

**EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA: RELAÇÕES COM BEM-  
ESTAR SUBJETIVO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO, ANSIEDADE E  
ESTRESSE**

Naiana Dapieve Patias

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em  
Psicologia, sob orientação da

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell'Aglio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

2015

## AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas e instituições a quem devo agradecer. Primeiramente, agradeço à pessoa que me incentivou a fazer a seleção para o doutorado em Psicologia na UFRGS. Enquanto eu não acreditava ser capaz, ela acreditou e me deu forças para fazê-la. Obrigada Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Cristina Garcia Dias por ter acreditado em mim.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos professores pela excelência no ensino e pela dedicação aos seus alunos. Um agradecimento especial à generosidade da minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell’Aglío que me acolheu em seu grupo de pesquisa e fez com que meu sonho se tornasse possível. Agradeço imensamente pela compreensão, pelos ensinamentos, orientações incansáveis e pelo aprendizado diário.

Não poderia deixar de agradecer à minha amiga Letícia Dellazzana-Zanon. No início, colega de grupo, depois amiga inseparável e fonte de apoio afetivo. Tenho a maior admiração, não só como profissional, mas como pessoa. Agradeço todos os ensinamentos e apoio que me ajudaram a chegar até aqui. Serei eternamente grata!

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA) que me acolheu e foi apoio incondicional do início ao fim. Em especial, à minha amiga e colega Doralúcia Gil da Silva (Dora) pela construção conjunta do projeto, coleta de dados e devolução dos resultados, além das inúmeras discussões teóricas que ajudaram a construir esta tese. Obrigada pela amizade e carinho de sempre! Aos colegas e amigos Juliana Greco, Bruna Wendt, Jaqueline Giordani, Jeane Borges, Jana Zappe, Raquel Paixão, Cátula Pelisoli, Josiane Wathier Abaid, Mariane Lopes e Elson Costa e os bolsistas de iniciação científica Guilherme Jahn, Júlia Heine, Jéssica Tag, Dani Penno, Dani Figueira e Vitória Arenhart, o meu muito obrigada!

Obrigada à Bruna Wendt pela acolhida em seu apartamento, pelas conversas e apoio afetivo no último ano do doutorado.

Um agradecimento especial às minhas colegas Jeane Borges, Dora Gil e Cássia Alves que foram sempre muito atenciosas comigo, lendo todos meus artigos e sinalizando, com muito carinho, o que poderia ser melhorado. Muito obrigada!

À Cássia Alves e à Jana Zappe... Mais do que colegas, construímos uma amizade que levarei para a vida toda. Obrigada pelo companheirismo e apoio de sempre! Exemplos de pessoas e profissionais. Adoro vocês!

Aos colegas do doutorado pelo companheirismo, pelos grupos de estudo em estatística avançada e pela amizade. Agradeço, principalmente, ao meu colega e amigo Rodrigo Polli que, desde o mestrado na UFSM, foi parceiro de estudos e de muitos momentos felizes. Obrigada!

Ao colega Dr. Wagner de Lara Machado, pelo auxílio na realização das análises psicométricas do instrumento que utilizei na tese. Obrigada pela ajuda e pela atenção que sempre disponibilizou ao receber minhas dúvidas estatísticas.

À banca que aceitou o convite desde a qualificação possibilitando valiosas contribuições. Obrigada professoras Aline Siqueira e Denise Bandeira e professor Fábio Scorsoli-Comin.

À Marília Reginato Gabriel, pelo companheirismo e amizade nos dois primeiros anos do doutorado, dividindo o apartamento e a vida comigo.

À Lívia Leão, Sérgio Oliveira e Lara Gava. Amigos queridos, colegas de doutorado e companheiros. Agradeço por ter encontrado vocês. Essa caminhada da vida nem sempre é fácil, mas nos surpreende com pessoas especiais. Obrigada por estarem sempre ao meu lado!

À Caroline Brito e Narjara Garcia. Simplesmente são muito especiais em minha vida! O doutorado sanduíche me proporcionou o encontro com pessoas maravilhosas, com as quais pude compartilhar não só a pesquisa e a profissão, mas também a minha vida! Obrigada pela amizade, carinho e apoio!

À professora Lia Beatriz de Lucca Freitas, por ter me acolhido no início do doutorado e ter me ensinado muito sobre a academia e sobre outras perspectivas teóricas. Muito Obrigada!

Agradeço à minha orientadora de doutorado sanduíche, Maria Manuela Calheiros e sua “equipa” em Lisboa, Portugal. Obrigada pelo carinho e pela disponibilidade. Aprendi muito com vocês.

Aos meus pais, Valmor e Ivone...Jamais poderia deixar de agradecer àqueles que me deram a vida, carinho e muito amor. Esse título representa muito para vocês, não só porque não tiveram as mesmas oportunidades que eu, mas porque sei os inúmeros esforços econômicos e afetivos que fizeram para eu seguir minha carreira profissional. Também sei que não foi nada fácil, mas vocês nunca reclamaram e sempre demonstraram muito orgulho por eu estar me esforçando. Obrigada pelo reconhecimento, pelo amor incondicional, pelo carinho e colo de sempre. Vocês são pais maravilhosos! Esse título também é de vocês! Amo, amo, amo vocês!

À minha irmã Luciana, exemplo de pessoa e profissional, foi quem me incentivou a seguir a carreira acadêmica. Lu, você sempre foi meu exemplo. Batalhadora, guerreira e forte, obrigada por me apoiar de todas as formas possíveis. Esse título é seu também! Amo você!

Meu noivo, Guilherme. Obrigada pelo incentivo, apoio incondicional, carinho e companheirismo. Agradeço a compreensão e os conselhos de sempre. Obrigada por ser essa pessoa tão especial e pela caminhada que estamos trilhando juntos. Amo você!

Ao meu cunhado, Marciel Redin, pelas conversas sobre a academia, pelo apoio afetivo e pelo exemplo de profissional! Obrigada!

Ao meu avô Almerindo por estar presente em todos os momentos da minha vida, torcendo e aplaudindo minhas conquistas! Adoro você!

À minha tia Inês Maria (Maneca), tio Nildo (*in memoriam*) e primo Diogo que sempre torceram por mim e sempre mostraram muita força diante de tantos obstáculos. Vocês três são exemplos de fé, coragem, persistência, luta e garra. Enfim, de resiliência! Obrigada por serem pessoas tão especiais e queridas. Obrigada pelo carinho e amor que dedicam a mim. Obrigada pelo exemplo de vida e de luta diária. Amo vocês!

À Capes, pelo auxílio concedido através da bolsa de doutorado sanduíche que me proporcionou novos aprendizados no exterior.

A Deus. Não poderia deixar de agradecer a força maior que iluminou meus caminhos. As pessoas foram essenciais em minha caminhada, mas com certeza alguma força maior me incentivou nos momentos em que eu mais precisava.

Aos adolescentes e às escolas participantes da pesquisa. Obrigada, obrigada, obrigada!

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	2
SUMÁRIO.....	5
LISTA DE TABELAS.....	7
LISTA DE FIGURAS .....	8
RESUMO.....	9
ABSTRACT .....	10
INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I - EXPOSIÇÃO DE ADOLESCENTES À VIOLÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: RELAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL.....	18
Resumo .....	18
Abstract.....	18
Introdução .....	19
Método .....	21
Resultados.....	23
Discussão .....	27
Considerações Finais .....	32
CAPÍTULO II - DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21) - SHORT FORM: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA ADOLESCENTES BRASILEIROS .....	35
Resumo .....	35
Abstract.....	35
Introdução .....	36
Método .....	39
Resultados.....	42
Discussão .....	45
CAPÍTULO II - PREVALÊNCIA DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA DIRETA E INDIRETA: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS.....	51
Resumo .....	51
Abstract.....	51
Introdução .....	52
Método.....	57

Resultados .....	58
Discussão .....	61
Considerações finais .....	65
CAPÍTULO IV - EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA, BEM-ESTAR SUBJETIVO E SINTOMAS INTERNALIZANTES EM ADOLESCENTES .....	67
Resumo .....	67
Abstract .....	67
Introdução .....	68
Método .....	72
Resultados .....	74
Discussão .....	78
Considerações Finais .....	81
CAPÍTULO V - INTERVENÇÃO FOCAL COM ADOLESCENTES SOBRE VIOLÊNCIA(S) COTIDIANA(S): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	83
Resumo .....	83
Introdução .....	84
Método .....	86
Resultados .....	88
Discussão .....	91
Considerações finais .....	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	95
REFERÊNCIAS .....	100
ANEXOS .....	120
Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP .....	121
Anexo B - Termo de Concordância da Instituição.....	125
Anexo C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	126
Anexo D- Ficha de dados sociodemográficos .....	127
Anexo E- Levantamento de Triagem da Exposição de Crianças à Violência na Comunidade .....	128
Anexo F- Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescente .....	132
Anexo G - Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes .....	135
Anexo H - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes.....	137

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Itens, Cargas Fatoriais e Consistência Interna dos Itens da EDAE-A.....	43
Tabela 2 - Médias e desvios padrão no EDAE-A por sexo e por faixa etária.....	44
Tabela 3 - Características sociodemográficas dos adolescentes.....	59
Tabela 4. Médias e medianas da exposição à VD e VI por sexo, faixa etária, reprovação escolar e configuração familiar.....	60
Tabela 5. Percentual dos Itens mais frequentes de exposição à VD e VI.....	61
Tabela 6. Dados descritivos das variáveis investigadas .....	75
Tabela 7. Matriz de correlações.....	76
Tabela 8. Modelo de Regressão Linear Múltipla para a EDAE-A (Método Stepwise) .	77
Tabela 9. Modelo de Regressão linear múltipla para Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES) (Método Stepwise) .....	78
Tabela 10. Descrição das Escolas e Turmas Participantes das Intervenções .....	87

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas de exclusão de artigos .....	23
--	----



## RESUMO

Esta tese é composta por cinco estudos que tiveram como objetivo geral investigar a exposição à violência direta (ser a vítima) e indireta (ser testemunha) e suas relações com bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes de escolas públicas da cidade de Porto Alegre - RS. O primeiro capítulo apresenta uma revisão sistemática de literatura sobre exposição à violência na adolescência e suas relações com saúde mental. O segundo capítulo é um estudo de adaptação e validação da Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A). O terceiro capítulo, estudo empírico, teve como objetivo investigar a prevalência de exposição de adolescentes à violência direta e indireta e sua associação com idade, sexo, reprovação escolar e configuração familiar. Já o quarto estudo, também empírico, investigou as relações entre exposição à violência direta e indireta, bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Por fim, o quinto capítulo apresenta o relato da experiência de devolução dos dados da pesquisa que teve como objetivo discutir violências(s) cotidianas. Participaram 426 adolescentes de escolas públicas, de 12 a 18 anos, que responderam a uma ficha de dados sociodemográficos e aos instrumentos Triagem de Exposição à Violência de Crianças na Comunidade, Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A), Escala de Afetos Positivos (AP) e Afetos Negativos (AN) e a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSV). Análises descritivas e inferenciais foram realizadas. Os resultados desta tese indicaram a alta prevalência de exposição direta e indireta dos adolescentes à violência e a associação com sintomas internalizantes. A adaptação e validação do instrumento EDAE-A possibilitaram a avaliação conjunta das variáveis depressão, ansiedade e estresse, demonstrando boas propriedades psicométricas. A construção do Índice de Bem-Estar Subjetivo, englobando a satisfação de vida e afetos positivos e negativos, deve ser mais bem explorada em pesquisas futuras. Finalmente, a intervenção focal realizada com os adolescentes demonstrou o quanto a violência é naturalizada no contexto escolar, indicando a necessidade de trabalhos preventivos e interventivos para essa população. Limitações e sugestões para novos estudos são descritas.

Palavras-chave: Exposição à violência direta e indireta, Adolescência, Internalização, Bem-Estar Subjetivo

## ABSTRACT

This thesis is comprised of five studies that had as main objective to investigate the exposure to direct violence (being victim) and indirect (being witness) and their relationship with subjective well-being and symptoms of depression, anxiety and stress in adolescents from public schools of the city of Porto Alegre - RS. The first chapter presents a systematic review of literature on exposure to violence in adolescence and its relationship with mental health. The second chapter is a study of adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale for Adolescents (DASS-A). The third chapter (a empirical study) aimed to investigate the prevalence of adolescent exposure to direct and indirect violence and its association with age, sex, school failure and family configuration. The fourth study (which is also empirical) investigated the relationship between exposure to direct and indirect violence, subjective well-being and symptoms of depression, anxiety and stress. Finally, the fifth chapter presents a report about the experience of informing the participants about the results of the research with the aim of discussing violence(s) in the daily life. The participants were 426 adolescents from public schools, 12-18 years old, who responded the sociodemographic form and the following instruments Screening of Exposure to Violence of Children in the Community; Depression, Anxiety and Stress Scale for Adolescents (DASS-A); Positive Affects (PA) and Negative Affects (NA) and the Multidimensional Life Satisfaction Scale for Adolescents (MLSSA). Descriptive and inferential analyses were performed. The results of this thesis indicated a high prevalence of direct and indirect exposure of adolescents to violence and the association with internalizing symptoms. The adaptation and validation of instrument DASS-A allowed the joint assessment of the variables depression, anxiety and stress, demonstrating good psychometric properties. The construction of the Subjective Well-being Index, encompassing life satisfaction besides positive and negative affects, should be further explored in future research. Finally, the focal intervention realized with the adolescents demonstrated how much the violence is naturalized in the school context, indicating the necessity of preventive and interventional actions for this population. Limitations and suggestions for further research are described.

Keywords: Exposure to direct and indirect violence, Adolescence, Internalization, Subjective Well-Being

## INTRODUÇÃO

Esta tese aborda a exposição à violência direta e indireta em adolescentes escolares e sua associação com bem-estar subjetivo, sintomas de depressão, ansiedade e estresse. O interesse pelo tema está vinculado ao meu percurso acadêmico, no qual a violência, em diferentes contextos do desenvolvimento dos adolescentes, perpassou minha trajetória profissional, da Graduação em Psicologia no Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) ao Doutorado (UFRGS). Na época da Graduação em Psicologia, nunca pensei em trabalhar com a temática da violência, considerava tema denso demais e, de fato, é. No entanto, com o passar dos anos, percebi sua dimensão e presença maciça dentro das escolas, nas comunidades e nas famílias, sem distinção de classe social, atravessada no dia-a-dia de todos, muitas vezes mascarada de prática educativa, na relação pais e filhos, ou no respeito hierarquizado na relação professor e aluno.

Os questionamentos começaram a fazer parte da minha formação, principalmente no último ano de graduação, quando realizei estágio em psicologia escolar: “Por que os alunos são agressivos? Por que os professores são violentos? Por que pais e professores agriem-se? O que tem acontecido? Quais as consequências da violência na vida das crianças e adolescentes? Como trabalhar na prevenção e intervenção das violências cotidianas?”. Comecei a me interessar, principalmente, pelas peculiaridades envolvidas no fenômeno da violência contra crianças e adolescentes no contexto familiar que acabava, sem dúvida, por interferir em outros contextos, como a escola, espaço importante para diagnóstico de tais problemas e também para ações de prevenção e intervenção.

Na graduação, meus estudos tinham como foco a violência no contexto da educação familiar, através das práticas educativas parentais. Especializei-me em “Crianças e adolescentes em situação de risco” pela UNIFRA e logo fui selecionada para o Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), no qual investiguei como as práticas educativas parentais contribuíam para a ocorrência de gestação na adolescência, dentre outros fatores.

Ao ser selecionada no doutorado em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) ingressei em um grande projeto de pesquisa sobre violência, o qual tinha como principal objetivo investigar as questões de violência e preconceito na

escola, a partir da realização de oficinas com alunos e rodas de conversa com pais, professores e funcionários. Tratava-se de um projeto multicêntrico, em parceria com o Ministério da Educação (MEC), Conselho Federal de Psicologia (CFP) e 10 universidades federais, sendo coordenado pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Nossa equipe da UFRGS contou com professores de diversas áreas do conhecimento, dentre eles, da Educação, do Serviço Social e da Psicologia, o qual fez crescer meu interesse pelas violências cotidianas que afetam adolescentes, em diversos contextos de seu desenvolvimento. Ao participar das oficinas com alunos, pais e professores, além das conversas informais na escola, percebi que a violência é tema recorrente, atual e que, apesar de muito estudado, algumas questões ainda precisam de respostas. Além disso, dar visibilidade à violência, seja através de pesquisas ou projetos de extensão, é uma forma de indignar-se e não deixar que se torne banal ou natural. Forma também de desnaturalizar a violência para os adolescentes, atuando sobre o ciclo de violência.

O percurso acadêmico e o ingresso no doutorado fizeram crescer meu interesse sobre a temática da violência, principalmente relacionada ao desenvolvimento do adolescente, pensando em aspectos de risco e de proteção – foco dos estudos do NEPA. Além disso, no dia a dia é comum presenciarmos ou ouvirmos falar sobre situações de violência envolvendo adolescentes – ora como agressores, ora como vítimas. No entanto, o senso comum insiste em perceber o adolescente como o principal agressor ou perpetrador da violência, embora dados indiquem que esses são as principais vítimas da violência.

Ao mesmo tempo, a partir da busca por pesquisas nacionais e internacionais sobre o tema, percebi que, embora a violência seja muito estudada, alguns aspectos ainda necessitam de maior investigação, como por exemplo, a exposição à violência indireta (testemunhar ou presenciar) e suas repercussões ao desenvolvimento do adolescente. Além disso, pode-se constatar que o fenômeno da violência é de vasta complexidade e por isso muitas controvérsias são encontradas nos estudos, especialmente no que se refere às suas repercussões. Quanto a isso, é comum a associação entre a exposição à violência e a repetição da violência, seja em casa, na escola ou na rua. Os comportamentos de agressão na adolescência, por vezes, são analisados como indisciplina na escola e têm sido foco de encaminhamentos, diagnósticos e intervenções, pelo impacto que provocam nos contextos nos quais os

adolescentes se desenvolvem. Nesta perspectiva, surgiu o interesse em verificar aspectos que nem sempre são investigados, mas que podem ser resultado da exposição à violência: os comportamentos mais voltados para si - internalizantes, como por exemplo, a ansiedade e a depressão.

A fim de ampliar a compreensão do fenômeno da violência e ao mesmo tempo não atentando apenas para os seus desfechos negativos, buscamos observar aspectos positivos, tais como fatores de proteção associados e o bem-estar subjetivo. Algumas pesquisas nacionais foram identificadas, as quais indicam a necessidade de mais estudos a respeito desse construto. Há algumas lacunas, principalmente, em estudos com adolescentes em situação de maior vulnerabilidade social, como aqueles expostos a diferentes tipos de violência.

A busca por instrumentos que fossem adaptados e validados para tal população também foi, então, uma preocupação. Foi identificado apenas um instrumento de exposição à violência indireta utilizado com adolescentes, no Brasil, sendo que alguns estudos com este instrumento já foram realizados no Rio Grande do Sul. Além disso, tal instrumento inclui ambas as formas de exposição (direta e indireta), tornando viável sua utilização. Na busca por instrumentos relacionados a comportamentos de internalização, foram encontrados instrumentos válidos e adaptados para adolescentes, mas, por vezes, demasiado longos, o que dificulta a aplicação coletiva com a faixa etária estudada. Desta forma, decidiu-se trabalhar na adaptação do *Depression, Anxiety and Stresse Scale (DASS-21) short form* para a população adolescente, analisando suas propriedades psicométricas.

Ao longo do doutorado tive ainda a oportunidade de realizar atividades de extensão, junto aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA). Foram desenvolvidos dois projetos de extensão com adolescentes de escolas, sendo o primeiro realizado com o objetivo de discutir com os jovens os seus planos de futuro, e o segundo, relacionado a esta tese, com o objetivo de discutir, através de grupos focais, a(s) violência(s) cotidiana(s) por eles vivenciadas. Tal experiência será relatada no capítulo V desta tese.

No estágio de doutorado sanduíche, que ocorreu no período de setembro de 2014 a janeiro de 2015, no Instituto Universitário de Lisboa, em Portugal, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Manuela Calheiros, pude discutir os dados desta tese, juntamente com seu grupo de pesquisa Comunidade, Educação e Desenvolvimento (CED). A professora

trabalha com a temática da violência e maus tratos e, portanto, pôde auxiliar neste percurso. Durante esse período, cursei disciplinas relacionadas à temática da violência e maus tratos na infância e adolescência, bem como estatística avançada, que serviram de suporte para a construção da tese.

Considerando o percurso de construção dessa tese, é importante a indagação: afinal, de qual violência esta tese trata? Partimos da definição abrangente que entende a violência como a utilização da força física, do poder ou ameaça que resulta em dano, morte, privação ou dano psicológico, contra si mesmo ou contra outra pessoa (*World Health Organization, WHO, 2002*). Em uma perspectiva desenvolvimental, Koller e De Antoni (2004) sugerem que a violência se caracteriza por ações ou omissões que podem interromper, impedir ou retardar o desenvolvimento saudável dos seres humanos. Pode-se compreender ainda a violência a partir das características do ato violento, refletindo tipos específicos de violência, a saber: (a) violência autodirecionada (voltada para si mesmo – suicídio, por exemplo), (b) interpessoal (violência intra e extrafamiliar) e (c) coletiva (violência social, política e econômica, geralmente cometida por grandes grupos de indivíduos ou por estados – crimes, terrorismo, por exemplo) (WHO, 2002).

Em relação à natureza dos atos violentos, estes podem ser descritos em quatro tipos principais: (a) violência física, (b) sexual, (c) emocional ou psicológica e (d) negligência. Todos os tipos de violência podem acontecer de forma autodirecionada, interpessoal ou coletiva, embora apenas a violência sexual não ocorra desta forma. Essa tipologia sugerida possibilita uma compreensão contextual e complexa do fenômeno da violência (WHO, 2002).

As divisões propostas acerca do fenômeno da violência, quanto à forma e à natureza, também são utilizadas em estudos brasileiros, principalmente no que diz respeito à subdivisão sobre a violência interpessoal, foco de interesse do presente estudo. Pesquisadores brasileiros têm nomeado a violência interpessoal, contra crianças e adolescentes, como maus tratos. Quanto à natureza, os estudos têm utilizado a mesma subdivisão da WHO (2002) (Costa et al., 2007; De Antoni & Koller, 2000; Hildebrand, Celeri, Morcillo, & Zanolli, 2015; Koller & De Antoni, 2004; Pelisoli, Pires, Almeida, & Dell’Aglia, 2010).

Além disso, as formas de violência interpessoais são comumente referidas, nos estudos, como intra e extrafamiliar (Brasil, 2002; De Antoni & Koller, 2000; Koller & De Antoni, 2004). A primeira se refere a qualquer tipo de violência praticada no

contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros. Geralmente, as vítimas da violência intrafamiliar são as mulheres, crianças, adolescentes e idosos, sendo os adolescentes as principais vítimas (Brasil, 2002). Já a violência extrafamiliar refere-se a todas as formas de violência que ocorrem fora do contexto da família. Essas violências acontecem, geralmente, na escola ou na comunidade, sendo perpetrada por professores, colegas, vizinhos, ou desconhecidos. Os jovens também são as principais vítimas dessa forma de violência (Brasil, 2002; 2010a; 2010b; Waiselfisz, 2014).

No Brasil, o enfoque principal dos estudos parece ser a violência intrafamiliar (Brasil, 2002; Braga & Dell’Aglia, 2012; Haber & Toro, 2009), embora alguns pesquisadores também abordem a violência extrafamiliar, ocorrida tanto no contexto comunitário (Benetti, Valentini, Silva, Fonini, & Pelizzoni, 2005; Benetti et al., 2006) quanto escolar (Williams & Stelko-Pereira, 2008; Williams, D’Affonseca, Correia, & Albuquerque, 2011). Ademais, pode-se constatar que o foco dos estudos têm sido a exposição de forma direta à violência (ser vítima), enquanto que em estudos sobre a exposição indireta (como testemunhar ou ouvir falar sobre a violência), o foco é, principalmente, no fenômeno *bullying* (Bandeira & Hutz, 2012; Oliveira, Silva, Yoshinaga, & Silva, 2015) e na violência conjugal (Bolsoni-Silva & Marturano, 2010; Fantinato & Cia, 2015; Maldonado & Williams, 2005; Sani & Cunha, 2011)

No geral, os estudos sobre violência na adolescência caracterizam-se por afirmarem a alta prevalência de exposição à violência intrafamiliar (Brasil, 2002; Hildebrand et al., 2015) e extrafamiliar (Benetti et al., 2006; Brasil, 2010). Ainda, apesar da grande parte dessas violências não serem notificadas para os órgãos competentes o número de maus tratos é alarmante e as consequências, inestimáveis. Dados recentes do Mapa da Violência no Brasil indicam que, em 2011, mais de 1 milhão de jovens foram vítimas de homicídios. No Rio Grande do Sul foram registrados mais de vinte e sete mil homicídios no mesmo ano. De acordo com dados do mapa da violência, 63% das mortes de adolescentes, no Brasil, são provocadas por causas externas, atreladas, geralmente, à violência (Waiselfisz, 2014).

Embora alguns estudos tratem de diferentes formas de violência e de exposição, é quase unânime a ideia de que a violência possui impacto negativo ao desenvolvimento das crianças e adolescentes. Os estudos têm verificado alta associação entre exposição à violência e comportamento agressivo e de risco, geralmente em adolescentes do sexo masculino (Hardaway, McLoyd, & Wood, 2012). De fato, estudos brasileiros indicam

que os principais motivos dos encaminhamentos de adolescentes escolares para Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi) são devido aos problemas de comportamento, indisciplina e possível diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Gadelha, Paula, & Bressan, 2012; Paula et al., 2008). Entretanto, a exposição à violência também pode estar associada ao desenvolvimento de psicopatologias e sintomas internalizantes, como, por exemplo, depressão e ansiedade (Benetti, Schwartz, Soares, Macarena, & Patussi, 2014; Franzese, Covey, Tucker, McCoy, & Menard, 2014), embora isso nem sempre seja ressaltado pela literatura, ou percebido pelos educadores e famílias. Além disso, estes comportamentos mais voltados para si podem confundir-se com comportamentos típicos da própria adolescência.

Contudo, cada vez mais a Psicologia vem buscando a ampliação do olhar em relação à adolescência, não apenas como um período de “tempestades ou tormentas”, mas como uma etapa de potencialidades. Ademais, a psicologia tem ressaltado as capacidades de superação a eventos estressores e fatores protetores em situações difíceis, tais como as de violência (Barry, Rabkin, Oleski, Rivers, & Gordis, 2015; Poletto & Koller, 2011). Um dos fatores protetivos é o bem-estar subjetivo, o qual é definido através de duas dimensões que são a avaliação cognitiva (satisfação de vida) e avaliação afetiva (afetos positivos e negativos) da própria vida (Diener & Diener, 1996; Diener, 2000). Pesquisas têm apontado que crianças e adolescentes vítimas de situações estressantes podem apresentar níveis significativos de bem-estar (Maranhão et al., 2014; Moreira et al., 2013; Poletto & Koller, 2011), embora pouco se conhece sobre tais elementos. Dessa forma, tornam-se importantes estudos que investiguem essa temática, relacionando violência e bem-estar subjetivo em adolescentes.

A partir dessas considerações iniciais, esta tese teve como objetivo investigar as relações entre exposição à violência direta e indireta, bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes escolares. A tese é composta por cinco estudos. O primeiro deles refere-se a uma revisão teórica sobre a violência e saúde mental na adolescência. O segundo, um estudo de adaptação e validação de um instrumento para avaliação de sintomas internalizantes em adolescentes. O terceiro e quarto capítulos são estudos empíricos, que investigam as relações entre as variáveis propostas, e, por fim, o quinto capítulo apresenta o relato da devolução dos dados da pesquisa aos participantes.



O primeiro estudo, realizado com a colaboração de Doralúcia Gil da Silva e a orientadora Débora Dalbosco Dell’Aglío teve como objetivo investigar a exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos e suas relações com a saúde mental, por meio de uma revisão sistemática nas bases SciELO, PsycINFO e Medline, de 2009 a 2013. O segundo estudo teve como objetivo adaptar e validar a *Depression, Anxiety and Stress scale* (DASS-21) para adolescentes brasileiros, em co-autoria com Wagner de Lara Machado, Denise Bandeira e orientadora Débora Dalbosco Dell’Aglío. Os mesmos adolescentes participantes dos estudos empíricos responderam a uma versão adaptada, nomeada Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A). Já o terceiro capítulo investigou a prevalência de exposição à violência direta (VD) e indireta (VI) e variáveis associadas (idade, sexo, reprovação escolar e configuração familiar). O quarto estudo teve como objetivo investigar a associação entre exposição à violência direta (VD) e indireta (VI), bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse. O último capítulo descreve intervenções com grupos de adolescentes (Grupos Focais), sobre violências cotidianas, com a colaboração de Jana Gonçalves Zappe, Doralúcia Gil da Silva e Débora Dalbosco Dell’Aglío. Estes grupos focais foram realizados nas escolas públicas que se configuraram como locais para a coleta de dados dessa tese, constituindo-se numa forma de devolução dos dados. Por fim, são apresentadas as conclusões gerais dos estudos propostos nessa tese, com intuito de discutir os resultados encontrados, limitações e sugestões para estudos futuros.

## CAPÍTULO I

### EXPOSIÇÃO DE ADOLESCENTES À VIOLÊNCIA EM DIFERENTES CONTEXTOS: RELAÇÕES COM A SAÚDE MENTAL<sup>1</sup>

#### Resumo

Este estudo teve como objetivo discutir a questão da exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos e suas relações com a saúde mental. Por meio de uma revisão sistemática nas bases SciELO, PsycINFO e Medline, de 2009 a 2013, foram recuperados 19 artigos, a partir de critérios de exclusão e inclusão. Foram utilizadas categorias definidas a priori a partir de três eixos principais de análise: (a) Características metodológicas; (b) Tipo de violência e contexto de investigação; e (c) Repercussões da violência na saúde mental dos adolescentes. A violência tanto na família como em outros contextos do desenvolvimento produz consequências negativas na saúde mental dos adolescentes. Observa-se a necessidade de investimento em prevenção e promoção de saúde mental na adolescência, além de intervenções na busca da prevenção à exposição à violência através da identificação dos fatores de risco e de proteção nos vários contextos de desenvolvimento dos adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência, Violência, Saúde mental.

#### Abstract

This study aimed to discuss the issue of exposure of adolescents to violence in different contexts and their relationships with mental health. Through a systematic review of the SciELO, MEDLINE and PsycINFO, from 2009 to 2013, 19 articles were recovered from inclusion and exclusion criteria. Categories defined a priori were used from three main areas of analysis: (a) methodological characteristics; (b) type of violence and context of investigation and (c) impact of violence on the mental health of adolescents. The violence in the family and in other developmental contexts produces negative effects on the mental health of adolescents. This study highlights the need for

---

<sup>1</sup> Este capítulo foi escrito em coautoria com Ms. Doralúcia Gil da Silva e a orientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Débora Dalbosco Dell'Aglio foi submetido e aceito para publicação como artigo no periódico Temas em Psicologia.

investment in prevention and promotion of mental health in adolescence, as well as interventions in pursuit of preventing exposure to violence through identification of risk and protective factors in the various contexts of adolescent development.

Key words: Adolescence, Violence, Mental health

## Introdução

A adolescência é um importante período do desenvolvimento no qual ocorrem muitas transformações biopsicossociais, e surgem novas habilidades, busca de oportunidades, exploração e descobertas (Steinberg & Lerner, 2004). Os processos de independência e autonomia, característicos dessa etapa, propiciam um esperado afastamento do jovem em relação às figuras parentais, na tentativa de construir e exercer seu novo posicionamento frente ao mundo (Steinberg, 2000, 2005; Wagner & Barbosa, 2013). Ao voltar-se para o meio social, buscar o grupo de pares e estar aberto a novas oportunidades e experiências, o adolescente tende a estar mais exposto a diferentes situações que podem colocá-lo em risco e vulnerabilidade (Benetti et al., 2006). De fato, em uma abordagem sistêmica, considera-se que a adolescência e seus riscos dependem de vários aspectos, não só da pessoa (individuais), mas também dos contextos em que o adolescente está inserido, tanto micro (família, escola, comunidade), como macrossistema (cultura, valores, etc) (Brasil, 2010a).

Diante disso, destaca-se que o contexto no qual o adolescente está inserido como, por exemplo, a família, escola ou comunidade - desempenha papel importante para o seu desenvolvimento, exercendo função de proteção (Braga & Dell'Aglio, 2012; Guzmán, 2007). Entretanto, nem sempre os contextos de desenvolvimento cumprem esse papel, como por exemplo, quando há exposição à violência. Pesquisas nacionais e internacionais vêm apontando altos índices de exposição a diversos tipos de violência entre os adolescentes que vivem em diferentes contextos (Braga & Dell'Aglio, 2012; Brasil, 2011; Haynie, Petts, Maimon, & Piquero, 2009; Malta et al., 2010; Zavaschi, Benetti, Polanczyk, Soles, & Sanchotene, 2002) sendo que a vitimização nessa faixa etária é maior se comparada com crianças e adultos. Dados do Mapa de violência do Brasil (Waiselfisz, 2012) revelam que as mortes de crianças e adolescentes por causas externas (acidentes e violência, geralmente homicídios) têm aumentado se comparadas com as mortes por causas naturais (doenças, por exemplo) que diminuiram de 1980 até 2010.

A Organização Mundial da Saúde (2002) define violência como sendo a utilização da força física, do poder ou ameaça que resulta em dano, morte, privação ou dano psicológico, contra si mesmo ou contra outra pessoa. Segundo essa definição, a violência pode ser dividida segundo seus tipos específicos, a saber: violência autodirecionada (voltada para si mesmo – suicídio, por exemplo), interpessoal (violência intra e extrafamiliar) e coletiva (violência social, política e econômica, geralmente cometida por grandes grupos de indivíduos ou por estados – crimes, terrorismo, por exemplo). Quanto às características do ato violento, essa definição considera a violência física, psicológica, sexual e negligência.

Neste trabalho, será dada ênfase à violência interpessoal definida a partir do seu contexto de ocorrência: dentro da família (intrafamiliar), ou fora dela (extrafamiliar). A violência intrafamiliar é entendida como um padrão de relacionamento violento envolvendo ações ou omissões que são perpetradas por alguém que mantenha laços significativos (consanguíneos ou afetivos) com a vítima (Brasil, 2002; Habigzang & Caminha, 2004). Já a violência extrafamiliar é considerada quando o agressor não pertence ao âmbito das relações familiares (Habigzang & Caminha, 2004), e, em geral, ocorre em locais frequentados pelos jovens (escola, bairro, trânsito, locais de trabalho, instituições de saúde, entre outros). A violência fora do âmbito familiar é conhecida também como violência comunitária, a qual, da mesma forma, envolve violência no contexto social ou ambiental do indivíduo, podendo haver agressões, assaltos, estupros, roubos, com ou sem presença de armas (WHO, 2002).

No que diz respeito aos efeitos da violência, de modo geral, são negativos e inúmeros. Podem cessar, impedir ou retardar o desenvolvimento social, cognitivo e emocional, ou ainda potencializar o risco para psicopatologias (Koller & De Antoni, 2004). De fato, a violência pode trazer consequências físicas, psíquicas e sociais. Dentre as principais, estão aquelas relativas à saúde mental, entendida como um completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doenças. A saúde mental está relacionada com a promoção do bem-estar, a prevenção dos transtornos mentais, tratamento e reabilitação de pessoas afetadas por transtornos mentais (WHO, 2010).

Em relação aos transtornos mentais, a violência tem aumentado o risco de desenvolvimento dos mesmos os quais podem ser desencadeados a curto, médio e longo prazo. Entre os principais transtornos mentais que resultam da violência, estão: Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtornos de ansiedade, de humor

(especialmente a depressão) e de personalidade (Mrug & Windle, 2010). Relatório da *World Health Organization* (2014) revela que houve, em 2012, mais de um milhão de mortes de adolescentes decorrentes, principalmente, de problemas de saúde mental e da violência.

Tanto a violência como os problemas de saúde mental representam riscos ao desenvolvimento dos adolescentes, embora nem sempre sejam priorizados nas intervenções ou nas políticas públicas (Brasil, 2010a, 2010b). Dessa forma, neste trabalho, procura-se aprofundar o conhecimento e as relações entre os dois problemas de saúde pública relacionados ao desenvolvimento dos adolescentes, respondendo às seguintes questões: Quais os contextos de exposição à violência na adolescência que têm sido investigados? Quais os tipos de violência que ocorrem nesses contextos? Quais os principais métodos empregados no estudo da exposição à violência na adolescência? Quais as relações da violência, em diferentes contextos, com a saúde mental de adolescentes?

## Método

Este trabalho de revisão sistemática da literatura teve por objetivo caracterizar os estudos sobre a exposição à violência em diversos contextos e suas relações com a saúde mental em adolescentes. Segundo Sampaio e Mancini (2007), a revisão sistemática é um tipo de pesquisa que utiliza a literatura sobre determinado tema como uma fonte de dados. É uma ferramenta que permite organizar, analisar criticamente e sintetizar resultados de estudos formulando-se perguntas e fazendo a identificação, seleção e avaliação crítica de estudos científicos contidos nas bases de dados (Lopes & Fracolli, 2008; Zoltowski, Costa, Teixeira, & Koller, 2014). De acordo com Sampaio e Mancini (2007), é importante a elaboração de um protocolo de pesquisa que inclua os artigos encontrados, critérios de inclusão e exclusão, definição dos desfechos de interesse, verificação dos resultados e análise dos resultados.

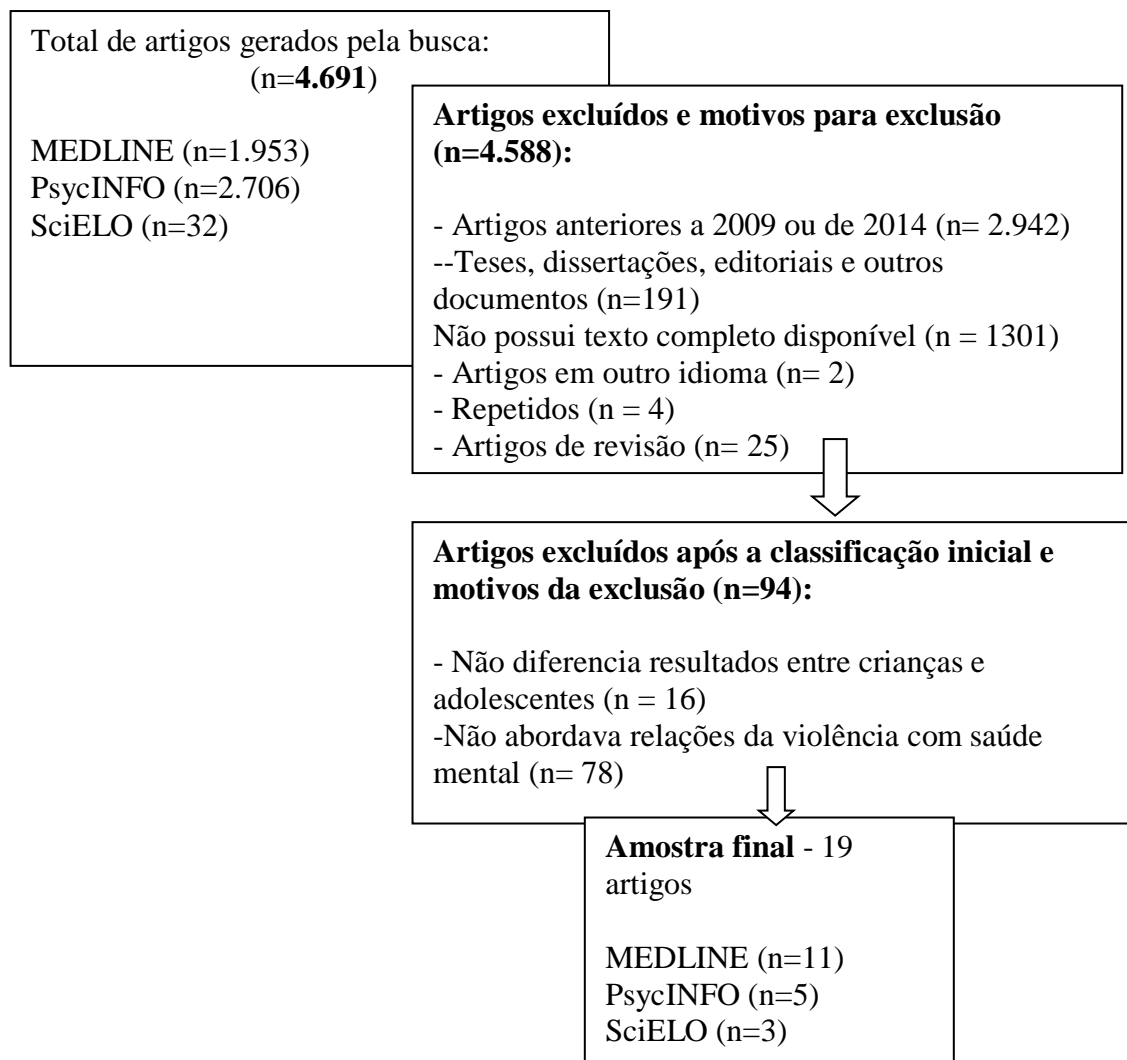
As etapas seguidas nessa revisão sistemática foram cinco, de acordo com a proposta metodológica de revisão sistemática de Sampaio e Mancini (2007): a primeira envolveu a definição da pergunta de pesquisa. A segunda etapa dizia respeito à busca dos estudos, certificando-se de que os artigos importantes do tema fossem incluídos na revisão. Para tanto, a definição das palavras-chave, estratégias de busca e definição das bases de dados para a busca foram critérios importantes. A busca dos documentos foi

realizada a partir de três bases de dados, tanto nacionais como internacionais, a saber: (a) *SciELO (Scientific Eletronic Librar y Online)*, (b) *PsycINFO* e (c) *Medline (Pubmed)*. Foi utilizada a seguinte combinação de descritores, no campo assunto, para a busca dos artigos: *violence AND (adolescens\*) AND (school OR community OR family) AND mental health*. Os descritores foram incluídos a partir do objetivo geral do estudo que foi verificar a exposição à violência em vários contextos do desenvolvimento e suas repercussões na saúde mental dos adolescentes. Desta forma, a saúde mental foi incluída como palavra chave. A fim de verificar as repercussões da violência na saúde mental, os artigos selecionados foram lidos na íntegra enfocando-se este aspecto. Primeiramente, foi realizada a busca de trabalhos em cada base de dados sem delimitação de ano. A combinação de descritores foi colocada no campo geral de cada base, com a busca de descritores em “todos os campos”, incluindo-se a procura por essa combinação de descritores no título, resumo ou ao longo do documento. Foram encontrados 4.545 documentos, sendo 32 na base SciELO, 1.953 Medline (Pubmed) e 2.706 na base PsycINFO.

Na etapa seguinte que envolvia a revisão e seleção dos estudos, foi realizada uma identificação inicial dos artigos através dos títulos e resumos (*abstracts*), de forma independente por dois pesquisadores, seguindo os critérios de inclusão: (a) publicação dos últimos cinco anos (2009-2013), (b) artigo empírico escrito em inglês, português ou espanhol; e critérios de exclusão: (a) documentos que não eram artigos (teses, dissertações, editoriais e livros), (b) artigos que não estavam disponíveis em texto completo e (c) artigos repetidos entre as bases de dados. Nesta etapa, 4.588 artigos foram excluídos, restando 113 para leitura na íntegra. Quando o título e resumo não foram suficientes, fez-se necessário a busca e leitura do trabalho na íntegra. Com a leitura dos artigos selecionados nessa primeira etapa, utilizaram-se outros critérios de exclusão a fim de atingir aos objetivos propostos: (a) aqueles artigos que possuíam, nas amostras, crianças e adolescentes, não diferenciando os resultados por idades e, (b) artigos que não tinham por objetivo ou foco principal, relacionar violência com saúde mental. Nessa etapa, 94 artigos foram excluídos (Figura 1), restando apenas 19 artigos na análise final, sendo três da base SciELO, 11 Medline (Pubmed) e cinco da base PsycINFO.

Na quarta etapa analisou-se a metodologia dos estudos e as relações entre violência e saúde mental na adolescência apresentadas nos resultados das diferentes

pesquisas. Na quinta e última etapa, foi realizada a análise de conteúdo dos artigos, que levou à organização dos resultados em três categorias: (a) Características metodológicas; (b) Tipo(s) de violência (direta e indireta) e contextos de investigação; e (c) Repercussões da violência na saúde mental dos adolescentes.



**Figura 1 - Etapas de exclusão de artigos**

## Resultados

### Características Metodológicas

Nesta categoria são apresentadas as informações quanto ao delineamento dos estudos, características dos participantes, instrumentos e análise dos dados. As amostras variaram de 152 a 3.614 adolescentes, com idades entre 10 a 19 anos. A maioria dos

estudos foi realizada com adolescentes de escolas públicas de vários países, incluindo Brasil, Peru, Vietnã e Estados Unidos, que viviam com suas famílias, como por exemplo, no estudo de Benetti, Pizetta, Schmartz, Haas, e Melo (2010) - e adolescentes que viviam em instituições de acolhimento ou na rua, como por exemplo, no estudo de Haber e Toro (2009). Predominaram estudos internacionais, tendo sido selecionado apenas um estudo nacional (Benetti et al., 2010), demonstrando, dessa forma, a necessidade de maior investigação da temática da violência relacionada à saúde mental no contexto brasileiro.

Quanto ao delineamento, grande parte dos estudos é transversal, embora quatro estudos sejam longitudinais (Betancourt, Agnew-Blais, Gilman, Williams, & Ellis, 2010; Betancourt, Brennan, Rubin-Smith, Fitzmaurice, & Gilman, 2010; Haber & Toro, 2009; Hasanović et al., 2009). Quanto aos instrumentos de coleta de dados, predominou o uso de escalas e testes ou questionários estruturados, sendo poucos os estudos que utilizaram perguntas abertas ou entrevistas com os participantes (Cano, Gutiérrez, & Nizama, 2009; Wigderson & Lynch, 2013). Dentre os principais instrumentos utilizados para investigar exposição à violência em diversos contextos, estão: *Conflict Tactics Scales* (CTS), *Children's Report of Exposure to Violence* e *Exposure to Community Violence*. Os instrumentos mais utilizados para investigar saúde foram: versões diferentes do *PTSD Symptom Scale*, *Child Behavior Checklist* (CBCL), *Children's Depression Inventory* (CDI) e *Youth Self Report* (YSR).

A análise dos dados, da maioria dos artigos, foi quantitativa, com a utilização de análises estatísticas descritivas, análises fatoriais, regressão linear e múltipla e modelos multivariados e estruturais. Entretanto, um estudo utilizou a metodologia de análise de dados qualitativa, através da análise de conteúdo por temas (Eggerman & Panter-Brick, 2010).

#### Tipo(s) de violência e contexto de investigação

Os estudos variaram quanto ao tipo de violência investigada, considerando os diversos contextos de ocorrência da violência – família, escola ou comunidade. Alguns estudos tiveram como foco a violência intrafamiliar (Haber & Toro, 2009), extrafamiliar (Benetti et al., 2010; Epstein-Ngo, Maurizi, Bregman, & Ceballo, 2013; Lambert, Cammack, Boyd, & Ialongo, 2012), e ambos (Jenkins, Turner, & Wang, 2009; Nguyen, Dunne, & Vu Le, 2010), passando pela exposição à *cyber* violência ou violência



tecnológica (Wigderson & Lynch, 2013) até a violência autodirigida (contra si mesmo) e contra os outros (Cano et al., 2009). Cabe ressaltar que, embora todos os estudos apontem para uma direção mais específica pela qual investiga a exposição à violência, a maioria deles destaca o complexo interjogo entre a(s) violência(s) dos vários contextos e como a exposição em um contexto torna o adolescente vulnerável à exposição em outros contextos.

No que diz respeito às formas de violência, as investigações centraram-se na exposição direta, quando o adolescente é a própria vítima da violência (Nguyen et al., 2010; Wigderson & Lynch, 2013), mas também na exposição à violência de forma indireta, quando o adolescente testemunha a violência nos vários contextos (Bach & Louw, 2010; Copeland-Linder, Lambert, & Ialongo, 2010; Epstein-Ngo et al., 2013; Jenkins et al., 2009; Voisin, & Neilands, 2010; Zinzow et al., 2009). Ainda houve pesquisas que tiveram por objetivo investigar exposição a eventos traumáticos, eventos estressores e experiências de guerra (Al-Krenawi, Graham, & Kanat-Maymon, 2009; Betancourt et al., 2010; Betancourt, Brennan et al., 2010; Eggerman & Panter-Brick, 2010; Hasanović et al., 2009; Rheingold, Zinzow, Hawkins, Saunders, & Kilpatrick, 2012). Além disso, outro estudo investigou ambas as formas de exposição à violência (direta e indireta) (Benetti et al., 2010). Um deles analisou a violência dos adolescentes dirigida aos outros, correlacionada com a violência autodirecionada (tentativa de suicídio) (Cano et al., 2009).

Quanto ao tipo de violência, no geral, todas as formas de violência foram investigadas: violência autodirecionada (tentativa de suicídio) (Cano et al., 2009) e violências interpessoais, tais como violência física (Benetti et al., 2010) psicológica (Walsh et al., 2013) e sexual (Houck, Nugent, Lescano, Peters, & Brown, 2010). Alguns estudos contemplaram somente um tipo de violência, enquanto outros investigaram mais de um tipo (Nguyen et al., 2010).

### Repercussões da violência na saúde mental dos adolescentes

No geral, todos os artigos identificaram alta prevalência de exposição à violência nos vários contextos do desenvolvimento do adolescente. Além disso, as investigações ressaltaram as consequências negativas dos vários tipos de exposição e formas de violência, na saúde mental dos adolescentes, independente do contexto de desenvolvimento, embora alguns estudos tenham encontrado maior associação quando a

exposição é intrafamiliar (Benetti et al., 2010; Nguyen et al., 2010). A maioria dos estudos analisou a saúde mental através da investigação de sintomas de doença mental ou de instrumentos padronizados que incluíam sintomas descritos no DSM-IV, como por exemplo, depressão (Benetti et al., 2010; Jenkins et al., 2009; Nguyen et al., 2010), ansiedade (Benetti et al., 2010; Jenkins et al., 2009; Nguyen et al., 2010), somatização (Jenkins et al., 2009), Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Hasanović et al., 2009; Jenkins et al., 2009; Rheingold et al., 2012; Voisin, & Neilands, 2010; Zinzow et al., 2009), uso de álcool e outras drogas (Haber & Toro, 2009; Rheingold et al., 2012) e comportamento sexual de risco (Houck et al., 2010; Voisin, & Neilands, 2010). Além disso, grande parte dos estudos utilizou a categorização sintomas de internalização (depressão e ansiedade) e externalização (agressão) como indicadores de saúde mental (Al-Krenawi et al., 2009; Benetti et al., 2010; Betancourt et al., 2010; Copeland-Linder et al., 2010; Haber & Toro, 2009; Jenkins et al., 2009).

De modo geral, os resultados indicaram que a violência esteve associada com o aumento dos sintomas de transtornos mentais, ideação suicida, vivências traumáticas, desajustamento psicossocial, problemas externalizantes, e comportamento agressivo (Benetti et al., 2010; Betancourt et al., 2010; Betancourt, Brennan et al., 2010; Cano et al., 2009; Copeland-Linder et al., 2010; Haber & Toro, 2009; Lambert et al., 2012; Rheingold et al., 2012). Alguns estudos relataram diferenças observadas entre os sexos relacionadas à violência e suas consequências para a saúde mental, tais como: maior uso de armas e violência física entre meninos (Walsh et al., 2013); testemunhar violência esteve mais associado a comportamentos agressivos em meninos (Lambert et al., 2012); maior exposição à violência comunitária em meninos (Voisin, & Neilands, 2010), assim como maiores níveis de depressão em meninas (Bach & Louw, 2010). Outros estudos apresentaram a exposição à violência como preditora de consequências, tais como, TEPT, depressão, comportamentos internalizantes e externalizantes, problemas de autoestima e ansiedade (Jenkins et al., 2009; Nguyen et al., 2010). Um estudo com jovens americanos que frequentavam escolas alternativas e terapêuticas observou maior probabilidade de adolescentes expostos ao abuso sexual apresentarem sintomatologia significativa para diagnósticos psiquiátricos, bem como para comportamento sexual de risco (Houck et al., 2010). Em um estudo experimental, realizado com adolescentes sobreviventes da guerra da Bósnia e Herzegovina, foi observado que as meninas apresentaram mais sintomas de TEPT do que os meninos, mas que houve redução de

sintomas entre os participantes de um projeto de intervenção (Hasanović et al., 2009). Ainda, um levantamento com uso de questionários realizado com 388 adolescentes nos Estados Unidos, abordou a *cyber* vitimização, a qual esteve negativamente relacionada com aspectos do bem-estar do adolescente e desempenho acadêmico (Wigderson & Lynch, 2013).

Outros estudos, em menor quantidade, abordaram aspectos positivos, como por exemplo, as estratégias de *coping*, esperança e resiliência ante a exposição à violência (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Epstein-Ngo et al., 2013) ou a autoestima de adolescentes expostos à violência (Nguyen et al., 2010; Wigderson & Lynch, 2013). Foram observadas correlações negativas entre esses construtos e a violência. Já no estudo sobre *coping* (Epstein-Ngo et al., 2013), aspectos protetivos que podem mitigar os riscos da exposição à violência foram destacados. Além disso, os autores desse grupo de trabalhos sugerem uma abordagem de maior alcance em relação ao conceito de saúde mental, considerando-o não apenas como ausência de doença – como nos estudos que abordam apenas sintomas de transtorno mental – mas também incluindo aspectos que podem interferir no bem-estar do adolescente.

## Discussão

Muitos dos estudos realizados em contexto internacional ressaltam aspectos importantes da violência tanto direta quanto indireta, em vários contextos do desenvolvimento – família, escola, comunidade, acolhimentos institucionais, e sua relação com a saúde mental dos adolescentes. Entre os aspectos destacados, pode-se observar que os estudos relatam grande exposição à violência na adolescência, sendo esses adolescentes, na maioria das vezes, vítimas. Essa exposição traz consequências negativas ao longo do desenvolvimento, como o aumento dos sintomas de transtornos mentais, ideação suicida, vivências traumáticas, desajustamento psicossocial, problemas externalizantes e internalizantes, problemas de autoestima, comportamento sexual de risco, entre outros (Al-Krenawi et al., 2009; Benetti et al., 2010; Betancourt et al., 2010; Betancourt, Brennan et al., 2010; Cano et al., 2009; Copeland-Linder et al., 2010; Haber & Toro, 2009; Lambert et al., 2012). Além dos estudos que discutem o impacto negativo da violência, outras pesquisas enfocam aspectos positivos e de enfrentamento frente à violência, investigando variáveis como o bem-estar, esperança e estratégias de *coping* (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Epstein-Ngo et al., 2013; Nguyen et al., 2010;

Wigderson & Lynch, 2013), numa perspectiva teórica da Psicologia Positiva (Rutter, 1999; Yunes, 2003). Estes aspectos são essenciais servindo como fatores de proteção tanto para a violência quanto para a doença mental.

Considerando a alta exposição de adolescentes à violência no Brasil, tem sido destacada a necessidade de estudos que investiguem as relações entre exposição à violência e a saúde mental no contexto brasileiro (Waiselfisz, 2012; 2014), bem como suas repercussões. Embora no Brasil existam aproximadamente 21 milhões de adolescentes, os quais representam uma parcela significativa da pirâmide etária do país (UNICEF, 2011), as políticas públicas atuais parecem não serem capazes de garantir a proteção e prevenir situações de risco ou vulnerabilidade entre os jovens (WHO, 2002). Novas investigações, direcionadas ao problema da violência nessa população, poderiam contribuir para fornecer dados empíricos, de forma a subsidiar futuras intervenções com essa população e o estabelecimento de políticas públicas mais eficazes.

Ainda assim, os levantamentos existentes realizados na realidade nacional mostram semelhanças com os dados internacionais. Por exemplo, dados do Mapa de violência de crianças e adolescentes do Brasil revelam que as mortes por causas externas (por acidentes e violência, geralmente, homicídios) têm aumentado se comparadas com as mortes por causas naturais (doenças, por exemplo), que têm decaído de 1980 até 2010 (Waiselfisz, 2012). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) (IBGE, 2009) demonstrou que os adolescentes brasileiros estão expostos a vários tipos de violências, principalmente na escola e na família. Esses aspectos são relevantes, na medida em que apontam o outro lado da adolescência – como vítima e não como agressora. Embora os jovens, na maioria das vezes, sejam percebidos pelo seu comportamento agressivo ou desafiador, sabe-se que são as principais vítimas da violência (UNICEF, 2011). Em estudo realizado por Zappe e Dias (2012), com adolescentes em conflito com a lei, as autoras discutem o quanto esses foram expostos, em sua história de vida familiar, a episódios de violência, os quais estão relacionados à manifestação de condutas transgressoras. Ou seja, o adolescente, antes de ser agressor, na maioria das vezes, tem um desenvolvimento marcado por repetidas exposições à violência, no qual é a principal vítima. Dessa forma, pode ser observado um ciclo de violência que deveria ser combatido, em suas raízes sociais, econômicas e culturais.

Um estudo de revisão teórica indicou que a associação entre violência e juventude, quando não leva a morte, produz graves consequências, como a redução da

expectativa de vida, a redução do potencial produtivo dos jovens e o comprometimento de sua saúde (Zappe & Dias, 2010). Essa associação é importante e demonstra a necessidade de investimento em prevenção à violência nesse período de vida. Corroborando esse aspecto, a UNICEF (2011) destaca a importância do investimento em políticas públicas direcionadas à adolescência, devido às seguintes razões: (a) respeito ao direito de adolescentes serem tratados como cidadãos; (b) investir é um modo eficaz de garantir direitos e reduzir taxas de mortalidade; (c) pode acelerar a luta contra a pobreza, disparidades socioeconômicas e discriminação de gênero, já que muitas vezes, estas disparidades apresentam-se na adolescência, privando adolescentes de seus direitos e oportunidades de desenvolvimento pleno; (d) a fim de lidar com desafios atuais e com suas consequências (como violência, pobreza, crises, etc), os adolescentes devem estar equipados com habilidades e conhecimentos adequados e, (e) por fim, mas não menos importante, os adolescentes, mesmo sendo os futuros adultos, merecem reconhecimento, proteção, cuidados, oportunidades e apoio no presente, como adolescentes, da mesma forma que as crianças necessitam.

Todas as justificativas para maior investimento na adolescência são importantes, no entanto, o último aspecto chama a atenção, pois se comparados às crianças, talvez os adolescentes tenham maior necessidade de investimento em algumas áreas do desenvolvimento que têm sido deixadas de lado, como por exemplo, a saúde e, mais especificamente, a saúde mental. Atualmente, os adolescentes, em todo o mundo, são mais saudáveis do que os das gerações anteriores, no entanto, as suas vulnerabilidades podem ser explicadas, em grande parte, pelas características do próprio período do desenvolvimento, tais como assumir riscos e tentar transpor limites, podendo envolver-se em comportamentos de risco (UNICEF, 2011). Além disso, muitas violências que acometem crianças têm seu pico na adolescência. O mesmo ocorre em relação a questões relativas à saúde mental, pois muitas psicopatologias apresentam um surgimento marcado nesse período (WHO, 2012). De fato, muitos países têm registrado um aumento no número de casos de depressão, ansiedade e transtornos alimentares, induzidos, frequentemente, pela exposição à violência na adolescência (Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira, & Pesce, 2007; Bahls & Bahls, 2002; Brasil, 2010a,b; Rocha, Zeni, Caetano, & Kieling, 2013; UNICEF, 2011).

Em termos de políticas públicas para a saúde do adolescente, no Brasil, tem-se o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) que foi o primeiro programa criado para

atender a população de 10 a 19 anos, em 1989. Tem, como meta, intervir na prevenção de doenças e promoção da saúde integral do adolescente, contemplando áreas temáticas como o crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, mental, reprodutiva, escolar, prevenção de acidentes, violência, família, trabalho, cultura, esporte e lazer (Brasil, 1996). Apesar de, no papel, o PROSAD contemplar a saúde do adolescente como um todo, na prática, suas ações têm se concentrado na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Outros importantes documentos relacionados à saúde dos adolescentes e jovens são: a) Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2010b), baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ); e b) A Linha de cuidado e atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência (Brasil, 2010b). Ambos os documentos reconhecem e orientam profissionais na forma de agir perante os adolescentes e jovens e suas famílias, indicando a necessidade de prevenção em relação à saúde como um todo bem como as situações de violência. O primeiro documento privilegia a saúde sexual e reprodutiva, o desenvolvimento físico e motor, a prevenção contra as drogas lícitas e ilícitas, embora reconheça a necessidade de prevenção na violência autoinfligida (tentativas de suicídio, por exemplo). Já o segundo documento, atenta para as consequências das formas de violência, reconhecendo a importância de prevenção e intervenção na saúde mental, embora em segundo plano. Dessa forma, a saúde mental parece não ser o foco de programas direcionados a adolescentes, embora essa seja uma necessidade evidenciada através dos estudos revisados.

Nesta revisão teórica, os artigos revelaram as relações entre violência e saúde mental, principalmente, considerando aspectos relativos à doença ou transtorno mental – transtornos internalizantes e externalizantes, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, entre outros. Esses resultados, no entanto, devem ser relativizados, uma vez que podem ser entendidos como reflexos das escolhas metodológicas dos estudos, já que na maioria deles os instrumentos utilizados para medir a saúde mental foram instrumentos que avaliam sintomas de doença mental, embora os estudos tratem de aspectos relativos à saúde mental.

De fato, saúde e doença não são conceitos que possuem um consenso na literatura nacional e internacional, embora haja um esforço na construção de um conceito único e universal de saúde (Boruchovitch & Mednick, 2002). Através da

análise dos estudos e dos instrumentos utilizados, pode-se ressaltar que os artigos apresentam, no geral, uma concepção tradicional de saúde, definindo-a através da ausência de doença, sintomas, sinais ou problemas. Outro conceito também verificado nos estudos foi a definição de saúde pela WHO (2012) que, além de considerá-la como a ausência de sintomas – concepção tradicional, acrescenta o estado de bem-estar do sujeito. Esta definição, de certa forma, amplia o conceito, mas não dá conta da complexidade do fenômeno (Boruchovitch & Mednick, 2002). A definição ecológica de saúde surgiu em meados da década de 60 e 70 com o intuito de dar ênfase às interrelações entre o meio ambiente e a qualidade de vida do sujeito. Nesta concepção, as avaliações relativas à saúde são baseadas nos julgamentos do próprio sujeito sobre a sua saúde – já que essa percepção possui influência sobre suas atitudes e comportamentos - em sua capacidade de adaptação perante as situações de doença, sintomas ou eventos estressores. Além do mais, na concepção ecológica, o ambiente social e cultural no qual o indivíduo está inserido também é considerado, já que na definição de normalidade ou saúde são conceitos social e culturalmente construídos (Boruchovitch & Mednick, 2002).

Ao contrário da maioria dos artigos, quatro estudos (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Epstein-Ngo et al., 2013; Nguyen et al., 2010; Wigderson & Lynch, 2013) investigados associaram a violência à saúde mental, considerada em uma perspectiva ampla, para além da ausência de doenças. Como contribuições, essas pesquisas indicam que a saúde mental pode ser considerada a partir de uma abordagem de maior alcance, definindo-a não apenas como ausência de doença – como nos estudos que abordam apenas sintomas de doença mental – mas também valorizando aspectos positivos do desenvolvimento dos adolescentes e que podem servir como moderadores ou mediadores das situações de violência, mitigando seus efeitos na saúde mental. De certa forma, estes estudos possuem maior afinidade com uma concepção ecológica de saúde, embora não tenham explicitado suas concepções de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002).

Alguns estudos investigaram os moderadores das relações entre violência e saúde mental, identificando que alguns fatores podem atenuar ou aumentar os efeitos da exposição à violência. Estratégias de *coping*, esperança, resiliência, autoestima preservada e bem-estar foram aspectos protetivos ressaltados nos estudos que, quando estão presentes, podem exercer um papel de moderadores, atenuando os efeitos da

exposição à violência (Eggerman & Panter-Brick, 2010; Epstein-Ngo et al., 2013; Nguyen et al., 2010; Wigderson & Lynch, 2013).

Dessa forma, a maior parte dos artigos possui uma visão tradicional de saúde sem contemplar aspectos da definição da *World Health Organization* (2012), que considera saúde mental como não meramente a ausência de doenças, mas também um estado de bem-estar. Além disso, poucos ampliam a visão de saúde para uma abordagem ecológica (Boruchovitch & Mednick, 2002). Ou seja, poucos estudos destacaram aspectos saudáveis do desenvolvimento dos adolescentes ou fatores de proteção que podem moderar os efeitos negativos da exposição à violência. Ainda, os estudos não têm destacado os papéis mais amplos, tanto ambientais como sociais e culturais relativos às concepções de saúde. Este achado é importante, sugerindo a relevância de que mais estudos em saúde mental possam considerar aspectos como o bem-estar, por exemplo, ampliando o foco da definição de saúde.

Cabe ainda ressaltar que correlações não indicam causalidade. Portanto, é importante salientar que há uma multiplicidade de fatores envolvidos tanto na exposição à violência quanto relativos aos resultados desenvolvimentais. Deve-se considerar, por exemplo, a forma de exposição à violência (direta ou indireta), o tempo de exposição, bem como o tipo de violência (física, psicológica, sexual ou negligência). Além disso, fatores de proteção podem estar presentes, moderando ou mediando os efeitos da violência, entre os quais estão rede de apoio, estratégias de *coping*, alta autoeficácia, boa autoestima, entre outros. Aspectos sociais e culturais, além de econômicos, também são fatores relevantes a serem considerados (Avanci et al., 2007; Koller & De Antoni, 2004; Mrug & Windle, 2010). Ainda, no que diz respeito à saúde mental, fatores genéticos também apresentam influência (Avanci et al., 2007; Bahls & Bahls, 2002; Brasil, 1996).

### Considerações Finais

Esta revisão teórica demonstrou como a exposição à violência na adolescência, em vários contextos do desenvolvimento, está associada a aspectos negativos do desenvolvimento, trazendo à tona a necessidade de maior investimento e sensibilização para essa questão. Sugere, ainda, a necessidade de maior atenção, na adolescência, para a saúde mental, tanto na prevenção de doenças, como na promoção da saúde. No entanto, pode-se observar que a questão é complexa, e que os diversos autores destacam variáveis que exercem influência no impacto da violência aos adolescentes, tais como a



forma de exposição, questões associadas ao impacto negativo e aspectos relacionados a um enfrentamento positivo (bem-estar, esperança e estratégias de *coping*). Dessa forma, a problemática da violência e suas repercussões devem ser consideradas como um processo multifacetado.

Dentre as limitações metodológicas citadas nos estudos revisados pode-se destacar que alguns dos instrumentos utilizados não são específicos para adolescentes (como, por exemplo, o *Conflict Tactics Scales* (Haber & Toro, 2009; Jenkins et al., 2009), *Children's Report of Exposure to Violence* (Copeland-Linder et al., 2010; Lambert et al., 2012), e que em alguns casos apenas um instrumento foi utilizado para avaliar presença de transtorno mental, como a depressão (*Children's Depression Inventory*) (Bach & Louw, 2010; Epstein-Ngo et al., 2013; Wigderson & Lynch, 2013). Além disso, do ponto de vista metodológico, os estudos apresentam delineamento transversal e utilizam questionários com perguntas fechadas, aplicados em um único momento no tempo, o que capta apenas parte da complexidade dos fenômenos tanto da violência como da saúde mental. No caso da violência deveriam ser consideradas suas características, tais como a forma, grau, duração, proximidade com o agressor, além dos fatores pessoais da vítima. No que se refere à saúde mental, características como a ausência de psicopatologias, as quais possuem inúmeros critérios para avaliação, diferentes formas de enfrentamento da violência e aspectos relacionados ao bem-estar deveriam ser considerados, numa abordagem ecológica que permitisse maior amplitude na compreensão do fenômeno.

Além disso, embora não fosse um dos focos dessa revisão teórica, poucos foram os estudos que propuseram estratégias de prevenção ou de intervenção nos casos relativos à violência e saúde mental na adolescência. Identificou-se, após a seleção de artigos, apenas um estudo sobre intervenção em relação à saúde mental (Hasanović et al., 2009). Este aspecto indica um descompasso entre teoria (desenvolvimento científico) e a prática, sugerindo a necessidade de novas propostas de intervenção nos casos de violência e de mais profissionais na área da saúde e humanas, atuando nos diversos contextos de desenvolvimento. As estratégias podem basear-se na identificação dos fatores de risco e de proteção a fim de minimizar a exposição à violência e transtornos mentais em adolescentes e fortalecer aspectos individuais e contextuais mitigando possíveis riscos. Além disso, é importante que os conhecimentos sobre os direitos e deveres possam chegar até os adolescentes, de forma a empoderá-los na luta

contra a exposição às situações de violência e transtorno mental. Projetos de extensão nas universidades podem dar conta destes aspectos, levando conhecimento até os adolescentes, por exemplo, através da escola, que pode ser um importante ambiente de prevenção e proteção.

A respeito das limitações deste estudo destacam-se questões referentes ao método de revisão sistemática, como a estratégia de busca e critérios de exclusão e inclusão, que podem ter limitado os estudos encontrados, principalmente brasileiros. Poderiam ter sido utilizadas outras palavras-chave relacionadas à violência, tais como abuso físico, psicológico, sexual, entre outras, ampliando o alcance da busca. Além disso, poderiam ser incluídas outras bases de dados, como por exemplo, LILACS, *Web of Science* e SCOPUS para a ampliação da busca de estudos relativos à temática. Os aspectos ressaltados nessa revisão sugerem a necessidade de trabalhos preventivos e de promoção de saúde acerca da exposição à violência e também em relação à saúde mental dos adolescentes.

## CAPÍTULO II

### DEPRESSION ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS-21) - SHORT FORM: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO PARA ADOLESCENTES BRASILEIROS<sup>2</sup>

#### Resumo

Este estudo teve como objetivo adaptar e validar a *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form* para adolescentes brasileiros. Participaram do estudo 426 adolescentes de 12 a 18 anos ( $M=14,91$ ;  $DP=1,66$ ), sendo 264 meninas (62%) e 162 meninos (39%), de escolas públicas da cidade de Porto Alegre, que responderam a uma versão adaptada, nomeada Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A). As subescalas demonstraram níveis adequados de consistência interna, variando entre 0,83 e 0,90. A análise fatorial confirmatória indicou que o melhor modelo foi o de três fatores, confirmando o modelo original com as dimensões depressão, ansiedade e estresse. No escore total e por fatores, houve diferença por sexo, com maior média entre as meninas em todos os escores. Conclui-se que a EDAE-A apresenta qualidades psicométricas favoráveis, mostrando-se um simples e adequado instrumento de levantamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse para adolescentes brasileiros.

Palavras-chave: Adolescentes, Depressão, Ansiedade, DASS-21, EDAE-A

#### Abstract

This study aimed to adapt and validate the short form of the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for Brazilian adolescents. Participants were 426 adolescents aged 12 to 18 years ( $M = 14.91$ ,  $SD = 1.66$ ), 264 girls (62%) and 162 boys (39%), of public school in the city of Porto Alegre, who answered an adapted version named Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A). The subscales showed appropriate levels of internal consistency, ranging between 0,83 and 0,90. Confirmatory factor analysis indicated that the best model was the three factors

---

<sup>2</sup> Este capítulo foi escrito em coautoria com Dr<sup>a</sup> Wagner De Lara Machado, Dr<sup>a</sup> Denise Ruschel Bandeira e a orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>Débora Dalbosco Dell'Aglio e foi submetido para publicação como artigo no periódico Psico-USF.

confirming the original model with depression, anxiety and stress dimensions. In the total score and factors, there were differences by sex, with highest average to girls in all scores. We concluded that the EDAE-A presents favorable psychometric qualities, being a simple and suitable survey instrument for identifying symptoms of depression, anxiety and stress in Brazilian adolescents.

Keywords: Adolescent, Depression, Anxiety, DASS-21, EDAE-A

## Introdução

A depressão é o principal fator de risco para o suicídio sendo a segunda maior causa de morte na população adolescente (Thapar, Collinshaw, Pine, & Thapar, 2012). No entanto, este grupo etário tem recebido pouca atenção em relação à saúde mental (Brasil, 2010). Segundo a *World Health Organization* (2012), alguns transtornos mentais têm seu início marcado na infância e pré-adolescência. Estudos recentes têm identificado a origem de muitas doenças mentais neste período, principalmente a depressão, com alta prevalência na população adolescente, e comorbidades associadas, tais como os transtornos de ansiedade, que chegam a ser encontrados em 30% a 80% dos casos (Bahls & Bahls, 2002; Caspi et al., 2014; Jatobá & Bastos, 2007; Patrick, Dyck, & Bramston, 2010; Thapar et al., 2012). Além disso, apresentar um transtorno como a depressão na adolescência está associado a uma gama de transtornos mentais na vida adulta, tais como a ansiedade, desordens relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas, bipolaridade e comportamento suicida (Thapar et al., 2012). De fato, segundo Caspi et al. (2014), os transtornos mentais são positivamente correlacionados de tal forma que apresentar um transtorno mental aumenta a probabilidade de desenvolver outro no futuro.

Autores (Hess & Falcke, 2013; Pinto et al., 2014; Rocha, Zeni, Caetano, & Kieling, 2013) ressaltam que as modificações biopsicossociais da adolescência podem predispor à ocorrência de transtornos mentais, aumentando a chance de episódios depressivos de cinco para 20%. Além disso, aspectos hormonais podem tornar os adolescentes mais sensíveis a eventos estressores do ambiente, o que seria uma das explicações para o aumento dos episódios depressivos nesse período.

Estima-se que no mundo, a cada ano, 20% dos adolescentes apresentam um transtorno mental que pode levar ao suicídio (WHO, 2012). No Brasil, revisão de literatura realizada por Assis, Avanci, Pesce, e Ximenes (2009) indicou uma prevalência

que varia de 8 a 51%, segundo a escala *Self Report Questionnaire* (SRQ-20) que mapeia sintomas de transtornos mentais, tais como depressão e ansiedade. Outros estudos brasileiros sugerem que as taxas de transtornos mentais em adolescentes variam de 10 a 20% (Kieling & Belter, 2012).

O campo da saúde mental na adolescência é relativamente novo, se comparado a outros campos da psiquiatria. Por exemplo, até 1970, acreditava-se que a depressão em adolescentes fosse rara (Bahls & Bahls, 2002). Além disso, há no Brasil, uma escassez de serviços dedicados à promoção de saúde mental de crianças e adolescentes, especialmente no setor público (Rocha et al., 2013).

Outros aspectos dificultam o diagnóstico adequado, tais como a dificuldade em identificar a depressão na adolescência, pois muitos sintomas confundem-se com comportamentos próprios do adolescente. Além disso, nem sempre a depressão, nesse período de vida, manifesta-se da mesma forma que em adultos, embora sejam utilizados os mesmos sintomas para o diagnóstico (American Psychiatric Association APA, 2014; Argimon, Terroso, Barbosa, & Lopes, 2013; Bahls & Bahls, 2002; Rocha et al., 2013). Segundo Bahls e Bahls (2002), geralmente na adolescência, podem predominar sintomas de irritabilidade e instabilidade, ao invés da queixa de tristeza. Além disso, é comum a perda de energia, apatia, desinteresse, sentimentos de desesperança e culpa, perturbações do sono, isolamento e dificuldade de concentração.

Outro aspecto que dificulta o diagnóstico e tratamento é que os sintomas de internalização, voltados para o próprio indivíduo e incluindo sintomas de ansiedade, depressão e somatização (APA, 2014), tendem a ser mais reportados pelos próprios pacientes do que pelos professores e cuidadores (Rocha et al., 2013). No entanto, nem sempre os adolescentes reconhecem os sintomas da doença (Rosa, Loureiro, & Sequeira, 2014) ou, quando identificam, por constrangimento e pelo estigma social associado à doença, podem não procurar ajuda, preferindo pensar que podem resolver sozinhos. Quando buscam ajuda, geralmente é através dos amigos e não de um profissional (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Rosa et al., 2014).

Assim, a identificação do transtorno, principalmente de forma precoce e acurada é requisito essencial que pode auxiliar no processo de identificação do sofrimento mental e até mesmo de um possível diagnóstico – junto com outros instrumentos de avaliação - para posterior tratamento e prognóstico. A falta de instrumentos específicos para a população adolescente dificulta o diagnóstico. Além disso, é comum, no Brasil,

que a avaliação de sintomas de depressão, ansiedade e estresse seja realizada de forma independente e não em conjunto.

Este estudo teve como objetivo adaptar e validar a *Depression, Anxiety and Stress Scale- Short Form* (DASS-21) para adolescentes brasileiros, um instrumento de mapeamento de sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Originalmente, a DASS foi construída e avaliada para população adulta, consistindo em 42 itens que refletem sintomas emocionais negativos. Os resultados de uma série de análises fatoriais durante o seu desenvolvimento indicaram que os principais sintomas de ansiedade incluem excitação fisiológica (mãos suadas, tremores, aumento do batimento cardíaco) bem como a consciência subjetiva do afeto ansioso e tendências de fuga ou evitação. Já os sintomas de depressão são: baixo afeto positivo, desesperança, desvalorização da vida, depreciação, e inércia. Além disso, foi incluída, na versão original, uma subescala de tensão/esforço (Lovibond & Lovibond, 1995). Esta última subescala surgiu empiricamente durante o desenvolvimento da subescala de depressão e de ansiedade, por meio de uma agregação de itens como dificuldade em relaxar, tensão, impaciência, irritabilidade e agitação (Szabó, 2010).

Vários pesquisadores têm demonstrado que o DASS, tanto em sua versão original de 42 itens, quanto em sua versão breve de 21 itens, é uma medida válida e confiável de depressão, ansiedade e tensão/estresse em populações clínica e não clínica de adultos, de várias culturas e etnias. Esta última versão é composta por itens da versão original selecionados conforme critérios de conteúdo, i.e. representação das subfacetas dos construtos avaliados, e estatísticos (carga fatorial; descrito em Lovibond & Lovibond, 1995). Além disso, pesquisas com DASS-21 foram realizadas em amostras de crianças, adolescentes e jovens portugueses (Leal, Antunes, Passos, Pais-Ribeiro, & Maroco, 2009; Pais-Ribeiro et al., 2004) e australianos (Szabó, 2010; Tully, Zajac, & Venning, 2009), demonstrando propriedades psicométricas aceitáveis. No Reino Unido, Henry e Crawford (2005) reportaram medidas de fidedignidade variando de 0,82 a 0,90 para as três subescalas, e de 0,93 para a escala global, utilizada com adultos. No Brasil, a DASS-21 foi adaptada e validada para 686 adultos, de diversas regiões do país, com média de idade de 33,88 (DP = 11,26), apresentando medidas de fidedignidade de 0,92 a 0,96 para as subescalas (Machado & Bandeira, 2013). Os autores Vignola e Tucci (2014) também tiveram evidências de validade de 0,86 a 0,92 para uma amostra clínica

de adultos paulistas ( $M=39,9$ ;  $DP=12,4$ ), 62% mulheres. No entanto, ainda não foram desenvolvidos no Brasil estudos de validação para o uso da escala com adolescentes.

A escolha deste instrumento justifica-se por envolver um modelo teórico que discrimina bem sintomas de ansiedade e depressão, nem sempre diferenciados por outras escalas ou instrumentos (Lovibond & Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Foi traduzida e adaptada para diversas faixas etárias e em diversos países, tais como: Portugal (Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006; Pais-Ribeiro et al., 2004; Leal et al., 2009), Brasil (Machado & Bandeira, 2013; Vignola & Tucci, 2014), Espanha (Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002), Grécia (Lyrakos, Arvaniti, Smyrnioti, & Kostopanagiotou, 2011), Turquia (Akin & Çetin, 2007), Malásia (Musa, Fadzil, & Zain, 2007), entre outros países. Além disso, a escala é composta por poucos itens, sendo de fácil e rápida administração.

## Método

### Participantes

Participaram 426 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos ( $M=14,91$ ;  $DP=1,66$ ), 264 meninas (62%) e 162 meninos (39%), de cinco escolas públicas de periferias da cidade de Porto Alegre (RS, Brasil), estudantes do 7º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio. As escolas foram escolhidas por conveniência segundo possibilidades e aceite das instituições. O número de participantes foi estimado através de cálculo amostral a partir do número total de alunos de Ensino Fundamental e Ensino Médio matriculados em escolas públicas de Porto Alegre-RS, com uma margem de erro estabelecida de 5% (previsão em torno de 400 adolescentes).

### Instrumentos

A *Depression, Anxiety and Stress Scale – Short Form* (DASS-21) foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) com o objetivo de medir e diferenciar, ao máximo, os sintomas de ansiedade e depressão. A escala é baseada no modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira, (a) definida pela presença de afeto negativo, como humor deprimido, insônia, desconforto e irritabilidade, que são sintomas inespecíficos e estão incluídos tanto na depressão como na ansiedade; a segunda engloba (b) fatores que

constituem estruturas que representam sintomas específicos para depressão (anedonia, ausência de afeto positivo); por fim, a última estrutura refere-se aos (c) sintomas específicos de ansiedade (tensão somática e hiperatividade) (Watson et al., 1995).

A versão da DASS-21 utilizada para este estudo foi uma adaptação da versão utilizada para adultos brasileiros por Machado e Bandeira (2013), mantendo as três subescalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Na DASS-21, os participantes indicam o grau em que experimentam cada um dos sintomas descritos nos itens durante a última semana (semana anterior), em uma escala do tipo *likert* de 4 pontos entre 0 (não se aplica a mim) e 3 (aplica-se muito a mim, ou a maior parte do tempo). Pontuações para depressão, ansiedade e estresse são determinadas pela soma dos escores dos 21 itens. A estrutura fatorial da DASS-21 é estável e possui validade convergente e discriminante aceitáveis (Lovibond & Lovibond, 1995).

Além da DASS-21, aplicou-se um questionário de dados sociodemográficos que foi construído especialmente para este estudo e que investiga informações sobre idade, sexo, escolaridade dos pais, configuração familiar, entre outros aspectos.

## Procedimentos

A pesquisa da qual se originou o banco de dados para este estudo foi aprovada por Comitê de Ética em Psicologia, CAAE (22080914.1.0000.5334) e seguiu os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes, de acordo com legislações brasileiras, tendo como base a Resolução nº 466 (Brasil, 2012), e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Os pais dos adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os adolescentes deram seu assentimento, concordando com a participação no estudo.

Os procedimentos para adaptação e validação da escala foram os sugeridos por Borsa, Damásio e Bandeira (2012). Primeiramente, foi administrada uma avaliação qualitativa do instrumento. Para a primeira avaliação da escala foi selecionada uma escola por conveniência, convidando adolescentes de diferentes turmas e diferentes idades, para participar do estudo. Esta primeira etapa teve por objetivo verificar os itens da DASS-21, se suas instruções e os termos presentes nas afirmativas dos itens estavam claros e compreensíveis. Dessa forma, aplicou-se o instrumento em 20 adolescentes entre 16 a 18 anos, de ambos os sexos, estudantes do primeiro ano do ensino médio de uma escola pública da cidade de Porto Alegre. A aplicação foi coletiva, por duas



psicólogas treinadas para este procedimento. Juntamente com a escala, foi aplicado o instrumento de dados sociodemográficos. Durante a aplicação, as psicólogas circularam pela sala de aula a fim de verificar dúvidas dos adolescentes decorrentes das instruções e itens da escala. Após a aplicação, houve uma discussão coletiva sobre o entendimento e dificuldades dos adolescentes acerca das instruções e de cada item da escala. Verificou-se, no geral, que os adolescentes compreenderam os itens, embora tenham sugerido algumas modificações para melhor entendimento. As modificações sugeridas foram analisadas por três profissionais com experiência em instrumentos psicométricos. Houve consenso quanto a realizar as modificações, não necessitando de retrotradução, já que a escala já havia sido traduzida para o português (versão Machado & Bandeira, 2013) e as mudanças que ocorreram foram de troca de palavras, mantendo o mesmo sentido nas frases. Da escala a partir da qual foi adaptada (Machado & Bandeira, 2013), a versão para adolescentes, nomeada Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A), sofreu as seguintes modificações: as instruções, em escala *likert* de 0 a 3 pontos (0 - não se aplicou a mim de forma alguma a 3- aplicou-se muito a mim) foram substituídas por (0- Não aconteceu comigo nessa semana a 3- Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana). Nas afirmativas, algumas delas sofreram pequenas modificações a fim de facilitar o entendimento dos adolescentes, são elas: a afirmativa 14 – “Eu não tive paciência com nada que interrompesse o que eu estava fazendo” foi substituída por “Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo”; a afirmativa 16 - “Não consegui me empolgar com qualquer coisa” foi substituída por “Não consegui me empolgar com nada”; a afirmativa 19- “Eu percebi as batidas do meu coração na ausência de esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)” foi substituída por “Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)”. Por fim, a afirmativa 20- “Eu me senti assustado(a) sem qualquer razão” foi substituída por “Eu me senti assustado(a) sem ter motivo”. Todas as substituições foram realizadas a partir das sugestões dos adolescentes, quando da aplicação do estudo piloto. Foi obtida autorização do autor da escala original (Lovibond & Lovibond, 1995) para a realização das modificações propostas, além dos autores que desenvolveram a adaptação para adultos brasileiros (Machado & Bandeira, 2013).

Após as modificações realizadas, a EDAE-A foi novamente aplicada, em oito adolescentes de 16 a 18 anos, de ambos os sexos, de uma escola de periferia da cidade. Todos os adolescentes responderam, sem dificuldades, à escala e à ficha de dados sociodemográficos. A partir disso, aplicou-se a escala, juntamente com outros instrumentos, a uma amostra final de 426 adolescentes, de 12 a 18 anos, de cinco escolas públicas da cidade de Porto Alegre-RS.

#### Análise dos dados

Para testar o ajuste dos modelos dimensionais concorrentes para a EDAE-A, foram conduzidas análises fatoriais confirmatórias. A matriz de correlações policóricas dos itens foi submetida ao método de estimação *Weighted Least Squares Mean- and Variance-adjusted*, (WLSMV) (Muthén, Du Toit, & Spisic, 1997), utilizando-se o *software* Mplus 6.12 (Muthén & Muthén, 2010). Os índices de ajuste considerados foram: *Comparative Fit Index* e *Tukey-Lewis Index* (CFI e TLI,  $\geq 0,95$ ), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA,  $\leq 0,06$  ou  $\leq 0,08$  com intervalo de confiança de 90%) e a significância estatística do teste de qui-quadrado ( $p \geq 0,05$ ). A consistência interna dos fatores foi calculada pelo método de fidedignidade composta, considerando as cargas fatoriais padronizadas dos itens. Além disso, testes t de *Student* para amostras independentes foram utilizados a fim de comparar médias no escore total e nas subescalas da EDAE-A entre os sexos e por idade.

#### Resultados

Três modelos presentes na literatura foram testados para representar a dimensionalidade da EDAE-A em sua versão para adolescentes. O primeiro compreende apenas um fator geral de afetos negativos [ $X^2 = 645,35$  (189),  $p < 0,001$ , CFI = 0,91, TLI = 0,90, RMSEA = 0,075 (0,068 – 0,081)]. Posteriormente, um modelo de dois fatores foi testado, discriminando a dimensão depressão e uma dimensão de tensão psicológica, reunindo itens de estresse e ansiedade [ $X^2 = 408,97$  (188),  $p < 0,001$ , CFI = 0,95, TLI = 0,95, RMSEA = 0,052 (0,045 – 0,059)]. Por fim, foi investigado o ajuste do modelo original de três fatores representando as dimensões depressão, ansiedade e estresse [ $X^2 = 366,16$  (186),  $p < 0,001$ , CFI = 0,96, TLI = 0,96, RMSEA = 0,047 (0,040 – 0,054)]. Os resultados podem ser observados na Tabela 1. Todas as subescalas demonstraram níveis adequados de consistência interna.

*Tabela 1 - Itens, Cargas Fatoriais e Consistência Interna dos Itens da EDAE-A*

Item	Estresse	Ansiedade	Depressão
1	0,74		
6	0,58		
8	0,74		
11	0,55		
12	0,82		
14	0,57		
18	0,73		
2		0,38	
4		0,65	
7		0,64	
9		0,69	
15		0,77	
19		0,72	
20		0,61	
3			0,77
5			0,47
10			0,73
13			0,84
16			0,73
17			0,83
21			0,86
Ansiedade	0,82		
Depressão	0,74	0,70	
FC	0,86	0,83	0,90

Nota: FC=Fidedignidade Composta, baseada na carga fatorial padronizada dos itens e remete à variância explicada pelo fator. Valores maiores que 0,70 sugerem fidedignidade aceitável.

Teste *t* de *Student* para amostras independentes indicou diferença estatisticamente significativa na média da EDAE-A total por sexo, com médias mais altas entre as meninas quando comparadas com os meninos. Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas médias dos três fatores, tendo as meninas,

maior média em todos eles. O mesmo teste foi realizado a fim de comparar se havia diferença nas médias dos escores em cada fator e na média total, por idade – adolescentes mais novos (12 a 15 anos) e adolescentes mais velhos (16 a 18 anos). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos grupos em relação às médias em cada fator, nem mesmo no escore total da EDAE-A. Os resultados estão apresentados na Tabela 2.

*Tabela 2 - Médias e desvios padrão no EDAE-A por sexo e por faixa etária*

			Média	Dp	Teste <i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Depressão	Sexo	Meninos (n=162)	3,16	3,64	-4,38	402	<0,001
		Meninas (n=264)	4,95	4,73			
	Faixa etária	12 a 15 anos (n=256)	4,31	4,69	0,26	424	0,79
		16 a 18 anos (n=170)	4,20	4,01			
Ansiedade	Sexo	Meninos (n=162)	2,29	2,62	-3,63	415	<0,001
		Meninas (n=264)	3,40	3,72			
	Faixa etária	12 a 15 anos (n=256)	2,93	3,43	-0,37	424	0,71
		16 a 18 anos (n=170)	3,06	3,33			
Estresse	Sexo	Meninos (n=162)	4,32	3,53	-5,22	412	<0,001
		Meninas (n=264)	6,46	4,89			
	Faixa etária	12 a 15 anos (n=256)	5,60	4,64	-0,25	424	0,89
		16 a 18 anos (n=170)	5,71	4,39			
EDAE-A	Sexo	Meninos (n=162)	9,77	7,84	-5,37	419,7	<0,001
		Meninas (n=264)	14,82	11,54			
	Faixa etária	12 a 15 anos (n=256)	12,85	11,19	-0,12	424	0,90
		16 a 18 anos (n=170)	12,97	9,58			

Nota: EDAE-A: Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para adolescentes

## Discussão

Esse estudo teve por objetivo adaptar e validar a *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) para adolescentes brasileiros, que recebeu o nome de Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A). A partir do instrumento traduzido e validado no Brasil para adultos (Machado & Bandeira, 2013), poucas foram as modificações realizadas para aplicação do instrumento a adolescentes, referindo-se apenas a aspectos semânticos, conforme necessidade verificada por meio do estudo piloto. Quanto às análises psicométricas do instrumento, a análise fatorial confirmatória corroborou a superioridade do modelo tridimensional, indicando três fatores com bons índices de ajustamento utilizados, sugerindo a adequação dos dados empíricos ao modelo teórico tripartido. Além disso, a confiabilidade – calculada através da fidedignidade composta – para cada fator indicou bons índices, mostrando que o instrumento está adequado, em termos psicométricos, e pode ser aplicado em adolescentes brasileiros. Estes aspectos demonstram que os sintomas de ansiedade, depressão e estresse são bem discriminados em adolescentes por este instrumento, reforçando a validade de construto.

Nossas análises confirmam, mas também divergem de alguns estudos prévios realizados em outros países. Por exemplo, nosso estudo contraria resultados obtidos por Patrick et al. (2010), que extraíram um fator a partir das análises, indicando que a escala DASS-21 não diferencia sintomas de ansiedade, depressão e estresse em crianças e adolescentes. Já em estudos realizados com adolescentes Portugueses (Leal et al., 2009; Pais-Ribeiro et al., 2004), o modelo de três fatores foi superior ao de um ou dois fatores. No entanto, no estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004), alguns aspectos apontam para a dificuldade em discriminar os sintomas de depressão, ansiedade e estresse na adolescência. Embora os autores tenham confirmado a superioridade do modelo de três fatores, reconheceram, ao realizar análises de validade convergente e discriminante com outros instrumentos, que as correlações dos itens com as escalas a que não pertencem são mais elevados do que seria o ideal. Estes aspectos não foram avaliados em nosso estudo, sugerindo a necessidade de novos estudos que verifiquem a validade convergente e discriminante da escala EDAE-A com outros instrumentos que se propõem a medir os mesmos construtos.

Além disso, os resultados do estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004) sugerem que há contaminação entre os construtos ansiedade, depressão e estresse e que as escalas

avaliam aspectos mais semelhantes que diferentes. Este resultado está de acordo com a teoria subjacente que afirma a associação entre os sintomas das diferentes sintomatologias, embora indique a dificuldade da escala em diferenciar os sintomas de acordo com o modelo tripartido. De fato, estes aspectos revelam a dificuldade em discriminar sintomas de ansiedade e depressão, devido à sobreposição de sintomas associados às duas sintomatologias. Para Pais-Ribeiro et al. (2004), é reconhecida a sobreposição da ansiedade e depressão tanto do ponto de vista da saúde mental quanto do ponto de vista estatístico. Dessa forma, embora a escala DASS indique três fatores, altas correlações entre eles são esperadas.

Sobre este aspecto, estudo de Leal et al. (2009) verificou que a consistência interna foi adequada e todos os itens contribuíram para incrementar a consistência. No entanto, após análise dos componentes principais, os autores encontraram que nem todos os itens apresentaram carga adequada na dimensão a que pertenciam. Por outro lado, houve itens com cargas superiores em fatores ao qual não pertenciam originalmente. Em nosso estudo, não foram observadas cargas fatoriais elevadas em mais de um fator. No entanto, consideramos as cargas fatoriais com limite inferior aceitável de 0,40 (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 2005). Nesse aspecto, o item 2 apresentou carga baixa (0,38) para ansiedade “Eu percebi que estava com a boca seca”. Este resultado pode ser devido a alguma dificuldade de compreensão do item, o que deverá ser mais bem observado em estudos futuros.

Sobre a compreensão dos itens, alguns estudos têm revelado que os adolescentes possuem dificuldades, principalmente em relação aos itens do fator tensão ou estresse, o que não foi verificado em nosso estudo, talvez devido aos procedimentos de adaptação que evitaram este tipo de problema. Já no estudo de Szabó (2010), a autora verificou que a DASS-21 fornece evidência inicial para validade de construto em população jovem, no entanto, no geral, o estudo sugere que os adolescentes podem ainda não ter desenvolvido um estado emocional específico semelhante à tensão ou ainda, este estado emocional não foi adequadamente avaliado devido à falta de compreensão aos itens do DASS-21. Enquanto os construtos de depressão e ansiedade são semelhantes entre adultos e adolescentes de 11 e 15 anos de idade, a validade da tensão ou estresse é questionável no grupo dos adolescentes (Szabó, 2010). No estudo de Tully et al. (2009), por exemplo, o estresse pareceu ser sinônimo de afeto negativo, sugerindo a necessidade de replicação dos estudos.

Sobre os escores em cada fator e no total, em nosso estudo foram observadas diferenças significativas nas médias em cada fator (subescala) e no total do escore EDAAE-A por sexo, tendo as meninas, maior média em todos eles, quando comparadas com os meninos. Já em relação à faixa etária, adolescentes mais novos (12 a 15 anos) e mais velhos (16 a 18 anos) não diferiram. Sobre as diferenças entre os sexos, este aspecto pode estar relacionado a estereótipos de gênero, que demonstram especificidades quanto à saúde mental das meninas. Para Traverso-Yepes e Pinheiro (2005), na adolescência as meninas percebem mais restrições à liberdade e um aumento de responsabilidades, dúvidas e conflitos, além de maior controle parental – quando comparadas aos meninos – sentindo a adolescência como um período adverso. Sobre este aspecto, estudos que utilizam outras medidas, como o CDI (*Children's Depression Inventory*) ou BDI (*Beck Depression Inventory*), têm encontrado resultados semelhantes que sugerem que o sexo feminino tende a apresentar escores mais altos de sintomas internalizantes quando comparado ao sexo masculino, que tende a apresentar mais sintomas de externalização (Argimon et al., 2013; Azevedo & Matos, 2014; Hess & Falcke, 2013). No entanto, os estudos realizados com adolescentes, com o instrumento DASS, não encontraram o mesmo resultado em relação à diferença por sexo. Por exemplo, no estudo de Leal et al. (2009), os autores não encontraram diferenças significativas nos escores da DASS por sexo nem entre as idades de 9 a 11 anos e de 12 a 15 anos. Em outro estudo com adolescentes australianos, diferenças entre os sexos não foram estatisticamente significativas. No entanto, adolescentes mais velhos apresentaram maior média no total dos escores de DASS-21 quando comparados com adolescentes mais novos (Patrick et al., 2010). No estudo de Tully et al. (2009), os meninos, quando comparados com as meninas, apresentaram escores mais elevados para DASS, e em relação à faixa etária, os adolescentes mais velhos apresentaram maiores médias quando comparados aos mais novos. A diversidade de resultados quanto à faixa etária e sexo, nos estudos com a escala DASS em adolescentes, sugere a necessidade de novos estudos.

Sobre a medida de confiabilidade da estrutura fatorial, nossos resultados sugerem que a escala EDAAE-A apresenta valores que indicam aceitável confiabilidade da estrutura fatorial – 0,86 estresse, 0,83 ansiedade e 0,90 depressão. Estes valores são próximos dos encontrados em outros estudos de validação da escala DASS com adolescentes de outros países. Por exemplo, o estudo de Patrick et al. (2010) indicou

valores de 0,97 para depressão, 0,92 para ansiedade e 0,95 para estresse. Já o estudo de Pais-Ribeiro et al. (2004) apresentou valores de 0,85 para a subescala depressão, 0,74 para ansiedade e 0,81 para estresse. O estudo de Leal et al. (2009) indicou boa consistência interna, sendo 0,74 para depressão, 0,78 para ansiedade e 0,75 para estresse.

No geral, verifica-se que, entre os estudos realizados com adolescentes, tanto há divergências nos resultados das análises psicométricas, quanto nas comparações dos escores da DASS total e por fatores entre sexo e idade. Estes resultados sugerem a necessidade de mais estudos, principalmente relacionados à validação do instrumento com adolescentes. Em nosso estudo, as análises psicométricas indicam que a EDAE-A é um instrumento bem compreendido pelos estudantes, sendo fácil e rápido em sua aplicação e com propriedades psicométricas satisfatórias, permitindo distinguir sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Seu uso pode facilitar o reconhecimento de sintomas que, juntamente com outras ferramentas (entrevista clínica, por exemplo), pode auxiliar no possível diagnóstico de transtorno mental, essencial para um tratamento e prognóstico adequados.

Sugere-se que novos estudos possam comparar a escala EDAE-A com outros instrumentos que avaliem os mesmos construtos, a fim de atingir uma validade mais completa, já que esta foi uma das limitações de nosso estudo. Além disso, estudos podem verificar evidências de validade do instrumento em populações de diferentes regiões do país, dada à diversidade do Brasil, além de desenvolver estudos específicos com amostras clínicas. Assim, é importante observar o desempenho do instrumento em diferentes culturas e países. A adaptação em diversos contextos e amostras permite a maior equidade na avaliação. De fato, os estudos transculturais têm atraído a atenção de vários pesquisadores, principalmente na área da saúde mental. Estes estudos permitem verificar diferenças entre indivíduos e culturas, além de possibilitar a compreensão de semelhanças culturais, bem como as diferenças (Borsa et al., 2012). Desta forma, sugere-se que novos estudos possam investigar, a validade convergente e discriminante da escala com outros instrumentos, além de comparar amostras clínicas com não-clínicas e adolescentes de diferentes *status* socioeconômico.



Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A)

Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas

**0** Não aconteceu comigo nessa semana

**1** Aconteceu comigo algumas vezes na semana

**2** Aconteceu comigo em boa parte da semana

**3** Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

1	Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2	3
2	Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2	3
3	Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2	3
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu senti que estava bastante nervoso(a)	0	1	2	3
9	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobó(a)	0	1	2	3
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2	3
11	Notei que estava ficando agitado(a)	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti abatido(a) e triste	0	1	2	3
14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me empolgar com nada	0	1	2	3
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3

18	Eu senti que eu estava muito irritado(a)	0	1	2	3
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2	3
20	Eu me senti assustado(a) sem ter motivo	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

### **Permissão para o uso do instrumento**

Não há necessidade de solicitar permissão para o uso do instrumento. No entanto, é exigido que o devido crédito seja concedido aos seus autores. O presente artigo deve ser utilizado para a citação do instrumento, e esta nota assegura a permissão para sua utilização.

### CAPÍTULO III

#### PREVALÊNCIA DE EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA DIRETA E INDIRETA: UM ESTUDO COM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS<sup>3</sup>

##### Resumo

A adolescência é considerada uma etapa do ciclo vital na qual há maior vulnerabilidade à exposição à violência tanto direta (ser a própria vítima), quanto indireta (ser testemunha ou ouvir falar). Estudos nacionais e internacionais têm dado enfoque, principalmente, à exposição direta dos adolescentes à violência. Este estudo investigou a exposição à violência direta (VD) e indireta (VI), assim como variáveis associadas (sexo, faixa etária, reprovação escolar e configuração familiar), em 426 adolescentes de 12 a 18 anos estudantes de escolas públicas da cidade de Porto Alegre - RS. Foi utilizada uma ficha de dados sociodemográficos e o instrumento “Triagem da exposição de crianças à violência na comunidade”. Análises descritivas e inferenciais (testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) indicaram que 65% dos participantes foram expostos a, pelo menos, um episódio de VD, enquanto 97% foram expostos à VI; e que ambas as exposições foram mais frequentes em adolescentes de 16 a 18 anos ( $p < 0,001$ ) e que apresentaram reprovação escolar ( $p < 0,02$ ). Destaca-se a necessidade de novos estudos que investiguem fatores associados à violência indireta e o impacto deste tipo de exposição no desenvolvimento, além de políticas públicas de prevenção e intervenção na área da violência infanto-juvenil.

Palavras-chave: Adolescência, Exposição à violência, Vítima, Testemunha

##### Abstract

Adolescence is one stage of the life cycle in which the probability of being exposed to direct violence (being victim) and indirect (being witness or hearing about) increases. National and international studies have been focusing mainly on the direct exposure of adolescents to violence. This study investigated the exposure to direct (DV) and indirect violence (IV) and associated variables (gender, age, school failure and family

---

<sup>3</sup> Este capítulo foi escrito em coautoria com a orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell’Aglio

configuration) in 426 adolescents aged 12 to 18 years attending public schools in Porto Alegre - RS. The instruments were a sociodemographic form and the Screening of Exposure to Violence of Children in the Community. Descriptive and inferential analyses (Mann-Whitney test and Kruskal-Wallis test) indicated that 65% of the participants were exposed to at least one episode of DV, while 97% were exposed to IV; and both exposures were more frequent in adolescents aged 16-18 years ( $p < 0.001$ ) and with school failure ( $p < 0.02$ ). The necessity of further studies to investigate factors associated with indirect violence and the impact of such exposure in the development is highlighted as well as the necessity of public policies for prevention and intervention in the area of child and adolescent violence.

Keywords: Adolescence, Exposure to violence, Victim, Witness

## Introdução

Além de ser considerada uma violação dos direitos, a violência caracteriza-se como um problema de saúde pública devido às consequências à saúde física e psíquica que acarreta aos envolvidos. Pode ser definida como a utilização da força física, do poder ou ameaça que pode resultar em lesão, morte, privação ou dano psicológico, contra si mesmo ou contra outra pessoa (WHO, 2002). De forma complementar a esse conceito, Koller e De Antoni (2004) sugerem que a violência caracteriza-se por ações ou omissões que podem interromper, impedir ou retardar o desenvolvimento saudável dos seres humanos.

Embora o fenômeno esteja presente em vários contextos e faixas etárias da população, certas características sociais, culturais e desenvolvimentais podem tornar algumas pessoas mais vulneráveis à exposição à violência. De acordo com Souza e Lima (2006) a violência é mais prevalente em algumas populações, provocando riscos diferenciados segundo a escolaridade, idade, sexo e etnia. Por exemplo, comunidades que possuem menor poder aquisitivo e culturas onde a violência é percebida como uma maneira legítima de resolver os conflitos podem estar mais expostas à violência (IBGE, 2009; Sanchez & Minayo, 2006).

Em termos desenvolvimentais, dados atuais têm apontado a adolescência como um período de maior vulnerabilidade para exposição à violência (Waiselfisz, 2014). Esta maior exposição pode estar atrelada às rápidas e intensas mudanças biopsicossociais, na qual processos de experimentação de novos ambientes e

comportamentos ocorrem na busca pela autonomia e identidade (Levy, 2007; Pratta & Santos, 2007). Comportamentos e situações até então não experimentados começam a fazer parte da vida do adolescente juntamente com uma maior independência dos pais e identificação com outros grupos. Além disso, na família, podem surgir divergências de opiniões e valores, assim como conflitos, que exigem flexibilidade dos pais para não culminar em situações de violência (Cerveny & Berthoud, 2009; Levy, 2007). Na busca pela autonomia, o grupo de amigos também possui influência na vida do adolescente, podendo servir como fator de proteção, mas também de risco. Sobre este último aspecto, pode-se considerar que ao sentir-se mais forte e onipotente o adolescente expõe-se a situações de risco (Huculak, McLennan, & Bordin, 2011) como, por exemplo, quando envolve-se em situações de violência contra outros adolescentes ou outros grupos (Lisboa, Braga, & Ebert, 2009).

De fato, dados de estudos nacionais e internacionais têm evidenciado a alta exposição à violência na adolescência (Benetti et al., 2006; Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues, & Tremarin, 2007; Benetti et al., 2010; Haynie, Petts, Maimon, & Piquero, 2009; Margolin, Vickerman, Oliver, & Gordis, 2010; Mrug & Windle, 2010; Souza et al., 2014; Williams, D’Affonseca, Correia, & Albuquerque, 2011; Waiselfisz, 2014). Por exemplo, dados do Mapa da violência contra crianças e adolescentes no Brasil indicaram que as mortes por causas externas (por acidentes e violência, geralmente, homicídios) têm aumentado se comparadas com as mortes por causas naturais (doenças, por exemplo). Por exemplo, em 2011, mais de um milhão de jovens foram vítimas de homicídios, sendo sua incidência, nessa faixa etária, mais elevada do que no restante da população (Waiselfisz, 2014).

Estudos nacionais e internacionais têm destacado os impactos da exposição à violência ao desenvolvimento humano (Benetti et al., 2006; Benetti et al., 2010; Benetti, Schwartz, Soares, Macarena, & Patussi, 2014; Hardaway, McLoyd, & Wood, 2012; Haynie et al., 2009; Murray, Cerqueira, & Kahn, 2013). Embora a maioria deles trate das consequências da exposição direta à violência, pesquisadores têm indicado que não apenas ser a vítima, mas presenciar ou ouvir falar de cenas de violência – exposição indireta – também é fator de risco para o desenvolvimento (Almeida, Miranda, & Lourenço, 2013; Ho & Cheung, 2010; Mrug & Windle, 2010).

Na esfera internacional, pesquisas têm sido realizadas com o intuito de dar visibilidade à exposição indireta à violência e suas consequências para os adolescentes.

Por exemplo, estudo realizado com adolescentes chineses verificou que a exposição à violência nos contextos da escola e da família foi associada a problemas emocionais (Ho & Cheung, 2010). Em estudo realizado nos Estados Unidos, a exposição à violência indireta na família, escola ou comunidade estava associada com transtornos de internalização (como por exemplo, a depressão) e externalização (por exemplo, agressividade). Esse mesmo estudo verificou que a exposição à violência na família e na escola repercute de forma mais negativa no desenvolvimento dos adolescentes do que a exposição à violência na comunidade (Mrug & Windle, 2010). Outro estudo, também realizado com adolescentes dos Estados Unidos, constatou que a exposição à violência direta e indireta está relacionada com maiores riscos de fuga de casa, evasão escolar, gravidez na adolescência, suicídio e problemas com a justiça (Haynie et al., 2009).

No Brasil, estudo realizado com adolescentes gaúchos teve como objetivo verificar a associação entre exposição (direta e indireta) à violência comunitária, uso de drogas ilícitas e envolvimento com a polícia. Os autores encontraram que 90,2% dos adolescentes se envolveram, em ao menos um episódio, de violência como vítima direta e 91,6% deles foi exposto a, pelo menos, um episódio de violência indireta. Ambas as formas de exposição foram correlacionadas positivamente com o uso de drogas e o envolvimento com a polícia (Benetti et al., 2006).

Ainda em cenário nacional, observa-se que as pesquisas sobre violência enfocam principalmente a exposição direta, sendo poucos os que investigam a exposição à violência indireta, embora dados indiquem que esta forma de exposição causa impacto ao desenvolvimento de adolescentes. Por exemplo, as pesquisas existentes sobre esta forma de exposição, no Brasil, têm como foco a violência conjugal (Maldonado & Williams, 2005; Fantinato & Cia, 2015; Sani & Cunha, 2011) e a violência escolar, mais especificamente, o *bullying* (Bandeira & Hutz, 2012; Binsfeld & Lisboa, 2010; Oliveira, Silva, Yoshinaga, & Silva, 2015; Williams et al., 2011). Menos ainda, são os estudos que consideram, em conjunto, ambos os tipos de exposição à violência – direta e indireta (Benetti et al., 2006; Benetti et al., 2010; Zavaschi et al., 2002). Além do mais, o contexto familiar parece ser privilegiado nestas pesquisas, havendo um menor número de estudos sobre a violência extrafamiliar (Braga & Dell’Aglío, 2012; Hildebrand, Celeri, Morcillo, & Zanolli, 2015).

Sobre as variáveis associadas à exposição à violência na adolescência, estudos nacionais e internacionais têm indicado que adolescentes mais velhos (Benetti et al.,

2006; Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura, & Baltes 2009; Weintraub, Vasconcellos, Bastos, Fonseca, & Reis, 2013; Zavaschi et al., 2002) e do sexo masculino (Benetti et al., 2010; Moreira et al., 2013; Souza et al., 2014; Waiselfisz, 2014; Weintraub et al., 2013; Zavaschi et al., 2002) são mais vulneráveis à exposição à violência, quando comparados com adolescentes do sexo feminino e mais novos. No entanto, quando são analisados os diferentes contextos de exposição (intra ou extrafamiliar) e formas de violência (negligência, física, psicológica e sexual), os resultados das pesquisas podem apresentar-se de maneira diferenciada entre faixas etárias e os sexos. De acordo com estudo realizado no sul do Brasil por Benetti et al. (2006), meninos estão mais expostos à violência extrafamiliar e as meninas à violência intrafamiliar. Outro estudo, também do sul do Brasil indicou que meninas foram mais expostas tanto à violência intra quanto extrafamiliar, quando comparadas com os meninos (Braga & Dell’Aglia, 2012).

Trabalho de meta análise de estudos internacionais sobre exposição à violência extrafamiliar na comunidade encontrou que os meninos mais velhos foram mais expostos a este tipo de violência do que as meninas (Fowler et al., 2009). No entanto, estudo brasileiro, realizado por Avanci, Assis, Oliveira e Pires (2009) sugere maior exposição à violência nos meninos, independente do contexto de exposição. Ao analisar o perfil de crianças e adolescentes expostos à violência, Costa et al. (2007) verificaram que não houve diferença entre meninos e meninas na exposição à violência, no entanto, entre os adolescentes de 17 a 19 anos, as violências mais frequentes foram a psicológica, através de humilhações; entre os adolescentes mais novos (10 e 13 anos), a violência sexual foi mais frequente. Outro estudo brasileiro que buscou investigar o perfil de adolescentes abusados sexualmente, verificou que 75% dos casos notificados foram de meninas entre 5 e 12 anos (Pelisoli, Pires, Almeida, & Dell’Aglia, 2010).

Ainda em contexto nacional, trabalho realizado por Huculac et al. (2011) sobre a exposição à violência em adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas não encontrou diferenças entre meninos e meninas em relação à exposição à violência física. No entanto, neste estudo, as meninas foram mais expostas à violência sexual. Desta forma, os estudos parecem indicar que os contextos de exposição (intra ou extrafamiliar) e as formas de violência (física, psicológica, negligência ou sexual) são aspectos a ser considerados ao observar diferenças entre idade e sexo dos adolescentes na maior ou menor exposição à violência.

Outro fator que se relaciona a exposição à violência é o desempenho escolar, tendo os estudos, divergências em seus resultados. Por exemplo, estudo brasileiro realizado por Brancalhone, Fogo e Williams (2004) não encontrou diferenças estatisticamente significativas, no desempenho escolar crianças de 7 a 11 anos, ao comparar as que sofriam exposição indireta à violência conjugal com alunos que não sofriam exposição. Outro estudo nacional realizado com professores indicou que, na sua percepção, além de menor desempenho, os alunos expostos à violência possuíam maiores problemas de comportamentos (Pereira & Williams, 2008). Já o estudo de Pereira, Santos e Williams (2009), ao comparar crianças expostas direta ou indiretamente à violência doméstica com crianças sem exposição, encontrou diferenças no desempenho escolar, tendo as primeiras, menor desempenho. Os autores sugerem que outros estudos possam ser desenvolvidos a fim de comparar desempenho e associação com exposição à violência doméstica. Estudo recente realizado no Brasil sobre violência e juventude indicou que os anos de estudo correlacionam-se negativamente com violência interpessoal de forma que a reprovação possui correlação positiva. Os autores ressaltam que esta é apenas uma forma de perceber o fenômeno da violência, embora tenham verificado que a educação tenha efeitos positivos na redução da violência (Almeida, Campos, Santos, & Paiva, 2014).

Outros estudos ainda sugerem que a forma como a família se organiza pode influenciar na maior ou menor exposição de adolescentes à violência. Estudo realizado com adolescentes do Rio Grande do Sul indicou que aqueles que não viviam com ambos os pais (mãe e pai) apresentaram maior exposição à violência (Zavaschi et al., 2002). Outra pesquisa, no entanto, indicou que morar com ambos os pais ou apenas com o pai foi fator de proteção apenas para a exposição à violência física nas meninas (Andrade et al., 2012). No entanto, poucos são os estudos que verificam a associação entre morar ou não com ambos os pais e violência (Horta, Horta, Pinheiro, & Krindges, 2010).

A fim de contemplar aspectos pouco investigados em âmbito nacional, além de dar visibilidade a um problema de saúde pública que é a exposição à violência na adolescência, este estudo investigou a exposição à violência direta (VD) e indireta (VI), assim como variáveis associadas (sexo, faixa etária, reprovação escolar e configuração familiar) em adolescentes de 12 a 18 anos estudantes de escolas públicas de cinco regiões da cidade de Porto Alegre-RS.



## Método

### Participantes

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “*Exposição à violência na Adolescência: Relações com bem-estar e saúde mental*”, que tem por objetivo geral investigar a relação entre exposição a diferentes tipos de violência, bem-estar e saúde mental em adolescentes. Participaram deste estudo 426 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos ( $M=14,91$ ;  $DP=1,66$ ), 264 meninas (62%) e 162 meninos (39%), estudantes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, de escolas públicas de cinco diferentes regiões da cidade de Porto Alegre (RS, Brasil).

### Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

*Ficha de dados sociodemográficos*: construída para este estudo, teve como objetivo investigar dados como idade, sexo, série escolar, reprovação escolar, configuração familiar, entre outros.

*Triagem da Exposição de Crianças à Violência na Comunidade* (versão Richters & Martinez, 1993; adaptado para o Brasil por Zavaschi et al., 2002). Este questionário consiste em 50 questões que abordam quatro tipos de violência – violência comunitária, familiar, sexual e exposição às drogas, das quais os adolescentes possam ter sido as próprias vítimas da violência (exposição direta), possam ter presenciado como testemunhas, ou possam ter ouvido falar sobre tais situações (exposição indireta). As questões são respondidas por meio de escolha simples, devendo o adolescente marcar verdadeiro ou falso caso tenha ou não sido vítima da situação. Das questões, 12 dizem respeito à exposição à violência direta e 37 à exposição à violência indireta. A última questão do instrumento é aberta, na qual o participante pode descrever alguma outra situação de violência não incluída nas questões anteriores. No estudo de adaptação do instrumento, desenvolvido por Zavaschi et al. (2002), foi observada uma consistência interna satisfatória ( $\alpha=0,89$ ).

### Procedimentos

A pesquisa da qual este estudo faz parte foi aprovada por Comitê de Ética em Psicologia (CAAE: 22080914.1.0000.5334) e seguiu os aspectos éticos que garantem a

integridade dos participantes, de acordo com legislações brasileiras, tendo como base a Resolução nº 466 (Brasil, 2012) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). As escolas públicas foram selecionadas por conveniência a partir de cinco regiões diferentes, localizadas em bairros não centrais da cidade de Porto Alegre-RS. Após apresentação do projeto de pesquisa e assinatura do Termo de Concordância de cada escola, turmas de ensino fundamental e médio de cada escola foram convidadas a participar. Aqueles que aceitaram o convite enviaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais ou cuidadores assinarem. Além disso, os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento. Após a assinatura, dias e locais foram combinados com cada escola para fazer a coleta coletiva dos dados, que ocorreu em sala de aula. Os resultados parciais foram apresentados para as turmas, após o término da coleta de dados.

#### Análise dos dados

Os dados foram digitalizados no programa estatístico SPSS versão 22.0. Estatísticas descritivas e inferenciais foram realizadas, segundo objetivos do estudo. Testes U de *Mann-Whitney* foram realizados, a fim de comparar as médias de exposição à violência direta e indireta entre os sexos, faixas etárias (12 a 15 anos e 16 a 18 anos) e reprovação escolar. Foi realizado teste de análise de variância *Kruskal-Wallis* para verificar diferenças na exposição à violência direta e indireta em relação às configurações familiares, considerando as configurações nuclear, monoparental e reconstituída. Adolescentes que apresentaram outros tipos de configuração familiar foram excluídos dessa análise. A opção pela utilização de testes não-paramétricos se deu devido a não-normalidade na distribuição das variáveis investigadas. Foram realizados cálculos de tamanho de efeito para cada análise, sendo *d* de Cohen para diferença de duas médias e *r* para três médias.

#### Resultados

A maior parte dos adolescentes é do sexo feminino, com idades entre 12 e 15 anos, sem reprovação escolar e pertencente à configuração familiar nuclear. As características sociodemográficas dos adolescentes estão descritas na Tabela 3.

*Tabela 3 - Características sociodemográficas dos adolescentes*

Variável		<i>f</i>	%
Sexo	Meninos	162	38
	Meninas	264	62
Faixa etária	12 a 15 anos	256	60
	16 a 18 anos	170	40
Reprovação escolar	Não	274	64
	Sim	152	36
Configuração familiar	Nuclear	206	48
	Monoparental	130	31
	Reconstituída	72	17
	Outras	18	4

Os escores no instrumento *Triagem da Exposição de Crianças à Violência na Comunidade* (Zavaschi et al., 2002) variaram de 0 a 39, com uma média de 14,58 ( $DP=9,12$ ) e consistência interna de 0,91. A violência direta (VD) variou de 0 a 8, com média de 1,64 ( $DP=1,77$ ), enquanto a violência indireta (VI) variou de 0 a 34, com média de 12,94 ( $DP=7,96$ ). Pode-se observar que 65% dos adolescentes foram expostos a, pelo menos, um episódio de VD, enquanto 97% foram expostos à, pelo menos, uma forma de VI.

A Tabela 4 apresenta os dados referentes à exposição à VD e VI por sexo, faixa etária (12 a 15 anos e 16 a 18 anos), reprovação escolar e configuração familiar (nuclear, monoparental, ou reconstituída). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e entre os diferentes tipos de configuração familiar. No entanto, foram observadas diferenças entre as faixas etárias, sendo que os adolescentes mais velhos (16 a 18 anos) apresentaram maior exposição à violência direta e indireta; e entre o grupo com reprovação escolar e sem reprovação, sendo que os adolescentes que reprovaram ao menos uma vez apresentaram maior exposição, tanto à violência direta quanto à indireta.

*Tabela 4. Médias e medianas da exposição à VD e VI por sexo, faixa etária, reprovação escolar e configuração familiar*

		Média	Md	Dp	Teste	<i>p</i>	Tamanho de efeito	
VD	Sexo	Meninos	1,82	1	1,80	U=19186,00	0,066	0,16
		Meninas	1,53	1	1,75			
	Faixa etária	12 a 15 anos	1,37	1	1,63	U=17013,00	<0,001	0,39
		16 a 18 anos	2,05	2	1,89			
	Reprovação	Não	1,34	1	1,54	U=15758,00	<0,001	0,49
		Sim	2,19	2	2,01			
Configuração familiar	Monoparental	1,66	1	1,79	X <sup>2</sup> (2)=1,29	0,524	0,003	
	Nuclear	1,55	1	1,73				
	Reconstituída	1,74	1	1,64				
VI	Sexo	Meninos	13,50	13	8,47	U=20166,00	0,323	0,11
		Meninas	12,59	12	7,63			
	Faixa etária	12 a 15 anos	11,51	11	7,74	U=15959,50	<0,001	0,46
		16 a 18 anos	15,09	16	7,82			
	Reprovação	Não	11,93	11,50	7,17	U=54644,00	0,002	0,36
		Sim	14,75	14,50	8,96			
Configuração Familiar	Monoparental	12,43	11	7,62	X <sup>2</sup> (2)=2,28	0,320	0,005	
	Nuclear	12,86	13	8,12				
	Reconstituída	14,15	14	8,10				

*Nota: VD = Violência Direta; VI = Violência Indireta*

Análises de frequência foram realizadas a fim de verificar, separadamente, as taxas de exposição à VD e VI, segundo cada afirmativa do instrumento. A Tabela 5

apresenta as cinco afirmativas de maior frequência em VD e VI, podendo-se observar maiores frequências nos itens de VI.

*Tabela 5. Percentual dos Itens mais frequentes de exposição à VD e VI*

<i>Afirmativas VD</i>	<i>%</i>
Eu apanhei ou fui assaltado	28
Eu recebi tapas, socos ou apanhei de algum membro da minha família	23
Eu estava em casa quando alguém invadiu ou tentou invadir a minha casa/apartamento	15
Eu fui perseguido por gangues ou por crianças mais velhas	14
Eu recebi tapas, socou ou apanhei de alguém que não é membro da minha família	14
<i>Afirmativas VI</i>	
Eu vi outras pessoas usarem, venderem ou ajudarem a distribuir drogas ilegais	66
Eu conheço uma pessoa que apanhou ou foi assaltada	64
Eu conheço uma pessoa que teve sua casa/apartamento invadido	57
Eu vi ou ouvi um revólver ser disparado enquanto eu estava em casa	57
Eu ouvi sobre uma pessoa morta em algum lugar na comunidade	57

#### Discussão

Os resultados confirmam a alta exposição de adolescentes à VD, problema já descrito e discutido por outros estudos nacionais (Almeida et al., 2013; Braga & Dell’Aglío, 2012; Souza et al., 2014; Waiselfisz, 2014). Cabe ressaltar que o instrumento utilizado neste estudo trata, principalmente, da exposição à violência indireta, sendo 37 itens relacionados a esta forma de exposição e apenas 12 à exposição direta. Além disso, grande parte das afirmativas não especifica o contexto de exposição, se intra ou extrafamiliar, apenas uma afirmativa caracteriza de forma explícita - intrafamiliar (“Eu recebi tapas, socos ou apanhei de algum membro da minha família” e os equivalentes para a violência indireta). Nas outras afirmativas são mencionadas formas de violência (assaltos, roubos, invasões, tiroteio, morte, perseguição, tráfico de drogas, etc) que podem ocorrer tanto no contexto intra quanto extrafamiliar, embora ocorram, geralmente, na comunidade.

Esta pesquisa abarcou aspectos relacionados à violência indireta (testemunhar ou ouvir falar), especialmente violências que envolvem contextos extrafamiliares - como

roubos, assaltos, tiroteios. Os resultados indicaram um alto percentual de exposição à violência indireta, já que quase a totalidade dos adolescentes foi exposto a, pelo menos, um episódio de violência. Este aspecto é um diferencial importante do estudo, já que no Brasil, o interesse tem se voltado para pesquisas relacionadas à violência direta ocorrida, principalmente, na família (Braga & Dell’Aglío, 2012; Hildebrand et al., 2015) sendo escassos os estudos relacionados à exposição indireta e em contextos extrafamiliares (Benetti et al., 2006; Benetti et al., 2010).

A exposição a ambas as formas de violência pode ser reflexo da violência que assola as áreas urbanas no país (Souza & Lima, 2006; Waiselfisz, 2014; Zavaschi et al., 2002) e que tem, cada vez mais, se interiorizado para cidades menores. Dessa forma, tem expandido suas formas de atuação e seus contextos de ocorrência. Segundo Marín-León, Oliveira, Barros, Dalgalarrodo e Botega (2007), a realidade compõe-se da exposição frequente de imagens violentas tanto nos meios de comunicação (virtualmente), como na vida real, através do testemunho da violência na comunidade, por exemplo. Assim, não é surpreendente que os adolescentes tenham presenciado ou ouvido falar, ao menos uma vez, de situações violentas. No entanto, cabe ressaltar que, no instrumento, situações de violência na televisão, telejornais ou internet não são considerados, embora estudos afirmem que este tipo de exposição também possui impacto ao desenvolvimento, com repercussões principalmente no comportamento agressivo de crianças e adolescentes (Njaine, 2006; Vieira, Mendes, & Guimarães, 2010). Assim, talvez a exposição indireta à violência seja ainda maior, já que é comum a mídia ressaltar, diariamente, episódios de violências e mortes (Marín-León et al., 2007).

Portanto, este estudo destaca que além de adolescentes estarem expostos a vários tipos de violência como vítimas diretas – como confirmam estudos na área (Braga & Dell’Aglío, 2012; Moreira et al., 2013; Waiselfisz, 2014), eles também são expostos a mais variadas formas de violência indireta, como testemunhas. De fato, os percentuais indicam que a violência está em todos os contextos e de várias formas, sendo comum a exposição e a convivência diária com a violência (Benetti et al., 2006; Zavaschi et al., 2002). Neste estudo, alguns fatores foram investigados, como a idade, sexo, reprovação escolar e configuração familiar, observando sua relação com a exposição à violência.

Quanto ao sexo, meninos e meninas não diferiram estatisticamente nas frequências de exposição à VI e VD, diferenciando-se de estudos que utilizaram o

mesmo instrumento e encontraram maior exposição à violência tanto direta como indireta, em meninos (Benetti et al., 2006; Benetti et al., 2010; Zavaschi et al., 2002). Embora estes estudos tenham encontrado diferenças, pode-se indicar que, em nosso estudo, o fato de não haver diferença entre os sexos pode ser decorrente do instrumento não diferenciar os contextos de exposição (se intra ou extrafamiliar).

De fato, outros estudos brasileiros têm destacado que há diferença na exposição à violência entre meninos e meninas, sendo os primeiros mais expostos à violência extrafamiliar ou em ambos os contextos (intra e extra) (Avanci et al., 2009) e as meninas mais expostas à violência intrafamiliar (Benetti et al., 2010; Braga & Dell’Aglia, 2012; Javdani, Abdul-Adil, Suarez, Nichols, & Farmer, 2014; Souza et al., 2014), principalmente ao abuso sexual (Habigzang, Cunha, & Koller, 2010). O resultado encontrado neste estudo também pode indicar que a violência está atingindo de forma semelhante meninos e meninas. Estudos que encontraram maior exposição à violência em meninos justificam essa diferença pela educação e socialização diferenciada em relação aos sexos. Por exemplo, meninos tendem a ser educados para serem mais agressivos e conviverem no espaço da rua, desta forma, são mais expostos aos episódios de violência (Benetti et al., 2006; Javdani et al., 2014; Moreira et al., 2013). Diante de tal justificativa, pode-se pensar que, atualmente, as meninas estão tendo maiores oportunidade de frequentar contextos mais amplos, além disso, a educação e socialização parecem estar mais igualitárias em relação aos sexos. Dessa forma, as meninas estão podendo participar mais de lugares públicos e expondo-se a maiores riscos.

Embora com pequeno a moderado tamanho de efeito ( $d=0,39$ ) (VD) e ( $d=0,46$ ) (VI) observaram-se diferenças significativas em relação à faixa etária, com uma média de exposição à VD e VI mais frequente em adolescentes mais velhos (16 a 18 anos), confirmando estudos anteriores (Benetti et al., 2006; Fowler et al., 2009). A maior exposição à violência em adolescentes mais velhos pode ser explicada devido a maior vivência – pela idade, de um maior número de situações sem supervisão direta de adultos e, portanto, os percentuais e as médias de exposição são maiores do que em adolescentes mais novos. Por outro lado, pode-se pensar que adolescentes mais novos permanecem mais no ambiente familiar do que os mais velhos e, portanto, expõem-se menos às situações de risco no contexto da rua.

Sobre o desempenho escolar, adolescentes que reprovaram, ao menos uma vez na escola, foram mais expostos a VD e VI, quando comparados com adolescentes que nunca reprovaram, com um tamanho de efeito moderado ( $d=0,49$ ) para VD e pequeno para VI ( $d=0,36$ ). Pode-se pensar que a exposição à violência, tanto de forma direta, quanto indireta, afeta o desempenho escolar, podendo levar a reprovação (Margolin & Gordis, 2000). Por outro lado, adolescentes que possuem baixo desempenho escolar podem estar expostos a maiores situações de risco - como a violência, já que estudos têm apontado a escola como um fator que pode ser de proteção, embora possa também ser de risco (Andrade & Acle-Tomasini, 2012; Nunes, Pontes, Silva, & Dell'Aglio, 2014). Alguns estudos indicam que alunos que reprovam na escola tendem a atribuir o fracasso a sua própria responsabilidade (Garcia & Boruchovitch, 2014; Martini & Del Prette, 2005). Essa atribuição interna de causalidade, embora possibilite motivação para agir, pode, por outro lado, facilitar a interiorização de sentimentos de culpa e de baixa autoestima, acarretando diminuição da autoeficácia, autoconceito e expectativas em relação ao futuro (Martini & Del Prette, 2005). Dessa forma, considera-se que as relações entre a exposição à violência e reprovação escolar (desempenho escolar), principalmente sobre a VI, devem ser melhor investigadas em estudos futuros.

Não foram observadas diferenças na exposição à VD nem VI em relação às configurações familiares (monoparental, nuclear e reconstituída). Um estudo de revisão de artigos empíricos concluiu que, as configurações familiares não diferem em termos de resultados desenvolvimentais de crianças e adolescentes (Oliveira, Siqueira, Dell'Aglio, & Lopes, 2008). De fato, resultados de outros estudos têm indicado que as relações que se estabelecem na família são mais importantes que a sua forma de organização (Mota & Matos, 2009; Sbicigo & Dell'Aglio, 2012). Esse resultado indica que outros fatores, que não a configuração familiar e sexo, podem explicar a maior ou menor exposição de adolescentes à VD e VI, sugerindo a necessidade de estudos que avaliem variáveis pessoais e contextuais mais amplas, a partir da compreensão do fenômeno da violência como um processo complexo.

Os itens mais frequentes de exposição à VD, conforme a Tabela 6, sugerem que os adolescentes são expostos, principalmente, à violência física em contexto familiar e fora dele, além de outras formas de violência. Ao analisar as afirmativas mais frequentes da VI, percebe-se que a maior parte dos adolescentes presenciou tráfico de drogas, violência física, assaltos, invasões e mortes, aspectos que confirmam que os



adolescentes estão em contextos de risco para o desenvolvimento, sendo estas situações cada vez mais presentes, principalmente em capitais brasileiras (Souza & Lima, 2006). Estes dados podem ser indícios do crescimento da violência no Brasil descrita por alguns estudos (Murray et al., 2013; Porto, 2002) e, conseqüentemente, da sua presença em todos os contextos de desenvolvimento dos adolescentes, seja intra ou extrafamiliar (Marín-León et al., 2007; Mrug, Madan, & Windle, 2015; Porto, 2002). As conseqüências dessas diferentes formas de violência e de exposição, na adolescência, devem ser investigadas.

### Considerações finais

Este estudo teve como objetivo verificar a frequência de exposição à violência direta (ser vítima) e indireta (presenciar a violência) e sua relação com as variáveis sexo, faixa etária (adolescentes mais novos -12 a 15 anos e, mais velhos - 16 a 18 anos), reprovação escolar e configuração familiar em adolescentes de 12 a 18 anos, estudantes de escolas públicas de cinco regiões da cidade de Porto Alegre-RS. Os resultados indicaram que 65% dos participantes foram expostos a, pelo menos, um episódio de VD, enquanto 97% foram expostos à VI. Ambas as exposições foram mais frequentes em adolescentes de faixas de 16 a 18 anos e que apresentaram reprovação escolar.

Algumas limitações do estudo devem ser destacadas. Por exemplo, as que dizem respeito ao instrumento utilizado para investigar a exposição direta e indireta à violência. O mesmo não investiga explicitamente os contextos de ocorrência da VD e VI, se intra ou extrafamiliar. Além disso, não inclui todas as formas de violência (física, psicológica, sexual e negligência), apenas a física e sexual, embora estudos indiquem que a violência psicológica co-ocorre com outras formas de violência (Costa et al., 2007). Destaca-se que estes aspectos são discutidos por alguns estudos, que indicam que as variáveis sexo e faixa etária, por exemplo, estão associadas ao contexto de exposição e às formas de violência (Andrade et al., 2012; Costa et al., 2007; Pelisoli et al., 2010). No entanto, este é o único instrumento, traduzido e adaptado para Brasil, que inclui essas duas formas de exposição (VD e VI), identificado por meio de busca em publicações recentes na área.

No Brasil, há subnotificação da violência contra crianças e adolescentes e dificuldades na obtenção de dados sobre a ocorrência de violência devido a inúmeros fatores (Almeida et al., 2013; Costa et al., 2007; Pelisoli et al., 2010). Nesse estudo, por

exemplo, pode ter havido uma limitação no acesso aos casos de violência, na medida em que era necessária a assinatura dos pais ou responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Se, por um lado, muitos adolescentes esqueciam-se de trazer assinado, outros, podem não ter conseguido o consentimento dos pais ou, nem ter entregado aos pais, por medo, por exemplo. Apesar de ser uma questão ética obter o consentimento dos pais (ou outros responsáveis) para seus filhos adolescentes participarem da pesquisa, este fato pode dificultar o processo de recolha de informações e até mesmo de sinalização de casos de violência que necessitam intervenção (Sbicigo, Tronco, & Dell'Aglio, 2013).

Apesar das limitações, este estudo parece ser um indicativo de alerta para a situação da exposição de adolescentes à violência. É importante ressaltar que a violência é um fenômeno complexo sendo que vários fatores influenciam a maior ou menor exposição à violência na adolescência. Dessa forma, sugere-se que estudos contemplem outras variáveis como *status* socioeconômico, aspectos culturais, religiosos, escolaridade dos pais, etc. Além disso, é necessário investigar os efeitos destas formas de exposição (VD e VI) e, principalmente, os efeitos da exposição indireta, no desenvolvimento biopsicossocial a curto, médio e longo prazo, através de estudos quantitativos, mas também qualitativos e longitudinais. Estudos que investiguem essa questão entre adolescentes de diferentes contextos socioeconômicos e culturais também são necessários, tendo em vista indicativos de diferenças nas condições de desenvolvimento de acordo com a situação social das famílias. Políticas públicas na área da violência devem considerar a exposição indireta à violência como um aspecto importante que merece intervenção.

## CAPÍTULO IV

### EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA, BEM-ESTAR SUBJETIVO E SINTOMAS INTERNALIZANTES EM ADOLESCENTES<sup>4</sup>

#### Resumo

Estudos sobre exposição à violência na adolescência têm investigado principalmente situações familiares e a associação com externalização, dedicando-se pouco à compreensão das consequências sobre aspectos positivos do desenvolvimento, como bem-estar subjetivo e relação com sintomas internalizantes. Desta forma, este estudo teve como objetivo verificar a associação entre exposição à violência direta (VD) (ser vítima) e violência indireta (VI) (testemunhar), Bem-Estar Subjetivo (BES) e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes de 12 a 18 anos ( $M=14,91$ ;  $DP=1,66$ ). Foram utilizadas uma ficha de dados sociodemográficos; um instrumento de triagem de exposição à violência de crianças na comunidade; a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAÉ-A); as escalas de Afetos Positivos (AP) e Afetos Negativos (AN) e a Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSVA). Os resultados indicaram que ser exposto à VD e VI, ser do sexo feminino, ter maior nível de AN e menores níveis de satisfação de vida (SV) estão associados a escores mais altos de ansiedade, depressão e estresse. A exposição à VD e sintomas de depressão foram associados a menor BES. Discute-se a importância de tais achados e a necessidade de novos estudos.

Palavras-chave: Violência, Adolescência, Internalização, Bem-Estar Subjetivo

#### Abstract

Studies about exposure to violence during adolescence have mostly investigated family situations and the association with externalization, dedicating little attention to the understanding of the impact on positive aspects of development such as subjective well-being and relationship with internalizing symptoms. Thus, this study aimed to investigate the association between exposure to direct violence (DV) (being victim) and

---

<sup>4</sup> Este capítulo foi escrito em coautoria a orientadora Dr<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell'Aglio

indirect violence (IV) (being witness); subjective well-being (SWB) and symptoms of depression, anxiety and stress in adolescents aged 12-18 years ( $M=14.91$ ;  $SD=1.66$ ). Instruments used were a sociodemographic form; the Screening of Exposure to Violence of Children in the Community; the Depression, Anxiety and Stress Scale for adolescents (DASS-A); Positive Affects (PA) and Negative Affects (NA) scales and the Multidimensional Life Satisfaction Scale for Adolescents (MLSSA). The results indicated that being exposure to DV and IV, being female, higher levels of NA and lower levels of life satisfaction (LS) are associated with higher scores of anxiety, depression and stress. Exposure to DV and symptoms of depression were associated with lower SWB. The importance of such findings and the need for new studies are discussed.

Keywords: Violence, Adolescence, Internalization, Subjective Well-Being

## Introdução

A adolescência é um período de vida considerado, para muitos especialistas da área, de maior vulnerabilidade devido, entre outros fatores, às diversas mudanças biopsicossociais ocorridas neste momento (Franco & Rodrigues, 2014). Aspectos individuais, familiares, comunitários, históricos, sociais e culturais apresentam-se como fatores que influenciam a forma de vivenciar a adolescência. Assim, mais do que meramente uma “fase” de transição entre a infância e adultez, a adolescência deve ser considerada uma etapa peculiar do desenvolvimento (Steinberg & Lerner, 2004). Além disso, algumas pesquisas, mesmo que de modo tímido, têm tentado estender a visão tradicional do adolescente com foco não apenas para a psicopatologia, mas também para as suas potencialidades (Franco & Rodrigues, 2014; Steinberg & Lerner, 2004).

Dentre os principais fatores de risco está a violência que atinge milhões de jovens, não só no Brasil, mas no mundo todo (Waiselfisz, 2014). Adolescentes de diversas camadas sociais e culturais têm sido expostos de forma direta (ser vítima) e indireta (testemunhar ou ouvir falar) às mais variadas formas de violência. Essas violências ocorrem tanto na família (violência intrafamiliar) quanto fora dela (violência extrafamiliar) (Maranhão, Colaço, Santos, Lopes, & Coêlho, 2014). Além disso, adolescentes mais velhos e do sexo masculino são o público mais vulnerável à exposição à violência (Waiselfisz, 2014) quando comparados com adolescentes mais novos e com as meninas.

A exposição à violência, tanto de forma direta quanto indireta, tem sido associada a transtornos mentais (Benetti, Schwartz, Soares, Macarena, & Patussi, 2014) que estão agrupados em dois fatores. O primeiro grupo diz respeito aos transtornos internalizantes (o qual inclui sintomas de ansiedade, depressão e somatização). Já o grupo de transtornos externalizantes refere-se aos sintomas impulsivos, de agressão, conduta disruptiva e abuso de substâncias (American Psychiatric Association, APA, 2014).

Os estudos sobre exposição à violência e problemas emocionais ou comportamentais tratam, principalmente, das consequências em termos externalizantes, predominantemente, no sexo masculino (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura, & Baltes, 2009; Mrug & Windle, 2010). Embora menos clara, a associação entre violência e sintomas de internalização evidencia-se mais relacionada ao sexo feminino (Margolin, Vickerman, Oliver, & Gordis, 2010; Mrug & Windle, 2010).

De fato, apesar da maior parte dos estudos ressaltar o aumento de sintomas de externalização, em menor número, as pesquisas que investigam internalização identificam que nem todos adolescentes expostos à violência desenvolvem tais comportamentos (Barry, Rabkin, Oleski, Rivers, & Gordis, 2015; Fowler et al., 2009, Maranhão et al., 2014; Margolin & Gordis, 2000). Segundo Maranhão et al. (2014) a violência pode não ser um fator de risco em si, mas a forma como ela é experimentada e significada pelo sujeito pode contribuir para reações negativas ou a criação de formas de enfrentamento. Nesse processo, podem estar presentes fatores de proteção que moderam ou mediam os efeitos da exposição à violência. Por exemplo, em um estudo brasileiro realizado com adolescentes vítimas de violência doméstica, foi verificado que o apoio social dos amigos e da comunidade, seja de forma material, informativa ou afetiva, contribuiu para minimizar os efeitos da exposição à violência (Carlos, Ferriani, Esteves, Silva, & Scatena, 2014). Outro estudo nacional sugere que, além de aspectos ambientais, características individuais, como por exemplo, a personalidade pode influenciar na resposta a estressores ambientais (Woyciekoski, Natividade, & Hutz, 2014).

Assim, nem sempre os adolescentes desenvolvem algum tipo de reação negativa face à exposição à violência. Por exemplo, estudo de meta-análise realizada por Fowler et al. (2009) indicou que adolescentes expostos à violência, por um longo período de tempo, não apresentam sintomas de ansiedade e depressão. Os autores afirmam que

pode haver uma dessensibilização ao evento que seria estressor, devido à frequência na exposição. Por outro lado, sugerem que os adolescentes podem ter desenvolvido tais sintomas no início da exposição, mas esses podem ter sido suprimidos ao longo do tempo.

Estudo com adolescentes africanos expostos à violência na comunidade indicou que a violência pode ser normativa e não levar ao mau ajustamento, já que os participantes demonstraram capacidade de adaptação às situações de violência crônica em que vivem (Carey & Richards, 2014). Para os autores, viver em áreas com alto crime na comunidade pode dessensibilizar os adolescentes, o que, de certa forma, pode protegê-los do estresse emocional e dos efeitos negativos da exposição. Além disso, outros estudos afirmam que os adolescentes expostos à violência podem desenvolver estratégias de *coping* adaptativas para enfrentar essas situações (Maranhão et al., 2014; Moreira et al., 2013).

Dessa forma, a exposição à violência tanto direta quanto indireta, pode impactar de forma diferente cada adolescente, dependendo de vários aspectos, como: tipo de exposição (direta ou indireta), contexto (intra ou extrafamiliar), cultura (se admite a violência como maneira legítima de resolução de conflitos), tempo (duração), frequência, idade, sexo, entre outros fatores (Margolin & Gordis, 2000). A identificação de aspectos saudáveis ou de variáveis protetivas ao desenvolvimento também deve fazer parte da prática e da pesquisa com adolescentes já que nem todos os adolescentes expostos à violência desenvolvem subsequentes sintomas emocionais ou comportamentais (Barry et al., 2015). Analisar quais são os fatores de proteção que mitigam os efeitos da violência é um aspecto essencial que deve fazer parte das pesquisas para aplicação e intervenção a fim de promover competências, maximizando potenciais e minimizando riscos da exposição à violência.

Uma das características protetivas ao desenvolvimento e que tem sido pouco estudada em adolescentes (Camargo, Abaid, & Giacomoni, 2011), principalmente em situações de maior vulnerabilidade, é o bem-estar subjetivo (Long, Huebner, Wedell, & Hills, 2012; Poletto & Koller, 2011; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Entendido por diversos autores como um fenômeno amplo que inclui dois conceitos específicos: julgamentos globais de satisfação com a vida, ou com domínios específicos dela (avaliação cognitiva em domínios específicos da vida como trabalho, casamento, etc), e experiências emocionais positivas e negativas (análise emocional e

pessoal sobre a frequência com que experimentam emoções positivas e negativas) (Diener & Diener, 1996; Diener, 2000). O bem-estar subjetivo é compreendido como um fator protetivo, podendo funcionar como um amortecedor dos riscos ao longo do desenvolvimento e como um fator que promove e mantém bons níveis de saúde mental (Park, 2004). De acordo com Woyciekoski et al. (2014), pessoas satisfeitas com suas vidas tendem a perceber eventos, mesmo os estressores, de forma mais positiva. Por exemplo, adolescentes expostos à violência podem ou não apresentar sintomas decorrentes da exposição e, além disso, apresentar bem-estar. Por outro lado, podem não apresentar sintomas de depressão, ansiedade e estresse e, mesmo assim, não apresentar bem-estar. Ou seja, o bem-estar subjetivo depende da avaliação do próprio sujeito de forma que as circunstâncias subjetivas são mais importantes do que as objetivas (Franco & Rodrigues, 2014). Estudos brasileiros, sob esta perspectiva são realizados, principalmente, com adultos (Mendonça, Ferreira, Caetano, & Torres, 2014; Scorsolini-Comin & Santos, 2011) e idosos (Oliveira, Queiroz, & Costa, 2012).

No entanto, alguns estudos sobre bem-estar subjetivo com crianças e adolescentes são encontrados. Por exemplo, estudo brasileiro, que investigou o bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes que viviam em instituições de acolhimento e que viviam com suas famílias, observou que em termos de satisfação de vida e afetos positivos, os grupos não diferiram. Foi observada diferença quanto à faixa etária, sendo as crianças mais satisfeitas com a vida do que os adolescentes; e por sexo, com níveis mais altos de afetos negativos entre as meninas (Poletto & Koller, 2011). Outro estudo brasileiro verificou que as meninas experienciaram mais afetos negativos e menos afetos positivos do que os meninos, embora sem diferença estatisticamente significativa entre faixas etárias (Segabinazi et al., 2012).

O estudo de Segabinazi, Giacomoni, Dias, Teixeira e Moraes (2010) indicou uma tendência a menores escores na satisfação de vida em adolescentes de 17 a 19 anos, quando comparados a adolescentes mais novos. Em relação ao sexo, os meninos apresentaram maiores níveis de satisfação de vida, quando comparados com as meninas, na maior parte dos domínios avaliados (família, não-violência, self-comparado e auto-eficácia). No entanto, os autores revelam que há inconsistências na literatura sobre as diferenças, em relação à idade e sexo, na satisfação de vida.

A fim de contemplar aspectos pouco explorados na literatura nacional, este estudo teve como objetivo verificar a associação entre exposição à violência direta (ser

vítima) e indireta (testemunhar ou ouvir falar sobre), bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes escolares de 12 a 18 anos.

## Método

### Participantes

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “*Exposição à violência na Adolescência: Relações com bem-estar e saúde mental*”, que tem por objetivo geral investigar a relação entre exposição a diferentes tipos de violência, bem-estar e saúde mental em adolescentes. Participaram 426 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos ( $M=14,91$ ;  $DP=1,66$ ), 264 meninas (62%) e 162 meninos (39%), estudantes do 6º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio, de cinco escolas públicas de diferentes regiões da cidade de Porto Alegre (RS, Brasil).

### Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

*Ficha de dados sociodemográficos*: teve como objetivo investigar dados como idade, sexo, série escolar, configuração familiar, nível escolaridade dos pais, repetência escolar, entre outros.

*Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMOVA)* (Segabinazi et al., 2010): escala composta por 52 itens que avaliam sete dimensões ou domínios que interferem na avaliação cognitiva da satisfação de vida de adolescentes: família, *self*, escola, *self* comparado, não violência, autoeficácia, e amizade. Os adolescentes devem indicar, em cada item, o número que melhor representa o quanto concorda com o que a frase diz sobre ele, em uma escala *likert* de cinco pontos, variando de 1 (nem um pouco) a 5 (muitíssimo). No estudo original (Segabinazi et al., 2010), com 425 adolescentes de 14 a 19 anos, foi encontrada uma adequada consistência interna da escala ( $\alpha=0,93$ ).

*Escala Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes (EAPNA)* (Segabinazi et al., 2012): A escala constitui-se de 32 adjetivos descritores de estados afetivos subjetivos. O adolescente deve responder como está se sentido ultimamente, em relação a cada adjetivo, com opções de resposta em formato de escala *likert* de cinco pontos, variando de "nem um pouco", "um pouco", "mais ou menos", "bastante" a "muitíssimo". O



estudo demonstrou índices de consistência interna adequados avaliados por meio do alfa de Cronbach (0,88 para AP e para AN).

*Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para adolescentes (EDAE-A)*: (versão adaptada e validada por Patias, Machado, Bandeira, & Dell’Aglío, manuscrito submetido): o instrumento é composto por três subescalas para avaliar sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Cada subescala contém sete itens, respondidos em uma escala tipo *likert* de quatro pontos, onde os extremos são “Não aconteceu comigo nessa semana” (0) a “Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana” (3). No estudo de adaptação foram observadas medidas de fidedignidade variando de 0,83 a 0,90 para cada subescala e 0,90 para a escala EDAE-A (Patias et al., submetido).

*Triagem da Exposição de Crianças à Violência na Comunidade* (versão Richters & Martinez, 1993; adaptado para o Brasil por Zavaschi et al., 2002). Este questionário consiste em 49 questões que abordam os quatro tipos de violência – violência comunitária, familiar, sexual e exposição às drogas, das quais os adolescentes possam ter sido as próprias vítimas da violência (exposição direta), possam ter presenciado como testemunhas, ou possam ter ouvido falar sobre tais situações (exposição indireta) e uma questão aberta para que situações não listadas sejam identificadas. As questões são respondidas por meio de escolha simples, devendo o adolescente marcar verdadeiro ou falso caso tenha ou não sido vítima da situação. No estudo de adaptação, desenvolvido por Zavaschi et al. (2002), foi observada uma consistência interna satisfatória ( $\alpha=0,89$ ).

## Procedimentos

A pesquisa da qual este estudo faz parte foi aprovada por Comitê de Ética em Psicologia (CAAE 22080914.1.0000.5334) e seguiu os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes, conforme previsto na Resolução nº 466 (Brasil, 2012). As escolas públicas foram selecionadas por conveniência, em diferentes regiões da cidade de Porto Alegre - RS. Após apresentação do projeto de pesquisa e assinatura do Termo de Concordância de cada escola, turmas de Ensino Fundamental e Médio de cada escola foram convidadas a participar. Foi solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais ou cuidadores e o Termo de Assentimento para os adolescentes que concordaram em participar. A aplicação dos instrumentos foi coletiva

e resultados parciais foram apresentados para as turmas, após o término da coleta de dados.

#### Análise dos dados

Os dados foram digitalizados no programa estatístico SPSS versão 22.0. Foram realizadas análises descritivas, observando-se médias, desvios-padrão, medianas, mínimo e máximo das variáveis investigadas. Análise de regressão linear múltipla, pelo método *stepwise*, investigou as variáveis associadas à escala EDAE-A e Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES) (Satisfação de Vida, Afetos Positivos e Negativos). Além disso, foi calculado tamanho de efeito  $r$  para cada variável independente.

A fim de analisar o Bem-estar Subjetivo (BES) dos adolescentes, foi construído um Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES), considerando os aspectos teóricos revisados. Análises de correlação de *Pearson* indicaram baixa correlação entre a escala de Afetos Positivos (AP) e de Afetos Negativos (AN) ( $r=-0,35$ ;  $p<0,001$ ). Dessa forma, foram avaliados como conceitos independentes, assim como em outros estudos nacionais (Giacomoni & Hutz, 2006; Poletto & Koller, 2011). O índice foi construído utilizando-se os escores padronizados da Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes (EMSVA) somados aos escores padronizados das Escalas de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes (EAPNA). Cabe ressaltar que os itens de AN foram invertidos para o cálculo. Análise dos Componentes Principais (ACP) foi realizada para a construção do compósito que deu origem ao Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES). Os componentes usados para criar o IBES são provenientes do modelo teórico proposto por Diener, Suh, Lucas e Smith (1999), os quais indicam a Satisfação com a Vida (SV), Afetos Positivos (AP) e Negativos (AN) como componentes do BES, sendo a SV o componente cognitivo e os AP e AN os componentes afetivos.

#### Resultados

A Tabela 6 apresenta os dados descritivos (médias, medianas, mínimo e máximo dos escores) das variáveis investigadas.

*Tabela 6. Dados descritivos das variáveis investigadas*

Variável	M	DP	Md	Mínimo	Máximo
Violência Direta	1,64	1,77	1	0	8
Violência Indireta	12,94	7,96	13	0	34
EDAE-A	12,90	10,57	10	0	57
Subescala depressão	4,27	4,43	3	0	21
Subescala ansiedade	2,98	3,39	2	0	19
Subescala estresse	5,65	4,54	5	0	20
IBES	225,72	42,89	231	69	311
AP	50,91	52	10,89	16	70
AN	24,77	22	10,08	14	63
EMSVA (SV)	199,60	201	28,12	100	256

Nota: EDAE-A= Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse versão Adolescentes; IBES=Índice de Bem-Estar Subjetivo; AP=Afetos Positivos; AN= Afetos Negativos, EMSVA= Escala Multidimensional de Satisfação de Vida (SV) para Adolescentes

Na Tabela 7 são apresentadas as correlações obtidas através do teste de *Pearson* entre as variáveis do estudo: idade, sexo, VD, VI, EDAE-A e as subescalas depressão, ansiedade e estresse, SV, AP, AN e IBES. A análise indicou que há correlações significativas entre a escala EDAE-A com quase a totalidade das variáveis, com exceção da idade. O mesmo foi verificado em relação ao IBES.

Tabela 7. Matriz de correlações

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	-	,026	,295**	,318**	,031	,060	-,019	-,022	,005	,000	,055	,031
2	-	-	,079	,055	-,232**	,035	-,162**	,111*	,119*	-,196**	-,161**	-,229**
3	-	-	-	,592**	,381**	-,051	,288**	-,244**	-,240**	,254**	,353**	,376**
4	-	-	-	-	,360**	,038	,270**	-,156**	-,156**	,217**	,350**	,367**
5	-	-	-	-	-	-,281**	,599**	-,473**	-,522**	,854**	,820**	,882**
6	-	-	-	-	-	-	-,355**	,724**	,812**	-,415**	-,133**	-,150**
7	-	-	-	-	-	-	-	-,540**	-,679**	,642**	,421**	,453**
8	-	-	-	-	-	-	-	-	,967**	-,552**	-,299**	-,338**
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-,619**	-,329**	-,366**
10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	,552**	,601**
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	,624**
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: 1. Idade, 2. Sexo, 3. Violência Direta (VD), 4. Violência Indireta (VI), 5. EDAE-A, 6. Afetos Positivos (AP), 7. Afetos Negativos (AN), 8. Satisfação de Vida (SV), 9. Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES), 10. Depressão, 11. Ansiedade, 12. Estresse.

\*p<0,05 \*\* p<0,001

Com o objetivo de verificar quais as variáveis estavam indiretamente associadas à ocorrência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse a partir da escala EDAE-A, foi realizada regressão linear múltipla (Tabela 8). As variáveis independentes foram o sexo, exposição à Violência Direta (VD) e Indireta (VI), Afetos Positivos (AP), Afetos Negativos (AN), Satisfação de vida (EMSVA) e IBES (Índice de Bem-Estar Subjetivo). Cabe ressaltar que a variável sexo foi transformada e entrou como variável preditora binária (0 sexo feminino e 1 sexo masculino).

*Tabela 8. Modelo de Regressão Linear Múltipla para a EDAE-A (Método Stepwise)*

Variáveis predictoras incluídas na equação	EDAE-A			
	B	Beta	T	p
Afetos Negativos (AN)	0,41	0,39	8,83	<0,001
Violência Direta (VD)	0,89	0,15	3,31	0,001
Sexo masculino	-3,66	-0,17	-4,61	<0,001
Satisfação de Vida (EMSVA)	-0,07	-0,18	-4,33	<0,001
Violência Indireta (VI)	0,19	0,15	3,29	0,001
Constant	14,07	-	3,57	<0,001

Nota: As variáveis estão dispostas conforme o valor de Beta, ou seja, a força de contribuição do item para o escore da EDAE-A.

O modelo que melhor explicou esta relação incluiu a associação positiva com as escalas AN, VD e VI e negativa com sexo masculino e SV, sendo este modelo significativo ( $F(5,419)=74,08$ ;  $p<0,001$ ). As variáveis incluídas no modelo explicaram 47% da variação nos escores da EDAE-A.

Outra análise de regressão linear múltipla foi realizada com o objetivo de investigar as variáveis independentemente associadas ao bem-estar subjetivo dos adolescentes a partir do Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES) (afetos positivos, negativos e satisfação de vida), considerando-se sexo, VD, VI, EDAE-A e subescalas ansiedade, depressão e estresse (Tabela 9).

*Tabela 9. Modelo de Regressão linear múltipla para Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES) (Método Stepwise)*

Variáveis predictoras incluídas no modelo	IBES			
	B	Beta	<i>t</i>	<i>p</i>
Subescala Depressão	-5,76	-0,60	-15,17	<0,001
Violência Direta (VD)	-2,16	-0,89	-2,27	0,024
Constant	253,91	-	100,01	<0,001

Nota: As variáveis estão dispostas conforme o valor de Beta, ou seja, a força de contribuição do item para o escore do IBES.

Os resultados indicam que apenas a subescala depressão e a exposição à VD associam-se ao IBES, sendo a associação negativa. O modelo é estatisticamente significativo ( $F(2,422)=135,08$ ;  $p<0,001$ ) e capaz de explicar 39% na variação nos escores do IBES.

#### Discussão

Este estudo teve como objetivo verificar a associação entre exposição à violência direta (ser vítima) e indireta (testemunhar ou ouvir falar sobre), bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade, estresse em adolescentes escolares de 12 a 18 anos. Foi possível verificar a associação positiva entre sintomas de depressão, ansiedade, estresse e VD, VI, AN além da associação negativa com sexo masculino e SV. Pesquisas têm indicado que ser vítima de violência (VD) possui impacto significativo na vida dos adolescentes, embora nem sempre exista associação com sintomas internalizantes. Neste estudo, os resultados encontrados são consistentes com outros estudos que verificaram que a exposição à violência direta esteve relacionada a sintomas de ansiedade e depressão (Hildebrand, Celeri, Morcillo, & Zanolli, 2015), Transtorno do Estresse Pós-Traumático (Gava, Silva, & Dell’Aglío, 2013), além de suicídio (Braga & Dell’Aglío, 2013). No entanto, os resultados deste estudo indicaram que a exposição a VI também é fator de risco para sintomas de internalização em adolescentes, o que deve ser melhor investigado em trabalhos nacionais.

Apesar de escassos, os estudos sobre exposição a VI confirmam que presenciar, testemunhar ou ouvir falar de violência também apresentam impacto ao desenvolvimento psicológico de adolescentes (Benetti et al., 2010; Benetti et al., 2014). No entanto, há divergências entre estudos, sendo que alguns indicam a associação entre exposição a VI e sintomas internalizantes, principalmente em relação ao sexo feminino (Benetti et al., 2010; Zinzow et al., 2009), alguns estudos encontram baixos níveis de sintomas internalizantes associados à exposição VI (Mrug, Madan, & Windle, 2015) e outros não encontram tal associação (Fowler et al., 2009; Kirk & Hardy, 2014). Pesquisa nacional que utilizou o mesmo instrumento para verificar exposição à violência indicou que ambas as formas de exposições (VD e VI) são associadas a sintomas externalizantes e internalizantes apenas nas meninas (Benetti et al., 2010). Neste estudo, também foi observada associação entre exposição à violência e sintomas de internalização apenas para o sexo feminino, o que sugere que as meninas são mais reativas à exposição, corroborando alguns estudos internacionais (Barry et al., 2015; Bartels, Cacioppo, van Beijsterveldt, & Boomsma, 2013; Franzese, Covey, Tucker, McCoy, & Menard, 2014). A inconsistência nos achados relativos à exposição à VI e sintomas de internalização pode ser devido à diversidade de instrumentos utilizados para medir tanto a exposição a este tipo de violência quanto aos sintomas internalizantes. Embora nem sempre com resultados semelhantes, a maioria dos estudos nacionais e internacionais afirma que, de fato, sintomas de internalização, principalmente, relacionados à depressão e ansiedade, são mais comuns em meninas do que em meninos (Azevedo & Matos, 2014). Pode-se compreender tal distinção em uma perspectiva de gênero, relacionada a diferenças na socialização entre meninos e meninas, pelas modificações biológicas do período vital da puberdade ou ainda, pela diferença genética relacionada aos sexos (APA, 2014). Tais diferenças podem ser observadas na forma como são expressos sentimentos e emoções, sendo que, geralmente, meninas são encorajadas a demonstrar seus sentimentos e os meninos a ser mais agressivos (Saffioti, 2008).

A associação positiva entre afetos negativos (AN) e sintomas de ansiedade, depressão e estresse pode ser decorrente da semelhança nos sintomas de depressão e nos afetos negativos identificados nos instrumentos utilizados para avaliar tais construtos. Por exemplo, dentre os afetos negativos, encontram-se “culpado”, “deprimido”, “desanimado”, “irritado” (Segabinazi et al., 2012), características muitas vezes

encontradas em adolescentes com diagnóstico de depressão (Argimon, Terroso, Barbosa, & Lopes, 2013; Campos, Del Prette, & Del Prette, 2014) e presentes no instrumento EDAE-A (“Eu não conseguia ter sentimentos positivos”, “Em geral, tive reações exageradas às situações”, “Notei que estava ficando agitado”). Dessa forma, observa-se similaridade entre as palavras do instrumento que avalia os afetos negativos e características dos sintomas de ansiedade e estresse.

Neste estudo, o IBES (que inclui a avaliação da SV juntamente com AP e AN) não foi associado aos sintomas internalizantes, diferentemente de outros estudos, principalmente internacionais, que encontraram tal associação (Derdikman-Eiron et al., 2011; Suldo, Frank, Chappel, Albers, & Bateman, 2014). No entanto, a SV e AN, avaliados individualmente, estão relacionados com os sintomas, o que nos permite comparar tais resultados com outros estudos, separadamente, considerando cada variável, ou em conjunto, considerando o BES. Por exemplo, a associação negativa encontrada entre satisfação de vida (SV) e sintomas de depressão e ansiedade foi também verificada por estudo de Gilman e Huebner (2006), o qual demonstrou que indivíduos satisfeitos com suas vidas são menos prováveis de apresentar sintomas de psicopatologia diante de eventos estressores. Outro estudo, realizado por Proctor, Linley e Maltby (2010), indicou que adolescentes que reportam altos níveis de satisfação com a vida apresentam menos sintomas depressivos, menos afetos negativos e estresse quando comparados com adolescentes com baixos escores na satisfação com a vida. Esses resultados indicam que essas variáveis podem se retroalimentar, considerando que o indivíduo com satisfação de vida tende a apresentar menos sintomas, e, ao contrário, a pessoa com menos sintomatologia tende a perceber sua vida de forma mais positiva (Bartels et al., 2013).

Estudo de Suldo et al. (2014) verificou que adolescentes com transtornos mentais apresentaram menores níveis de bem-estar subjetivo quando comparados com adolescentes sem sintomas. Outro estudo, realizado com adolescentes de 13 a 19 anos indicou que aqueles que apresentavam sintomas de ansiedade e depressão foram os mesmos que apresentaram baixos níveis de bem-estar subjetivo (Derdikman-Eiron et al., 2011). O mesmo foi encontrado no estudo de Bartels et al. (2013) com adolescentes de 12 a 20 anos. É possível compreender que adolescentes com mais sintomas de depressão apresentam menores níveis de bem-estar subjetivo pelo fato de possuírem uma visão pessimista sobre si, o mundo e o futuro (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak,



2008), já que o BES engloba avaliação cognitiva e afetiva. No entanto, a direção dessa relação, deve ser investigada.

Sobre as variáveis associadas ao bem-estar subjetivo através do IBES, apenas a subescala depressão e violência direta apresentaram associação significativa, sendo ambas negativas. Alguns estudos têm revelado o quanto ser exposto a eventos estressores afeta de maneira negativa o desenvolvimento (Coyle & Vera, 2013). Um estudo realizado com mais de 10.610 adolescentes holandeses de 12 a 20 anos comparando irmãos gêmeos com não-gêmeos indicou associação negativa entre psicopatologia, principalmente a depressão, e bem-estar subjetivo (Bartels et al., 2013). Este mesmo estudo encontrou correlações negativas entre violência e bem-estar subjetivo.

Em conjunto, os resultados sugerem que há controvérsias nestas associações e que pode haver fatores que mediam ou moderam as relações entre exposição à violência, sintomas internalizantes e bem-estar subjetivo. Por exemplo, embora a VI tenha demonstrado associação com sintomas internalizantes, não se associou ao BES, podendo indicar que, mesmo com sintomas de depressão, ansiedade e estresse, os adolescentes expostos de maneira indireta à violência podem ter bons níveis de bem-estar subjetivo ou que os bons níveis de bem-estar subjetivo dos adolescentes expostos à violência indireta os protege dos sintomas de internalização. Além disso, neste estudo não foi observada associação entre BES, idade e sexo, diferentemente de estudos que indicam tais relações (Poletto & Koller, 2011; Segabinazi et al., 2010; Segabinazi et al., 2012).

### Considerações Finais

Este estudo investigou relações entre exposição à violência direta e indireta, bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes. Os resultados das análises realizadas revelaram que tanto a exposição a VD quanto VI e maiores níveis de afetos negativos foram positivamente associados com sintomas de ansiedade, depressão e estresse. Além disso, ser do sexo feminino e ter menores níveis de satisfação de vida, também estão relacionados aos sintomas internalizantes.

Aspecto importante a ser ressaltado é que os estudos utilizam diferentes instrumentos para avaliar exposição à violência e sintomas internalizantes, dificultando comparações. Neste estudo, por limitações do instrumento utilizado, não foi possível

verificar características importantes da exposição à violência, tais como os contextos em que ocorre (se intra ou extrafamiliar), tipos de violência (negligência, física, psicológica ou sexual), tempo, frequência de exposição e proximidade afetiva com a vítima da violência presenciada (no caso da exposição indireta). Dessa forma, destaca-se a importância do desenvolvimento de instrumentos que investiguem mais detalhadamente as características dos diferentes contextos, tipos e formas de violência - principalmente relacionadas à exposição à violência indireta, menos estudada em contexto nacional, a fim de verificar outras associações.

O mesmo deve ser destacado quanto à avaliação do BES, a qual foi realizada através do compósito que resultou o IBES, unindo instrumento de dimensão cognitiva (SV) e afetiva (AP e AN). Embora, separadamente, tenha sido observada associação entre SV, AN e sintomas internalizantes, o IBES não se associou aos mesmos. Da mesma forma, apenas a depressão foi associada ao IBES. Estes aspectos devem ser melhor investigados, já que a maior parte dos estudos avalia, separadamente, tais construtos (Coyle & Vera, 2013; Poletto & Koller, 2011) e os estudos que os avaliam em conjunto, utilizam-se de outros instrumentos (Bartels et al., 2013), o que compromete comparações. Cabe ainda destacar que a idade e o sexo dos adolescentes não foram associados ao IBES, diferentemente de resultados de pesquisas anteriores. Estudos futuros podem avaliar as propriedades psicométricas de tal índice, além de utilizá-lo em outras populações de adolescentes (clínicos e não-clínicos, por exemplo). Estudos longitudinais e qualitativos também podem ajudar na compreensão de tais diferenças.

Para estudos futuros, sugere-se a inserção de outras variáveis que influenciam o bem-estar subjetivo, bem como a avaliação de mediadores e moderadores da exposição à violência. De fato, ainda há incertezas sobre quais fatores ou variáveis influenciam e são preditores mais significativos no BES e mediam ou moderam relações com outros construtos. Woyciekoski et al. (2014) sugerem que uma abordagem interacionista que abarque características pessoais, eventos de vida e variáveis contextuais é a melhor forma para compreensão do BES. Além disso, estudos longitudinais podem ajudar na compreensão de como a violência, tanto direta como indireta, pode impactar a qualidade de vida dos adolescentes ao longo do tempo.

## CAPÍTULO V

### INTERVENÇÃO FOCAL COM ADOLESCENTES SOBRE VIOLÊNCIA(S) COTIDIANA(S): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA<sup>5</sup>

#### Resumo

A violência faz parte do cotidiano de muitos adolescentes, em vários contextos de interação, aspecto que demanda intervenções visando à promoção do desenvolvimento saudável. Este capítulo descreve um trabalho de intervenção focal realizado com adolescentes de duas escolas públicas da cidade de Porto Alegre – RS, que teve como objetivo discutir e propor questionamentos sobre violências cotidianas, buscando promover uma sensibilização para os significados e consequências de tais violências. As intervenções realizadas fizeram parte da devolução de dados de pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA), sobre exposição à violência e saúde mental, com adolescentes estudantes de escolas públicas. No total, 121 adolescentes participaram da intervenção. Foram utilizados vídeos, dinâmicas e cartilhas a fim de atingir o objetivo proposto. Os adolescentes participaram ativamente das atividades propostas, a partir das quais foi possível identificar a presença de violências em diversos contextos de desenvolvimento, como a família e a escola. Estas violências presentes no cotidiano dos adolescentes parecem banalizadas e naturalizadas, admitidas como parte da realidade, sem o reconhecimento de suas consequências prejudiciais. Esses significados contribuem para que a violência seja aceita e reproduzida nas diversas relações interpessoais estabelecidas entre os adolescentes, em diferentes contextos. Diante disso, salienta-se a necessidade de oferecer espaços aos adolescentes para reflexão e sensibilização sobre violências cotidianas, visando: 1) desnaturalizar a presença de violências nas relações interpessoais; 2) conscientizar acerca das consequências das violências; 3) promover estratégias para resolução de conflitos de forma não violenta; 4) desenvolver habilidades para o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias.

---

<sup>5</sup> Este capítulo foi escrito em coautoria com Ms Doralúcia Gil da Silva, Dr<sup>a</sup> Jana Gonçalves Zappe e orientadora Dr<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell’Aglío e foi submetido para publicação como capítulo de livro.

## Introdução

Atualmente observa-se que o fenômeno da violência tem, de certa forma, se naturalizado nas relações humanas. Ela ocorre em todos os contextos de desenvolvimento humano – na escola, na comunidade, na família, de maneira tal que tem se tornado parte do cotidiano (Minayo, 1994). A mídia, por exemplo, retrata diariamente situações de violência – homicídios, roubos, brigas, que se tornaram comuns não só nas grandes, mas também nas pequenas cidades, de forma que a veiculação recorrente de tais notícias também contribui para a violência tornar-se algo corriqueiro e aceito como parte da realidade (Silva, 2011). Definida pela Organização Mundial da Saúde (2002) como práticas contra si, contra outra pessoa ou contra um grupo, a violência resulta, comumente, em sofrimento, dano, morte, desenvolvimento prejudicado ou privação. Pode envolver o uso da força física ou do poder, de ameaças, intimidações ou mesmo negligência ou omissão. Pode ser entendida a partir da divisão em três categorias: violência autodirecionada (voltada para si mesmo, como o suicídio, por exemplo), interpessoal (violência intra e extrafamiliar) e coletiva (violência social, política e econômica).

O foco deste capítulo incide sobre a violência interpessoal em adolescentes, na qual estão contempladas a violência intra e extrafamiliar. A primeira, também conhecida como violência doméstica, diz respeito a um padrão de relacionamento violento envolvendo ações ou omissões que são perpetradas por alguém que mantenha laços significativos com a vítima. Já a violência extrafamiliar ocorre quando o agressor não pertence ao âmbito das relações familiares ocorrendo em locais frequentados pelos jovens, tais como escola, bairro, trânsito, locais de trabalho, instituições de saúde, entre outros (Brasil, 2002; Habigzang & Caminha, 2004). A violência fora do âmbito familiar é conhecida também como violência comunitária, a qual, da mesma forma, envolve violência no contexto social ou ambiental do indivíduo, podendo haver agressões, assaltos, estupros, roubos, com ou sem presença de armas (WHO, 2002).

Sobre as vítimas da violência, observa-se que os adolescentes são os que sofrem maior exposição a esse tipo de situação, tanto no Brasil, como em outros países (CID-10; Brasil, 2010c). Entre as chamadas causas externas, que englobam circunstâncias acidentais (quedas, acidentes de trânsito) e violentas (homicídio, suicídio) os adolescentes despontam em primeiro lugar como vítimas (Waiselfisz, 2014). Em 2009, as causas externas ficaram em primeiro lugar como responsáveis pela morte de jovens

entre 10 e 19 anos (Brasil, 2010c). Sabe-se que sofrem violência tanto dentro de casa como fora dela, sendo a escola um local que vem chamando a atenção de pesquisadores (Bringiotti & Lasso, 2004; Câmara, Sarriera, & Carlotto, 2007; Joly, Dias, & Marini, 2009).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) realizou um levantamento acerca da saúde do escolar, no qual investigou diversos fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, junto aos escolares do 9º ano do Ensino Fundamental das 26 capitais estaduais e do Distrito Federal. Os resultados indicaram que aproximadamente 5,1% dos jovens de todo país relataram que se sentiram humilhados por provocações ocorridas na escola. Outro estudo, realizado com 1.223 jovens de escolas públicas de Porto Alegre de 13 a 20 anos, aponta resultados semelhantes. Nesse *survey* foi observado que 99,7% dos estudantes foram expostos a algum tipo de violência na comunidade, sendo que 70,9% responderam terem sido vítimas diretas à exposição. O incidente mais relatado, do qual os adolescentes foram vítimas, foi ter sido assaltado (28,2%); 12,9% estiveram envolvidos em alguma briga na qual alguém foi fisicamente agredido; 6,1% relatou que esteve envolvido em alguma briga envolvendo arma branca; enquanto que em 4% houve uso de arma de fogo (Zavaschi et al., 2002).

A exposição de jovens à violência, de modo geral, pode trazer consequências, tais como cessar, impedir ou retardar o desenvolvimento social, cognitivo e emocional, ou ainda potencializar o risco para psicopatologias (Koller & De Antoni, 2004). Quando não resulta em morte, pode dificultar o desenvolvimento físico, psíquico e social dos adolescentes, visto que são sujeitos em condição peculiar de desenvolvimento (Minayo, 2006; Sanchez & Minayo, 2006). Estudos nacionais e internacionais sugerem que a exposição à violência tanto de forma direta (ser a vítima) quando indireta (testemunhar violência), produz resultados negativos (Benetti et al., 2006; Benetti et al., 2005).

Dessa forma, aponta-se a importância de discutir e propor questionamentos sobre a violência, especialmente a que ocorre cotidianamente, com os adolescentes, a fim de promover a sensibilização e assim trabalhar a prevenção da ocorrência de tais situações, principalmente no ambiente escolar. A escola, apesar de figurar como um local em que frequentemente há ocorrências de violência, também pode se constituir como um espaço importante de revelação da violência pelas vítimas e criação de estratégias de enfrentamento. Além da família, os educadores provavelmente são as pessoas que mais tempo passam com os adolescentes. Assim, a escola pode ser um

lugar para detecção de situações de violência, encaminhamento dos casos identificados para acompanhamento e promoção de estratégias de prevenção da violência. Ao contribuir para a prevenção e intervenção em relação à violência, a escola estará exercendo um papel de proteção no desenvolvimento dos adolescentes, promovendo seu bem-estar (Viodres, Inoue, & Ristum, 2008).

Nesse sentido, este trabalho tem por objetivo descrever uma intervenção focal sobre violência realizada com adolescentes de duas escolas públicas da cidade de Porto Alegre - RS. As intervenções focais foram realizadas como forma de devolução de dados de pesquisa, atendendo ao compromisso ético do pesquisador, além de contribuir para uma maior interação entre a universidade e a comunidade.

## Método

Este trabalho faz parte do projeto de extensão “*Seminário de devolução dos resultados do projeto de pesquisa Relações entre exposição à violência, bem-estar e saúde mental na adolescência*”. Esta é uma das pesquisas que o Núcleo de Ensino e Pesquisa em Adolescência (NEPA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul vem desenvolvendo.

A pesquisa da qual este relato faz parte incluiu a coleta de dados em cinco escolas públicas da cidade de Porto Alegre - RS, nos quais 426 adolescentes responderam a vários instrumentos relacionados à exposição à violência na família, escola e comunidade, saúde mental e bem-estar subjetivo. Os adolescentes que participaram, apresentaram o consentimento dos pais ou cuidadores que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) da pesquisa. Da mesma forma, os adolescentes assinaram o termo de assentimento.

Após a finalização da coleta de dados, como forma de devolução da pesquisa, as pesquisadoras realizaram intervenções pontuais com algumas das turmas que participaram da coleta de dados. Paralelamente a essa intervenção coletiva, também foram realizadas intervenções individuais, com alunos que foram expostos a situações de violência(s) sexual, os quais foram acolhidos e encaminhados de acordo com a necessidade.

Cabe destacar que apenas duas escolas participaram da intervenção coletiva proposta, atendendo ao desejo e disponibilidade de tempo e espaço concedido por cada escola. As turmas selecionadas para participarem das intervenções foram escolhidas

pelas escolas, de acordo com a necessidade percebida pelos professores e também pela disponibilidade de tempo e espaço.

A intervenção foi focal, realizada através de um encontro, com cada turma, de cada escola, para discutir violências cotidianas. Foram realizados cinco grupos, dois na escola A e três na escola B. Participaram, de cada grupo, em média, 25 alunos de idades entre 11 e 18 anos, estudantes do Ensino Fundamental e Médio, conforme apresentado na Tabela 11. Em cada um dos encontros, seguiu-se um roteiro pré-estabelecido que foi construído pelas autoras do presente capítulo em conjunto com a equipe do NEPA.

*Tabela 10. Descrição das Escolas e Turmas Participantes das Intervenções*

Escola	Turmas que participaram	Total de alunos	Descrição breve da escola – percepção do grupo de pesquisa
A	Duas turmas de Ensino médio		Participação ativa de muitos alunos da escola na pesquisa e na intervenção; professores e equipe diretiva acolhedora e organizada.
	Primeiro ano	26	
	Segundo ano	27	
B	Três turmas do Ensino Fundamental		Escola não muito organizada; equipe diretiva e de funcionários autoritária, distante dos alunos. Alunos dispersos e agitados durante a atividade.
	6º série	22	
	8º série (turno manhã)	17	
	8º série (turno tarde)	29	
Total		121	

As intervenções foram realizadas por meio de diversas atividades propostas. Primeiramente, foi utilizada uma dinâmica de sensibilização na qual dois adolescentes de cada turma encenavam uma briga com porretes feitos de jornal. Os dois possuíam os olhos vendados. Após, apenas um deles permaneceria com os olhos vendados e o outro sem vendas. A briga continuava. O objetivo era perceber a reação dos outros adolescentes que participavam do grupo assistindo à cena. Discussões foram realizadas após a dinâmica, concentrando-se em aspectos como: “temos os olhos vendados para a violência?”, “qual nossa postura e nossas atitudes ante a situação como essas?”, “qual o

nosso papel enquanto “plateia” dessas situações?”, “alguém já presenciou casos como esses na escola, na comunidade ou na família?”, “o que fazer em situações como essas?”, entre outras questões.

Após a discussão, um vídeo de 12 minutos foi mostrado aos adolescentes. Nesse vídeo, intitulado “Violência que rola” (Brasil, 1998) há um ciclo de violência que começa com uma professora humilhando seus alunos; essa professora sendo humilhada pelo marido; esse marido pelo chefe, até chegar ao menino da primeira cena sofrendo agressão física pelo pai. Após o vídeo, foi proposta uma discussão sobre essas violências cotidianas e a forma como cada violência pode ser desencadeadora da violência seguinte.

Em um terceiro momento, os adolescentes foram convidados a escrever em cartazes de papel pardo, palavras ou frases que viessem à sua cabeça sobre “Como dizer não à(s) violência(s) cotidiana(s)”. Em três das cinco turmas, os cartazes foram colocados na parede da escola, a pedido dos alunos. Por fim, foram entregues cartilhas com resultados de pesquisas anteriores do NEPA, que oferece também uma lista de telefones e endereços úteis da rede de apoio para adolescentes. Além disso, foram entregues cartões com o número de telefone celular da equipe do NEPA (para ligar caso ocorresse algum desconforto causado pela pesquisa e pela intervenção), com o Disque denúncia (100), com o endereço de acesso para *download* do aplicativo “Proteja Brasil” (aplicativo construído para denunciar casos de violação de direitos), com endereço do conselho tutelar mais próximo à escola e com endereço e telefone da Clínica de Psicologia da UFRGS.

Cabe ressaltar que todos os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes foram assegurados de acordo com legislações brasileiras, tendo como base a Resolução nº 466 (Brasil, 2012) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). O projeto de pesquisa ao qual essa intervenção está inserida foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob parecer 557.202.

## Resultados

Os resultados serão descritos de forma geral, especificando as similaridades e diferenças da intervenção em cada escola, de acordo com cada estratégia empregada no grupo com adolescentes. A primeira intervenção foi realizada na Escola A, com uma turma de primeiro ano do ensino médio. A escolha da turma foi realizada pela escola,



afirmando que essa turma “é a mais difícil da escola” (fala da diretora). A turma foi bastante receptiva e participativa em todo o momento da intervenção, demonstrando a naturalização e banalização da violência, tanto na escola – brigas com colegas e com professores, quanto na comunidade. Na dinâmica de aquecimento, dois alunos meninos participaram. Enquanto a simulação da briga ocorria, os participantes puderam demonstrar o quanto casos como esses são comuns e são “aplaudidos” pelos alunos. Os alunos que assistiam vibravam a favor de um ou de outro. Apesar desta postura de banalização e aceitação da violência demonstrada durante a dinâmica realizada, no cartaz “Como dizer não à violência?” os alunos escreveram diversas palavras que remetem à prevenção da violência. Eles escreveram valores como amor, respeito e responsabilidade; atitudes como conversar, ter paciência, compreender; e palavras que remetem à religiosidade e à valorização da civilização. Além disso, escreveram o número de telefones úteis para denúncias de situações de violência como o disque 100 e 190 da polícia.

Com a turma de segundo ano da mesma escola, os alunos foram bastante participativos. Vibraram ao observar a dinâmica da briga e acharam engraçado. Após a realização da dinâmica, os alunos refletiram sobre suas posturas diante das brigas. Relataram vários casos de brigas, entre os colegas, na escola e de *bullying*, dizendo que isso é brincadeira. Ao lembrar as principais motivações para brigas, os adolescentes revelam que meninos brigam pelas meninas e estas por eles. No cartaz “Como dizer não à violência?”, os estudantes escreveram diversas frases que remetem a valores como respeito e amor, por exemplo: “Faça amor, não faça guerra”, além de frases que indicam estratégias de como lidar com situações de violência através de atitudes como estabelecer o diálogo ou “conte até 10”, e ainda através do esporte, por exemplo: “Briga de homem é no *tatame*”. Além disso, mencionaram aspectos relacionados a situações de *bullying*, tema que também emergiu na discussão, sugerindo que apelidos e brincadeiras que não fazem bem sejam ignorados.

Na escola B, foi realizado um encontro com cada uma das três turmas. A turma de sexta série do ensino fundamental, inicialmente, não pareceu muito receptiva. Falavam muito, todos juntos, o que dificultou a organização e início das atividades. A dinâmica realizada demonstrou o quanto uma briga mobiliza aplausos e deixa os alunos eufóricos. Ao conversar com os alunos, identificou-se que situações de brigas e *bullying* são muito comuns e, inclusive, aconteceram nos momentos em que a equipe esteve na

escola para realizar intervenção. O vídeo chamou a atenção dos alunos e também trouxe à tona discussões como a naturalização da violência na escola e em casa. Um aluno lembrou a lei da “palmada” e verbalizou “agora não dá para dar palmadinha no filho. Eu vou dar palmadinha no meu filho, senão ele vai apanhar da polícia depois” (sic). Nesse momento, trabalhou-se com os adolescentes a Lei do Menino Bernardo – chamada, anteriormente, de Lei da Palmada (Brasil, 2014), discutindo os efeitos da punição física. Além disso, alguns alunos puderam verbalizar o quanto a violência está presente no dia a dia de suas vidas e é percebida como algo normal e até mesmo bom, pois é associada a estratégias educativas. No entanto, alguns alunos também mencionaram sentimentos negativos relacionados a situações de violência. Um dos alunos referiu que os pais batiam nele e que sentia raiva quando isso acontecia. Outra menina, ao lembrar situações de violência cometida pelos pais também falou da raiva que sentia. Outros alunos mencionaram o sentimento nas situações de violência cometidas pela família que são sempre de raiva, ódio e medo. No cartaz “Como dizer não à violência?”, os estudantes escreveram diversas frases reproduzindo a ideia de combater a violência dizendo não e evitando ofensas e brigas. Além disso, os adolescentes reproduziram o “não à violência” através de desenhos que indicavam o combate a diversos tipos de violência como a violência contra idosos e contra a mulher. Também escreveram que *bullying* é violência.

O segundo encontro na escola B foi com a oitava série do ensino fundamental. Na dinâmica inicial todos demonstraram interesse, rindo, mandando os colegas brigarem e acertarem um ao outro. Foi discutido com os adolescentes sobre as posturas nessas situações, fazendo com que eles se dessem conta do quanto são a plateia que assiste e aplaude situações de violência, principalmente na escola. Alguns relataram brigas de meninas e meninos, por ofensas e brincadeiras. Lembraram-se das ameaças ocorridas pela internet, em redes sociais, como o *facebook*. Quanto ao vídeo, riam muito e identificavam-se com situações, como por exemplo, a da professora, quando indicaram o nome de uma professora que faz o mesmo. Após a discussão das cenas apresentadas no vídeo, muitos alunos mencionaram acontecer, em seu dia a dia, várias situações semelhantes. Uma aluna mencionou “mas eu revido porque não sou palhaça” (sic), outro aluno ainda disse “mas tem situações que temos que agir com violência, por exemplo, quando alguém é violento com a gente” (sic). Houve uma conversa sobre a questão do agressor-agredido, ciclo de violência e quais as estratégias para resolução de

conflitos e para dizer não à violência. O cartaz “Como dizer não à violência?” foi marcado por grande ambiguidade: ao lado de frases que incentivavam o diálogo, o amor, a igualdade e a tolerância como aspectos que podem evitar a violência, apareceram frases que instigavam a violência, como “vamodalhe” (sic) e “volta aqui seu merda” (sic). Além disso, apareceram aspectos aparentemente não relacionados com a tarefa proposta, como nomes de times de futebol e nomes e apelidos dos próprios alunos.

Com a terceira turma da escola B, de oitava série, os alunos tiveram a mesma postura diante da dinâmica: rir, mandar bater, servindo como plateia instigadora. Houve maior dificuldade para dar andamento à discussão, tendo em vista o tamanho dos grupos. Então, os alunos foram subdivididos em três pequenos grupos para as etapas seguintes da dinâmica. Nesses pequenos grupos, os estudantes puderam compartilhar experiências de violência na escola que os afetaram e a outros colegas. A reclamação foi de que a escola não faz nada ou, se faz, é “na base da humilhação”(sic). No entanto, os alunos mencionam três professores com quem podem contar. Esses professores são, na visão deles, bons professores, pois os escutam. O cartaz “Como dizer não á violência” também apresentou ambiguidades na relação com a violência. Apareceram indicações de atitudes saudáveis como escutar e conversar para evitar a violência, além de ficar “sereno” através do skate. No entanto, também apareceram frases que remetiam ao uso de drogas como maconha e bebidas alcoólicas.

Por fim, quando foram entregues as cartilhas com resultados de pesquisas anteriores do NEPA, de forma geral os estudantes tiveram boa aceitação. Alguns alunos imediatamente começaram a leitura do material, demonstrando interesse pelos dados apresentados, por vezes discutindo-os com algum colega. Ainda houve outros que a receberam demonstrando alegria e gratidão, como se tivessem ganhado um presente.

## Discussão

Avalia-se que a experiência aqui relatada foi muito enriquecedora, pois possibilitou conhecer a realidade dos estudantes com relação a violências cotidianas, favorecendo uma inserção ecológica dos pesquisadores e promovendo uma interação entre pesquisadores e estudantes. Além disso, permitiu atender a um compromisso ético de devolução da pesquisa. Por fim, configurou-se como uma oportunidade para reflexão

e discussão sobre o tema foco da intervenção, contribuindo de uma forma preventiva em relação ao bem-estar dos estudantes.

Através dos relatos dos estudantes durante as discussões propostas, foi possível identificar a presença de violências em diversos contextos de desenvolvimento, como a família e a escola, aspecto descrito na literatura sobre o tema (Minayo, 1994; Waiselfisz, 2014). A postura de incentivo e aceitação da violência apresentada pelos alunos, reproduzida através da dinâmica proposta durante as intervenções, demonstra o quanto estas violências presentes no cotidiano dos adolescentes parecem banalizadas, naturalizadas e admitidas como parte da realidade (Silva, 2011). Uma vez que a exposição à violência na adolescência pode cessar, impedir ou retardar o desenvolvimento social, cognitivo e emocional, ou ainda potencializar o risco para psicopatologias (Koller & De Antoni, 2004), considera-se fundamental alterar as concepções que banalizam a violência através da conscientização acerca de seus efeitos prejudiciais e de uma sensibilização para a necessidade de prevenir a violência e promover relações interpessoais mais saudáveis.

Acredita-se que a experiência aqui relatada contribuiu para isso, sendo mais efetiva em algumas turmas do que em outras de acordo com a receptividade dos estudantes. Em geral, os adolescentes participaram ativamente das atividades propostas, manifestando suas opiniões tanto com relação a concepções sobre violência quanto com relação a formas de evitar a violência. Apesar das intervenções terem sido propostas com um mesmo planejamento para todas as turmas participantes, observou-se que elas ocorreram com dinâmicas próprias, as quais foram influenciadas, provavelmente, por diferenças entre as turmas e mesmo entre as duas escolas visitadas, sendo a receptividade dos estudantes um aspecto central. Algumas turmas mostraram-se mais engajadas nas atividades propostas, assim como mais receptivas e parecem ter se beneficiado mais das intervenções. Embora todas as turmas tenham manifestado aceitação e valorização da violência durante a dinâmica realizada no início da atividade, outras reconheceram a necessidade de prevenir e dizer não à violência através de suas manifestações verbais e registros nos cartazes. Acredita-se que este aspecto seja revelador de uma mudança de postura diante da violência cotidiana que ocorreu durante a própria intervenção proposta. No entanto, outras turmas não se mostraram tão receptivas na conclusão da intervenção, apresentando um posicionamento ambíguo em

relação ao tema tratado, reconhecendo parcialmente a necessidade de evitar a violência, mas ainda manifestando aceitação e apoio a situações violentas.

Estas diferenças podem ser devidas a diversos fatores, entre eles o momento do desenvolvimento em que se encontravam os estudantes, uma vez que entre os adolescentes do sexto ano do Ensino Fundamental e os adolescentes do segundo ano do Ensino Médio há uma considerável diferença em termos de desenvolvimento psicossocial e importância das relações entre pares. Desta forma, estratégias diferenciadas poderiam ser propostas visando contemplar os interesses e necessidades dos adolescentes, buscando maior receptividade dos mesmos. Além disso, a concepção que os adolescentes possuem sobre a escola, e mesmo o modo como a intervenção foi apresentada pela escola aos estudantes podem ser aspectos que interferiram na receptividade e participação dos alunos. Observou-se que os alunos menos receptivos à intervenção foram aqueles que consideram que a escola é omissa, ou seja, possuem a percepção de uma relação negativa com a escola.

Assim, salienta-se a importância de que as relações entre os adolescentes e a escola sejam positivas para que esta se constitua, de fato, como um ambiente protetivo e capaz de promover o desenvolvimento psicossocial saudável dos estudantes (Viodres et al., 2008). Neste sentido, a escola se torna um ambiente favorável para intervenções preventivas que conscientizem sobre as consequências da violência e sensibilizem para a necessidade de evitá-la, contribuindo para desnaturalizar a presença de violências e desconstruir a banalização verificada.

#### Considerações finais

Este capítulo teve como objetivo descrever uma intervenção focal realizada com adolescentes de duas escolas públicas. Esse trabalho possibilitou conhecer a realidade dos estudantes sobre as violências cotidianas, em diferentes contextos, promovendo interação entre pesquisadores e estudantes e configurando-se como uma oportunidade para reflexão e discussão sobre o tema foco da intervenção.

Por meio da dinâmica proposta durante as intervenções identificou-se que há aceitação da violência e que esta é reproduzida, mostrando sua presença banalizada e como parte da realidade no cotidiano dos adolescentes. Diante disso, considera-se fundamental alterar as concepções que banalizam a violência através da conscientização acerca de seus efeitos prejudiciais e de uma sensibilização para a necessidade de prevenir a violência e promover relações interpessoais mais saudáveis, destacando-se a

relação entre os adolescentes e a escola, a qual potencialmente mostra-se como um ambiente protetivo e capaz de promover o desenvolvimento psicossocial saudável dos estudantes.

Como limitações deste trabalho, ressalta-se que foi realizada uma intervenção pontual, feita em apenas um encontro com cada grupo e com poucas turmas de cada escola. Sugere-se que novos trabalhos possam investir em intervenções mais sistemáticas, de forma a desenvolver um trabalho contínuo sobre o tema da violência e que atinja uma maior parcela dos estudantes para que todos possam se beneficiar. Intervenções que promovam a reflexão e conscientização sobre a violência podem contribuir na promoção de saúde mental e de relações mais positivas especialmente ao longo da adolescência.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta tese foi investigar a exposição à violência direta (ser a vítima) e indireta (ser testemunha) e suas relações com bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse em adolescentes entre 12 a 18 anos de escolas públicas da cidade de Porto Alegre - RS. Foi constituída por cinco capítulos que buscaram abarcar tais aspectos.

Através dos resultados do primeiro capítulo, de revisão teórica sobre exposição à violência na adolescência e saúde mental, pode-se constatar a necessidade de estudos nacionais que abarquem a violência em sua complexidade (incluindo diferentes formas, contextos e tipos de exposição) e sua relação não apenas com desfechos negativos em termos desenvolvimentais, mas também que considere fatores de proteção que possam mediar, moderar ou mitigar os efeitos do fenômeno. Além disso, o estudo de revisão teórica indicou a necessidade de sensibilização não apenas para a violência, mas para questões de saúde mental do adolescente, considerando a dimensão dos transtornos mentais que os acometem, bem como aspectos relativos à necessidade de investimento em políticas públicas voltadas para o público adolescente na área da saúde mental, bem como instrumentos adaptados e válidos para tal população. Foi neste intuito que se realizou o segundo estudo.

O segundo capítulo teve como objetivo adaptar e validar a *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) para adolescentes brasileiros, tendo em vista a necessidade de instrumentos breves e de auto relato para essa população. O instrumento foi adaptado a partir da versão para adultos, adaptada e validada por Machado e Bandeira (2013). O processo de adaptação para adolescentes foi desenvolvido de acordo com Borsa, Damásio e Bandeira (2012) e sendo necessárias poucas modificações, que foram, principalmente, mudanças semânticas, sugeridas pelos próprios adolescentes, durante as etapas de adaptação. A escala foi nomeada de Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (EDAE-A), indicou bons índices de ajustamento e se mostrou adequada à população adolescente, em termos psicométricos. Os resultados indicaram maior número de sintomas nas meninas, quando comparadas com os meninos, ressaltando a necessidade de um olhar voltado, principalmente, para o sexo feminino em relação aos sintomas internalizantes. No entanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados, com adolescentes de diferentes regiões do Brasil, além da obtenção de evidências de

validade tais como a convergente e discriminante com instrumentos já adaptados sobre depressão, ansiedade e estresse. Espera-se que este instrumento de levantamento de sintomas possa ser útil tanto na pesquisa como na clínica com adolescentes, já que seu uso pode facilitar o reconhecimento de sintomas para possível diagnóstico de transtornos mentais, abarcando num único instrumento a avaliação de depressão, ansiedade e estresse.

O terceiro capítulo teve como objetivo investigar a prevalência de exposição à violência direta e indireta destacando, especialmente, a exposição indireta. Foram encontrados altos percentuais tanto de exposição à violência direta, quanto indireta, principalmente em adolescentes mais velhos e que possuem, ao menos, uma reprovação escolar. Essa relação sugere que essas variáveis podem estar presentes de forma associada na vida de adolescentes, podendo potencializar os riscos ao desenvolvimento. Estes resultados indicam também a necessidade de atentar, principalmente, à exposição indireta já que quase a totalidade dos adolescentes foi exposto, ao menos uma vez, a este tipo de violência. Embora presente no dia a dia dos adolescentes, esse tipo de exposição é pouco estudada e pesquisada em contexto nacional. Além disso, é necessário verificar outras variáveis associadas à exposição indireta, bem como outras formas deste tipo de exposição que não foram abarcadas pelo instrumento utilizado (como por exemplo, exposição virtual pela internet e televisão).

Aspecto relevante a ser destacado, como sugestão para estudos futuros, refere-se à construção de instrumentos adaptados e com boas propriedades psicométricas para levantamento ou mapeamento e diagnóstico de exposição à violência que inclua ambas as formas de exposição (direta e indireta), contextos (intra e extrafamiliares) e natureza da violência (sexual, física, psicológica e negligência) já que não foi encontrado, em contexto nacional, um instrumento que inclua todas essas variáveis. A frequência de exposição à violência, intensidade do impacto (percebido pelo adolescente) e proximidade afetiva (do adolescente exposto à VI) com a vítima da violência são aspectos que devem ser incluídos em tal instrumento, já que estudos internacionais têm destacado tais variáveis como associadas ao impacto no desenvolvimento dos adolescentes (Lambert et al., 2012; Margolin & Gordis, 2000; Zinzow et al., 2009). Instrumentos que incluam um maior número de tipos de violência pode propiciar um melhor diagnóstico das situações de violação de direitos, não apenas dos adolescentes, mas também das crianças.



O quarto estudo desta tese buscou investigar as relações entre exposição à violência direta e indireta com bem-estar subjetivo e sintomas de depressão, ansiedade e estresse (sintomas internalizantes). Os resultados indicaram a associação entre ser do sexo feminino, ser exposto à VD e VI, ter maiores níveis de AN, menores níveis de SV e sintomas de internalização. A associação entre exposição à VD e VI e sintomas, fato controverso na literatura, é um aspecto importante a ser considerado nas intervenções com adolescentes. O bem-estar subjetivo, medido neste estudo através do Índice de Bem-Estar Subjetivo (IBES), o qual incluiu a avaliação afetiva (AP e AN) e a avaliação cognitiva (SV) dos adolescentes, foi negativamente associado com exposição à violência direta e depressão, indicando aspectos já encontrados na literatura sobre as consequências da exposição à violência direta. Embora, nesse estudo, não tenha sido encontrada associação entre exposição à VI e BES, este aspecto deve ser melhor investigado em novos estudos, além do impacto dessa exposição a médio e longo prazo. No entanto, cabe mencionar que esta tese apresenta um avanço, ao propor a construção do IBES, o qual possibilitou a análise conjunta dos aspectos cognitivos e afetivos do bem-estar, além de auxiliar no avanço científico em relação a aspectos positivos do desenvolvimento, pouco estudado, principalmente em adolescentes expostos à violência.

O quinto capítulo descreveu a experiência de devolução de dados de pesquisa que teve como objetivo discutir violência(s) cotidiana(s) com alguns dos adolescentes que participaram da pesquisa. Com a utilização de vídeos, dinâmicas e cartazes foi possível concluir que a violência, seja de maneira psicológica ou física, é percebida de forma naturalizada tanto na família, como em outros contextos do desenvolvimento do adolescente. A crença de que a violência é natural, assim como o não reconhecimento de que algumas atitudes e palavras cotidianas se constituem em violência, faz parte da vida destes adolescentes que convivem com tais situações. A discussão com os adolescentes possibilitou a reflexão sobre tais naturalizações e banalizações, contribuindo para uma maior conscientização acerca desse fenômeno. A partir da intervenção realizada, também foi observada a necessidade de trabalhar tais crenças e concepções não apenas com os adolescentes, mas com as famílias e os educadores.

Em conjunto, esta tese possibilitou verificar a alta prevalência da exposição à violência indireta entre adolescentes e a necessidade de novas investigações sobre essa questão, principalmente no Brasil, já que muitos adolescentes são expostos a tais

episódios. Além disso, a associação da VI com sintomas internalizantes indica a necessidade de novos estudos e de intervenções – pois esses sintomas nem sempre são percebidos, tendo em vista que seu impacto volta-se mais ao próprio indivíduo do que ao ambiente (como nos externalizantes), apesar de serem danosos ao desenvolvimento saudável dos sujeitos. A partir do levantamento de sintomas com instrumentos válidos e fidedignos para tal população, é possível um diagnóstico mais acurado para posterior intervenção, principalmente nas situações de violência.

Ainda, a adaptação e validação da escala EDAE-A de depressão, ansiedade e estresse pode servir como um importante recurso para pesquisadores e clínicos, por permitir o rastreamento de sintomas, sendo de fácil e rápida aplicação. Dessa forma, o processo de adaptação deste instrumento representa um aspecto relevante desta tese, dada a escassez de instrumentos de rastreamento de sintomas que sejam validados e que tenham boas propriedades psicométricas, para a população adolescente, além de avaliar essa variedade de sintomas proposta.

Apesar da impossibilidade do esgotamento acerca da compreensão da exposição à violência na adolescência, destaca-se como resultado da tese a demonstração da complexidade do fenômeno da violência interpessoal, a qual deve abarcar inúmeros fatores que, em conjunto, atuam para maior ou menor exposição e impacto na vida dos adolescentes. Assim, sugere-se que novos estudos possam considerar aspectos desenvolvimentais da própria adolescência que influenciam nas respostas e na vivência e percepção de tais fenômenos – violência, sintomas internalizantes e bem-estar subjetivo. Por exemplo, algumas características importantes da adolescência que poderiam ser investigadas de forma associada à violência são a questão da autonomia frente aos pais; a importância do grupo de pares, que pode torná-los mais onipotentes e também aumentar o risco para tais situações; as constantes flutuações de humor, que podem ser semelhantes a sintomas de transtorno mental; entre outras características. Outros aspectos individuais, que também devem ser considerados e são sugestões para futuros estudos, são: características da personalidade, presença ou ausência de comportamentos externalizantes, habilidades sociais, desempenho escolar, autoeficácia, autoestima e resiliência. Ainda, sugere-se que outras variáveis contextuais possam ser investigadas, tais como *status* socioeconômico da família, escolaridade dos pais, clima familiar, crenças sobre violência, práticas educativas parentais, apoio afetivo, instrumental e financeiro, cultura escolar, outras redes de apoio social.

A análise de forma mais aprofundada do fenômeno, a partir do método qualitativo, também pode auxiliar na compreensão de como crenças sociais e culturais que naturalizam a violência nas relações interpessoais influenciam comportamentos e atitudes dos adolescentes, expondo-os a maiores riscos como vítimas da(s) violência(s). Dessa forma, estudos que possam dar voz aos adolescentes e contribuam para compreender os significados da violência na cultura adolescente também são necessários.

Os estudos compreendidos nesta tese demonstram a magnitude do fenômeno da violência na vida dos adolescentes, de forma presente não só na família como em contextos extrafamiliares. Se, por um lado, a violência, ao ser frequente e presente na vida diária torna-se naturalizada – como demonstra resultados da intervenção com estes adolescentes, por outro lado, não deixa de impactar de maneira negativa, principalmente nas meninas, que apresentaram maiores sintomas de internalização e menor bem-estar subjetivo quando comparadas com os meninos.

Cabe ainda ressaltar que os dados foram coletados em contexto escolar e que este contexto é um importante aliado para estudos e pesquisas, principalmente, sobre temáticas como as da violência. A escola passa, muitas vezes, a ser uma “vitrine”, onde podem ser observados comportamentos e sentimentos dos alunos, embora muitas vezes identificados pelos seus educadores como indisciplina. Por trás da indisciplina ou do “mau comportamento” pode haver violação de direitos. Além disso, por vezes, os bons alunos, “quietos” e “bem comportados” passam despercebidos, embora também possam estar vivenciando violações de seus direitos e estar apresentando sofrimento ou até mesmo algum transtorno mental. Assim, por ser um espaço social onde os jovens passam grande parte do seu tempo, a escola é um local privilegiado tanto para o trabalho de identificação, prevenção e intervenção em situações de violência, como um lugar de proteção à violência e de reconhecimento de conflitos que podem gerar agressões. Dessa forma, a intervenção não apenas com os adolescentes, mas com pais e professores (e outros educadores) também é uma forma de prevenir e intervir em situações de violências. A intervenção direta com adolescentes vítimas, agressores e também com as testemunhas através de informações e discussões sobre a temática, pode ampliar o olhar e possibilitar uma crítica ao que se naturalizou e banalizou nas relações humanas: a violência interpessoal.

## REFERÊNCIAS

- Akin, A., & Çetin, B. (2007). The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of validity and reliability. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 7(1), 260-268.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kanat-Maymon, Y. (2009). Analysis of trauma exposure, symptomatology and functioning in Jewish Israeli and Palestinian adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 195(5), 427-432. Doi: 10.1192/bjp.bp.108.050393.
- Almeida, A., Campos, C., Santos, L., & Paiva, I. (2014). Juventude e violência: O que pensam os jovens de um Projovem urbano em Natal/RN. *Temas em Psicologia*, 22(4), 853-869. Doi: 10.9788/TP2014.4-14
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed., rev.). M. Nascimento, Trad. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, E., & Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescente mayas de Yucatán: Elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Andrade, S., Yokota, R., Sá, N., Silva, M., Araújo, W., Mascarenhas, M., & Malta, D. (2012). Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1725-1736. Doi: 10.1590/S0102-311X2012000900011
- Apóstolo, J., Mendes, A., & Azeredo, Z. (2006). Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871. Doi: 10.1590/S0104-11692006000600006
- Argimon, I., Terroso, L., Barbosa, A., & Lopes, R. (2013). Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 354-372.
- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361. Doi: 10.1590/S1413-81232009000200002
- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394. Doi: 10.1590/S1413-81232009000200008

- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., Ferreira, R., & Pesce, R. (2007). Fatores associados aos problemas de saúde mental em adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 287-294. Doi 10.1590/S0102-37722007000300007
- Azevedo, A., & Matos, A. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 15(1), 180-191. Doi: 10.15309/14psd150115.
- Bach, J., & Louw, D. (2010). Depression and exposure to violence among Venda and Northern Sotho adolescents in South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 13(1), 25-35. Doi: 10.1186/1472-698X-13-19
- Bahls, S., & Bahls, F. (2002). Depressão na adolescência: Características clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.
- Bandeira, C., & Hutz, C. (2012). Bullying: Prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. *Psicologia Escolar e Educacional*, 16(1), 35-44.
- Barry, S., Rabkin, A., Oleski, C., Rivers, A., & Gordis, E. (2015). Relation between aggression exposure in adolescence and adult posttraumatic stress symptoms: Moderating role of the parasympathetic nervous system. *Physiology Behavior*, 15(141), 97-102. Doi: 10.1016/j.physbeh.2015.01.006
- Bartels, M., Cacioppo, J., van Beijsterveldt, T., & Boomsma, D. (2013). Exploring the association between well-being and psychopathology in adolescents. *Behaviour Genetic*, 43, 177-190. Doi: 10.1007/s10519-013-9589-7.
- Benetti, S., Gama, C., Vitolo, M., Silva, M., D'Ávila, A., & Zavaschi, M. L. (2006). Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência. *Psico*, 37(3), 279-286. Doi: 10.1590/S1807-59322009000900006
- Benetti, S., Pizetta, A., Schwartz, C., Hass, R., & Melo, V. L. (2010). Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. *Psico-USF*, 15(3), 321-332. Doi: 10.1590/S1413-82712010000300006
- Benetti, S., Ramires, V., Schneider, A., Rodrigues, A., & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: Revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282. Doi:10.1590/S0102-311X2007000600003
- Benetti, S., Schwartz, C., Soares, G., Macarena, F., & Patussi, M. (2014). Psychosocial adolescent psychosocial adjustment in Brazil – perception of parenting style,

- stressful events and violence. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 40-48.
- Benetti, S., Valentini, F., Silva, M., Fonini, R., & Pelizzoni, V. (2005). A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes. In: C. Hutz (Ed.). *Violência e risco na infância e adolescência: Pesquisa e intervenção*. (pp. 71-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Betancourt, T., Agnew-Blais, J., Gilman, S. E., Williams, D., & Ellis, B. (2010). Past horrors, present struggles: The role of stigma in the association between war experiences and psychosocial adjustment among former child soldiers in Sierra Leone. *Social Science & Medicine*, 70(1), 17-26. Doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.038
- Betancourt, T., Brennan, R., Rubin-Smith, J., Fitzmaurice, G., & Gilman, S. (2010). Sierra Leone's former child soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors and mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(6), 606-615. Doi: 10.1016/j.jaac.2010.03.008
- Binsfeld, A., & Lisboa, C. (2010). Bullying: Um estudo sobre papéis sociais, ansiedade e depressão no contexto escolar do Sul do Brasil. *Interpersona* 4(1), 74-105. Doi: 10.5964/ijpr.v4i1.44
- Bolsoni-Silva, A., & Marturano, E. (2010). Relacionamento conjugal, problemas de comportamento e habilidades sociais de pré-escolares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 67-75. Doi: 10.1590/S0102-37722010000100009
- Borsa, J., Damásio, B., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432. Doi: 10.1590/S0103-863X2012000300014
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183. Doi: 10.1590/S1413-82712002000200006
- Braga, L., & Dell'Aglío, D. D. (2012). Exposição à violência em adolescentes de diferentes contextos: Família e instituições. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 413-420. Doi: 10.1590/S1413-294X2012000300009
- Braga, L., & Dell'Aglío, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14. Doi: 10.4013/ctc.2013.61.01

- Brancahorne, P., Fogo, J. C., & Williams, L. C. (2004). Crianças expostas à violência conjugal: Avaliação do desempenho acadêmico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 113-117. Doi: 10.1590/S0102-37722004000200003
- Brasil (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. *Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990*. Brasília: Diário Oficial da União
- Brasil (1996). *Ministério da Saúde. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (1998). Ministério da Educação. Tv-Escola. *Violência que rola*. Retrieved from: [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=20801](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=20801)
- Brasil (2002). *Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010a). *Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010b). *Secretaria de Atenção em Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010c). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil (2011). *Ministério da Saúde Viva: Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil (2012). Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. RESOLUÇÃO Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. (pp.59-62). Brasília: Diário Oficial da União. Poder Executivo, publicado em 13 jun. 2013. Seção I.
- Brasil (2014). Lei Menino Bernardo. *Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014*. Brasília: Diário Oficial da União.

- Bringiotti, M., Krynveniuk, M., & Lasso, S. (2004). Las multiples violencias de la "violencia" en la escuela: Desarrollo de un enfoque teorico y metodologico integrativo. *Paidéia*, 14(29), 313-325.
- Câmara, S., Sarriera, J., & Carlotto, M. (2007). Fatores associados a condutas de enfrentamento violento entre adolescentes escolares. *Estudos de Psicologia*, 12(3), 213-219.
- Camargo, S., Abaid, J., & Giacomoni, C. (2011). Do que eles precisam para serem felizes? A felicidade na visão de adolescentes. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15(2), 241-250. Doi: 10.1590/S1413-85572011000200006
- Campos, I., Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2014). Depressão na adolescência: Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-428.
- Cano, P., Gutiérrez, C., & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violència e ideación suicida em adolescentes escolares em una ciudad de La Amazônia peruana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(2), 175-181. Doi: 10.1093/ije/dyr024
- Carey, D., & Richards, M. (2014). Exposure to community and social maladjustment among urban African American youth. *Journal of Adolescence*, 37, 1161-1170. Doi: 10.1016/j.adolescence.2014.07.021
- Carlos, D., Ferriani, M., Esteves, M., Silva, L., & Scatena, L. (2014). O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violència doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4). Doi: 10.1590/S0080-623420140000400006
- Caspi, A., Houts, R., Belsky, D., Goldman-Mellor, S., Harrington, H., Israel, S., Meier, M., Ramrakha, S., Shaley, I., Poulton, R., & Moffitt, T. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. Doi: 10.1177/2167702613497473
- Cervený, C., & Berthoud, C. (2009). Ciclo vital da família brasileira. In L. Osorio, & M. Pascual do Valle (Eds.), *Manual de terapia familiar* (pp. 25-37). Porto Alegre: Artmed.
- Copeland-Linder, N., Lambert, S. F., & Ialongo, N. S. (2010). Community violence, protective factors, and adolescent mental health: A profile analysis. *Journal of*



- Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 176-86. Doi: 10.1080/15374410903532601
- Costa, M., Carvalho, R., Bárbara, J., Santos, C., Gomes, W., & Souza, H. (2007). O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1129-1141. Doi: 10.1590/S1413-81232007000500010.
- Coyle, L., & Vera, E. (2013). Uncontrollable stress, coping, and subjective well-being in urban adolescents. *Journal of Youth Studies*, 16(3), 391-403. Doi: 10.1080/13676261.2012.756975
- Daza, P., Novy, D., Stanley, M., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. Doi: 10.1023/A:1016014818163
- De Antoni, C., & Koller, S. H. (2000). A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 347-381.
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M., Bratberg, G., Taraldsen, G., Bakken, I., & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 261–267. Doi: 10.1007/s00127-012-0492-y
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E., & Diener, C. (1996). Most people are happy. *American Psychological Society*, 7(3), 181-185.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. Doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- Eggerman, M., & Panter-Brick, C. (2010). Suffering, hope, and entrapment: Resilience and cultural values in Afghanistan. *Social Science & Medicine*, 71(1), 71-83. Doi: 10.1016/j.socscimed.2010.03.023
- Epstein-Ngo, Q., Maurizi, L. K., Bregman, A., & Ceballo, R. (2013). In response to community violence: Coping strategies and involuntary stress responses among

- Latino adolescents. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 19(1), 38-49.  
Doi: 10.1037/a0029753
- Fantinato, A., & Cia, F. (2015). Habilidades sociais educativas, relacionamento conjugal e comportamento infantil na visão paterna: Um estudo correlacional. *Psico*, 46(1), 120-128. Doi: 10.15448/1980-8623.2015.1.17330
- Fowler, P., Tompsett, C., Braciszewski, J., Jacques-Tiura, A., & Baltes, B. (2009). Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development Psychopathological*, 21(1), 227-59. Doi: 10.1017/S0954579409000145
- Franco, G., & Rodrigues, M. (2014). Programas de intervenção na adolescência: Considerações sobre o desenvolvimento positivo do jovem. *Temas em Psicologia*, 22(4), 677-690. Doi: 10.9788/TP2014.4-01
- Franzese, R., Covey, H., Tucker, A., McCoy, L., Menard, S. (2014). Adolescent exposure to violence and adult physical and mental health problems. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1955-1965. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.10.017
- Gadelha, D., Paula, C., & Bressan, R. (2012). Encaminhamento escolar de crianças e adolescentes para o CAPSi: O peso dos encaminhamentos incorretos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 493-496. Doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.007
- Garcia, N., & Boruchovitch, E. (2014). Atribuições de causalidade para o desempenho escolar e resiliência em estudantes. *Psico-USF*, 19(2), 277-286. Doi: 10.1590/1413-82712014019002003
- Gava, L., Silva, D., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Sintomas e quadros psicopatológicos identificados nas perícias em situações de abuso sexual infanto-juvenil. *Psico*, 44(2), 235-244.
- Giacomoni, C., & Hutz, C. (2006). Escala de afeto positivo e negativo para crianças: Estudos de construção e validação. *Psicologia Escolar e Educacional*, 10(2), 235-245.
- Gilman, R., & Huebner, E. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 293-301. Doi: 10.1007/s10964-006-9036-7
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113-122. Doi: 10.1186/1471-244X-10-113.

- Guzmán, M. (2007). Mirando al futuro: Desafíos y oportunidades para el desarrollo de los adolescentes en Chile. *Psyche*, 16(1), 3-14. Doi: 10.4067/S0718-22282007000100001
- Haber, M., & Toro, P. (2009). Parent-adolescent violence and later behavioral health problems among homeless and housed youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(3), 305-318. Doi: 10.1037/a0017212
- Habigzang, L., & Caminha, R. (2004). *Abuso sexual contra crianças e adolescentes: Conceituação e intervenção clínica*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Habigzang, L., Cunha, R., & Koler, S. (2010). Sintomas psicopatológicos em meninas vítimas de abuso sexual abrigadas e não abrigadas. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 35-42.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. A. Sant'Anna & A. Neto (Trans). Porto Alegre: Bookman.
- Hardaway, C., McLoyd, V., & Wood, D. (2012). Exposure to violence and socioemotional adjustment in low-income youth: An examination of protective factors. *American Journal Community Psychology*, 49, 112-126. Doi: 10.1007/s10464-011-9440-3.
- Hasanović, M., Srabović, S., Rasidović, M., Sehočić, M., Hasanbasić, E., Husanović, J., & Hodžić, R. (2009). Psychosocial assistance to students with posttraumatic stress disorder in primary and secondary schools in post-war Bosnia Herzegovina. *Psychiatria Danubina*, 21(4), 463-473. Doi: 10.1016/S0924-9338(12)74465-6
- Haynie, D., Petts, R. J., Maimon, D., & Piquero, A. R. (2009). Exposure to violence in adolescence and precocious role exits. *Journal Youth Adolescence*, 38(3), 269-286. Doi: 10.1007/s10964-008-9343-2
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. Doi: 10.1348/014466505X29657
- Hess, A. R., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: Uma revisão sistemática da literature. *Psico-USF*, 18(2), 263-276. Doi: 10.1590/S1413-82712013000200010

- Hildebrand, N., Celeri, E., Morcillo, A., & Zanolli, M. (2015). Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 213-221. Doi: 10.1590/1678-7153.201528201.
- Ho, M., & Cheung, F. (2010). The differential effects of forms and settings of exposure to violence on adolescents' adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(7), 1309-1337. Doi: 10.1177/0886260509340548
- Horta, R., Horta, B., Pinheiro, R., & Krindges, M. (2010). Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parento-filial. *Revista de Saúde Pública*, 44(6), 979-985. Doi: 10.1590/S0034-89102010005000042.
- Houck, C., Nugent, N., Lescano, C., Peters, A., & Brown, L. (2010). Sexual abuse and sexual risk behavior: Beyond the impact of psychiatric problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5), 473-483. Doi: 10.1093/jpepsy/jsp111
- Huculak, S., McLennan, J., Bordin, I. (2011). Exposure to violence in incarcerated youth from the city of São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(3), 314-320. Doi: 10.1590/S1516-44462011000300011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2009). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE*. Rio de Janeiro: IBGE. Retrieved from: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf> Acesso em: 13 de junho de 2013.
- Jatobá, J., & Batos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 171-179. Doi: 10.1590/S0047-20852007000300003.
- Javdani, S., Abdul-Adil, J., Suarez, L., Nichols, S., & Farmer, A. (2014). Gender differences in the effects of community violence on mental health outcomes in a sample of low-income youth receiving psychiatric care. *American Journal of Community Psychology*, 53(3-4), 235-248. Doi: 10.1007/s10464-014-9638-2.
- Jenkins, E., Turner, L., & Wang, E. (2009). Traumatic events involving friends and family members in a sample of African early adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(3), 398-406. Doi: 10.1037/a0016659
- Joly, M., Dias, A., & Marini, J. (2009). Avaliação da agressividade na família e escola de ensino fundamental. *Psico-USF*, 14(1), 83-93.

- Kieling, C., & Belfer, M. (2012). Oportunidade e desafio: A situação da saúde mental da infância e adolescência no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(3), 241-244. Doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003
- Kirk, D., & Hardy, M. (2014). The acute and enduring consequences of exposure to violence on youth mental health and aggression. *Justice Quarterly*, 31(3), 539-567. Doi: 10.1080/07418825.2012.737471
- Koller, S. H., & De Antoni, C. (2004). Violência Intrafamiliar: Uma visão ecológica. In: S. H. Koller (Ed.). *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. (pp. 293-310) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lambert, S., Cammack, N., Boyd, R., & Ialongo, N. (2012). Relationship proximity to victims of witnessed community violence: Associations with adolescent internalizing and externalizing behaviors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 1-9. Doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01135.x
- Leal, I., Antunes, R., Passos, T., Pais-Ribeiro, & Maroco, J. (2009). Estudo da Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse para crianças (EADS-C). *Psicologia: Saúde & Doenças*, 10(2), 277-284.
- Levy, R. (2007). O adolescente. In C., Eizirik, F., Kapczinski, & A. Bassols (Eds.), *O Ciclo da Vida Humana: Uma perspectiva psicodinâmica* (pp. 127-140). Porto Alegre: Artmed.
- Lisboa, C., Braga, L., & Ebert, G. (2009). O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: Definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínicos*, 2(1), 59-71. Doi: 10.4013/ctc.2009.21.07
- Long, R., Huebner, E., Wedell, D., & Hills, K. (2012). Measuring school-related subjective well-being in adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(1), 50-60. Doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01130.x.
- Lopes A., & Fracolli, L. (2008). Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: Considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 771-778. Doi: 10.1590/S0104-07072008000400020.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. Doi: 10.1016/j.rbp.2012.05.003

- Lyrakos, G. N., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry* 26, 1731-1731. Doi: 10.1016/S0924-9338(11)73435-6
- Machado, W. L., & Bandeira, D. R. (2013). Adaptação e validação da *Depression, Anxiety and Stress Scale* (DASS-21) para o Português brasileiro. *Manuscript submitted for publication*.
- Maldonado, D., & Williams, L. (2005). O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 353-362. Doi: 10.1590/S1413-73722005000300003
- Malta, D., Souza, E., Silva, M., Silva, C., Andreazzi, M., Crespo, C., & Penna, G. (2010). Vivência de violência entre escolares brasileiros: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 3053-3063. Doi: 10.1590/S1413-81232010000800010
- Maranhão, J., Colaço, V., Santos, W., Lopes, G., & Coêlho, J. (2014). Violência, risco e proteção em estudantes de escola pública. *Fractal*, 26(2), 429-444. Doi: 10.1590/1984-0292/853
- Margolin, G., & Gordis, E. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review Psychological*, 51, 445-479. Doi: 10.1146/annurev.psych.51.1.445
- Margolin, G., Vickerman, K., Oliver, P., & Gordis, E. (2010). Violence exposure in multiple interpersonal domains: cumulative and differential effects. *Journal of Adolescent Health*, 47, 198-205. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.01.020
- Marín-León, L., Oliveira, H., Barros, M., Dalgalarrodo, P., & Botega, N. (2007). Percepção dos problemas da comunidade: Influência de fatores sócio-demográficos e de saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(5), 1089-1097. Doi: 10.1590/S0102-311X2007000500011
- Martini, M., & Del Prette, Z. (2005). Atribuições de causalidade e afetividade de alunos de alto e baixo desempenho acadêmico em situações de sucesso e de fracasso escolar. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 355-368.
- Mendonça, H., Ferreira, M., Caetano, A., & Torres, C. (2014). Cultura organizacional, coping e bem-estar subjetivo: Um estudo com professores de universidades brasileiras. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), 230-244.

- Minayo, M. C. (1994). A violência social na perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10*(1), 07-18.
- Minayo, M. C. (2006). Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde departamento de ações programáticas estratégicas. *Violência faz mal à saúde*. (pp. 13-16) Brasília: Textos básicos de saúde.
- Moreira, D., Vieira, L., Pordeus, A., Lira, S., Luna, G., Silva, J., & Machado, M. (2013). Exposição à violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 18*(5), 1273-1282. Doi: 10.1590/S1413-81232013000500012.
- Mota, C., & Matos, P. (2009). Apego, conflito e auto-estima em adolescentes de famílias intactas e divorciadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 22*(3), 344-352. Doi: 10.1590/S0102-79722009000300004
- Mrug, S., & Windle, M. (2010). Prospective effects of violence exposure across multiple contexts on early adolescents' internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(8), 953-961. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02222.x.
- Mrug, S., Madan, A., & Windle, M. (2015). Emotional desensitization to violence contributes to adolescents' violent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(2), 1-10. Doi: 10.1007/s10802-015-9986-x
- Murray, J., Cerqueira, D., & Kahn, T. (2013). Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends prevalence rates and risk factors. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 471-483. Doi: 10.1016/j.avb.2013.07.003
- Musa, R., Fadzil, M., & Zain, Z. (2007). Translation, validation and psychometric properties of bahasa malaysia version of the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *ASEAN Journal of Psychiatry, 8*(2), 82-89.
- Muthén, B., Du Toit, S., & Spisic, D. (1997). Robust inference using weighted least squares and quadratic estimating equations in latent variable modeling with categorical and continuous outcomes. *Non-published technical report*.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2010). *Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide*. Los Angeles: Muthén & Muthén.

- Nguyen, H., Dunne, M., & Vu Le, A. (2010). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin World Health Organization*, 88(1), 22-30. Doi: 10.2471/BLT.08.060061
- Njaine, K. (2006). Sentidos da violência ou a violência sem sentido: O olhar dos adolescentes sobre a mídia. *Interface*, 10(20), 381-392. Doi: 10.1590/S1414-32832006000200008
- Nunes, T., Pontes, F., Silva, L., & Dell'Aglio, D. D. (2014). Fatores de risco e proteção na escola: Reprovação e expectativas de futuro de jovens paraenses. *Psicologia Escolar e Educacional*, 18, 203-210. Doi: 10.1590/2175-3539/2014/0182732
- Oliveira, D., Siqueira, A., Dell'Aglio, D. D., & Lopes, R. C. (2008). Impacto das configurações familiares no desenvolvimento de crianças e adolescentes: Uma revisão da produção científica. *Interação em Psicologia*, 12(1), 87-98. Doi: 10.5380/psi.v12i1.9172
- Oliveira, S., Queiroz, M., & Costa, M. (2012). Bem-estar subjetivo na terceira idade Motricidade. *Desafio Singular*, 8(2), 1038-1047.
- Oliveira, W., Silva, J., Yoshinaga, A., Silva, M. (2015). Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. *Psico-USF*, 20(1), 121-132. Doi: 10.1590/1413-82712015200111.
- Organização Mundial da Saúde. (1997). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10. Revisão (CID-10)* São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Estresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Park, N. (2004). The role of subjective well-being in positive youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 25-39. Doi: 10.1177/0002716203260078
- Patias, N. D., Machado, W. L., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. *Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e validação para adolescentes brasileiros. Manuscript submitted for publication.*
- Patrick, J., Dick, M., & Bramston, P. (2010). Depression Anxiety Stress Scale: Is it valid for children and adolescents? *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 996-1007. Doi: 10.1002/jclp.20696.



- Paula, C., Vedovato, M., Bordin, I., Barros, M., D'Antino, M., & Mercadante, M. (2008). Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 524-528. Doi: 10.1590/S0034-89102008005000027
- Pelisolí, C., Pires, J., Almeida, M., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Violência sexual contra crianças e adolescentes: Dados de um serviço de referência. *Temas em Psicologia*, 18(1), 85-97.
- Pereira, P., & Williams, L. C. (2008). A concepção de educadores sobre a violência doméstica e desempenho escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(1), 139-152. Doi: 10.1590/S1413-85572008000100010
- Pereira, P., Santos, A., & Williams, L. C. (2009). Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao fórum judicial. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 18-28. Doi:10.1590/S0102-37722009000100003.
- Pinto, A., Luna, I., Silva, A., Pinheiro, P., Braga, V., & Souza, A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: Revisão Integrativa. *Revista Escola de Enfermagem*, 48(3), 555-564. Doi: 10.1590/S0080-623420140000300022
- Poletto, M., & Koller, S. H. (2011). Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 476-484. Doi: 10.1590/S0102-79722011000300008
- Porto, M. S. (2002). Violência e meios de comunicação de massa na sociedade contemporânea. *Sociologias*, 4(8), 152-171.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I., & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 73-80. Doi: 10.1590/S1516-44462008000600004.
- Pratta, E., & Santos, M. (2007). Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256. Doi: 10.1590/S1413-73722007000200005
- Proctor, C., Linley, A., & Maltby, J. (2010). Very happy youths: Benefits of very high life satisfaction among adolescents. *Social Indicators Research*, 98, 519-532. Doi: 10.1007/s11205-009-9562-2
- Rheingold, A., Zinzow, H., Hawkins, A., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2012). Prevalence and mental health outcomes of homicide survivors in a representative US

- sample of adolescents: Data from the 2005 National Survey of Adolescents. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 53(6), 687-694. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02491.x.
- Richters, J., & Martinez, P. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-21.
- Rocha, T., Zeni, C., Caetano, S., & Kieling, C. (2013). Mood disorders in childhood and adolescence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 22-31. Doi: 10.1590/1516-4446-2013-S106
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, nº especial*, 125-132.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144. Doi: 10.1111/1467-6427.00108
- Saffioti, H. (2008). Gênero: Ontogênese e filogênese. In S. L. Kato (Ed.) *Manual de Capacitação Multidisciplinar* (Lei n. 11.340, de 07 de agosto de 2006 - Lei Maria da Penha) Tribunal de Justiça do Mato Grosso (pp. 91-124). Cuiabá: Departamento Gráfico-TJMT.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11(1), 83-89. Doi: 10.1590/S1413-35552007000100013
- Sanchez, R. N., & Minayo, M. C. (2006). Violência contra crianças e adolescentes: Questão histórica, social e de saúde. In Brasil, Ministério da Saúde (Ed.), *Violência faz mal à saúde* (pp. 29-37). Brasília: Ministério da Saúde.
- Sani, A., & Cunha, D. (2011). Práticas educativas parentais em mulheres vítimas e não vítimas de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 429-437. Doi: 10.1590/S0102-37722011000400006
- Sbicigo, J. B., & Dell'Aglio, D. D. (2012). Family environment and psychological adaptation in adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 615-622. Doi: 0.1590/S0102-79722012000300022
- Sbicigo, J. B., Tronco, C. B., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Aspectos éticos na pesquisa com adolescentes: Consentimento parental e intervenções em casos de risco. In V., Colaço, & A. Cordeiro (Eds.). *Adolescência e Juventude: Conhecer para proteger*, (pp. 53-80). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2011). Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da psicologia positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 658-665. Doi: 10.1590/S0102-79722011000400005.
- Segabinazi, J. D., Giacomoni, C. H., Dias, A. C. G., Teixeira, M. A. P., & Moraes, D. A. O. (2010). Desenvolvimento e validação preliminar de uma escala multidimensional de satisfação de vida para adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 653-659. Doi: 10.1590/S0102-37722010000400009
- Segabinazi, J. D., Zortea, M., Zanon, C., Bandeira, D. R., Giacomoni, C. H., & Hutz, C. S. (2012). Escala de afeto positivo e negativo para adolescentes: Adaptação, normatização e evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 11(1), 1-12.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction: *American Psychologist*, 55, 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Silva, R. B. (2011). Seminário Internacional Análise Do Telejornalismo: Desafios Teóricos E Metodológicos. *A construção da violência no telejornalismo popular brasileiro*. Salvador/BA. Retrieved form: [http://www.analisedetelejournalismo.files.wordpress.com/2011/08/barbosa\\_rodrigo.pdf](http://www.analisedetelejournalismo.files.wordpress.com/2011/08/barbosa_rodrigo.pdf)
- Souza, C., Costa, M., Assis, S., Musse, J., Sobrinho, C., & Amaral, M. (2014). Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 773-784. Doi: 10.1590/1413-81232014193.18432013
- Souza, E. R., & Lima, M. L. (2006). Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 1211-1222. Doi: 10.1590/S1413-81232006000500011
- Steinberg, L. (2000). The family at adolescence: Transition and transformation. *Journal of Adolescent Health*, 27, 170-178. Doi: 0.1016/S1054-139X(99)00115-9
- Steinberg, L. (2005). *Adolescence*. 7 ed. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Steinberg, L., & Lerner, R. (2004). The scientific study of adolescence: A brief history. *Journal of Early Adolescence*, 24(1), 45-54. Doi: 10.1177/0272431603260879
- Suldo, S., Frank, M., Chappel, A., Albers, M., & Bateman, L. (2014). American high school students' perceptions of determinants of life satisfaction. *Social Indicators Research*, 118(2), 485-514. Doi: 10.1007/s11205-013-0436-2

- Szabó, M. (2010). The short version of the Depression, Anxiety, Stress, Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33, 1-8. Doi: 0.1016/j.adolescence.2009.05.014.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056-1067. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60871-4
- Traverso-Yepey, M., & Pinheiro, V. S. (2005). Socialização de gênero e adolescência. *Estudos Feministas*, 13(1), 147-162. Doi: 10.1590/S0104-026X2005000100010
- Tully, P., Zajac, I., & Venning, A. (2009). The structure of anxiety and depression in a normative sample of younger and older Australian adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 717-726. Doi: 10.1007/s10802-009-9306-4
- United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization – UNICEF. (2011). *O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília, DF.
- Vieira, T., Mendes, F., & Guimarães, L. (2010). Aprendizagem social e comportamentos agressivo e lúdico de meninos pré-escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 544-553. Doi: 10.1590/S0102-79722010000300015
- Vignola, R., & Tucci, A. (2014). Adaptation and validation of the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104-109. Doi: 10.1016/j.jad.2013.10.031
- Viodres, S. R., & Ristum, M. (2008). Violência sexual: Caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia, Campinas*, 25(1) 11-21.
- Voisin, D., & Neilands, T. (2010). Community violence and health risk factors among adolescents on Chicago's outside: Does gender matter? *Journal Adolescent Health*, 46(6), 600-602. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.11.213
- Wagner, A., & Barbosa P. V. (2013). A autonomia na adolescência: Revisando conceitos, modelos e variáveis. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 649-658. Doi: 10.1590/S1413-294X2013000400013
- Waiselfisz, J. J. (2012). *Mapa da violência 2012: Crianças e adolescentes do Brasil*. Rio de Janeiro: Cebela. Retrieved from: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012\\_Crianças\\_e\\_Adolescentes.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_Crianças_e_Adolescentes.pdf)

- Waiselfisz, J. J. (2014). Juventude VIVA - *Mapa da violência 2014: Homicídios e juventude no Brasil*. Brasília: Qualidade. Retrieved from: [http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014\\_JovensBrasil.pdf](http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf)
- Walsh, S. D., Molcho, M., Craig, W., Harel-Fisch, Y., Huynh, Q., Kukaswadia, A., & Pickett, W. (2013). Physical and emotional health problems experienced by youth engaged in physical fighting and weapon carrying. *PLoS One*, 8(2), 1-8. Doi: 10.1371/journal.pone.0056403
- Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Strauss, M., & McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of Anxiety and Depression Symptom Scales, *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 3-14. Doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3
- Weintraub, A., Vasconcellos, M., Bastos, I., Fonseca, F., & Reis, A. (2013). Social demographic characterization of users of child and adolescent psychosocial care centers in the state of São Paulo. *Estudos de Psicologia*, 20(3), 383-391. Doi: 10.1590/S0103-166X2013000300008
- Wigderson, S., & Lynch, M. (2013). Cyber and traditional peer victimization: Unique relationships with adolescent well-being. *Psychology of Violence*, 3(4), 297-309. Doi: 10.1037/a0033657
- Williams, L., & Stelko-Pereira, A. C. (2008). A associação entre violência doméstica e violência escolar: Uma análise preliminar. *Educação: Teoria e Prática*, 18(30), 25-35.
- Williams, L., D’Affonseca, S., Correia, T., & Albuquerque, P. (2011). Efeitos a longo prazo de vitimização na escola. *Gerai: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 4(2), 187-199.
- World Health Organization – WHO (2002). *Version of the introduction to the world report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/introduction.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf)
- World Health Organization – WHO. (2010). *Mental health strengthening our response. Fact sheet 220*. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization – WHO. (2012). *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development*

- organizations*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/adolescent\\_mental\\_health/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/adolescent_mental_health/en/index.html)
- World Health Organization - WHO. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Retrieved from: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>
- Woyciekoski, C., Natividade, J., & Hutz, C. (2014). As contribuições da personalidade e dos eventos de vida para o bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(4), 401-409.
- Yunes, M. A. (2003). Positive psychology and resilience: focus on the individual and families. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84. Doi: 10.1590/S1413-73722003000300010.
- Zappe, J. G., & Dias, A. C. G. (2010). Delinquência juvenil na produção científica nacional: Distância entre achados científicos e intervenções concretas. *Barbarói*, 33, 82-103. Doi: 10.1111/j.1365-2206.2010.00719.x
- Zappe, J. G., & Dias, A. C. G. (2012). Violência e fragilidades nas relações familiares: Refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 389-395. Doi: 10.1590/S1413-294X2012000300006
- Zavaschi, M. L., Benetti, S., Vanoni, G., Polanczyk, G., Solés, N., & Sanhotene, M. (2002). Adolescents exposed to physical violence in the community: A survey in Brazilian public schools. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 12(5), 327-332. Doi: 10.1590/S1020-49892002001100006
- Zinzow, H. M., Ruggiero, K. J., Resnick, H., Hanson, R., Smith, D., Saunders, B., & Kilpatrick, D. (2009). Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 441-450. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02004.x
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P., & Koller, S. H. (2014). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), 97-104. Doi: 10.1590/S0102-37722014000100012



## ANEXOS



## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA -  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Exposição à violência na Adolescência: Relações com bem-estar e saúde mental

**Pesquisador:** Débora Dalbosco Dell'Aglio

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22080914.1.0000.5334

**Instituição Proponente:** Instituto de Psicologia - UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Numero do Parecer:** 557.202

**Data da Relatoria:** 10/03/2014

#### Apresentação do Projeto:

A violência é considerada um problema de saúde pública devido às consequências à saúde física e psíquica, especialmente quando ocorre durante a adolescência. De fato, estudos têm destacado a alta prevalência de exposição à violência física, psicológica e sexual nos contextos intra e extrafamiliar em adolescentes, seja como vítimas diretas ou indiretas. Tal exposição repercute na saúde mental e no bem-estar dos adolescentes.

Dessa forma, este estudo tem por objetivo geral investigar a relação entre exposição a diferentes tipos de violência e bem-estar e saúde mental em adolescentes escolares. Serão considerados os contextos intrafamiliar e extrafamiliar de exposição aos diferentes tipos de violência, assim como a exposição direta e indireta, verificando se existem diferenças no que se refere ao impacto no bem-estar e saúde mental. Participarão deste estudo adolescentes com idades entre 12 e 18 anos, de ambos os sexos, estudantes de escolas públicas da cidade de Porto Alegre/RS. Serão utilizados diferentes instrumentos psicológicos padronizados para avaliar as variáveis exposição à violência, bem-estar e saúde mental. Os aspectos éticos que garantem a integridade dos participantes serão assegurados de acordo com legislações

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2600

**Bairro:** Santa Cecília

**CEP:** 90.035-003

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)308-5698

**Fax:** (51)308--5698

**E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 557.202

brasileiras. Serão realizadas análises descritivas e inferenciais, assim como análises de consistência das escalas utilizadas. Espera-se que a investigação possa contribuir para a produção de conhecimento sobre a temática da juventude em situação de risco na realidade brasileira e para uma maior compreensão sobre as relações entre a exposição à violência, eventos estressores e o bem-estar e saúde mental de adolescentes. Trata-se de estudo transversal e correlacional.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral investigar a relação entre exposição a diferentes tipos de violência e bem-estar e saúde mental em adolescentes escolares.

Serão considerados os contextos intrafamiliar e extrafamiliar de exposição aos diferentes tipos de violência, assim como a exposição direta e indireta, verificando se existem diferenças no que se refere ao impacto no bem-estar e saúde mental. Também será observada a percepção dos adolescentes quanto ao impacto das situações de violência e de eventos estressores vivenciados, assim como os autores dos diferentes tipos de violência.

**Objetivos Secundário:**

- Identificar as frequências dos tipos e dos contextos da violência vivenciada por adolescentes, considerando as variáveis sexo, idade e configuração familiar;
  - Identificar o impacto percebido de cada tipo de violência; - Identificar os autores dos diferentes tipos de violência investigados;
  - Identificar a exposição à violência direta e indireta em diferentes contextos; - Investigar a frequência e o impacto de eventos estressores;
  - Investigar relações entre exposição à violência, eventos estressores e bem-estar (considerando configuração da família não foi capaz de diferenciar os escores dos adolescentes na percepção do clima familiar, autoeficácia e autoestima
- Contribuir para o incremento da área de trabalhos que busquem compreender de que forma e com que força tais variáveis estão relacionadas, trazendo subsídios para propostas de intervenção.satisfação de vida e afetos positivos e negativos);
- Investigar relações entre exposição à violência, eventos estressores e saúde mental em

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos, 2600  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-003  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)308--5698 **Fax:** (51)308--5698 **E-mail:** cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 557.202

adolescentes;

- Investigar preditores de satisfação de vida e de saúde mental em adolescentes;
- Adaptar e validar a Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) para adolescentes brasileiros

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No que se refere aos riscos, está descrito na pesquisa que não estão previstos danos físicos ou psicológicos, pois não são adotados procedimentos invasivos. Também é evidenciado no projeto de pesquisa que será disponibilizada a assistência por parte da equipe de pesquisa, que estará capacitada para este tipo de coleta de dados, no caso de algum participante necessitar de apoio durante ou imediatamente após a realização da coleta de dados. A partir dos dados coletados, quando forem observadas situações de risco pessoal, será

realizado contato com a instituição à qual o adolescente faz parte, assim como contato com o adolescente e sua família, quando necessário, para encaminhamento à rede de proteção do município, através do Conselho Tutelar de sua região.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios, não estão previstos benefícios diretos as pessoas que decidirem participar do estudo. Contudo, quem estiver participando estará auxiliando a compreender questões a respeito da violência e bem-estar de adolescentes e contribuindo para a produção de conhecimento sobre a temática da juventude em situação de risco na realidade brasileira.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O referido projeto apresenta uma proposta de pesquisa relevante, estruturada e fundamentada através de revisão de literatura consolidada. Destaca-se que este faz parte da principal linha de pesquisa da pesquisadora, coordenadora do NEPA/UFRGS (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência), e dá continuidade aos estudos sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade pessoal e social. Quanto aos objetivos, os mesmos estão bem direcionados ao tema e a perspectiva metodológica está apropriada. Toda esta proposta investigativa corresponde e contempla as exigências éticas não tendo nenhuma pendência pois apresenta com detalhamentos todos os itens necessários a serem observados para aprovação.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600  
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)308--5698 Fax: (51)308--5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

Continuação do Parecer: 557.202

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

Os termos foram devidamente apresentados e contemplam as exigências éticas necessárias.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

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

Não há pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado pelo CEP.

PORTO ALEGRE, 14 de Março de 2014

---

**Assinador por:**  
**Milena da Rosa Silva**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600  
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)308-5698 Fax: (51)308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

## ANEXO B

Termo de Concordância da Instituição  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Instituto de Psicologia  
Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento

Prezados(as) Senhores(as):

Estamos realizando a pesquisa **Relações entre exposição à violência, saúde mental e bem-estar na adolescência** que objetiva verificar a exposição à violência e satisfação de vida em adolescentes. Para tanto solicitamos autorização para realizar este estudo nesta Instituição.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da UFRGS, e observa todas as recomendações éticas de manutenção do sigilo e da confidencialidade dos dados, que serão utilizados para fins científicos. Serão utilizadas uma ficha de dados sociodemográficos dos participantes, questionários sobre exposição à violência, bem-estar e saúde mental no grupo de adolescentes participantes do estudo. Os dados coletados serão mantidos sob guarda da UFRGS e destruídos após 5 anos. Os participantes do estudo serão claramente informados de que sua contribuição é voluntária e pode ser interrompida em qualquer etapa, sem nenhum prejuízo. A qualquer momento, tanto os participantes quanto a Instituição poderão solicitar informações sobre os procedimentos ou outros assuntos relacionados a este estudo. Os resultados da pesquisa serão divulgados junto às instituições participantes (escolas), como forma de contribuir para a execução de projetos sociais sobre este tema.

Agradecemos a colaboração dos participantes e das instituições envolvidas para a realização desta atividade de pesquisa e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais. A pesquisadora responsável pela pesquisa é a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Dalbosco Dell’Aglío. Qualquer esclarecimento ou informação adicional pode ser obtido pelo telefone 3308 5253. Este documento foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, fone (51) 33085441, e-mail: [cep-psico@ufrgs.br](mailto:cep-psico@ufrgs.br).

Pesquisadora responsável

Concordamos que o presente estudo se realize nesta Instituição.

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

Responsável pela Instituição

### **ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Este estudo está sendo desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e busca investigar a exposição à violência, saúde e bem-estar em adolescentes. Esperamos que os resultados obtidos nesta pesquisa gerem conhecimento sobre o tema e que motivem programas de prevenção e intervenção que visem a promoção do bem-estar dos adolescentes.

Para tanto, seu filho preencherá questionários sobre dados sociodemográficos, exposição à violência, bem-estar e saúde mental. Enquanto seu filho estiver preenchendo os instrumentos de pesquisa não estão previstos danos físicos ou psicológicos, pois não são adotados procedimentos invasivos. No entanto, caso seu filho sinta algum desconforto, seu filho pode optar por não responder a questão ou encerrar a participação no estudo. Da mesma forma, não estão previstos benefícios diretos as pessoas que decidirem participar do estudo. Contudo, quem estiver participando estará auxiliando a compreender questões a respeito da violência e bem-estar de adolescentes. Destacamos que as informações prestadas por seu filho serão confidenciais, sendo preservado o anonimato na divulgação da pesquisa. Os dados provenientes do estudo serão utilizados apenas para fins de pesquisa e ficarão depositados no Instituto de Psicologia da UFRGS, por um período de cinco anos. A pesquisadora responsável por este projeto de pesquisa é a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Débora Dalbosco Dell’Aglia, do Instituto de Psicologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2600 – sala 115, Porto Alegre – RS, Telefone: 3308 5253.

-----  
Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido declaro que fui informado(a) dos procedimentos e objetivos da pesquisa “Exposição à violência, saúde e bem-estar na adolescência”, bem como da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo alguém. Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador

Se você tiver alguma consideração ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia- CEP-UFRGS. Rua Ramiro Barcelos, 2600. Bairro Santa Cecília – Porto Alegre-RS - tel.: (55) 33085066 - email: [cep-psico@ufrgs.br](mailto:cep-psico@ufrgs.br).

## ANEXO D- Ficha de dados sociodemográficos

Código: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Escola: \_\_\_\_\_

Que série/ano você está? \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ anos

**Sexo:** ( ) masculino ( ) feminino

Quem mora na sua casa? Você pode marcar mais de uma opção.

- ( ) mãe
- ( ) pai
- ( ) irmã(o)s
- ( ) irmã(o)s por parte de pai ou mãe (meio-irmãos)
- ( ) tio(a)s
- ( ) mãe de criação ou adotiva
- ( ) pai de criação ou adotivo
- ( ) madrasta
- ( ) padrasto
- ( ) avôs
- ( ) namorado(a) ou companheiro(a)

**Trabalha?** ( ) Não ( ) Sim, o que faz? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo você trabalha? \_\_\_\_\_ anos e \_\_\_\_\_ meses

Quantas horas por semana você trabalha? \_\_\_\_\_

Se você trabalha, qual sua renda mensal? R\$ \_\_\_\_\_.

**Você é:**

- ( ) solteiro(a)
- ( ) casado(a)
- ( ) mora junto
- ( ) separado(a)
- ( ) viúvo(a)

**Você já reprovou (“rodou”) na escola?** ( ) Não ( ) Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_

**Você já foi expulso de alguma escola?** ( ) Não ( ) Sim Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Por quê? ( ) Brigas ( ) Faltas ( ) Outro: \_\_\_\_\_

**Você alguma vez já teve que parar de estudar para trabalhar?** ( ) Não ( ) Sim.

**ANEXO E- Levantamento de Triagem da Exposição de Crianças à Violência na  
Comunidade (Richters & Martinez, 1993; Osofsky e Zeanah, 1996)**

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Estão listados abaixo diversos tipos de violência e fatos relacionados à violência que você pode **ter experimentado, visto ou ouvido falar**, até o dia de hoje. Gostaríamos de saber quais das situações abaixo já aconteceram com você, ou você viu acontecer com alguém, ou você ouviu falar. Indique a sua resposta fazendo um **círculo** em **Verdadeiro** ou em **Falso** para cada pergunta.

**NÃO INCLUA NAS SUAS RESPOSTAS COISAS QUE VOCÊ PODE TER  
VISTO OU OUVIDO FALAR NA TV, RÁDIO, JORNAL OU CINEMA.**

1. Eu fui perseguido por gangues ou por crianças mais velhas	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
2. Eu vi uma pessoa ser perseguida por gangues ou por crianças mais velhas	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
3. Eu conheço uma pessoa que foi perseguida por gangues ou por crianças mais velhas	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
4. Me ofereceram drogas ilegais para usar, vender ou ajudar a distribuir	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
5. Eu vi oferecerem drogas ilegais para outras pessoas usarem, venderem, ou ajudarem a distribuir	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
6. Eu conheço uma pessoa para quem foram oferecidas drogas ilegais para que ela usasse, vendesse, ou ajudasse a distribuir	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
7. Eu vi outras pessoas usarem, venderem ou ajudarem a distribuir drogas ilegais	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro o</i>
8. Eu sofri um acidente grave onde eu pensei que alguém ficaria gravemente ferido ou morreria	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
9. Eu vi uma pessoa sofrer um acidente grave onde eu pensei que alguém ficaria gravemente ferido ou morreria	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
10. Eu conheço uma pessoa que sofreu um acidente grave onde ele/ela	<i>Falso</i>



pensou que alguém ficaria gravemente ferido ou morreria	<i>Verdadeiro</i>
11. Eu estava em casa quando alguém invadiu ou tentou invadir a minha casa/apartamento	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
12. Eu vi alguém tentando invadir a casa/apartamento de outra pessoa	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
13. Eu conheço uma pessoa que teve a sua casa/apartamento invadido	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
14. Eu fui apanhado, detido ou levado pela polícia	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
15. Eu vi uma pessoa ser apanhada, detida ou levada pela polícia	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
16. Eu conheço uma pessoa que foi apanhada, detida ou levada pela polícia	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
17. Eu fui ameaçado com dano físico grave por alguém	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
18. Eu vi uma pessoa ser ameaçada com dano físico grave por alguém	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
19. Eu conheço uma pessoa que foi ameaçada com dano físico por alguém	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
20. Eu recebi tapas, socos ou apanhei de algum membro da minha família	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
21. Eu vi uma pessoa receber tapas, socos ou apanhar de algum membro da sua família	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
22. Eu conheço uma pessoa que recebeu tapas, socos ou apanhou de algum membro da sua família	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
23. Eu recebi tapas, socos ou apanhei de alguém que não é membro da minha família	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
24. Eu vi uma pessoa receber tapas, socos ou apanhar de alguém que não é membro da sua família	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
25. Eu conheço uma pessoa que recebeu tapas, socos ou apanhou de alguém que não é membro da sua família	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
26. Eu apanhei ou fui assaltado	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
27. Eu vi uma pessoa apanhar ou ser assaltada	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>

28. Eu conheço uma pessoa que apanhou ou foi assaltada	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
29. Eu fui sexualmente atacado, molestado ou estuprado	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
30. Eu vi uma pessoa ser sexualmente atacada, molestada ou estuprada	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
31. Eu conheço uma pessoa que foi sexualmente atacada, molestada ou estuprada	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
32. Eu vi uma pessoa portando ou que possui um revólver ou faca (não inclui policiais, militares ou seguranças)	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
33. Eu conheço uma pessoa que porta ou possui um revólver ou faca (não inclui policiais, militares ou seguranças)	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
34. Eu fui atacado ou apunhalado com uma faca	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
35. Eu vi uma pessoa ser atacada ou apunhalada com uma faca	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
36. Eu conheço uma pessoa que foi atacada ou apunhalada com uma faca	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
37. Eu fui gravemente ferido após um incidente de violência	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
38. Eu vi uma pessoa gravemente ferida após um incidente de violência	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
39. Eu conheço uma pessoa que foi gravemente ferida após um incidente de violência	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
40. Eu vi ou ouvi um revólver ser disparado enquanto eu estava em casa.	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
41. Eu recebi um tiro de revólver	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
42. Eu vi uma pessoa receber um tiro de revólver	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
43. Eu conheço uma pessoa que recebeu um tiro de revólver	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
44. Eu vi uma pessoa morta em algum lugar na comunidade (não incluir velórios e funerais)	<i>Falso</i> <i>Verdadeiro</i>
45. Eu ouvi sobre uma pessoa morta em algum lugar na comunidade (não	<i>Falso</i>

incluir velórios e funerais)	<b><i>Verdadeiro</i></b>
46. Eu vi uma pessoa cometendo suicídio	<b><i>Falso</i></b> <b><i>Verdadeiro</i></b>
47. Eu conheço uma pessoa que cometeu suicídio	<b><i>Falso</i></b> <b><i>Verdadeiro</i></b>
48. Eu vi uma pessoa ser morta por outra pessoa	<b><i>Falso</i></b> <b><i>Verdadeiro</i></b>
49. Eu conheço uma pessoa que foi morta por outra pessoa	<b><i>Falso</i></b> <b><i>Verdadeiro</i></b>
50. Eu estive em uma situação não descrita na qual fiquei extremamente assustado ou pensei que seria gravemente ferido ou morreria	<b><i>Falso</i></b> <b><i>Verdadeiro</i></b>
Por favor, descreva essa situação.	

**ANEXO F- Escala Multidimensional de Satisfação de Vida para Adolescentes  
(EMSVA; Segabinazi et al., 2010)**

“Gostaríamos de saber o que você pensa sobre a sua vida e coisas que fazem parte dela. Por exemplo: como você tem se sentido ultimamente? O que você gosta de fazer? Para cada frase escrita abaixo você deve escolher um dos números que melhor representa o quanto você concorda com o que esta frase diz sobre você”.

Exemplo:

	nem um pouco	um pouco	mais ou menos	bastante	Muitíssimo
Eu gosto de ir ao shopping.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Eu me divirto com muitas coisas.					
2. Os outros adolescentes têm mais amigos do que eu.					
3. Sou compreendido em casa.					
4. Eu fico feliz quando a minha família se reúne.					
5. Vou atrás do que quero conquistar.					
6. Meus amigos passeiam mais do que eu.					
7. Eu me relaciono bem com meus amigos.					
8. Minha família se dá bem.					
9. Eu gosto das atividades da escola.					
10. Eu sorrio bastante.					
11. Brigo muito com meus amigos.					
12. Eu me divirto com meus amigos.					
13. Eu sou uma pessoa bem humorada.					
14. Mantenho a calma.					
15. Minha família me faz feliz.					

16. Eu gostaria que meus amigos fossem diferentes.					
17. Meus amigos podem fazer mais coisas do que eu.					
18. Eu me divirto na escola.					
19. Consigo expressar minhas ideias.					
20. É difícil conseguir o que quero.					
21. Brigar resolve problemas.					
22. É bom sair com meus amigos.					
23. Tenho um convívio bom com a minha família.					
24. Gosto de sair para me divertir.					
25. Meus amigos se divertem mais do que eu.					
26. Eu sou alegre.					
27. Faço o que gosto de fazer.					
28. Tenho sucesso em atividades que realizo.					
29. Outros adolescentes ganham mais presentes do que eu.					
30. Meus professores são legais comigo.					
31. Eu sou inteligente.					
32. Os outros adolescentes são mais alegres do que eu.					
33. Gosto de brigas.					
34. Eu me divirto com a minha família.					
35. Gosto de conversar com meus amigos.					
36. Eu sou feliz.					
37. Eu me sinto calmo, tranquilo.					
38. Eu sou divertido.					
39. Meus pais são carinhosos comigo.					
40. Eu gosto de ir à escola.					
41. Eu me sinto bem do jeito que sou.					
42. Gostaria que minha família fosse diferente.					
43. Sou irritado.					

44. Meus amigos gostam de mim.					
45. Eu me sinto bem na minha escola.					
46. Eu aprendo muitas coisas na escola.					
47. Eu me considero uma pessoa descontraída.					
48. Meus amigos me ajudam quando preciso.					
49. Minha família gosta de mim.					
50. Minha família me ajuda quando preciso.					
51. Sou capaz de realizar muitas coisas.					
52. Gosto da minha vida.					

**ANEXO G - Escala de Afetos Positivos e Negativos para Adolescentes (EAPNA;  
Segabinazi et al., 2012)**

“Gostaríamos de saber como você tem se sentido ultimamente. Não há respostas certas ou erradas. O que é realmente importante é que você responda com sinceridade a cada item. Esta escala consiste de um número de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada item e depois marque um X na resposta que você acha que é a melhor para você. Por favor, tome cuidado para não esquecer de marcar nenhum item. Veja a frase do exemplo: ‘Eu estou me sentindo feliz’. Se você se sente muitíssimo feliz, marque 5. Se você se sente apenas um pouco feliz, marque 2. E assim por diante”.

Exemplo:

	nem um pouco	um pouco	mais ou menos	bastante	muitíssimo
Eu estou me sentindo feliz.	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Alegre						15. Disposto					
2. Amoroso						16. Divertido					
3. Amedrontado						17. Feliz					
4. Animado						18. Furioso					
5. Assustado						19. Humilhado					
6. Carinhoso						20. Impaciente					
7. Chateado						21. Interessado					
8. Competente						22. Irritado					
9. Contente						23. Magoado					
10. Corajoso						24. Perturbado					
11. Culpado						25. Preocupado					
12. Decidido						26. Satisfeito					
13. Deprimido						27. Triste					

14. Desanimado						28. Valente					
----------------	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--



## ANEXO H

### Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A) (Versão em português para adolescentes Patias, Machado, Bandeira, & Dell’Aglia, manuscrito submetido).

Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse para Adolescentes (EDAE-A)					
Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas					
<b>0</b> Não aconteceu comigo nessa semana					
<b>1</b> Aconteceu comigo algumas vezes na semana					
<b>2</b> Aconteceu comigo em boa parte da semana					
<b>3</b> Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana					
1	Eu tive dificuldade para me acalmar	0	1	2	3
2	Eu percebi que estava com a boca seca	0	1	2	3
3	Eu não conseguia ter sentimentos positivos	0	1	2	3
4	Eu tive dificuldade para respirar (por exemplo, tive respiração muito rápida, ou falta de ar sem ter feito esforço físico)	0	1	2	3
5	Foi difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
6	Em geral, tive reações exageradas às situações	0	1	2	3
7	Tive tremores (por exemplo, nas mãos)	0	1	2	3
8	Eu senti que estava bastante nervoso(a)	0	1	2	3
9	Eu fiquei preocupado(a) com situações em que poderia entrar em pânico e fazer papel de bobo(a)	0	1	2	3
10	Eu senti que não tinha expectativas positivas a respeito de nada	0	1	2	3
11	Notei que estava ficando agitado(a)	0	1	2	3
12	Achei difícil relaxar	0	1	2	3
13	Eu me senti abatido(a) e triste	0	1	2	3

14	Eu não tive paciência com coisas que interromperam o que estava fazendo	0	1	2	3
15	Eu senti que estava prestes a entrar em pânico	0	1	2	3
16	Não consegui me empolgar com nada	0	1	2	3
17	Eu senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18	Eu senti que eu estava muito irritado(a)	0	1	2	3
19	Eu percebi as batidas do meu coração mais aceleradas sem ter feito esforço físico (por exemplo, a sensação de aumento dos batimentos cardíacos, ou de que o coração estava batendo fora do ritmo)	0	1	2	3
20	Eu me senti assustado(a) sem ter motivo	0	1	2	3
21	Eu senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3