, Regional Office for Europe, 2016. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/303440/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-PART-1.pdf?ua=1 Acesso em: 27 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Towards a common language for functioning disability and health – ICF**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

WU, X.; VEUGELERS, P.J.; OHINMAA, A. Health Behavior, Health-Related Quality of Life, and Mental Health Among Canadian Children: A Population-Based Cohort Study. **Front Nutr.**, v.11, n.8, p.1-11, Mar. 2021

YIMAM, K.; KEBEDE, Y.; AZALE, T. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. **J. Depress Anxiety**. v.1, n.7, p.1-6, 2014.

YOON Y. et al. Association of Cyberbullying Involvement With Subsequent Substance Use Among Adolescents. **J Adolesc Health**. v.65, n.5, p.613-620, Nov. 2019.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Título do Projeto: Qualidade de Vida, Transtornos Mentais Comuns e Estilo de vida de adolescentes escolares.

Pesquisadora responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Orientador: Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Para pais e/ou responsáveis

O menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES”**.

Neste estudo pretendemos “Analisar os fatores associados à qualidade de vida e aos Transtornos Mentais Comuns de adolescentes escolares”. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de conhecer a qualidade de vida, a presença de transtornos mentais comuns e o estilo de vida de adolescentes escolares, para assim, ser possível traçar estratégias que possam favorecer a saúde desses indivíduos.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Será realizada uma entrevista para aplicação de instrumentos que avaliarão informações biosociodemográficas, estilo de vida, rastreamento de sofrimento psíquico (a exemplo de depressão e ansiedade), qualidade de vida e insatisfação corporal. A aplicação dos questionários ocorrerá no próprio colégio onde você estuda, em horário normal de aula, e terá duração média de 50 minutos.

Não haverá nenhum custo e o menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável não receberá qualquer vantagem financeira. Ele será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sendo esta, voluntária. A recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade e do menor com padrões profissionais de sigilo.

O menor não será identificado em nenhuma publicação. A pesquisa pode proporcionar ao adolescente um desconforto por dispor de tempo para responder aos questionários, no entanto, tal desconforto não trará nenhum risco ou dano à integridade física, mental ou de qualquer outra natureza. Ainda assim, em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, os

pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-los ou ressarcir os prejudicados. Se alguma pergunta causar desconforto e/ou incômodo, o adolescente poderá deixar de respondê-la.

Além disso, o menor tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo consistem na divulgação de resultados que poderão fomentar o debate sobre as iniquidades em saúde no contexto da adolescência, assim como, estimular futuras intervenções que melhorem a qualidade de vida desse público.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. O nome do menor ou o material que indique a participação dele não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____,
responsável por _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão do menor supracitado participar se assim eu desejar. Declaro que concordo que o menor participe desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

*Assinatura do(a) responsável pelo menor
participante*

Impressão digital (se for o caso)

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador(a) Responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Endereço: Rua São Luíz nº 120 Mandacarú CEP: 45210-001.

Fone: (73) 98818-2410 / E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com

CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Título do Projeto: Qualidade de Vida, Transtornos Mentais Comuns e Estilo de vida de adolescentes escolares.

Pesquisadora responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Orientador: Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Para participantes com idade igual ou maior a 18 anos

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES”**.

Neste estudo pretendemos “Analisar os fatores associados à qualidade de vida e aos Transtornos Mentais Comuns de adolescentes escolares”. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de conhecer a qualidade de vida, a presença de transtornos mentais comuns e o estilo de vida de adolescentes escolares, para assim, ser possível traçar estratégias que possam favorecer a saúde desses indivíduos.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Será realizada uma entrevista para aplicação de instrumentos que avaliarão informações biosociodemográficas, estilo de vida, rastreamento de sofrimento psíquico (a exemplo de depressão e ansiedade), qualidade de vida e insatisfação corporal. A aplicação dos questionários ocorrerá no próprio colégio onde você estuda, em horário normal de aula, e terá duração média de 50 minutos.

Não haverá nenhum custo e você não receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Você poderá retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sendo esta, voluntária. A recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade e do menor com padrões profissionais de sigilo.

Você não será identificado(a) em nenhuma publicação. A pesquisa pode proporcionar-lhe um desconforto por dispor de tempo para responder aos questionários, no entanto, tal desconforto não trará nenhum risco ou dano à integridade física, mental ou de qualquer outra

natureza. Ainda assim, em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-los ou ressarcir os prejudicados. Se alguma pergunta lhe causar desconforto e/ou incômodo, você poderá deixar de respondê-la.

Além disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo consistem na divulgação de resultados que poderão fomentar o debate sobre as iniquidades em saúde no contexto da adolescência, assim como, estimular futuras intervenções que melhorem a qualidade de vida desse público.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. O nome do menor ou o material que indique a participação dele não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma das vias será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão sobre participar se assim eu desejar. Declaro que concordo com minha participação no estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Impressão digital (se for o caso)

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador(a) Responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Endereço: Rua São Luíz nº 120 Mandacarú CEP: 45210-001.

Fone: (73) 98818-2410 / E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com

CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br



APÊNDICE C

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PRGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE



Título do Projeto: Qualidade de Vida, Transtornos Mentais Comuns e Estilo de vida de adolescentes escolares.

Pesquisadora responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Orientador: Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS

Para adolescentes menores que 18 anos de idade

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES”**. Neste estudo pretendemos “Analisar os fatores associados à qualidade de vida e aos Transtornos Mentais Comuns em Adolescentes escolares”.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de conhecer a qualidade de vida, a presença de transtornos mentais comuns e o estilo de vida de adolescentes escolares, para assim, ser possível traçar estratégias que possam favorecer a saúde desses indivíduos.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Será realizada uma entrevista para aplicação de instrumentos que avaliarão informações biosociodemográficas, estilo de vida, presença de sofrimento psíquico (a exemplo de depressão e ansiedade), qualidade de vida e insatisfação corporal. A aplicação dos questionários ocorrerá no próprio colégio onde você estuda, em horário normal de aula, e terá duração média de 50 minutos.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação.

A pesquisa pode proporcionar a você um desconforto por dispor de tempo para responder aos questionários, no entanto, tal desconforto não trará nenhum risco ou dano à

integridade física, mental ou de qualquer outra natureza. Ainda assim, em caso de eventuais danos advindos da pesquisa, os pesquisadores serão responsabilizados e deverão tomar as devidas providências para corrigi-los ou ressarcir os prejudicados. Se alguma pergunta causar desconforto e/ou incômodo, você poderá deixar de respondê-la.

Além disso, você tem assegurado o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo consistem na divulgação de resultados que poderão fomentar o debate sobre as iniquidades em saúde no contexto da adolescência, assim como, estimular futuras intervenções que melhorem a qualidade de vida desse público.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este Termo de Assentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma delas será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

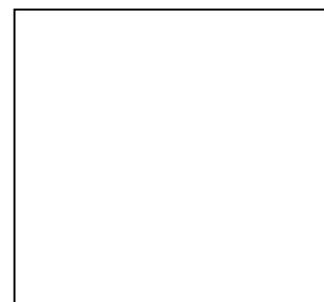
Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Jequié, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) menor

Impressão digital (se for o caso)

Assinatura do(a) pesquisador(a)



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador(a) Responsável: Bárbara Santos Ribeiro

Endereço: Rua São Luíz nº 120 Mandacarú CEP: 45210-001.

Fone: (73) 98818-2410 / E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com

CEP/UESB- Comitê de Ética em Pesquisa

Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, 1º andar do Centro de Aperfeiçoamento Profissional Dalva de Oliveira Santos (CAP). Jequiezinho. Jequié-BA. CEP 45208-091.

Fone: (73) 3528-9600 (ramal 9727) / E-mail: cepjq@uesb.edu.br

APÊNDICE D

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Pesquisa: Qualidade de Vida, Transtornos Mentais Comuns e Estilo de Vida em adolescentes escolares.

Pesquisadora responsável: Msc. Bárbara Santos Ribeiro

Orientador: Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

- Qualquer dúvida, chame o pesquisador!
- Procure fornecer as informações solicitadas e indique-as marcando um “x” ou preenchendo os espaços no questionário;
- Suas respostas serão mantidas no anonimato e as informações serão utilizadas somente para fins de pesquisa;

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Escola: _____

Nome: _____

Turma: _____ Turno: _____ Idade: _____

Telefone / Celular: _____

AVALIAÇÃO BIOSÓCIODEMOGRÁFICA E ESTILO DE VIDA

1. Sexo

() Masculino () Feminino

2. Está satisfeito(a) com seu sexo?

() Sim () Não

3. Qual sua orientação sexual?

() Gosto de homem

() Gosto de mulher

() Não gosto nem de homem e nem gosto de mulher

() Gosto de homem e de mulher

4. Raça

() Branca

() Amarela

() Indígena

() Parda

() Negra

() Não sei

5. Vida Conjugal

140

() Solteiro () Vivendo com parceiro(a)

6. Religião

- () Católica
() Evangélica/Protestante
() Religião de matriz Africana
() Espírita
() Outras
() Não tem religião

7. Possui filhos?

() Não () Sim Quantos? _____

8. Com quem você mora

- () Pai
() Padrasto
() Mãe
() Madrasta
() Irmãos
() Avós
() Outros _____

9. Você trabalha? () Não () Sim. Em turno oposto a escola () Sim. Nos finais de semana

10. Qual a renda total da sua família?

- () até 2 salários mínimos
() 3 a 5 salários mínimos
() 6 a 10 salários mínimos
() 11 ou mais salários mínimos
() Não sei

11. Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

() Asfaltada/pavimentada () Terra/cascalho

12. Marque a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe:

- () Analfabeta / Fundamental incompleto
() Ensino fundamental completo
() Ensino médio completo
() Ensino superior completo
() Não sei

13. Em dias de aula costuma ir dormir em qual horário? _____ E acorda em qual horário? _____

14. Dorme em turno oposto à escola? _____ Quantas horas? _____

15. E nos dias que não tem aula (finais de semana, feriado) costuma ir dormir em qual horário? _____ E acorda em qual horário? _____

16. Você sente dificuldade para dormir? () não () sim

17. Sente sonolência durante o dia? () não () sim

18. É portador de alguma doença crônica? (Exemplo pressão alta, diabetes, asma, etc)

() não () sim. Qual? _____

19. Faz uso de algum medicamento?

() não () sim. Qual? _____

20. Faz uso de cigarro? () não () sim

21. Faz uso de bebida alcoólica? () não () sim

22. Faz uso de drogas ilícitas (maconha, crack, cocaína, etc)? () não () sim

23. Faz quantas refeições por dia? () 5 ou mais () 3 ou 4 () 1 ou 2

24. Em quantos dias de uma semana normal você consome?

	0 dias	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias
Frutas frescas								
Folhas, legumes, verduras								
Carne (Incluindo frango, peixe, etc).								
Feijão com arroz								
Salgadinhos (coxinha, bata-frita, pastel, biscoitos salgados, etc)								
Bolos, tortas, sorvetes, biscoito recheado, guloseimas, etc).								
Refrigerantes								
Acrescentar açúcar em bebidas (chás, café, sucos, etc).								

25. Peso (kg): _____

26. Altura (m): _____

APÊNDICE E
LOGOMARCA DO PROGRAMA “ADOLESCER COM SAÚDE”



APÊNDICE F

PROPOSTA INTERVENÇÃO DO PROGRAMA “ADOLESCER COM SAÚDE

PROBLEMATICA INTERVENÇÃO PARA	Ocorrência de TMC e baixa QVRS em adolescentes escolares do município de Jequié-BA
PÚBLICO-ALVO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familiares de adolescentes matriculados no ensino médio regular da rede estadual ✓ Professores e demais trabalhadores da educação lotados nas escolas estaduais localizadas no município de Jequié-BA
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alertar sobre as condições de saúde mental vivenciadas pelos adolescentes na atualidade. ✓ Orientar sobre estratégias de abordagens para promoção da saúde mental de adolescentes e manejo nas situações de crise
CONTEÚDO ABORDAGEM PARA	<p>1º encontro: Saúde mental e QVRS na adolescência</p> <p>2º encontro: Saúde mental e QVRS do adolescente em tempos de COVID-19</p> <p>3º encontro: Saúde Mental e Estilo de Vida</p> <p>4º encontro: Abordagem do adolescente em situações de crise</p>
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de encontros on-line utilizando plataforma do google meet - Rodas de conversa on-line - Apresentação slides informativos
DATA	A definir com diretores locais (período de inscrição, seguido de 4 encontros de 4hs).
CARGA HORÁRIA TOTAL	16 hs

1º ENCONTRO TEMA: SAÚDE MENTAL E QVRS NA ADOLESCÊNCIA	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Discutir sobre conceitos gerais de saúde mental, sofrimento psíquico, TMC, QVRS. ✓ Refletir sobre o caráter discriminatório relacionado ao adoecimento psíquico. ✓ Contextualizar fatores de risco da adolescência para desenvolvimento de TMC e impactos negativos na QVRS.
LOCAL	Plataforma google meet
DATA	A definir com diretores
CONTEÚDO PARA ABORDAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conceitos gerais saúde mental, sofrimento psíquico, TMC e QVRS. ✓ Adoecimento psíquico e rejeição social. ✓ Adolescência e fatores de risco para adoecimento mental ✓ QVRS na adolescência
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rodas de conversa ✓ Compartilhamento de slides informativos
CARGA HORÁRIA	4 hs
REFERÊNCIAS	<p>AGATHÃO, B.T.; REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. Ciênc. saúde coletiva, v. 23, n.2, p. 659-668, 2018.</p> <p>LOPES, C.S. et al. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. Revista de Saúde Pública, v. 50 (suppl 1), p.1-9, 2016.</p> <p>ROSSI, L.M. et al. Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n.3, p. 1-12, 2019.</p> <p>SOUZA, L.B.; PANÚNCIO-PINTO, M.P; FIORATI, R.C. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação1. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 27, n.2, p. 251-269, 2019.</p>

2º ENCONTRO TEMA: SAÚDE MENTAL E QVRS DO ADOLESCENTE EM TEMPOS DE COVID-19	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporcionar um espaço para o compartilhamento de dificuldades vivenciadas pelos adolescentes e seus respectivos familiares durante período de pandemia. ✓ Discutir sobre condições de saúde mental e QVRS do adolescente durante período de pandemia.
LOCAL	Plataforma google meet
DATA	A definir com diretores
CONTEÚDO PARA ABORDAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Impactos da pandemia na saúde mental e QVRS do adolescente ✓ Promoção da saúde mental e QVRS na pandemia
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rodas de conversa ✓ Compartilhamento de slides informativos
CARGA HORÁRIA	4 hs
REFERÊNCIAS	ALMEIDA, R.S. et al. Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. Residência Pediátrica , v. 10, n. 2, p. 1-4, 2020.

3º ENCONTRO TEMA: ESTILO DE VIDA, SAÚDE MENTAL E QVRS DO ADOLESCENTE	
OBJETIVOS	✓ Discutir sobre o estilo de vida do adolescente na contemporaneidade e seus impactos na saúde mental e QVRS
LOCAL	Plataforma google meet
DATA	A definir com os diretores
CONTEÚDO PARA ABORDAGEM	✓ Estilo de Vida como fator de risco para saúde mental e QVRS (Inatividade Física, Perfil alimentar, Padrões de Sono, Uso excessivo de telas, Consumo de drogas).
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rodas de conversa ✓ Compartilhamento de slides informativos
CARGA HORÁRIA	4 hs
REFERÊNCIAS	<p>AGATHAO, B.T. et al. Gender differences in the impact of sleep duration on common mental disorders in school students. BMC Public Health. v.20, p.1-9, 2020.</p> <p>FERREIRA, V.R. Inatividade física no lazer e na escola está associada à presença de transtornos mentais comuns na adolescência. Rev de Saúd Pública. v. 54, p.1-10, 2020.</p> <p>LUZ, R. T. et al. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. Revista Mineira de Enfermagem, v. 22, p. 1-7, 2018.</p> <p>VIEIRA, C.E.N.K. et al. School Health Nursing Program: prevention and control of overweight/obesity in adolescents. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, p.1-8, 2018.</p>

4º ENCONTRO TEMA: ABORDAGEM DO ADOLESCENTE EM SITUAÇÕES DE CRISE PSÍQUICA	
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informar sobre sinais e sintomas apresentados por adolescentes que sinalizam quadro de sofrimento psíquico ✓ Orientar familiares e trabalhadores da educação sobre como proceder frente ao adolescente com crise psíquica.
LOCAL	Plataforma google meet
DATA	A definir com os diretores
CONTEÚDO PARA ABORDAGEM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais e sintomas característicos de TMC e de outras crises psíquicas ✓ Como proceder frente ao adolescente com sofrimento psíquico.
ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rodas de conversa ✓ Compartilhamento de slides informativos
CARGA HORÁRIA	4 hs
REFERÊNCIAS	<p>MORAES, D.X. et al. “The pen is the blade, my skin the paper”: risk factors for self-injury in adolescents. Rev Bras Enferm. v.73(Suppl 1), p.1-9, 2020.</p> <p>ALMEIDA, R.S. et al. Saúde mental da criança e do adolescente. 2º ed. Soperj: 2019.</p>

ANEXO A
AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, José Calais Cerqueira Neto, ocupante do cargo de diretor do Núcleo Territorial de Educação-22, **AUTORIZO** a coleta de dados do projeto **Qualidade de Vida, Transtornos Mentais Comuns e estilo de vida de adolescentes escolares**, desenvolvido pela doutoranda Bárbara Santos Ribeiro, sob orientação do Prof. Dsc. Eduardo Nagib Boery, professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Jequié, 05 de julho de 2019

ASSINATURA: _____



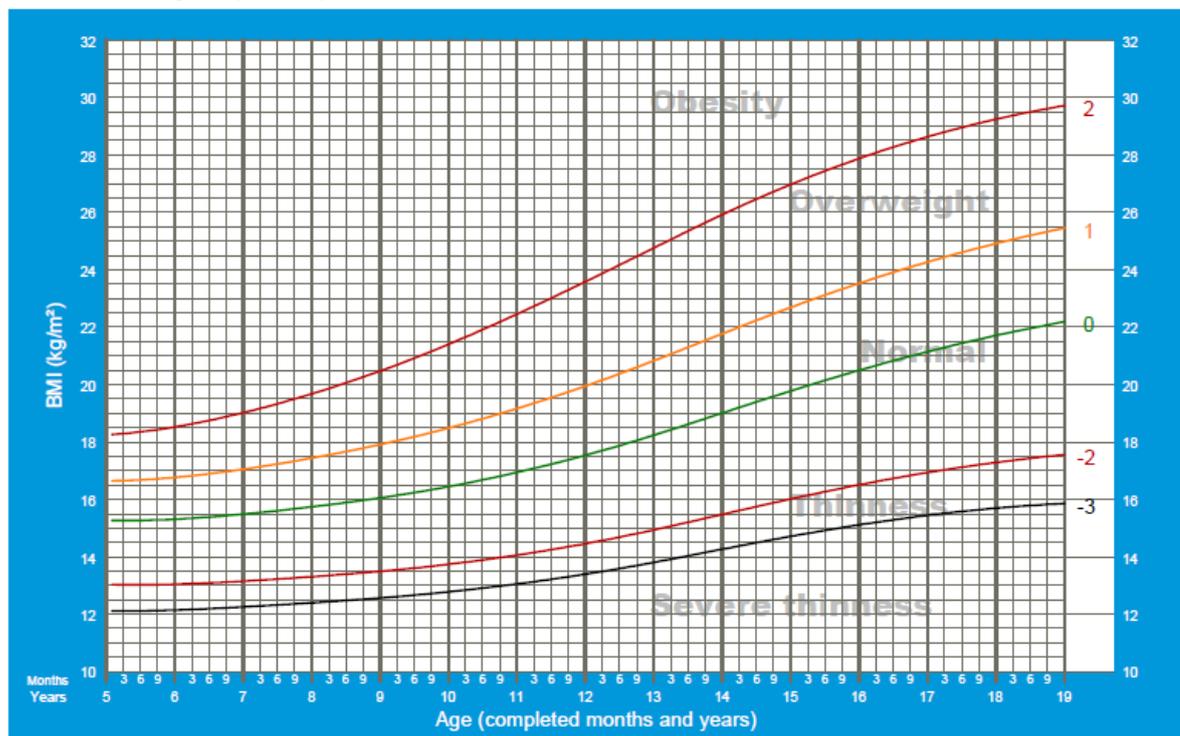
CARIMBO:

José Calais Cerqueira Neto
Diretor Regional - NRE 22 / Jequié
D.O. 03/12/2015 Cad. 11.273.086-6

ANEXO B – IMC POR IDADE PARA MENINOS

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)



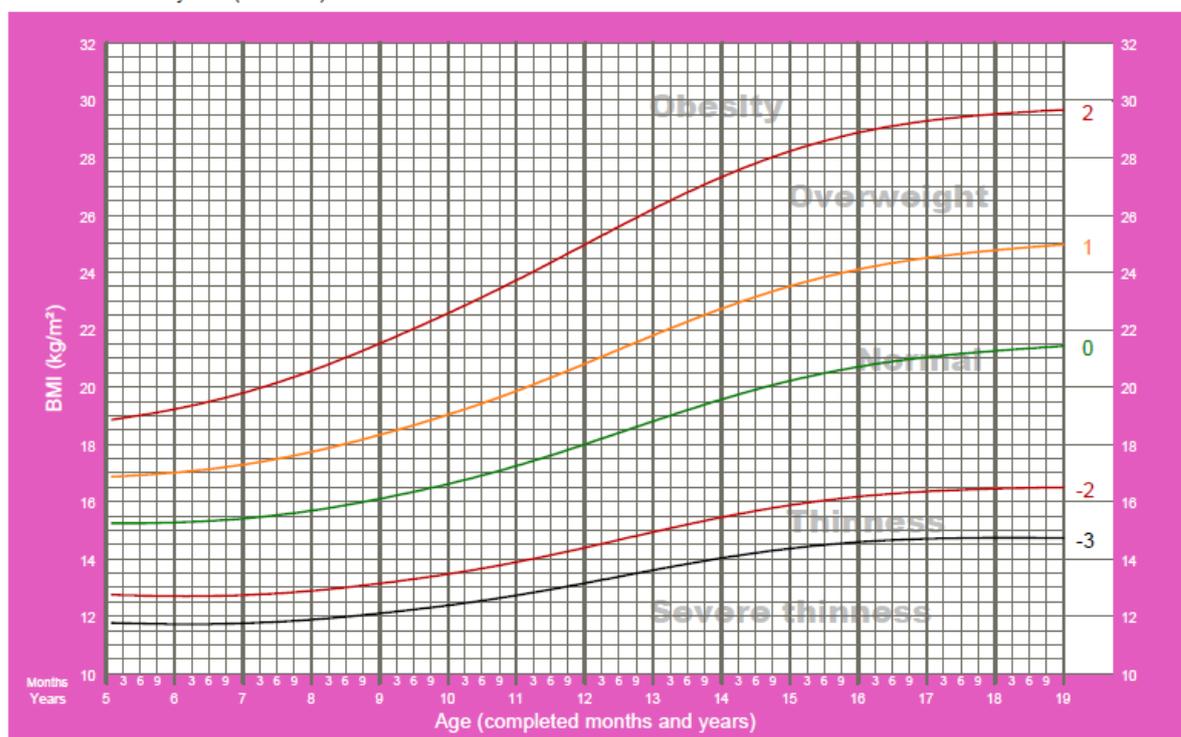
2007 WHO Reference

Fonte: <https://www.who.int/growthref/en/>

ANEXO C – IMC POR IDADE PARA MENINAS

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

Fonte: <https://www.who.int/growthref/en/>

ANEXO D

INSTRUMENTO PARA RASTREAMENTO TMC

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO MENTAL COMUM

Self Reporting Questionnaire (SRQ-20) (HARDING et al., 1980; MARI; WILLIAMS, 1986)

1. Tem dores de cabeça frequentemente?	1() Sim	2() Não
2. Tem falta de apetite?	1() Sim	2() Não
3. Dorme mal?	1() Sim	2() Não
4. Assusta-se com facilidade?	1() Sim	2() Não
5. Tem tremores nas mãos?	1() Sim	2() Não
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1() Sim	2() Não
7. Tem má digestão?	1() Sim	2() Não
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1() Sim	2() Não
9. Tem se sentido triste ultimamente?	1() Sim	2() Não
10. Tem chorado mais do que de costume?	1() Sim	2() Não
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1() Sim	2() Não
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	1() Sim	2() Não
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1() Sim	2() Não
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1() Sim	2() Não
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1() Sim	2() Não
16. Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?	1() Sim	2() Não
17. Tem tido ideia de acabar com a vida ?	1() Sim	2() Não
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1() Sim	2() Não
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1() Sim	2() Não
20. Você se cansa com facilidade?	1() Sim	2() Não

Resultado: _____

ANEXO E
INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO QVRS

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
KIDSCREEN 27 – Filhos (GROUP KIDSCREEN, 2006).

Leia todas as questões com atenção. Nos conte qual a resposta que primeiro vem a sua cabeça!

Lembre-se: isto não é um teste, portanto não há resposta errada. Quando pensar na sua resposta, lembre-se da **semana passada**.

I – Atividades Físicas e Saúde

Pensando sobre a semana passada ...

	Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1. De maneira geral, como está sua saúde?	1	2	3	4	5

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
2. Você tem se sentido bem e disposto	1	2	3	4	5
3. Você tem sido fisicamente ativo (correu, andou de bicicleta, por exemplo)?	1	2	3	4	5
4. Você tem sido capaz de correr bem?	1	2	3	4	5

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
5. Você tem se sentido com energia?	1	2	3	4	5

II – Bem estar psicológico

Pensando sobre a semana passada...

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
1. A sua vida tem sido agradável	1	2	3	4	5

Pensando sobre a semana passada

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
2. Você tem estado de bom humor?	1	2	3	4	5
3. Você tem se divertido?	1	2	3	4	5
4. Você tem se sentido triste?	1	2	3	4	5
5. Você tem se sentido tão mal que não tem vontade de fazer coisa alguma?	1	2	3	4	5
6. Você tem se sentido abandonado?	1	2	3	4	5
7. Você tem estado feliz do jeito que você é?	1	2	3	4	5

III Autonomia e relação com os pais / responsáveis

Pensando sobre a semana passada ...

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Você tem tido tempo suficiente para você mesmo?	1	2	3	4	5
2. Você tem conseguido fazer as coisas que você quer no seu tempo livre?	1	2	3	4	5
3. Seus pais tem tido tempo suficiente para você?	1	2	3	4	5
4. Seus pais tem tratado você com justiça?	1	2	3	4	5
5. Você tem conseguido conversar com seus pais quando quer?	1	2	3	4	5

6. Você tem tido dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que seus amigos fazem?	1	2	3	4	5
7. Você tem dinheiro suficiente para suas despesas?	1	2	3	4	5

IV Suporte Social e Grupo de Pares

Pensando sobre a semana passada

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Você tem passado tempo com os amigos?	1	2	3	4	5
2. Você tem se divertido com seus amigos?	1	2	3	4	5
3. Você e seus amigos têm se ajudado?	1	2	3	4	5
4. Você tem conseguido confiar nos seus amigos?	1	2	3	4	5

IV Ambiente escolar

	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Totalmente
1. Sente-se feliz na escola?	1	2	3	4	5
2. Você tem se saído bem na escola?	1	2	3	4	5

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
3. Você tem conseguido prestar atenção?	1	2	3	4	5

4. Você tem se dado bem com os seus professores?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

ANEXO F
QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO NAF

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA ADOLESCENTES – QAFA
(FARIAS JÚNIOR et al., 2012)

Para cada uma das atividades físicas listadas abaixo, você deverá responder quantos dias por semana e quanto tempo por dia, em média, você praticou na **SEMANA PASSADA**. Caso tenha praticado alguma atividade física que não esteja listada abaixo, escreva o(s) nome(s) da(s) atividade(s) no espaço reservado no final da lista (linhas em branco).

Atividades Físicas	Quantos dias?	Quanto tempo cada dia?
	0 a 7 dias	Tempo (horas: minutos)
1. Futebol (campo, de rua, society)		__ horas __ minutos
2. Futsal		__ horas __ minutos
3. Handebol		__ horas __ minutos
4. Basquete		__ horas __ minutos
5. Andar de patins, skate		__ horas __ minutos
6. Atletismo		__ horas __ minutos
7. Natação		__ horas __ minutos
8. Ginástica olímpica, rítmica		__ horas __ minutos
9. Judô, karatê, capoeira, outras lutas		__ horas __ minutos
10. Jazz, balé, dança moderna, outros tipos de dança		__ horas __ minutos
11. Correr, trotar (<i>jogging</i>)		__ horas __ minutos
12. Andar de bicicleta		__ horas __ minutos
13. Caminhar como exercício físico		__ horas __ minutos
14. Caminhar como meio de transporte (ir à escola, trabalho, casa de um amigo (a)). [considerar o tempo de ida e volta]		__ horas __ minutos
15. Voleibol		__ horas __ minutos
16. Vôlei de praia ou de areia		__ horas __ minutos
17. Queimado, baleado, pular cordas		__ horas __ minutos
18. Surf, <i>bodyboard</i>		__ horas __ minutos
19. Musculação		__ horas __ minutos
20. Exercícios abdominais, flexões de braços, pernas		__ horas __ minutos
21. Tênis de campo (quadra)		__ horas __ minutos
22. Passear com o cachorro		__ horas __ minutos
23. Ginástica de academia, ginástica aeróbica		__ horas __ minutos
24. Futebol de praia (<i>beach soccer</i>)		__ horas __ minutos
25. Outras atividades físicas que não estão na lista acima		__ horas __ minutos
_____		__ horas __ minutos

ANEXO G
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA, TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E ESTILO DE VIDA DE ADOLESCENTES ESCOLARES

Pesquisador: BARBARA SANTOS RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17512019.7.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.560.180

Apresentação do Projeto:

"Trata-se de pesquisa cuja coleta de dados ocorrerá nas escolas públicas da rede estadual na cidade de Jequiê, Bahia, junto a adolescentes de 14 a 19 anos de idade, para avaliar os fatores associados à Qualidade de Vida e aos Transtornos Mentais Comuns destes adolescentes."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os fatores associados à Qualidade de Vida e aos Transtornos Mentais Comuns de adolescentes escolares.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características biosociodemográficas de adolescentes escolares;
- Verificar o estilo de vida (perfil alimentar, uso de drogas, uso de medicamentos, prática de atividade física, comportamento sedentário) de adolescentes escolares;
- Avaliar a qualidade de vida de adolescentes escolares;
- Estimar a prevalência de Transtornos Mentais Comuns em adolescentes escolares;
- Verificar a prática de atividade física e o comportamento sedentário em adolescentes escolares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados conforme recomendam as resoluções do CNS.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho **CEP:** 45.208-510
UF: BA **Município:** JEQUIÊ
Telefone: (73)3528-0727 **Fax:** (73)3525-6883 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 3.500.100

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa nas áreas de Ciências da Saúde e Saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos conforme recomenda o CNS e o CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em reunião de 06/09/2019, a plenária deste CEP/UESB aprova o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1394305.pdf	16/07/2019 17:15:11		Aceito
Outros	TCLEpararesponsaveis.doc	16/07/2019 17:14:50	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
Outros	CompromissoGeralatualizada.pdf	16/07/2019 17:08:57	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoboery.pdf	11/07/2019 23:40:56	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEparamalores.doc	11/07/2019 23:32:55	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.doc	11/07/2019 23:32:41	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaocommissopesqsador.pdf	11/07/2019 23:31:00	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaoindividualhalse.jpg	11/07/2019 23:13:57	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autortzacaocoletadados.jpg	11/07/2019 23:13:23	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	11/07/2019 23:12:46	BARBARA SANTOS RIBEIRO	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-0727 Fax: (73)3525-8883 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

