

CÉLIA REGINA DA SILVA ROCHA

**DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E
DISTÚRBIOS DO SONO EM ESTUDANTES DO
TERCEIRO ANO DO ENSINO MÉDIO E DE CURSOS
PRÉ-VESTIBULARES**

**CAMPINAS
2010**

CÉLIA REGINA DA SILVA ROCHA

**DEPRESSÃO, COMPULSÃO ALIMENTAR E
DISTÚRBIOS DO SONO EM ESTUDANTES DO
TERCEIRO ANO DO ENSINO MÉDIO E DE CURSOS
PRÉ-VESTIBULARES**

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

**CAMPINAS
2010**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

R582d Rocha, Célia Regina da Silva
Depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono em
estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-
vestibulares / Célia Regina da Silva Rocha. Campinas, SP :
[s.n.], 2010.

Orientador : Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Sono. 2. Distúrbios do sono. 3. Adolescentes. 4.
Estudantes. I. Reimão, Rubens Nelson Amaral de Assis. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Depression, alimentary compulsion and sleep disturbances in
third-year intermediate students and students enrolled in courses for university
entrance examination**

Keywords: • Sleep
• Sleep disturbances
• Adolescents
• Students

Titulação: Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente
Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Banca examinadora:

Profª. Drª. Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão
Profº. Drº. Maria Cristina Barros Maciel Pellini
Profª. Drª. Nancy Julieta Inocente
Profa. Dra. Maria Mercedes Samudio Santos
Prof. Dr. José Martins Filho

Data da defesa: 11-02-2010

Banca Examinadora de Tese de Doutorado

Aluna Célia Regina da Silva Rocha

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão

Dr. RUBENS N. A. A. REIMÃO
CRM 26024

Dr. Rubens Reimão

Membros:

Professor (a) Doutor (a) Nancy Julieta Inocente

Professor (a) Doutor (a) Maria Mercedes Samudio Santos

Professor (a) Doutor (a) Maria Cristina Barros Maciel Pellini

Professor (a) Doutor (a) José Martins Filho

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 11/02/2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a memória dos meus pais, Antonio Vicente e Maria Célia, saudades sempre.

Ao meu marido Rodolfo, que com carinho, paciência, incansável me apoiando nos momentos mais difíceis, contribuiu para a finalização de mais um projeto de vida.

A todos os pré-vestibulandos, que sofrem com a angústia da incerteza.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir que eu chegasse até aqui.

Ao Prof. Dr. Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão, cujo estímulo, confiança, orientação clara e segura, contribuíram para a conclusão deste estudo.

Aos colégios e cursinhos, que ao abrirem as suas portas, permitiram o contato com os pais e alunos, para a coleta dos dados.

Aos estudantes, que se disponibilizaram a participar e aqueles que não puderam fazer parte do projeto.

A Simone Cristina Ferreira, pela competência com que desenvolve o seu trabalho, pelo carinho e presteza, com que me atendeu nestes últimos cinco anos.

A secretária Tathyane Krahenbuhl, pela atenção e paciência.

A Helymar Machado, da Câmara de Pesquisa - Serviço de Estatística, pela elaboração da análise estatística.

A querida amiga Maria Delourdes Maciel, grande incentivadora e modelo profissional.

As amigas, Regina Toni de Freitas e Magda Marly Fernandes, confidentes e solidárias nos momentos difíceis.

Ao meu tio Fernando Celso Lopes, financiador dos meus primeiros livros e cadernos, importantíssimos para a minha trajetória acadêmica e profissional.

A Elaysa, Ana Maria e Afonso, pelos deliciosos almoços de domingo.

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Rocha CRS. Depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.

Orientador: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão. Programa Saúde da Criança e do Adolescente. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A adolescência é tida como um período de transição, marcado por significativas transformações nos aspectos bioquímicos, fisiológico e psicossocial, acarretando ansiedade e muita angústia, configurando-se como fatores de risco para o surgimento de algum tipo de distúrbio. Neste estudo, verificamos a ocorrência de sintomas de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de curso pré-vestibular. Foi realizado um estudo transversal, descritivo. A amostra de 529 estudantes (M=241; F=288) de sete escolas públicas e privadas e dois cursos pré-vestibulares, de um bairro de classe média, da cidade de São Paulo, na faixa etária entre 16 e 19 anos. Os instrumentos utilizados foram: Inventário Beck de Depressão (BDI), Questionário sobre Padrões Alimentares e Peso - Revisado (QEWP-R) e o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (IQSP). A análise dos dados indica maior percentual de sintomatologia depressiva no grupo feminino e entre estudantes dos cursinhos. Verificou-se a presença de indícios de compulsão alimentar com maior percentual nos estudantes das escolas particulares. Em relação aos distúrbios do sono mostram diferenças significativas no período de estudo, problemas para ficar acordado, qualidade subjetiva do sono, latência, duração do sono, uso de medicação, eficiência habitual do sono, sonolência diurna e distúrbios do sono e número de pessoas na casa. Houve Associação entre distúrbios do sono e indícios de compulsão alimentar, distúrbios do sono e sintomatologia depressiva. Concluimos que na população estudada existe a ocorrência de sintomatologia depressiva, indícios de episódios de compulsão alimentar e distúrbios do sono.

Palavras-chave: Sono. Distúrbios do sono. Adolescentes. Estudantes do ensino médio.

ABSTRACT

Rocha CRS. Depression, alimentary compulsion and sleep disturbances in third-year intermediate students and students enrolled in courses for university entrance examination. Advisor: Rubens Nelson Amaral de Assis Reimão. Child and Adolescent Health Program. Faculty of Medical Sciences - University of Campinas (FCM-Unicamp).

Adolescence is a period of transition marked by significant transformations in biochemical, physiological and psychosocial aspects, leading to anxiety and anguish, which consist in risk factors for the appearance of some type of disturbance. In this study, we verified the occurrence of symptoms of depression, eating compulsion and sleep disturbances in third-year intermediate students and students enrolled in courses for university entrance examination. This was a transversal and descriptive study comprising 529 students (241 males; 288 females) from seven public and private schools and two courses for university entrance examination located in a middle-class district in the city of São Paulo, in the age group of 16-19 years. The instruments used were: Beck Depression Inventory (BDI), Questionnaire on Eating and Weight Patterns - Revised (QEWP-R) and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The data analysis indicated a major percentage of depressive symptomatology in the group of females and among students of the courses. It was verified a major percentage of eating compulsion signs in students of private schools. Concerning sleep disturbances, they showed significant differences regarding the period of study, difficulty staying awake, subjective quality of sleep, latency, sleep duration, medication use, habitual sleep efficiency, daytime sleepiness, and number of people at home. There was an association between sleep disturbances and eating compulsion signs, as well as sleep disturbances and depressive symptomatology. We could conclude that there was an occurrence of depressive symptomatology, signs of eating compulsion and sleep disturbances.

Keywords: Sleep. Sleep disturbances. Adolescents. Intermediate students.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- BDI - Inventário Beck de Depressão
- CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
- DSM IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio
- INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
- IQSP - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh
- LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- NREM - Sono de ondas lentas
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- PNE - Plano Nacional de Educação
- PROUNI - Programa Universidade para Todos
- QWEP-R- Questionário sobre Padrões Alimentares e Peso
- REM - Movimento rápido dos olhos
- TA - Transtornos Alimentares
- TCAP - Transtornos da Compulsão Alimentar Periódica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das medidas sócio-demográficas	92
Tabela 2 - Descrição das medidas sócio-demográficas	93
Tabela 3 - Comparação entre as variáveis gênero e idade	94
Tabela 4 - Comparação entre as variáveis gênero e horário de estudo e trabalho.....	94
Tabela 5 - Comparação entre o gênero e o tipo de escola.....	94
Tabela 6 - Comparação entre as variáveis idade, horário de estudo e trabalho.....	95
Tabela 7 - Comparação entre alunos dos cursos pré-vestibulares e faixa etária	95
Tabela 8 - Comparação entre tipo de escola e faixa etária	96
Tabela 9 - Comparação entre escolaridade dos pais e faixa etária.....	96
Tabela 10 - Comparação entre a renda familiar e faixa etária.....	97
Tabela 11 - Comparação entre trabalho e tipo de escola.....	97
Tabela 12 - Comparação entre horário de estudo e tipo de escola.....	98
Tabela 13 - Comparação entre faz cursinho concomitante ao ensino médio e tipo de escola	98
Tabela 14 - Comparação entre a cor da pele e tipo de escola	99
Tabela 15 - Comparação entre as variáveis trabalho e período de estudo	99
Tabela 16 - Comparação entre as variáveis freqüenta cursinho concomitante ao ensino médio e período de estudo	100
Tabela 17 - Estudantes que pretendem cursar universidade e período de estudo.....	100
Tabela 18 - Renda familiar e período de estudo.....	101
Tabela 19 - Escolaridade dos pais e tipo de escola	101
Tabela 20 - Comparação entre renda familiar e tipo de escola	102
Tabela 21 - Sintomatologia depressiva e o tipo de escola.....	102
Tabela 22 - Presença de indícios de compulsão alimentar	103
Tabela 23 - Presença de indícios de compulsão alimentar e tipo de escola	103

Tabela 24 - Frequência do padrão e qualidade do sono dos participantes	104
Tabela 25 - Frequência relativa e absoluta de intercorrências durante o sono	105
Tabela 26 - Bons e maus dormidores segundo tipo de escola	106
Tabela 27 - Bons e maus dormidores segundo o período de estudo	106
Tabela 28 - Frequência relativa e absoluta de bons e maus dormidores e sintomatologia depressiva	107
Tabela 29 - Intercorrências durante o sono e sintomatologia depressiva.....	108
Tabela 30 - Distribuição das frequências relativas e absolutas dos distúrbios do sono e sintomatologia depressiva	109

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 OBJETIVOS	25
2.1 Gerais.....	26
2.1 Objetivos Específicos	26
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	27
3.1 A Adolescência.....	28
3.2 Aspectos Históricos da Depressão	35
3.3 Sintomas da Depressão.....	37
3.4 Prevalência da Depressão na Adolescência.....	40
3.5 Depressão na Adolescência	44
3.6 Depressão Associada a Outros Distúrbios.....	47
3.7 Distúrbios do Sono	50
3.7.1 Breve histórico dos transtornos do sono	50
3.7.2 Os estágios do sono	52
3.7.3 Prevalência dos distúrbios do sono.....	56
3.8 Transtornos Alimentares.....	58
3.8.1 Breve histórico dos transtornos alimentares.....	58
3.8.2 Prevalência dos transtornos alimentares	63
3.8.3 TCAP e seus aspectos psicológicos	65
3.8.4 TCAP e a questão de gênero	66
3.8.5 Transtornos alimentares na adolescência	68
3.9 A escola como espaço de interação	71
3.9.1 Ensino Médio	72
3.9.2 Processo de escolha e tomada de decisão.....	75
3.9.3 O exame pré-vestibular como fator gerador de ansiedade.....	77
3.9.4 Os exames pré-vestibulares como ritual de passagem	79
4 MATERIAL E MÉTODOS	83
4.1 População e Amostra	84
4.2 Critérios de Inclusão	84
4.3 Critérios de Exclusão	84
4.4 Processos da Pesquisa	85
4.5 Instrumentos Para a Coleta de Dados	86
4.5.1 Inventário Beck de Depressão	86
4.5.2 Questionário sobre Padrões Alimentares e Peso - Revisado	86
4.5.3 O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh	87
4.6 Limitações do estudo.....	87
4.7 Aspectos Éticos	88

4.8	Metodologia Estatística.....	88
5	RESULTADOS	91
5.1	Caracterização da Amostra	92
6	DISCUSSÃO.....	111
6.1	Características Sócio Demográficas	112
6.2	Ocorrência de Sintomas Depressivos	116
6.3	Compulsão Alimentar	118
6.4	Correlação Entre Sintomas de Depressão e Indícios de Compulsão Alimentar	119
6.5	Padrão e Qualidade do Sono.....	119
6.6	Correlação Entre Sintomas de Depressão e Distúrbios do Sono	122
6.7	Correlação Entre Indícios de Compulsão Alimentar e Índice de Qualidade do Sono	123
7	CONCLUSÕES	125
8	REFERÊNCIAS	129
10	ANEXOS.....	165
11	APÊNDICES	191

1 INTRODUÇÃO

Ao longo de minha atuação profissional, no contato direto com adolescentes e seus familiares, pude sentir como os pais, diante dos problemas apresentados por seus filhos, manifestam preocupação, angústia e frustração. Por outro lado, os adolescentes também relatam suas angústias por estarem sentindo e passando por momentos dolorosos de medo, sensação de vazio, ansiedade, dificuldade para conciliar o sono, ou para acordar pela manhã e depressão.

Alguns relatam que costumam isolar-se, ou que preferem ficar sozinhos, outros dizem que comem compulsivamente, não conseguindo parar enquanto não acabam com toda a comida existente na geladeira, ou nos armários. Depois se sentem culpados e constantemente passam mal. Eles também observam que muitos de seus colegas de escola/cursinho apresentam sintomas semelhantes, o que os deixa ainda mais apavorados. Isso tudo pode levar o adolescente a um estresse muito grande, causando-lhe sérios distúrbios.

Nesse sentido, os avanços das pesquisas e da tecnologia propiciam para nós, profissionais da área da saúde, uma gama maior de opções para os tratamentos, encaminhamentos a recursos adequados, visando a dar assistência educacional, psicossocial e médica, o que, de certa forma, levou-nos ao encontro do que sempre almejamos para nossos pacientes: melhores condições físicas e psíquicas.

Sabe-se que a adolescência é o período da vida que se inicia com a puberdade, marcada por acentuadas mudanças bioquímicas e fisiológicas, e pelos sinais visíveis de maturação sexual, como o crescimento dos pelos pubianos – daí o termo derivado do Latim *pubescere*, ou crescer pelos. Trata-se, em outras palavras (Osório,1992), de uma transformação substancial do corpo jovem que adquire as funções e os atributos do corpo adulto.

O período da adolescência compreende a fase inicial da maturação sexual - desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários que vão gerar comportamentos sexuais diretamente relacionados ao aumento da produção hormonal responsável pela aquisição da capacidade reprodutiva. Esse percurso é marcado pelo estirão ou crescimento acelerado de estatura e peso em ambos os sexos.

A adolescência é considerada como o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, segundo Osório (1992) aquele período marcado não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade.

Quanto às definições de adolescência, o Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 2º, diz que

Considera-se adolescente, para todos os efeitos desta Lei, a pessoa entre doze e dezoito anos de idade; parágrafo único: nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como adolescência o período de transição entre a infância e a idade adulta, que se caracteriza por transformações físicas, sociais e emocionais e se estende dos 10 aos 19 anos de idade, divididos em duas fases: de 10 a 14 anos, que inclui o início das mudanças puberais e de 15 a 19 anos, término da fase de crescimento e desenvolvimento morfológico. É o período de vida em que os adolescentes apresentam características que lhes são próprias, quer sejam elas biológicas ou psicológicas, influenciadas pelas características sociais, culturais e ambientais (OMS, 1995).

Nos estudos acerca de desenvolvimento e crescimento, a definição acima é a mais utilizada apesar de se basear exclusivamente na faixa etária. Ficam exclusas pessoas que já apresentam algum grau de amadurecimento físico antes dos dez anos de idade, uma vez que o desenvolvimento puberário apresenta grande variação no que diz respeito à idade de início e término, ritmo, intensidade e inter-relação entre os seus fenômenos (Saito, 2000).

Não é sem razão que se afirma que todas as grandes mudanças culturais da história da humanidade ocorreram no limiar entre a adolescência e a idade adulta. Temos, portanto, que o adolescente irá defrontar-se com diversos problemas, ou no dizer de Osório (1992), com dilemas: existencial, comportamental, vocacional, sexual, além dos educacionais e de aprendizagem.

A adolescência antes tida como uma etapa de transição, entre idades ou fases da vida, atualmente é definida por elementos que, embora tenham suas características próprias do momento evolutivo em questão sempre sofrem influências das contingências sócio-culturais.

As reações a essas dramáticas alterações físicas dependem muito do contexto psicossocial do adolescente, dos padrões dos pais, da reação dos iguais e das regras culturais da sociedade, que influem significativamente sobre a sua auto-imagem nesse rito de passagem para a idade adulta.

Para Webere (1998, p. 66),

[...] os termos adolescente e ou jovem servem para designar os indivíduos que saíram da infância e ainda não assumiram as responsabilidades adultas – de acordo com as regras vigentes da sociedade em que vivem e na classe social a que pertencem [...].

A adolescência marca a passagem, no indivíduo, do pensamento concreto para um pensamento abstrato e formal, exigindo dele análises mais complexas de pensamento (Baptista et al., 1999), uma vez que passa a ter uma série de habilidades cognitivas que antes eram impossíveis. Nessa fase, observam-se o aumento das responsabilidades, tanto familiar quanto social; a assunção de posições e formas próprias de pensar, assim como a construção de suas impressões sobre o certo, o errado, o desejável, o indesejável, o moral, o imoral (Dias, 2000).

Também é na adolescência que as capacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais amadurecem o bastante para a formação da identidade adulta. A construção dessa nova identidade pressupõe perdas – como a do corpo infantil – além de menor proteção, maior cobrança dos pais, e requer várias tarefas psicológicas, como aceitação da nova imagem corporal, a separação das figuras parentais internalizadas e cristalização da nova identidade e sua relação com o mundo.

Por outro lado, esse momento da vida impõe ao jovem uma série de mudanças de atitudes e posturas têm de ser alteradas para permitirem a sua entrada no mundo adulto como a universidade, o mundo do trabalho, a vida sexual, o casamento.

Assim, com as inquietações e questionamentos sempre presentes nesse quase trinta anos de prática profissional. Atuando junto a adolescentes que relatam

suas frustrações, angústias, ansiedade e expectativas viveciadas, principalmente por ocasião dos grandes vestibulares.

Ao mesmo tempo em que se enchem de energia para falar de suas expectativas, sonhos e projetos, vêem-se diante da angústia da incerteza, pois apesar da dedicação e empenho nem sempre se sentem preparados para a enfrentaras responsabilidades futuras. Por outro lado, a maratona das provas, que invariavelmente implica em gastos com inscrições, viagens e acomodações, o tempo e os cursos preparatórios.

As pressões familiares e sociais, o papel da família e da escola nesse processo.

Foram esses aspectos que nortearam a minha escolha, querendo ou não impregnanda pelo juízo de valor, a intencionalidade, a educação, a saúde e, sobretudo a pesquisa.

Desta forma, pensando nesses eventos, ao longo da minha trajetória profissional, que o projeto da tese ora apresentada foi estruturado.

2 OBJETIVOS

2.1 Gerais

Verificar a ocorrência de depressão, distúrbios do sono e da compulsão alimentar periódica entre adolescentes estudantes da terceira série do ensino médio, em escolas públicas e particulares, e alunos de cursos pré-vestibulares, das regiões norte e sul da cidade de São Paulo.

2.1 Objetivos Específicos

- Identificar a ocorrência de comportamentos que indiquem sintomas depressivos em alunos do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.
- Identificar a ocorrência de comportamentos que indiquem sintomas de distúrbios do sono em alunos do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.
- Identificar a ocorrência de comportamentos que indiquem sintomas de compulsão alimentar periódica em alunos do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.
- Investigar possíveis correlações entre os sintomas de Depressão, Distúrbios do Sono e Compulsão Alimentar Periódica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Adolescência

Nas sociedades ocidentais, a adolescência enquanto um período longo de transição entre a infância e a idade adulta, frequentemente é vista como um período difícil (Weber, 1998), durante o qual o desenvolvimento saudável está relacionado ao fato de evitar problemas ao crescimento de competências, propriamente dito. Apesar da existência da crença de que o desenvolvimento do adolescente normalmente é tumultuado, Offer e Schonert-Reichl (1992) consideram que este é um dos vários mitos a respeito dessa fase.

Um dos principais impasses com que nos deparamos é o da limitação da adolescência, que está permeada pelos diferentes conceitos, e em função das diferenças sócio-culturais mostra-se com amplas possibilidades de manifestações. Embora muitos destes aspectos sejam considerados universais, a velocidade de maturação de cada aspecto da adolescência – biológico, social e psicológico, e das partes que a compõem são distintas e interatuantes (Levisky, 1998) e tem um papel significativo para a caracterização do adolescente em nossa sociedade.

Freud utiliza a palavra puberdade, em detrimento de adolescência, para o momento marcado por mudanças decorrentes

[...] onde se operam mudanças destinadas a dar à vida sexual infantil sua forma final normal mudanças decorrentes do crescimento manifesto dos órgãos genitais externos. Ele marca o período da puberdade como um período de transformações que se inicia com as mudanças físicas e se estende até a eleição do objeto sexual e a realização do ato sexual. É esta a marca da inserção do pensamento freudiano na cultura de sua época: a partir do momento em que denota a maturação fisiológica como limite à infância (1972, p. 213).

A adolescência, período em que se verificam mudanças na vida psíquica, mudanças em relação ao corpo e em relação ao semelhante, e ainda onde se estabelecem novas escolhas e laços, pode ocorrer em outra temporalidade que da puberdade, razão por que existe grande dificuldade para se estabelecer os seus limites.

Para Silva et al. (2004), a concepção de juventude, ou adolescência, é única em todas as épocas e sob os prismas da ciência social ou da biologia. Como as demais épocas da vida, a adolescência é uma construção social e cultural que segundo o autor abarca um conjunto de imagens fortes, de modos de pensar, de representações de si própria e do contexto social no qual está inserida.

O adolescente não é simplesmente produto de seu meio, ele está em busca constante de respostas, para os impasses e questionamentos, invariavelmente reage a tudo que lhe é proposto, inclusive em relação às mudanças e transformações corporais.

O sentimento de estranheza e o mal estar do corpo, decorrentes da perda da imagem narcísica infantil, ao lado da onipotência infantil ainda não superada, levarão boa parte dos jovens a escolher atos sem considerar a possibilidade de danos em seu corpo e no dos outros, ocasião em que se colocam frontalmente a situações de risco.

Na concepção de Freud (1972) este é um período crítico, e é necessário criar outras possibilidades de ajustes para que com esses novos mecanismos, se possa oferecer ao jovem um intenso trabalho psíquico, que, se não for realizado, o conduzirá ao que se conhece como patologias da adolescência. Assumir novos papéis gera no adolescente ansiedade e estresse.

Cada geração possui uma especificidade, contém uma diversidade de caminhos produzidos por seus membros, porém, Matheus (2003) enfatiza que nas diferenças, os pares tendem a estabelecer laços de identificação que lhes facilitarão a permanência nesta etapa da vida. É a partir deste enfoque e das experiências entre os sujeitos, crianças e adultos, se constroem as referências histórico e culturais comuns.

Ainda, segundo Matheus (2003), mesmo que os ideais de cada sujeito não sejam congruentes aos de sua geração, o simples fato do convívio faz com que eles carreguem suas marcas.

Assim, os ideais singulares expressam os da sua geração, mas os ideais de uma geração nem sempre estão circunscritos a este ou aquele sujeito.

Utilizamos o termo adolescência como contraponto à condição da criança ingênua, imatura, que necessita de segurança ou à do adulto que figura como maduro, seguro e responsável. Para Aberastury e Knobel (1982), a psicanálise aborda o sujeito adolescente por outros ângulos: como processo de luto – seja dos pais, da infância, do

corpo infantil; a partir do encontro com o sexo; como passagem que reafirma ou põe a constituição subjetiva à prova e apronta para o momento de sua conclusão.

Os autores relacionam os lutos, ou seja, as perdas dos aspectos infantis de que o jovem precisa se desfazer para alcançar a maturidade, como sendo: o luto pela perda do corpo infantil, fase em que o jovem sente-se impotente diante do poder das alterações que seu corpo sofre e, ao mesmo tempo, nutre o desejo e a expectativa de se tornar adulto.

O luto pelo papel e identidades infantis se configura pelos sentimentos de perda, tais como da condição de criança e dos privilégios advindos dessa fase (Aberastury e Knobel, 1982), do temor pelo desconhecimento do que implica ser adulto e das responsabilidades que a família-sociedade lhe impõe.

No período de luto pelos pais da infância, o adolescente procura reter seus pais em sua personalidade. Ele vai descobrir que seus desejos e idéias não são os mesmos que os de seus pais, e sentem remorso em assumi-los, pelo temor às consequências, cujo maior dano é a perda, propriamente dita, dos pais da infância (Corso e Corso, 1997).

Por último, o adolescente coloca o luto pela bissexualidade infantil introduzida por Freud (1972) que consiste no fato de que todo o ser humano possui constitucionalmente potenciais sexuais tanto masculinos como femininos que, independentes do sexo anatômico, se conflitam por ocasião do processo de definição de identidade sexual (Laplanche, 1992).

As reações a estas dramáticas alterações são muito significativas e se manifestam no momento em que os diferentes tipos de sociedade, estabelecem alguns critérios e pré-requisitos (Levisky, 1998) que o jovem deverá obter para conquistar o status de adulto.

Neste sentido, os rituais de passagem foram desenvolvidos para facilitar o processo de inserção do jovem ao mundo adulto, da mesma forma em que marcam a ruptura, pelos adolescentes, de seus laços domésticos e consagram a passagem da vida em comunidade.

Segundo Rosa (2002), a família transmite os sistemas simbólicos dominantes e é responsável pela inclusão dos filhos à classe social, ao grupo étnico e religioso em que está inserida. Sendo encarregada, a partir das funções materna e paterna, da constituição subjetiva do adolescente.

É o tempo de transição do espaço familiar para a conquista de um espaço no mundo externo. Neste contexto, a escola, enquanto instituição formadora, representa para o adolescente o grupo social mais amplo porque propicia vivências emocionais e afetivas individuais.

É um período de novos tipos de amizades, do desabrochar da sexualidade, fatores que implicam diretamente no crescimento e desenvolvimento pessoal e que permitem a participação e reflexão no processo de constituição de sua identidade (Cardenás, 2002).

Portanto, a adolescência é o modo de experimentar a puberdade, perpassando pelas influências culturais e sociais (Aznar-Farias, 2000). Dentre estas, podemos citar a amizade, uma vez que o adolescente necessita de apoio solidário para enfrentar situações ligadas a seu crescimento e desenvolvimento.

Musiti et al. (1997, p. 84) entendem “*o auto-conceito como a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, baseado em suas experiências com os demais e nas contribuições de sua própria conduta*”. Esse mecanismo exige que o indivíduo ponha em prática, dentro do mundo que o cerca, seus componentes emocionais, sociais, físicos e acadêmicos.

Esses aspectos contribuem para sentido de sua própria identidade, que se constituem num marco de referência para interpretar a realidade externa e as próprias experiências, influenciando no rendimento escolar e social, nas suas expectativas e motivações e, conseqüentemente, proporcionando-lhe o equilíbrio emocional.

Os estudos de Musiti et al. (1997) e Villarroel Henríquez (2000) concluí que o auto-conceito tem uma importância significativa sobre o rendimento escolar de crianças e adolescentes.

As dificuldades encontradas para superação dos conflitos gerados nesta fase da vida, os sentimentos de fracasso frente às expectativas do grupo social, podem acarretar no isolamento e na baixa auto-estima, fatores difíceis de suportar e que tornam o adolescente presa fácil para o desenvolvimento da depressão (Del Porto (1999) e Villanueva, 2000).

Para Rothenberg (1995) e Urquijo (2002) a depressão nos adolescentes, invariavelmente, está associada a sentimentos negativos acerca de si mesmos, em

relação ao seu corpo e a sua aparência, especificamente no grupo feminino. Os autores postulam que as meninas quando comparadas aos meninos, sofrem mais de estresses e apresentam maior probabilidade de depressão e tentativas de suicídio, que segundo Mrazek e Habberty (1994) são os chamados comportamentos de risco.

Achados epidemiológicos (Offer e Schonert-Reichl, 1992), sugerem uma elevação na taxa de distúrbios entre a infância e a adolescência, situando em uma parcela considerável, de adolescentes que têm problemas de saúde mental e necessitam de ajuda. Entretanto, cabe ressaltar que a maior parte dos jovens - 80% deles passam por esse período do desenvolvimento sem problemas.

Os padrões adaptativos na adolescência (Steinberg e Morris, 2001) não podem ser compreendidos sem considerar o desenvolvimento prévio do indivíduo, já que problemas que surgem na adolescência geralmente têm sua origem em fases anteriores.

Para os autores, a ênfase dada pelos pesquisadores aos comportamentos apresentados pelos adolescentes, resultaram em achados que contribuíram para o entendimento da antiga concepção da adolescência como um período conturbado. E problemas que persistem anteriormente a adolescência podem ser creditados a esse período do desenvolvimento (Fergusson et al., 1996).

A escola representa para o adolescente o grupo social mais amplo. É nesse contexto que ele obterá vivências individuais para o crescimento global e trocas interpessoais significativas (Cardenás, 2002). Novos elementos vão sendo adquiridos a partir de vivências que contêm níveis de contradição e conflitos que o jovem precisa passar e aprender a enfrentar.

É no grupo que o jovem encontrará a oportunidade de experimentar situações novas, dividir responsabilidades e aprender com o erro dos demais, assim como promover a construção da subjetividade (Rosa, 2002). O grupo permite que o adolescente tenha a sensação de pertinência e acolhimento e que ele possa confrontar-se e reconhecer-se, fatores que o auxiliam na transição da vida protegida dentro do âmbito familiar para vida independente do mundo adulto.

Segundo Levisky (1998), mesmo naquelas sociedades cujo ritual de passagem se configura em um processo de intenso sofrimento, tanto físico quanto

psíquico, os jovens demonstram desejos ardorosos de se submeterem a eles, pois o significado destes rituais extrapola toda dor ao mesmo tempo que favorece o desenvolvimento de sentimentos positivos de confiança, segurança e de auto-estima, resultando, portanto, na abreviação da resolução psicológica da crise juvenil.

Desta forma, o adolescente prepara-se para desenvolver as novas tarefas que assumirá. Dentre elas está a transição na vida acadêmica dos estudantes (Langston e Cantor, 1989; Schoen-Ferreira, 2002) que, conseqüentemente, gera um aumento de responsabilidade, ansiedade e competitividade e facilita o desenvolvimento do estresse.

No grupo de pares, o ego do adolescente passa a ser contemplado no espelho dos outros (Pedromônico, 2000), uma vez que todos vivenciam as mesmas transformações físicas e emocionais, porém o trabalho de elaboração é individual para que o adolescente alcance a universalidade. Segundo Thomas e Daubman (2001), os adolescentes beneficiam-se mais de relacionamentos entre pares que as crianças pequenas. Assim, as pessoas inseridas socialmente (Newcomb et al., 1993) possuem um suporte emocional que lhes favorecem sofrer menos distúrbios emocionais e mentais.

Quanto às amizades, os adolescentes possuem expectativas diferentes, Thomas e Daubman (2001) postulam que os adolescentes do gênero masculino possuem, com seus amigos, uma relação interpessoal e não individual, enquanto o gênero feminino valoriza mais o relacionamento social, de forma mais íntima e com auto-revelação. Nos estudos de Schoen-Ferreira et al. (2003), independente do gênero, os adolescentes consideram a amizade um aspecto importante para suas vidas.

Ao mesmo em tempo que depende dos vínculos de amizade para se firmar, o adolescente busca desenvolver um senso de si mesmo como um indivíduo autônomo. O impulso para tal autonomia (Eccles, 1999; Campos e Maturano, 2003) decorre do processo interno e biológico que dão origem ao processo de transição para as mudanças de papéis e das expectativas sociais que acompanham essas transformações fisiológicas e cognitivas.

Atualmente é o próprio jovem que faz o trabalho de amarração que anteriormente ficava a cargo dos ritos de passagem (Borges, 2005). As reações a estas dramáticas alterações físicas dependem muito do contexto psicossocial do adolescente, dos padrões dos pais, da reação dos pares e das regras culturais da sociedade na qual

estão inseridos e que influem, significativamente, sobre a sua auto-imagem nesse rito de passagem para a idade adulta.

A adolescência enquanto uma fase, tem sido determinante para a formação e transformação de cada indivíduo, quer se trate de maturação do corpo e do espírito (Ojeda et al., 1985), quer seja, no que diz respeito às escolhas, geralmente, decisivas que proporcionarão a entrada definitiva na vida adulta (Levisky 1998), além do surgimento de novos modos e comportamentos. Soma-se a isso as mudanças hormonais, morfológicas, funcionais e psicológicas. Nesse quadro, a adolescência deve ser vista como um processo de passagem normal para a vida adulta (Calligaris, 2000).

O final da adolescência está intimamente relacionado com as exigências socioculturais, e implica em assumir maiores responsabilidades e obrigações, posicionamento político e filosófico. Os jovens colocam em xeque os laços sociais, os relacionamentos afetivos tornam-se mais duradouros e já pensam na constituição de uma família e filhos (Borges, 2005).

Em se tratando de um período de transição, está sujeito as características próprias da fase sendo, portanto, altamente influenciadas pelas contingências sócio-culturais, e podem implicar, posteriormente, em sucesso ou fracasso no enfrentamento dos impasses e desafios dessa fase.

Por tudo isto, a adolescência, que era tida meramente como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, atualmente é definida por elementos que, embora com as características pertinentes ao momento evolutivo em questão, são marcadamente influenciados pelas contingências sócio-culturais (Rosa, 2002).

Desta forma, o estudo da adolescência hoje extrapola o interesse cognitivo sobre uma etapa evolutiva do ser humano para, através dele, procurar entender todo um processo de aquisições e motivações da sociedade em que vivemos.

Fatores que invariavelmente acarretam no indivíduo, ainda em processo de transformação, um elevado nível de exigências, tanto internas quanto externas. Fatores esses que parecem representar risco para esse grupo etário, tais como mau relacionamento familiar, problemas de saúde, uso e abuso de drogas, comportamentos anti-sociais e, principalmente, os problemas de ordem emocional.

3.2 Aspectos Históricos da Depressão

A palavra depressão vem do latim “depressionem”, ação de deprimir. Abaixamento de nível. Achatamento, sulco ou cavidade pouco profunda. Extensão de terreno abaixo do nível do solo circundante; baixa concavidade; abatimento (físico ou moral); diminuição resultante de baixo tono psicológico(Ferreira, 2009).

A Idade Média foi um período obscuro no entendimento e tratamento das doenças mentais. Viveu sob forte influência dos aspectos religiosos em que o pecado e o castigo eram o centro das discussões sobre a doença (Alexander e Selesnick, 1966). No entanto, fontes medievais, naquela época, já associavam a doença mental com o desequilíbrio hormonal, dieta inadequada, alterações climáticas, trabalho físico excessivo, luto e abuso de álcool.

No século XV, Albert Burton (1621) lista, pela primeira vez, as causas da melancolia: idade avançada, hereditariedade, e até a possibilidade de ser causada secundariamente por afecções de outras partes do corpo que agiriam no cérebro. Burton incluía, também, as causas sobrenaturais: Deus, diabo, bruxas, astrologia entre as possibilidades etiológicas. Burton usou o princípio da complementaridade, ou seja, causa dupla, tratamento dividido entre o clérigo e o médico, dualismo que permaneceu no discurso científico por muito tempo (Thiher, 2002).

A melancolia, no século XVIII, era tida como uma alteração da função nervosa (Berrios, 1992). A instabilidade funcional levava à incapacidade de associação de idéias e à perda da faculdade de julgar a realidade de modo adequado. Os demais sintomas como alterações do apetite, distúrbios da senso-percepção e alterações afetivas seriam secundários.

Ainda, segundo Berrios (1992), desde Hipócrates e Galeno, o termo melancolia, era próximo do uso atual. Posteriormente, houve um maior esclarecimento do conceito de melancolia, surgindo o termo depressão no século XIX. Naquela época, já se observava a existência de um componente genético para as depressões, que concentravam-se mais em famílias que revelavam a existência do transtorno do humor.

No início do século XIX, Jean-Phillipe Esquirol oferece uma importante contribuição ao conhecimento dos quadros depressivos ao sugerir que a origem do problema estava nas paixões. A escola francesa de Pinel e Esquirol foi o mais

importante alicerce da chamada primeira revolução psiquiátrica, ao reconhecer o caráter médico das doenças mentais (Berrios, 1992).

Atualmente, estuda-se a depressão - denominada transtorno do humor (DSM IV, 2001) sistematicamente na população em geral e enfoca-se que os acontecimentos da vida de uma pessoa estão associados diretamente a esses sintomas (Paykel, 1994), demonstrando cientificamente que os riscos da depressão são crescentes quando combinados com eventos de vida estressante, ambiente social hostil e falta de apoio social.

Podem aparecer como resposta a fatos da vida, as perdas, incluindo as separações interpessoais e morte de ente querido, dificuldades financeiras e situações sociais desfavoráveis e estressantes.

Num primeiro momento, pode-se pensar na depressão como algo simples ou uma fraqueza do indivíduo diante de sua realidade, mas, na verdade, esta é uma das faces mais dramáticas da doença que durante muito tempo foi chamada de “doença da alma”.

Muitas vezes, quando sofremos uma perda real ou simbólica, nos sentimos tristes e, diante disso, podemos permanecer alguns dias ou até semanas tristes, abatidos, mas, pouco a pouco nossa vida vai voltando à normalidade. Voltamos a desenvolver nossas atividades profissionais e sociais (Fava et al., 2004) e a enfrentar os problemas do cotidiano.

Nesses casos, existe um motivo real para o abatimento, as mudanças são sentidas como um processo natural da vida e o funcionamento mental da pessoa permanecerá preservado.

No entanto, a depressão é algo mais complexo e muito diferente da tristeza, o que faz com que se cometam equívocos, às vezes, confundindo-a com preguiça, desânimo, mau humor, agressividade ou apatia. O depressivo, muitas vezes, não encontra forças para reagir, por mais que tente, nem consegue identificar um único motivo para justificar sua saída desse estado de abatimento e tristeza. Geralmente, a pessoa isola-se, não apenas do mundo, mas e principalmente, das pessoas que mais estima.

Atualmente, com os avanços na compreensão da etiologia das depressões, no que diz respeito a mudanças conceituais, há uma tendência em acreditar que os quadros depressivos tenham uma etiologia neuroquímica, neuroendócrina ou de plasticidade neural, hereditária em que haja, talvez, a participação de vários genes nesta expressão (Souza et al., 2005).

3.3 Sintomas da Depressão

Do ponto de vista psicopatológico, é caracterizada por tristeza patológica, estado rebaixado de ânimo, perda do interesse e do prazer, irritabilidade, angústia, ansiedade, sentimentos de menos valia e idéias de autodestruição e inibição psicomotora (Bahls, 2002a). Os pacientes frequentemente relatam que parecem estar carregando o mundo, pés e ombros pesam como chumbo, a menor movimentação parece ser de grande dificuldade.

Outros sintomas frequentes, são auto-acusação e visão pessimista da vida, que também estão presentes em doenças como esquizofrenia, demência, estresse pós-traumático, abuso de álcool e de drogas.

Estudos clínicos permitiram precisar a sintomatologia da depressão (Friedman et al., 1983; Ryan et al., 1987; Chabrol et al., 1986) da seguinte forma; tristeza, perda de interesse ou prazer, perda de peso; aumento de peso; insônia; hipersonolência; agitação ou lentidão psicomotora; fadiga ou perda de energia; auto-avaliação negativa; sentimento de culpa; dificuldade de concentração; idéias de suicídio. Esses estudos encontraram também, um elevado índice de outros sintomas nas depressões do adolescente e do jovem adulto, tais como: isolamento social, irritabilidade, ansiedade, queixas somáticas.

Quanto à intensidade, a sintomatologia pode ser:

Leve - quando não atrapalha o dia-a-dia do paciente e ele percebe que suas atividades já não lhe trazem tanto prazer ou satisfação, mas com um pouco mais de determinação e sacrifício, consegue manter de forma razoável suas atividades habituais.

Moderada - o quadro presente já traz dificuldades na manutenção da vida diária, as pessoas percebem que precisam empenhar-se mais para manter as suas atividades, já não conseguem manter-se bem e passam a ter pouca satisfação com eventos outrora agradáveis.

Grave - limita muito a pessoa, principalmente no seu grau mais alto, podendo chegar a uma condição de estupor e, com essa intensidade, cerca de 15 a 20% dos doentes apresentam alguma conduta suicida. É nessa intensidade que os impedimentos são maiores, levando a pessoa a uma incapacidade que, não raro, torna-se permanente (Souza et al., 2005).

Na depressão grave, existem algumas particularidades tanto na adolescência e quanto na vida adulta, porém há poucas diferenças sintomáticas - a auto-piedade é uma delas. No entanto, o estudo realizado por Ryan et al. (1992), não encontrou diferenças marcantes na maior parte dos sintomas entre os dois grupos etários, entretanto, os adultos demonstravam menos aparência deprimida, queixas somáticas, agitação e menos hiper-sonolência.

O pensamento depressivo é repetitivo e o conteúdo é marcado por pessimismo, amargura, recordação constante de fracassos e dos insucessos. O psiquismo fica voltado para o sofrimento, desta forma o indivíduo perde a capacidade de experimentar sensações prazerosas.

Há uma alteração no apetite, ou a pessoa se alimenta de forma compulsiva ou diminui acentuadamente a fome e tenta se obrigar a comer, embora nas duas situações não sinta o gosto da comida.

Ryan et al. (1992) propuseram que se insista sobre a raridade relativa do aspecto depressivo; que esteve ausente em 53% dos adolescentes. O estudo realizado por Chabrol et al. (1986) relata que 44% dos adolescentes participantes tinham aparência triste, permanente ao longo das entrevistas; manifestavam tristeza ao falar de suas dificuldades e tristezas. Matheus (2003) enfatizam que nem sempre o adolescente se queixa espontaneamente de sua tristeza.

Quanto ao estado afetivo da tristeza nos adolescentes, há sentimentos de desesperança, perda de vivacidade, lentificação dos processos físicos e mentais, tudo parece vazio e sem sentido, ele não sente prazer ou alegria nas coisas como antes, vive em permanente sentimento de abandono (Del Porto, 1999). Sente-se um peso para os familiares, tendendo a observar tudo de forma negativa, sem conseguir ver perspectivas para o futuro. Segundo Akiskal (1995), a experiência da emoção dolorosa é vivenciada de forma tão intensa quanto qualquer dor física.

A auto-estima é muito afetada e a pessoa sente-se fracassada, feia, sem atrativos e sem qualidades, nutrindo uma visão extremamente negativa de si, do mundo e do futuro (Beck et al., 1963). Baixa auto-estima (Bahls, 2002b) parece ser fator preponderante entre jovens deprimidos, configurando-se em aspecto importante para intento suicida (González-Fortaleza, 1998), assim como o sentimento de vergonha.

Nunes (1990) e Hetem (1994) concordam que o suicídio é comum na depressão, estimando em 15% a proporção de pessoas deprimidas que realizaram alguma conduta suicida.

Por outro lado, alguns adolescentes, quando não conseguem compreender os próprios sentimentos, sensações e reações internas, tendem a apresentar comportamentos agressivos (Assumpção, 1999). Muitas vezes, descarregando seus afetos depressivos através de mecanismos de negação, de projeção, de atitudes ou condutas passivo-agressivas (Chabrol et al., 1986).

A vivência depressiva do adolescente, quando se exprime, manifesta-se frequentemente de forma atípica através de sentimentos de tédio, indiferença, mal-estar não definido; sentimento de solidão, de abandono, impressão de ser mal amado, incompreendido ou rejeitado.

Quanto à libido, pode inicialmente manifestar-se pela diminuição das atividades físicas e, de acordo com a gravidade, medo dos contatos sexuais e inibição do pensamento.

A dificuldade de concentração e atenção é outro sintoma associado aos quadros depressivos na adolescência (Saddler e Buckland, 1995; Grau et al., 1999), que se manifesta principalmente pela diminuição no rendimento e aproveitamento escolar, acarretando prejuízos na aquisição e consolidação de novos conhecimentos, uma vez que se tornam mais dispersos e distraídos, esquecendo-se com facilidade das coisas.

A tomada de decisões passa a ser um processo demorado, e há um aumento do desinteresse, além de recusa e fobia escolar, principalmente entre crianças e adolescentes (Grau et al., 1999).

Há, ainda, o surgimento de fatores psicológicos como ansiedade, angústia e medo, quando os mecanismos de defesa não são acionados adequadamente; e fatores socioculturais (Weissman e Olfson 1995), com os quais o indivíduo não consegue lidar adequadamente como os conflitos familiares, estresse persistente, demissão inesperada, separação conjugal.

Essas mudanças provocam uma sensação de descontinuidade existencial, dificuldades e prejuízo no aspecto intelectual. Portanto, a pessoa em depressão precisa de cuidados para que não venha a entrar em sofrimento profundo. Se não forem tratados adequadamente, alguns casos podem culminar em morte.

3.4 Prevalência da Depressão na Adolescência

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns, é conhecida em todas as culturas, aflige uma parcela considerável da população, independentemente de gênero, idade ou etnia, e tem se constituído o fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade (Souza et al., 2005).

Pesquisas epidemiológicas realizadas no Brasil por Paprocki (1990) e Almeida et al. (1996), apontam que os transtornos depressivos são estimados em torno de 2 a 5% da população geral.

A Organização Mundial da Saúde, em estudo com os países membros, concluiu que a depressão é a primeira causa de todas as incapacidades com 10,7%, seguida da anemia com 4,7% (OMS, 1995).

Atualmente, a depressão é um transtorno mental que atinge milhões de pessoas em todo o mundo; aproximadamente 15% da população mundial. Ela promove um impacto profundo na saúde e na qualidade de vida das pessoas, além dos prejuízos econômicos e financeiros com o seu tratamento (Halfin, 2007).

No Brasil, o estudo multicêntrico, realizado sob o patrocínio do Ministério da Saúde, encontrou taxa de 2,8% na cidade de Brasília; 10,2% em Porto Alegre e 1,9% na cidade de São Paulo, (Almeida-Filho et al., 1992). Já, Barbosa e Gaião (1996), encontraram 22% de sujeitos com escores de depressão acima da média, em uma amostra de 807 adolescentes.

Na última década, inúmeros estudos epidemiológicos realizados com adolescentes revelam que a depressão é um fenômeno que vem acontecendo cada vez mais cedo (Bhatara, 1992; Olsson e von Knorring, 1999) e que 25% dos adultos com depressão relatam que o primeiro episódio da doença ocorreu antes dos 18 anos (Olsson e von Knorring, 1999), diferente do que acontecia há poucos anos atrás, quando a ocorrência da depressão era considerada rara nessa faixa etária, com taxas de prevalência variáveis para o episódio depressivo (Gaião et al., 1996).

Um estudo canadense, de Ehrenberg et al. (1990), utilizando-se o Inventário Beck para Depressão (BDI), numa população de estudantes de segundo grau, nos mostra uma prevalência de 10,9% de adolescentes clinicamente deprimidos.

Estudo, realizado na cidade de Uppsala mostrou índices de prevalência 12,3% (Olsson e von Knorring, 1999). Peña et al. (1999), mostra em seu estudo taxas de prevalência que variam entre 19 e 57%. Serfaty et al. (1997 e 1998), em seus estudos com estudantes adolescentes argentinos, masculinos de 18 anos, apresentam prevalência de 44% e 49,9% respectivamente. Segundo Fleming et al. (1990), a prevalência da depressão maior entre os adolescentes está estimada entre 0,4% a 6,4%.

Segundo Boyd e Weissman (1981) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, (2001), a prevalência, ao longo da vida, é de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens para o Transtorno Depressivo Maior. Vários estudos mencionam que as mulheres são as que apresentam maiores níveis de depressão (Kazdin e Marciano, 1989; Allgoad-Merten et al., 1990; Kaplan e Saddock, 1993; Powell et al., 1995; Lang e Tisher, 1997). Del Porto (1999) e Villanueva (2000) encontraram taxas que variaram entre 33,5% e 39% no gênero feminino, principalmente na adolescência (Nolen-Hoeksema e Girgus, 1994; Wichstrom, 1999; Bahls, 2002b).

Lima (1999) afirma que as taxas altas entre as mulheres podem refletir o ambiente e o suporte social diferenciado na maioria das culturas, há um comportamento de busca de ajuda mais acentuado nas mulheres, o autor sugere que esse índice pode até ser devido a artefatos de preconceito nos critérios de diagnóstico para Episódio Depressivo.

Lehtinem e Joukamaa (1994) encontraram, por meio de uma revisão de artigos de dez levantamentos populacionais, a ocorrência variando entre 18% a 34% nas mulheres e nos homens entre 10% e 19%. Os mesmos autores encontraram em estudo anterior, prevalência variando entre 2,6% e 5,5% nos homens e, entre 6,0% e 11,8% nas mulheres.

O Inventário de Depressão de Beck aponta escores que sugerem 7% de depressões médias e 1,3% de depressões severas em 400 sujeitos de 11 a 18 anos (Kaplan et al., 1984).

Já o estudo de Kandel e Davies (1982) utilizaram um auto-questionário do humor depressivo, válido para uma amostragem clínica de 8.000 adolescentes de 14 a 18 anos. Os escores médios foram mais elevados para as meninas do que para os rapazes.

Vários estudos com famílias com gêmeos e com crianças adotadas têm demonstrado que o fator genético tem importância na gênese da depressão. Considera-se que os fatores genéticos sejam responsáveis por aproximadamente 50% da variância de transmissores dos transtornos depressivos, principalmente naqueles indivíduos que apresentam predisposição (Harrington et al., 1994; Rogers, 2003).

Crianças que têm um dos pais com doença afetiva apresentam duas ou três vezes mais oportunidades de manifestarem transtornos afetivos (Rogers, 2003), enquanto que, se os dois pais tiverem algum transtorno afetivo, essa possibilidade sobe para quatro vezes a da população geral (Weller e Weller, 1992).

Os primeiros estudos, envolvendo depressão e a questão do gênero, teve início com Weissman e Klerman (1977), apesar dos avanços na pesquisa e no tratamento da depressão, dúvidas ainda persistem sobre ela. Uma delas é por que a prevalência é maior entre as mulheres do que entre os homens (Blazer, 1999; Lima, 1999).

Estudos realizados por Ryan et al. (1986) incriminaram os estrógenos, enquanto os andrógenos nos meninos parecem protegê-los da depressão ou facilitar comportamentos que a mascaram.

Nos estudos realizados por Puig-Antich (1985) e Preskorn et al. (1992), verifica-se o predomínio do sexo masculino, nas depressões da criança; nos pré-pubescentes (Kóvacs, 1983) não foram observadas diferenças entre ambos os gêneros. Dois anos antes Rutter et al. (1985), estudando pré-pubescentes, indicaram que nessa faixa etária a depressão é duas vezes mais frequente nos meninos que nas meninas, no entanto, quando atingem a puberdade esse quadro tende a alterar, ou seja, a depressão torna-se mais frequente entre as meninas, inclusive, estendendo-se até a idade adulta. A frequência idêntica nos pré-pubescentes de ambos os sexos foi verificada por Soares et al. (1994).

As modernas abordagens psicobiológicas tentam unir a experiência, o comportamento e o Sistema Nervoso Central, e fatores biológicos (Nolen-Hoeksema, 1994). A depressão seria a manifestação clínica de um sistema límbico desordenado (Cordella, 1999). Vários trabalhos com auto-imagem nos últimos anos mostram alterações em estruturas do sistema límbico de pacientes deprimidos, como o córtex pré-frontal, o tálamo, o hipocampo, a amígdala e os gânglios da base (Kashani e Eppright, 1991; Doris et al., 1999; Rogers, 2003).

Nas depressões de adolescentes, há uma predominância feminina. A maior incidência de depressão na adolescente do gênero feminino pode dever-se a diversos mecanismos biológicos, psicológicos e sociais. A menstruação pode aumentar a imagem negativa do corpo sexuado, percebido como sujo ou mau. Na análise do autor, a identificação com o corpo da mãe aumenta o sentimento de submissão passiva a uma mãe onipotente que possui o corpo da filha e facilita o retorno para o seu próprio corpo da agressividade dirigida contra o corpo da mãe (Kashani e Eppright, 1991).

Abraham (1991) formulou a teoria da agressão voltada para dentro: a depressão seria o fruto de uma transdução de um instinto agressivo, voltado para dentro, em afeto depressivo. Freud (1916 *apud* Levisky 1998, p. 21-67) relaciona a depressão com perdas objetais na infância, portanto, a ocorrência de episódios depressivos na vida adulta seria decorrência de perdas na idade infantil, revividas por perdas reais ou imaginárias no momento. Para o autor, as pessoas deprimidas sentem as perdas como abandono, onde a ambivalência dos sentimentos de amor e ódio está presente na dinâmica da depressão.

De acordo com os estudos de Harrington et al. (1994), Roberts e Chen (1995), Lang e Tisher (1997), Feijó et al. (1997) e Bahls (2002a) as síndromes depressivas em crianças e adolescentes muitas vezes não chegam a ser diagnosticadas. Isto porque as manifestações clínicas são diferentes das apresentadas pelos adultos. Geralmente os adolescentes não são capazes de identificar o que acontece com eles como sendo depressão. Os adultos relevantes na vida do adolescente não acreditam que nesta faixa etária eles possam sofrer de depressão. Não é fácil para pais, reconhecerem o problema, que implica admitir seu fracasso frente a seu filho e à sociedade.

Por outro lado, quando se identifica um quadro depressivo em um adolescente, deve-se verificar se o problema apresentado não é apenas um aspecto normal do desenvolvimento ou se representa um fenômeno patológico.

A esse respeito, Lang e Tisher (1997) enfocam que existe uma confusão sobre o conceito e a presença de depressão na infância e na adolescência e que isso gera uma necessidade de explorar a doença, utilizando métodos sistemáticos e estruturados.

3.5 Depressão na Adolescência

A depressão na adolescência não segue o mesmo padrão observado em adultos. Trata-se de um transtorno que leva a importantes consequências psicossociais e na função familiar tais como: pouca capacidade de convivência, baixos níveis de comunicação, altos níveis de conflitos intrafamiliares, baixo nível de resposta emocional (Paykel et al., 1978; Belle, 1991; Kaplan, 1991; Baptista et al., 1999; Rogers, 2003).

É possível que uma das maiores dificuldades encontradas pelas pessoas deprimidas esteja relacionada à própria cultura ocidental, que permite de forma implícita de que as mulheres demonstrem seu sofrimento, enquanto esse direito é negado aos homens. Dessa forma, socialmente existe um movimento para que elas sejam atendidas e recebam tratamento com maior antecedência, apesar de apresentar quadros com menor gravidade. Por outro lado, os homens procuram menos ajuda e, quando o fazem, a intensidade dos quadros clínicos tende a ser mais grave.

O diagnóstico do Transtorno Depressivo Maior, segundo o DSM-IV (2001), é constituído pela presença de um ou mais episódios depressivos, com duração de pelo menos duas semanas de humor deprimido, irritável, ou perda de interesse, acompanhado de pelo menos quatro dos sintomas adicionais, descritos no manual.

Os indivíduos com depressão maior apresentam pelo menos cinco dos sintomas listados a seguir, por um período não inferior a duas semanas: desânimo, falta de prazer nas atividades diárias, irritabilidade, perda do apetite ou diminuição do peso, distúrbios do sono – desde a insônia até o sono excessivo, sensação de agitação ou languidez intensa, fadiga e sentimento de culpa constantes, dificuldade de concentração e idéias recorrentes de suicídio ou morte (APA, 2001).

Já o transtorno distímico, tem a característica essencial um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 anos. Geralmente os indivíduos referem seu humor como triste ou "na fossa". Durante os períodos de humor deprimido, pelo menos dois dos seguintes sintomas adicionais estão presentes: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, baixa energia ou fadiga, baixa auto-estima, fraca concentração ou dificuldade em tomar decisões e sentimentos de desesperança (APA, 2001).

Outros sintomas como a baixa auto-estima, falta de ânimo, insatisfação, sentimento de desesperança e ideação, e intento suicida são aspectos descritos nas literaturas (Brent, 1993; Schivoletto et al., 1994; APA, 2001; Pataki e Carlson, 1995; Kazdin e Marciano, 1998; Versiani et al., 2000; Harrington, 2001).

A depressão configura-se como um transtorno comum na adolescência e tem um risco elevado de recorrer na vida adulta, um prognóstico relativamente ruim (Lewinsohn et al., 2000).

Versiani et al. (2000) relatam que os adolescentes com transtorno depressivo, apresentam alterações do sono e do apetite, ideação suicida. Na distímia surgem os sentimentos de rejeição, maior dificuldade de adaptação social e de atividades de lazer, interferindo tanto nos relacionamentos sociais quanto nos acadêmicos.

O adolescente deprimido tende a mostrar-se mais irritado, aborrecido e contestador e o isolamento é frequente. A hiperatividade se faz presente, no entanto, observa-se que, embora haja o aumento de atividades, há falta de criatividade e de funcionalidade para sua execução. Isso propicia problemas e dificuldades de aprendizagem, uma vez que há menos capacidade de atenção, interesse, memorização e determinação (Barbosa e Gaião, 1996); assim como são comuns os desentendimentos e dificuldade de relacionamento com os pais, familiares e amigos. Rocha et al. (2006), estudando 792 adolescentes na faixa etária entre 17-18 anos, encontraram predomínio do grupo feminino (59,3%), com sintomas de depressão.

A literatura revela que a depressão na adolescência associa-se com muita frequência ao baixo rendimento escolar (Rosemberg et al., 1998). As obrigações acadêmicas são circunstâncias e atividades que podem causar estresse, influenciando no desempenho acadêmico dos estudantes, principalmente, naqueles com elevada autocrítica que chega a comprometer o funcionamento interpessoal. Gadzella (1994) verificou que as tarefas acadêmicas e as dificuldades de estudo em disciplinas específicas constituem-se nos principais estressores.

Lamude e Scudder (1992) enfocam que, frente às obrigações acadêmicas, o padrão de comportamento do professor também pode ser decisivo para o estresse apresentado por seus alunos.

De Wilde et al. (1992) estudaram adolescentes de escolas públicas na Nova Inglaterra com a faixa etária entre 13 a 19 anos e relataram altos níveis de afeto depressivo. Os adolescentes apresentavam maior estresse em suas vidas quando exigido alto nível de expectativas por parte dos pais, baixos níveis de coesão familiar e maiores problemas de relacionamento em geral (Rubin et al., 1992; Genero et al., 1992).

Estudo realizado por Fisher (1994), sobre a transição para a Universidade, demonstra que esta fase é tida como turbulenta, pois as tarefas, rotinas, dificuldades financeiras e problemas marcam sobremaneira a fase de adaptação, de modo que deve ser fornecido algum tipo de suporte para o estudante, para que ele não acabe tendo um baixo desempenho acadêmico ou mesmo abandone o curso (Carlson et al., 1987; Yang e Clum, 1994; Benazzi et al., 1988). Palermo et al. (2007) estudaram 40 adolescentes na faixa etária de 12 a 17 anos, corroboram com os demais autores, e acrescentam a questão da dor crônica.

No Brasil, Santos et al. (1996), com relação às variáveis que influenciaram o estresse, identificaram cinco categorias: acadêmicas, financeiras, limitação de tempo, institucionais e cognitivas, das quais as mais encontradas foram as variáveis acadêmicas.

Baptista e Campos (2000) ressalta que tanto o estresse quanto a depressão influenciam na produção e desempenho acadêmicos dos estudantes, pois debilitam a capacidade de raciocínio, memorização, motivação e interesse do jovem em relação ao processo ensino-aprendizagem.

Cunha et al. (2005), afirmam que a depressão pode se expressar de forma variada entre os escolares, com a presença de queixas somáticas e humor depressivo, sentimento de inferioridade e de inutilidade, além de queda no desempenho escolar.

No estudo de Campos et al. (1996), os resultados sugerem que as características cognitivas e comportamentais dos sujeitos variam de acordo com o curso escolhido.

O estudo da depressão na adolescência é recente, teve início por volta da década de 70, quando percebeu-se que ela é bastante comum neste grupo etário. O que se tem observado nos últimos anos é que a depressão vem sofrendo um aumento substancial entre os adolescentes, comprometendo de forma acentuada o funcionamento familiar, social e acadêmico destes jovens.

Nas situações em que se veem pressionados, verificamos que a prevalência de depressão nesta faixa etária é alta e configura-se como um problema grave, que deve ser encarado como tal pelas autoridades e profissionais de saúde. Na maioria das vezes, o quadro passa despercebido pelos profissionais, um diagnóstico precoce evitaria o agravamento e surgimento de outros sintomas.

3.6 Depressão Associada a Outros Distúrbios

Estudos de Geller (1985), Kashani et al. (1987) e Ryan et al. (1987) mostram a presença de outras desordens associadas à depressão: ansiedade, condutas anti-sociais e de oposição, abuso de álcool e de outras drogas. Ahonen et al. (2007), em estudo realizado em Barcelona, com 2.727 adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos, encontraram estados de humor negativos associados ao baixo rendimento escolar e isolamento. Roane e Taylor (2008), em participantes com idade entre 18 e 25 anos, encontraram associação entre o uso de álcool e drogas à depressão.

Também associada às alterações alimentares, anorexia e a bulimia, tanto no adolescente como no adulto (Katz et al., 1984).

Outro aspecto é a opinião desfavorável sobre si a presença de sentimentos de menos valia e de fracasso que fazem com que a visão sobre si mesmo e suas funções fiquem extremamente prejudicadas. O juízo de valor desfavorável compromete o nível de confiança, a segurança, mesmo para realizar atividades rotineiras.

Enfim, a sintomatologia tem um significado que, por vezes, é difícil compreender e aceitar, tanto por quem sofre o problema como por profissionais e familiares.

Vários sintomas somáticos acompanham os quadros depressivos, esses sintomas incluem alterações do apetite e do sono (Del Porto, 1999). O sono exerce a função de recuperação ou reposição de energia, restaurando tanto as funções físicas quanto as psíquicas. No deprimido, constantemente isso sofre alterações, como dificuldades para conciliar o sono (Bootzin e Stevens, 2005) interrupções frequentes do sono; acordar e despertar muito antes do horário previsto sem conseguir voltar a dormir.

Ivanenko et al. (2005), em artigo de revisão com a população geral, referem-se às mudanças consistentes na arquitetura do sono em paralelo à depressão. Corroborando com os achados de Palermo et al. (2007) onde estudaram um grupo de 40 adolescentes, na faixa etária de 12 a 17 anos, que apresentava menor qualidade do sono e aumento da insônia, menor eficiência do sono e sintomas de depressão. Em outro estudo realizado em 2008, por Palermo et al., demonstraram relações significativas em que a qualidade subjetiva do sono mais pobre está associada a prejuízo na qualidade de vida.

Valentim (2006) demonstra que níveis elevados de estresse e ansiedade e privação do sono desempenham papel importante na depressão dos adolescentes.

Lucchesi et al. (2005), afirmam que pacientes com quadro de depressão tendem a apresentar queixas mais freqüentes como dificuldades para iniciar e manter o sono e sono não reparador, hipersonia, com acentuada redução da latência do sono REM.

Cerca de 80% dos pacientes com depressão se queixam de mudanças e alterações no padrão do sono, assim como a maioria dos indivíduos ansiosos, cuja dificuldade para iniciar o sono é frequente.

A insônia é uma característica clássica da depressão e costuma ser um dos sintomas que mais cedo se instala (Rakel 1999; Ohayon, 2002; Riemann e Voderholzer, 2003), ela pode se manifestar como insônia inicial, aquela em que o indivíduo tem dificuldade para conciliar o sono, mais comum nos transtornos de ansiedade (Doris et al., 1999; Rakel, 1999); uma insônia de meio de ciclo, caracterizada por despertares múltiplos durante a noite; ou a insônia terminal.

Em alguns casos, principalmente em pessoas mais jovens, é possível a ocorrência de hiper-sonia (Khan et al., 2002) ao invés da insônia (Akiskal e Weller, 1989). Segundo Kazdin e Marciano (1998), 80% dos jovens deprimidos apresentam hiper-sonia e humor irritado, despertares noturnos frequentes, sono não restaurador; redução do sono total e sonhos perturbadores, sonolência excessiva. Isso refere-se a uma pequena porcentagem de pacientes com depressão, notadamente, os adultos jovens (Wooten e Buysse, 1999).

Benca e Casper (2000) descrevem que uma significativa porcentagem de pacientes com depressão relata sintomas de hipersonia, com alongamento do período noturno, dificuldade de despertar e sonolência excessiva durante o dia. Tabak et al. (2004), em estudo com adolescentes poloneses, diagnosticaram sofrimento psíquico e maior risco da presença de insônia e apatia.

Segundo Mesquita e Reimão (2005), nos quadros de depressão, os distúrbios do sono podem acontecer em decorrência de:

- a) alterações no sistema de temporização em função da diminuição da atividade sináptica dos sistemas monoaminérgicos;

- b) irregularidades dos ritmos sociais, principalmente no meio urbano, com as inúmeras estimulantes atividades noturnas, e menor exposição à luz, que leva ao enfraquecimento das pistas temporais;
- c) diminuição da atividade e das relações interpessoais sobre a expressão dos ritmos circadianos.

A depressão também pode estar relacionada a problemas acadêmicos, problemas de ordem sexual, a abuso de drogas, desordens de conduta, ansiedade, déficit de atenção e memória; desordens alimentares (Sadler, 1991), a até ser considerada um transtorno com altos níveis de comorbidade, dentre eles os distúrbios do sono (Bierderman et al., 1995).

O sono é um fenômeno psicobiológico extremamente importante, a privação do sono compromete a qualidade de vida dos indivíduos afetados, e os adolescentes não estão isentos desse problema. Com o aumento da depressão nesse grupo etário, observa-se, conseqüentemente, o aumento das queixas de distúrbios do sono, no entanto, não podemos afirmar, na maioria das vezes, tratar-se de um problema psíquico ou biológico e, por estar relacionado à faixa etária, não é considerado um problema de saúde, isto porque o sono irregular dificilmente é relatado como preocupação por parte dos jovens ou de seus pais.

Embora sejam frequentes as queixas de dificuldades escolares, a atenção e a memória podem ser prejudicadas quando se tem sono irregular. Nos últimos anos, vários pesquisadores têm se dedicado ao estudo dos distúrbios do sono, focando especificamente a infância e a adolescência.

3.7 Distúrbios do Sono

3.7.1 Breve histórico dos transtornos do sono

Os primeiros estudos sobre o sono datam do século XVIII, quando Jean Jacques d'Ortous de Marian demonstrou haver um ritmo circadiano. Mais tarde, Richard Caton (1875) demonstrou ritmos elétricos cerebrais em animais e descreveu diferentes padrões de ondas cerebrais em estado de vigília e de sono nos seres humanos. No início do século passado, Hans Berger (1929) fixou a noção dos estágios do sono (*apud* Silvério, 2003, p.5-15).

Entretanto, somente após 1953, quando Aserinsky e Kleitman descobriram a existência da sincronia dos movimentos rápidos dos olhos (REM) e a ocorrência simultânea dos sonhos, que os autores realizaram o primeiro registro de padrões de ondas cerebrais e movimentos rápidos dos olhos durante a noite, delineando e quantificando o sono, tanto em animais como em humanos, e as mudanças dos estágios do sono nas diferentes etapas do desenvolvimento.

Até então, o sono era considerado como um período uniforme, cuja finalidade era provocar a recuperação passiva do organismo. No entanto, a partir da necessidade de se estudar os potenciais de pequena amplitude, foram desenvolvidos aparelhos eletrofisiológicos (Mello, 1993), um grande estudo, envolvendo o ciclo vigília-sono, foi realizado a partir daí a possibilidade de se estabelecer uma correlação entre os padrões comportamentais e o eletroencefalográfico.

O traçado típico da vigília caracteriza-se por ondas de baixa amplitude e de alta frequência. À medida que se aprofunda, o sono apresenta ondas de voltagens crescentes e frequências decrescentes, caracterizando fases distintas que se ciclam durante o período em que o indivíduo dorme, ou seja, cerca de 90 minutos, o que se repetirá cinco ou seis vezes por noite (Mello, 1993).

O maior avanço, no entanto, foi obtido com a diferenciação dos estágios do sono REM e sono de ondas lentas (NREM), incluindo os mecanismos neurais que inibem a atividade motora durante o sono REM. O sistema de classificação dos estágios do sono mais amplamente aceito é o de Rechtschaffen (1994), em que o sono REM, também chamado de sono rápido ou paradoxal e cuja característica principal é o completo relaxamento muscular e o movimento rápido dos olhos (*rapid eyes*

movement), com intensa atividade cerebral, semelhante ao do estado de vigília (Guerrero e Medina, 2007).

O sono NREM, chamado de sono lento, profundo ou ortodoxo, é composto de quatro estágios. O sono NREM e vigília são fenômenos fundamentalmente diferentes, determinados por variáveis eletrográficas e fisiológicas. Segundo Mello (1993), tanto o sono como a vigília não são considerados processos unitários, sendo possível subdivisões, praticamente, ilimitadas, em qualquer estágio.

O sono é um fenômeno psicofisiológico complexo, responsável pela manutenção do equilíbrio do organismo sendo, portanto, de importância vital para o ser humano, que é capaz de suportar longos períodos de privação alimentar, sem apresentar alterações psíquicas importantes, o que não se pode dizer quanto à privação do sono, já que acarreta prejuízos significativos para a memória, controle emocional e déficit de atenção (Ranña, 2000).

O sono, como outros comportamentos humanos, deixa de ser simplesmente uma função orgânica para tornar-se, também, uma função psíquica e social. Está ligado a representações como: saciedade, exaustão (precocemente), conforto, solidão, abandono, aconchego, amor, sexo, exclusão, morte (sono eterno), elaboração, reparação e recuperação, escuro, separação, perda da pessoa querida (Roscoe, 1993). Essas representações, na medida em que se estabelecem e ganham significado para as pessoas, tornam-se capazes de interferir no sono e em seus distúrbios.

O sono ocorre não apenas num contexto de ritmos diários, mas em ritmos mais sutis, que são evidentes dentro da própria experiência do sono. Embora possa levar apenas alguns minutos, seu princípio é gradual e não há ponto de transição óbvio entre o estado de alerta e o sono (Rechtschaffen, 1994).

3.7.2 Os estágios do sono

Durante o sono, passamos por uma série de cinco estágios (Anch, et al., 1988; Mello, 1993; Carskadon e Dement, 2000).

- Estágio 1: caracteriza-se pela presença predominante de ondas cerebrais de baixa frequência e amplitude (ondas teta); redução da atividade muscular em relação à vigília e movimentos oculares lentos. É um estado de transição breve, que normalmente leva apenas alguns minutos. A respiração e os batimentos cardíacos diminuem; a tensão muscular e a temperatura do corpo declinam.
- Estágio 2: caracteriza-se pela presença de complexo K, fusos do sono e ausência de movimentos oculares. Breves explosões de ondas cerebrais de mais alta frequência, chamadas fusos do sono, aparecem. Gradualmente essas ondas cerebrais tornam-se mais altas em amplitude e mais lentas em frequência, enquanto entramos numa forma mais profunda do sono.
- Estágios 3 e 4: consistem no chamado sono de ondas lentas, em que a presença de ondas de grande amplitude e baixa frequência (ondas delta) tornam-se proeminentes.
- Estágio 5: conhecido como estágio REM - movimentos oculares rápidos; nessa fase, ocorre acentuada redução ou ausência do tônus muscular; movimentos oculares rápidos e ondas em dente de serra. Nesse estágio profundo do sono, as ondas cerebrais são de alta frequência e acontecem sonhos.

O sono visto nos seus vários aspectos sofre modificações ao longo da vida do indivíduo. Essas modificações as quais são mais acentuadas nos primeiros anos de vida. O bebê, ao nascer, dorme cerca de 16 a 20 horas por dia. Recém-nascidos dormem de seis a oito vezes num período de 24 horas, frequentemente excedendo um total de 16 horas de sono diárias. Nos primeiros meses de vida, esse sono começa a se consolidar em um período noturno (Webb, 1992).

Durante o resto do primeiro ano, o estágio REM do sono dos bebês diminui para aproximadamente 30% e continua a decrescer gradualmente até chegar aos 20%; enquanto a criança de dois anos dorme cerca de 12 horas.

Por volta dos 12 anos, a criança já consegue dormir aproximadamente nove horas por noite, com ritmo circadiano que se assemelha ao do adulto, tendo como características preponderantes o sono de ondas lentas no primeiro terço da noite; vigília associada a 5% da noite; estágio 1 do sono NREM, abrangendo 2% a 5%; estágio 2 de 45%; estágio 3 em 8%; e estágio 4 em 15% do sono, e sono REM em torno de 20% a 25% do sono.

A privação do sono começa a ser percebida quando o adolescente já não consegue acordar pela manhã para ir à escola, apresenta sonolência diurna, sente-se cansado e com pouca motivação para realizar outras atividades cotidianas.

Alguns estudos questionam a alteração do relógio biológico, com tendência a um retardo de fase (Carskadon et al., 1987).

Já os adolescentes, normalmente, passam cerca de 60% de um ciclo completo do sono em sono leve (estágios 1 e 2), 20% em sono de ondas lentas (estágios 3 e 4) e 20% no estágio REM (Mendelson, 1987), com o aumento da sonolência diurna, provavelmente associada a uma maior necessidade de sono.

O tempo de permanência na cama, à noite, pelo adolescente é determinado pelo tempo necessário de sono, mas é fortemente modulado por fatores sócio-culturais. No adulto jovem mudanças graduais relativas à idade continuam acontecendo (Reimão, 1998). Embora a idade claramente afete a natureza e a estrutura do próprio sono, a experiência psicológica e fisiológica do sono não parece variar sistematicamente de uma cultura para outra (Ehlers e Kupfer, 1989; Bliwise, 1994).

Muitos fatores externos podem alterar o padrão do sono dos pré-adolescentes e adolescentes, como: assistir televisão e navegar na internet até tarde da noite ou durante a noite toda; horários de aula; saídas noturnas com os amigos (Reimão, 1999; Millman, 2005; Mesquita e Reimão, 2007). Como consequência da privação do sono, o jovem não consegue acordar para ir à escola; sente-se cansado e indisposto para realizar as atividades e tem sonolência diurna.

Outros fatores que contribuem para as alterações do sono, e podem acontecer de forma concomitante são as mudanças corporais e hormonais; as pressões familiares e sociais; dificuldades escolares; preocupações e expectativas com relação ao futuro.

O sono não restaurador pode ser causado por sentimentos e preocupações vivenciados pelo jovem frente às pressões dos pais e familiares para o cumprimento das suas obrigações, quanto às dificuldades escolares e ao futuro, que geralmente, veem acompanhadas pelas mudanças corporais, hormonais e alterações de ordem sexual, configurando-se em uma fonte geradora de ansiedade e tensão emocional.

Quanto ao gênero, os padrões do sono diferem (Laberge et al., 2001). As adolescentes deitam mais cedo que os rapazes, por outro lado, elas apresentam mais sintomas de insônia. Para Ohayon e Lemoine (2004), Bailly et al. (2004) e Abdel-Kalek (2004), ambos os gêneros apresentam distúrbios do sono, mas o feminino apresenta índices mais elevados em relação ao grupo masculino.

Borbely (1993) argumenta que a necessidade do sono de ondas lentas reflete a função restauradora do sono e que a necessidade de sono REM reflete a regulação circadiana do sono (Beutler et al., 2003). Nesse sentido, Reimão (1997) considera salutar os cochilos diurnos, que não atingem o estágio 1 a 4 do sono REM, e que não é prejudicial para o sono noturno, porém salienta que esses sons curtos não têm a função de repor o sono perdido.

Estudo realizado por Chung e Cheung (2008) afirmam que alunos com os piores desempenhos acadêmicos relatam ir para a cama mais tarde, tem sono mais curto durante a noite, nos períodos de aula, e sentem mais sonolência que os alunos que tiram as melhores notas.

Horne e Ostberg (1976) elaboraram um questionário para avaliar as diferenças individuais na preferência pelo horário de vigília e de sono. Assim, a população humana pode ser dividida em três cronotipos básicos: os matutinos que podem ser matutinos extremos ou moderados; os vespertinos, e os indiferentes, aqueles que não têm horário preferencial para dormir ou acordar (Mello, 1993).

Quanto à duração do sono, existem os pequenos dormidores – indivíduos que necessitam de, no máximo, 6h30 de sono e os grandes dormidores - os que necessitam de, no mínimo, 8h30 de sono. Esses dois tipos podem combinar-se de diversas maneiras nos cronotipos: pequenos dormidores matutinos, pequenos dormidores vespertinos, grandes dormidores indiferentes (Horne e Ostberg, 1976).

De acordo com Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono, que vigora desde a década de 90, com revisão elaborada em 2005, os distúrbios do sono podem ser: insônias, hipersonias de origem central não causada pelos distúrbios do ritmo circadiano, distúrbios respiratórios relacionados ao sono, ou outras causas de sono interrompido, distúrbios do ritmo circadiano do sono, parassonias, distúrbios do movimento relacionados ao sono, sintomas isolados, variantes aparentemente normais e de importância não resolvida e outros distúrbios do sono.

O sono é o momento em que o organismo, inclusive o sistema nervoso central, direciona-se para recuperar e restaurar os processos bioquímicos e fisiológicos, utilizados durante o período de vigília. Quando os mecanismos do sono não são suficientes para cumprir a sua função restauradora, as suas consequências para os indivíduos são inevitáveis, com reflexos nos âmbitos familiar, social, fisiológico e emocional (Serrão et al, 2007).

A insônia primária de início na infância, ou na puberdade, impede que o indivíduo tenha um sono suficiente e reparador, são causados, provavelmente, por uma alteração dos sistemas envolvidos no controle neural, do ciclo sono e vigília, persistindo durante a vida adulta (Rocha e Reimão, 2006).

Na população de uma maneira geral, as pessoas são atormentadas por inúmeros distúrbios do sono, mas a insônia é, de longe, a mais comum entre eles. Definida como a dificuldade crônica de se conseguir dormir adequadamente, a redução do tempo total de sono pode ocorrer em três padrões básicos, segundo Ohayon et al. (1997 e 2000):

- a) Inicial: dificuldade em conseguir pegar no sono, com latência de sono de mais de 30 a 40 minutos;
- b) Intermediária: dificuldade de permanecer dormindo, com despertares frequentes ou prolongados durante a noite;
- c) Final: acordar persistentemente muito cedo.

Na adolescência, em virtude das alterações nos ritmos biológicos, os adolescentes tendem a atrasar as fases do sono, ou seja, preferem horários de início e final de sono mais tardios.

3.7.3 Prevalência dos distúrbios do sono

A insônia, que significa a redução do tempo total de sono, longe de ser um problema de menor importância, pode ser uma enfermidade muito desagradável. Quase toda população sofre de algum tipo de dificuldade no sono em decorrência do estresse.

Entretanto, cerca de 15% dos adultos reclamam de insônia moderada ou ocasional (Bootzin et al., 1993), conseqüentemente, apresentam dificuldades escolares, sonolência diurna, cansaço e pouca motivação para a realização de outras atividades.

Guilleminault (1986) relata que de 10% a 15% dos adolescentes têm dificuldades em iniciar o sono, e cerca de 20% a 38% têm dificuldades ocasionais relacionadas ao sono.

Capaldi et al. (2005), em estudo com 31 participantes de 10 a 17 anos, encontraram associações significativas entre os participantes que relataram problemas de comportamento do sono-vigília.

Chung e Cheung (2008), em estudo realizado com 1.629 adolescentes de Hong-Kong, na faixa etária de 12 a 19 anos, detectaram que 5,6% deles apresentam dificuldade para adormecer, 7,2% acordam durante a noite, 10,4% acordam mais cedo pela manhã, prevalência de sintomas de distúrbios do sono em 19, 1%, uma ou mais vezes por semana.

Moseley e Gradisar (2009), pesquisando estudantes australianos, com a média de 15,6 anos, indicam a presença de distúrbios do sono em 53,1% dos participantes que dormem menos de 8h por noite; 36% dos jovens têm sono atrasado.

Os distúrbios de início e manutenção do sono, a sonolência diurna excessiva são fenômenos físicos ou comportamentais que, geralmente, ocorrem quando o adolescente inicia o adormecer e resiste em conciliar o sono. Nesse contexto, Beebe et al. (2008), estudaram 20 adolescentes, entre 13 e 19 anos que apresentaram menor tempo na cama - 6h50, já Chung e Cheung (2008) afirmam que os adolescentes tem tempo total de sono em torno de 7h30. Esses dois estudos revelam que os adolescentes dormem menos tempo do que necessitam.

A insônia tem causas multifatoriais (Roehrs et al., 1994), dentre elas a ansiedade e tensão excessivas, que impedem o relaxamento eficaz e mantêm as pessoas acordadas. Também é frequentemente um efeito colateral de problemas

emocionais, como a depressão (Ford e Kamerow, 1989; Ohayon et al., 1997; Vignau et al., 1997; Morrison et al., 1992; Silverstein, 1999; Saarenpaa et al., 2001). Segundo Togeiro e Smith (2005), quando ela é secundária à depressão, detecta-se latência reduzida para o sono REM, aumento dos micro despertares espontâneos, redução do sono de ondas lentas e aumento dos movimentos oculares rápidos.

Fatores psicológicos também podem interferir significativamente no início e manutenção do sono – insônia psicofisiológica, caracterizada pela dificuldade de iniciar o sono, pela sua má qualidade, e pela diminuição do tempo total do sono. Outros fatores como as pressões, sobrecarga e exigências escolares, familiares ou no trabalho, assim como os problemas de saúde e uso de determinadas drogas, são potenciais agentes geradores de estresse.

Estudos populacionais têm demonstrado a importância dos fatores sociais como condicionadores potentes dos horários de dormir do adolescente durante a semana e nos finais de semana (Wolfson e Carskadon, 1998).

Stefanescu et al. (2005), pesquisaram 69 adolescentes, entre 13 e 18 anos, onde 4 % faziam uso patológico do computador, ou seja, mais de cinco horas em frente ao computador. Valido et al. (2009), em seu estudo com adolescentes, relataram que 40% deles apresentam problemas para dormir, sendo que as do gênero feminino apresentam níveis mais elevados de perturbação do sono e fadiga diurna que os meninos.

Pesquisas, realizadas por Carskadon et al. (1998) e Millman (2005), registraram mudanças significativas nos padrões de sono e atrasos nos horários de deitar e levantar. A maior privação do sono está mais acentuada em estudantes do período matutino. Wolfson e Carskadon (2003) relatam que estudantes com quantidade de sono insuficiente apresentam pior desempenho acadêmico, e sonolência excessiva e transtornos de humor (Millman, 2005).

Estudos realizados por Shibley et al. (2008) e Wong et al. (2004) apresentaram altas taxas de distúrbios do sono e abuso de substâncias associadas a efeitos no humor, ansiedade, atenção e comportamento.

Para vários autores, nos adolescentes, os distúrbios do sono não foram os únicos sintomas somáticos que acompanham os quadros depressivos. As alterações do

apetite também estão presentes, sendo mais comum a diminuição alimentar, seguida pela acentuada perda de peso (Kazdin e Marciano, 1998; Rakel, 1999; Del Porto, 1999).

Em um número muito menor de casos, pode ocorrer o aumento do apetite e o consequente ganho de peso pode ser significativo (Rakel, 1999). A atual demanda social vigente exige um modelo pautado na magreza, se colocando como fator preponderante para o surgimento dos transtornos alimentares. Por outro lado, o alto nível de exigências internas e externas quanto às responsabilidades e desempenho de papéis também se configuram em outros fatores geradores para esse tipo de transtorno.

3.8 Transtornos Alimentares

3.8.1 Breve histórico dos transtornos alimentares

Os transtornos alimentares são doenças antigas, cujas descrições datam do século XV, por Morton em 1624, no entanto, as primeiras referências aos transtornos datam de Cícero (106-43 a.C.) (Cordás e Claudino, 2002).

O comportamento alimentar dos adolescentes vêm sofrendo alterações nos últimos anos, sendo que a maior incidência ocorre nesse grupo etário, é na adolescência que a anorexia e a bulimia apresentam maior incidência (Jacobson et al., 1998).

Os transtornos alimentares (TA) - atingem principalmente adolescentes que se preparam para serem modelos, artistas, dançarinos, e atletas. Esses distúrbios do comportamento alimentar têm como características comuns o medo excessivo de engordar, cobranças por um comportamento mais rígido, as dietas ou privações alimentares (Magalhães e Mendonça, 2005), a preocupação obsessiva com os alimentos (Nunes et al., 1994). Geralmente, gastam muito dinheiro na aquisição de alimentos, por outro lado sentem-se culpados, incapazes e fracos de controlar a compulsão.

A alimentação de um indivíduo não consiste apenas no ato de comer, é uma atividade complexa (Duschesne e Almeida, 2002), na qual o comportamento é controlado tanto pelo estado biológico do sistema quanto pelas demandas ambientais (Duschesne, 2002).

Todas as formas de convívio com o alimento, que Phillipi (1999) denominou como prática ou comportamento alimentar, é um processo que se constitui num conjunto de ações realizadas em relação ao alimento, iniciando no momento em que o indivíduo decide comer, a disponibilidade do alimento; modo de como este vai ser preparado, quais são os utensílios que serão utilizados; características, horários e divisão da alimentação nas refeições do dia, preferências e aversões, encerrando o processo com a ingestão do alimento.

Segundo Gonçalves (2003), no estímulo interno, existe uma sensação física de saciedade, ou de necessidade de repor as reservas físicas que estão terminando. Por outro lado, o estímulo externo são as situações como comer para se distrair ou pelo aspecto atrativo do alimento.

Esses comportamentos desordenados, inadequados e desorganizados fazem parte do quadro dos TA, quase sempre acompanhados de aspectos alimentares particulares, em que o peso e a dieta passam a ter importância central, com características anormais de controle (Duschesne e Almeida, 2002; Antonaccio, 2001).

A busca e a demanda cultural pela magreza e a pressão social exposta pela mídia são alguns dos fatores de risco no desencadeamento dos transtornos (Neumark-Stainer et al., 1997), surgindo como fator importante na geração de sintomas anoréxicos e bulímicos (Frank et al., 1991; Sadeh, 1995). Neste sentido a Associação Americana Dietética, afirma que 85% dos transtornos alimentares têm início na adolescência.

Esses distúrbios têm como características comuns o medo excessivo de engordar, a preocupação obsessiva com os alimentos e o desejo constante de emagrecer (Nunes et al., 1994).

A etiologia dos transtornos alimentares é algo complexo, e determinada por diversos fatores que interagem entre si, produzindo e, às vezes, perpetuando o problema (Morgan et al., 2002).

Segundo Devlin (1996), diversos grupos, ligados ao desenvolvimento do DSM-IV, trabalharam em conjunto para criação de critérios para uma nova categoria dentre os transtornos alimentares: o transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP). Entretanto, nas primeiras descrições, que datam do século XV, era sintoma

que podia estar presente em diversos transtornos. Desde essa época, aparecem descrições de uma forma de apetite voraz (Parry-Jones 1991).

Recentemente, para o comportamento de compulsão alimentar, adotou-se a expressão “*binge eating disorders*”, gerando, dessa forma, traduções diferentes, como transtorno do comer compulsivo, transtorno da compulsão alimentar periódica, transtorno da compulsão alimentar episódica, transtorno do descontrole alimentar episódico. Essa diversidade evidenciou nuances nas traduções, levando, também, a reforçar a idéia de que esta é uma nova especialidade que necessita de definições (Claudino e Borges, 2002).

A compulsão alimentar é, atualmente, um comportamento específico, definido por episódios recorrentes de excesso de ingestão alimentar exagerada acompanhada pela perda de controle. Enquanto comportamento observado entre obesos, a compulsão alimentar foi descrita, pela primeira vez por Stunkard, em 1959, como uma ingestão de grandes quantidades de comida em um curto espaço de tempo, seguida de sentimentos de desconforto físico e autocondenação.

A partir da década de 70, com o surgimento dos relatos de indivíduos que a apresentavam associada a comportamentos compensatórios, geralmente utilizados para a perda de peso. Começou-se a pensar na compulsão alimentar como uma síndrome (Vandereycken, 1994). Em 1977, Wermuth et al., ampliaram a descrição elaborada por Stunkard (1959), e desenvolveram os critérios diagnósticos:

- a) ingestão rápida, impulsiva, episódica e sem controle de grandes quantidades de alimentos num período de tempo relativamente curto;
- b) O episódio termina apenas quando há desconforto físico. Vômitos induzidos podem ocorrer, mas não são necessários para o diagnóstico.
- c) Sentimentos subsequentes de culpa, desprezo por si ou remorso.

Embora a definição de compulsão alimentar tenha sido descrita na década de 50, somente em 1994, foi incluído no DSM IV, e elevado à categoria diagnóstica, no apêndice B, ainda com critérios provisórios para o seu diagnóstico. Trata-se de uma síndrome caracterizada por episódios recorrentes de compulsão alimentar, sem qualquer comportamento de compensação para evitar um ganho de peso (Fairburn e Wilson, 1993; Papelbaum e Appolinário, 2001).

Alguns aspectos tornam difíceis a elaboração de parâmetros para o diagnóstico da compulsão, tais como a caracterização do que seria considerado ingestão de grande quantidade de alimentos, a duração de cada episódio de comer compulsivamente (Azevedo et al., 2003).

A perda de controle sobre o episódio de consumo alimentar é uma característica extremamente importante para o diagnóstico da compulsão alimentar, enquanto a condição grandes quantidades de alimento, ainda é questão de divergência entre os especialistas. Apesar disso, os responsáveis pelo DSM-IV optaram por continuar incluindo grandes quantidades de comida como parte da definição de compulsão alimentar (Borges, Jorge, 2000; Grilo, 2002).

As denominações compulsão alimentar e transtorno da compulsão alimentar periódica têm gerado confusão, principalmente, para o leigo fazer a diferenciação entre ambas denominações.

A compulsão alimentar enquanto um comportamento eventual, pode não apresentar incômodo para o indivíduo, no entanto ela também pode significar um quadro parcial, uma vez que não preenche todos os critérios diagnósticos de transtorno. O transtorno traz desconforto e geralmente leva o indivíduo a procurar tratamento, porque apresenta sofrimento e impedimentos na vida decorrentes dessa patologia (Borges e Jorge, 2000).

De acordo com o DSM-IV (2001), os critérios diagnósticos para o TCAP compreende:

- a) Episódios recorrentes de compulsão periódica. Um episódio de compulsão alimentar apresenta as duas características seguintes:
 - Ingestão em curto período de tempo de uma quantidade de comida nitidamente maior do que a maioria das pessoas pode consumir em um período semelhante e em circunstâncias idênticas.
 - Sensação de perda de controle sobre a ingestão durante o episódio.
- b) Os episódios de compulsão periódica estão associados a três (ou mais) dos seguintes sintomas:
 - Comer muito mais rápido que o habitual.
 - Comer até se sentir infortavelmente cheio.

- Comer grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome.
 - Comer sozinho para esconder sua voracidade.
 - Sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou muito culpabilizado depois da ingestão compulsiva.
- c) Profundo mal-estar marcado em relação às ingestões compulsivas.
- d) A compulsão periódica ocorre em média dois dias por semana durante seis meses.
- e) A compulsão periódica não se associa a estratégias compensatórias inadequadas e não ocorre exclusivamente durante o decurso de Anorexia Nervosa ou Bulimia Nervosa.

Segundo a OMS (1995), o número de pessoas que tem problemas por comer mais do que devia ultrapassou o número de pessoas que passam fome.

Inicialmente, esses episódios de compulsão alimentar podem estar relacionados com a fome, mas posteriormente, quando o ciclo compulsão-purgação já está instalado, ele pode ter seu início marcado por qualquer tipo de situação que gere sentimentos negativos como ansiedade, frustração ou solidão (Yanovski, 1993; Stice et al., 1999; Appolinário e Claudino, 2000).

A compulsão alimentar é um fenômeno inespecífico, tipicamente desenvolvido na adolescência entre 14 e 19 anos (Woodside e Garfinkel, 1992; Raymond et al., 1995), inicia-se, geralmente por volta dos 20 anos (Spitzer et al., 1993), podendo ocorrer em condições clínicas diversas, como a anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Cordás e Segal (1995) e Duschesne e Almeida (2002) afirmam que apesar da culpa pelos ataques de compulsão alimentar, normalmente, os indivíduos não recorrem a comportamentos compensatórios; raramente fazem uso de laxantes, induzem vômitos ou praticam exercícios físicos em excesso; para Appolinário e Claudino (2000) estes indivíduos também não se utilizam de medidas extremas para evitar o ganho de peso, como acontece com as pessoas com bulimia.

3.8.2 Prevalência dos transtornos alimentares

Estudos indicam que a prevalência dos transtornos alimentares é significativamente maior entre as mulheres do que entre os homens (Spitzer et al., 1993; Behar, 1994; Stice et al., 1999; Hetherington, 2000). Além desse grupo, modelos, atrizes, atletas, bailarinas e pessoas com preocupação excessiva com o peso e forma física também são vulneráveis a este tipo de transtorno (Duschesne e Almeida, 2002; Morgan et al., 2002).

Alguns autores afirmam que a compulsão alimentar muitas vezes está associada à obesidade (Spitzer et al., 1992 e 1993; Appolinário et al., 1995); no entanto vários estudos afirmam que este pode não ser considerado como um critério, pois o transtorno também ocorre em pessoas com peso normal (Spitzer et al., 1992 e 1993; Bruce e Winfley, 1996; Walsh e Devlin, 1998; Freitas et al., 2001).

Estudos brasileiros (Appolinário et al., 1995; Borges, 1998; Coutinho, 2000) encontraram prevalências que variaram entre 15% e 22% em pessoas que buscavam tratamento para emagrecer. Vilela et al. (2004) estudaram 1.807 adolescentes, estudantes de escolas públicas, prevalência foi de 13,3%, com possíveis transtornos de alimentação.

A prevalência do TCAP na população brasileira encontra-se entre 2% a 3% (Appolinário, 2000; Cordás, 2001). Stice et al. (1999) refere prevalência na comunidade geral em torno de 2% a 5%, enquanto nos grupos de indivíduos que procuram tratamento para perda de peso os valores ficam entre 20% e 40%.

Spitzer et al. 1992, encontraram prevalência de TCAP de 2% na comunidade geral e de 29% a 30% na população que procura tratamento para perda de peso, prevalência esta confirmada nos estudos de Spitzer et al., 1993; Stunkard e Allison, 2003. Segundo estudos realizados no Canadá e Estados Unidos, respectivamente, a prevalência foi estimada entre 15% e 50% em indivíduos participantes de programas de emagrecimento e entre 0,7% a 4% na comunidade geral (Spitzer et al., 1993; Stunkard et al., 1996; Stunkard e Allison, 2003).

Outros estudos de Brody et al. (1994) e Stunkard et al. (1996) encontraram respectivamente prevalências de 8,9% e 18,8%, sendo mais comum em mulheres do que em homens.

Em estudo realizado por Garfinkel (1993), episódios isolados de compulsão periódica e purgação foram relatados em até 40% em estudantes universitárias. Já Ferreira e Veiga (2008), encontraram frequência elevada de episódios de uso de laxantes, diuréticos e indução ao vômito.

Hoje, com as atividades do dia-a-dia, muitos adolescentes pulam refeições importantes quase que diariamente. Jacobson et al. (1998) mostraram em seu estudo que cerca de 18% dos adolescentes nunca realizavam o desjejum. Nicklas et al. (1993) demonstraram que 16% da população omitiam essa refeição.

A associação do TCAP, com outros diagnósticos psiquiátricos em indivíduos obesos, em estudo realizado por Yanovski et al. (1993) encontraram altos índices de transtorno de pânico (9% para pacientes com TCAP e 1% para pacientes sem TCAP); depressão maior (51% para pacientes com TCAP e 14% para pacientes sem TCAP), personalidade borderline (14% para pacientes com TCAP e 1% para pacientes sem TCAP), com prejuízos no funcionamento social e ocupacional.

Nesses estudos, verificou-se que as pessoas com TCAP são mais insatisfeitas com o corpo, moderadamente depressivos e com nível de ansiedade mais alto do que os pacientes sem o transtorno. Segundo os autores, provavelmente a sintomatologia associada ao TCAP, como a perda de controle sobre o comer e angústia pela compulsão, contribui para as diferenças encontradas.

Síndrome de acordar durante a noite para comer e insônia que inclui a sintomatologia de depressão, encontradas nos estudos realizados por Stunkard et al. (1955), é pouco comum na população geral, cerca de 1,5% foi descrito por Rand et al. (1997). Está presente tanto em indivíduos obesos como nos não obesos. Essa síndrome é a única combinação entre TA, distúrbios do sono e do humor (Stunkard e Allison, 2003). Hajak et al. (1995) sugerem que o aumento da produção de melatonina, durante a noite, contribui para a presença de insônia e da depressão.

3.8.3 TCAP e seus aspectos psicológicos

A origem e a etiologia dos transtornos alimentares é muito complexa. Segundo Moore (2000), as características individuais, familiares, biológicas e emocionais, contribuem para o desencadeamento da doença. Devido a sua complexidade, a compulsão alimentar requer tratamento e este é sempre desafiador e complexo, principalmente em virtude da não aceitação e dificuldade de conscientização por parte do adolescente e de seus familiares.

Segundo Appolinário e Claudino (2000), o tratamento deve ser criterioso, devendo, ainda, (Shapira et al., 2000) ser desenvolvido por uma equipe interdisciplinar. Ribeiro et al. (1998) e Rosensztein e Treasure (1998) enfatizam a necessidade de uma orientação dietética adequada, com refeições regulares, além da psicoterapia cognitivo-comportamental, e o uso de inibidores seletivos de recaptção de serotonina, pois, frequentemente, os pacientes com transtornos alimentares sofrem de depressão (Yanovski e Sebring, 1994).

Nesse sentido, pode-se observar a instalação de um ciclo vicioso entre o comer compulsivo, por um lado, e os sintomas de ansiedade e depressão, por outro, resultando sempre em sentimentos de culpa (Spitzer et al., 1993) e baixa auto-estima (De Zwaan, 1997).

O TCAP pode ocorrer em associação com vários transtornos psiquiátricos e clínicos (Fontenelle et al., 2002). Sabemos que os transtornos alimentares estão relacionados diretamente a uma gama de fatores multifatoriais, no entanto, atualmente em nossa cultura, a mídia (Hercovici, 1997), as pressões culturais para emagrecer (Hetherington, 2000; Samms-Vaughan, 2002; Fairburn e Harrison, 2003), associadas ao culto do corpo perfeito (Rosensztein e Treasure, 1998) são os responsáveis pelo surgimento e aumento desse tipo de transtorno (Morgan et al., 2002). Frequentemente esse quadro vem acompanhado por sentimentos de angústia, culpa, vergonha, nojo (Azevedo et al., 2003).

Dois elementos estão presentes no comedor compulsivo: o subjetivo e o objetivo, o primeiro seria a sensação de perda de controle, sendo que existe um consenso geral para o seu diagnóstico. O segundo – objetivo, há controvérsias em relação ao tamanho e à duração dos episódios de uma compulsão.

Essa incerteza é resultado da definição imprecisa da grandeza de um episódio de compulsão alimentar, sobre uma quantidade que é ingerida, definitivamente maior do que a maioria das pessoas comeria e, além disso, como não há uma terminação lógica, seu critério de duração ainda é bastante (Azevedo et al., 2003), segundo Stunkard e Allison (2003), a duração tem sido designada como um período de duas horas, que é claramente insatisfatória.

Para Goldfein et al. (1993) há evidências de que pacientes com TCAP ingerem significativamente mais alimentos do que as pessoas sem compulsão alimentar. Apresentam histórico de repetidas tentativas de fazer dietas e se desesperam diante de suas dificuldades para controlar a ingestão de alimentos. Em razão dos seguidos fracassos para o controle do peso, alguns continuam restringindo o excesso calórico, enquanto outros abandonam quaisquer esforços de fazer dieta (Spitzer et al., 1993).

O aumento das compulsões alimentares pode ter a sua origem no estresse. Durante essas situações, o cortisol é liberado, estimulando a ingestão de alimentos e o conseqüente aumento de peso (Gluk et al., 2001).

3.8.4 TCAP e a questão de gênero

Não existe aspecto específico para o surgimento do TCAP, ele acomete indivíduos de todas as raças, classes sociais e gênero, com predomínio do sexo feminino na proporção de três para dois (Spitzer et al., 1993; Behar, 1994; Stice et al., 1999; Hetherington., 2000; Vilela et al., 2004). Seu início ocorre geralmente no final da adolescência. Mulheres com esse diagnóstico apresentam índice de massa corporal mais alto que mulheres sem TCAP, assim como oscilações de peso mais frequentes e maior dificuldade em aderir ou manter o peso ao tratarem a obesidade.

A idade de início do transtorno ainda é um ponto controverso. Para alguns pesquisadores não há diferença entre os gêneros, Siqueira et al. (2005) encontraram prevalência de 12,8%, para o gênero masculino e 13% para o feminino. Embora Melin e Araújo (2002) afirmam que os homens desenvolvem os TAs mais tardiamente que as mulheres. Esse início tardio estaria associado ao fato de a puberdade começar e terminar mais cedo nas meninas em relação ao início e término nos meninos. Braun et

al. (1999) associam essa diferença às alterações hormonais causadas, principalmente, na anorexia nervosa apontada como a responsável por adiar ou reverter a puberdade.

Por outro lado, Magalhães e Mendonça (2005) postula que o medo de envelhecer possa estar relacionado a esses aspectos. Estudos realizados por Carlat e Camargo Jr (1997), Morgan et al. (2002), Olivardia et al. (2000) e Duschesne e Almeida (2002) afirmam que as adolescentes, mulheres jovens e homens que exercem profissões que exigem uma preocupação exagerada com a forma corporal e como peso, como modelos, bailarinos, nadadores, jôqueis, fisiculturistas, com o abuso e o uso excessivo da prática de exercícios físicos (Vilela et al., 2004; Martins e Sassi Jr, 2004), podem ser considerados um fator precipitante de TA.

Battistoni (1996) argumenta que em nossa cultura a preocupação com a silhueta é muito mais acentuada entre os adolescentes, e que as adolescentes obesas apresentam maiores dificuldades do que as adolescentes normais para superarem os conflitos típicos desse período evolutivo.

Esses fatores também estão presentes nos homens, embora a taxa exata de TA no grupo masculino ainda não tenha sido completamente estabelecida (Braun et al., 1999). Acredita-se que os homens sejam excluídos de muitos estudos em razão do baixo número de casos (Merlin e Araújo, 2002) porque estão mais satisfeitos com seus corpos e os percebem com menos distorção.

Existe uma diferença entre os gêneros na questão preocupação com a forma, enquanto as mulheres estão mais preocupadas com o peso, os homens relatam maior preocupação com a massa corporal e a forma física, investindo alto em atividades físicas com ênfase nos exercícios musculares (Braun et al., 1999; Yager et al., 2000), sendo que estes últimos estão mais vulneráveis para o desenvolvimento de TA.

O uso de laxantes e pílulas para emagrecer é outra diferença significativa entre os gêneros; os homens usam menos do que as mulheres (Melin e Araújo, 2002). Acredita-se que esse fato esteja relacionado ao metabolismo masculino, que faz com que os homens tenham maior facilidade para perder peso que as mulheres e, por essa razão, não tem necessidade de recorrer a medicamentos e fórmulas “milagrosas” (Carlat e Camargo Jr, 1997; Braun et al., 1999).

3.8.5 Transtornos alimentares na adolescência

Na adolescência, etapa do desenvolvimento em que se encontram grande parte dos estudantes do ensino médio, implica tarefas individuais e sociais, como definições acerca da carreira, busca de parceiros ou parceiras sexuais, estilos de vida.

Nesse sentido, Gowers e Shore (2001) enfatizam que a adolescência é vista como o estágio de grande risco para o desenvolvimento dos TA devido às significativas mudanças físicas e psicológicas que ocorrem nesse período. Há uma escassez de trabalhos realizados com crianças e adolescentes com o TCAP. Quanto às mudanças físicas, o corpo do adolescente sofre as mais intensas, profundas e rápidas modificações. No entanto, nem sempre essas alterações são bem assimiladas pelo adolescente (Chipkevitch, 1987), que vai transformando, em poucos anos, seu corpo de criança em um corpo de adulto.

A experiência de ver o corpo mudando rapidamente, sem que possa controlar, gera, ao mesmo tempo, um sentimento de impotência e de passividade. A sensação de que não pode fazer nada frente às modificações corporais provoca medo e ansiedade, às vezes, tão intensos que alguns adolescentes chegam a viver essa fase de forma persecutória, somatizando esses sentimentos, deslocando-os para o plano físico.

Um desses deslocamentos pode ser o comportamento de comer que, quando atrelado a fatores emocionais, determina um ato compulsivo que vai muito além da simples necessidade fisiológica de satisfazer a fome. Frente a esse comportamento, o aumento de peso é uma consequência que, na maioria das vezes, adquire um significado especial e por vezes conflituoso, já que as intensas transformações físicas e biológicas desta idade repercutem em todo o processo psicossocial da formação da identidade do adolescente (Chipkevitch, 1987), tornando-se, assim, especialmente vulnerável aos modelos e representações sociais vigentes, quer expressando-os por adesão ou por oposição (Vitolo et al., 2006).

As duras exigências sociais e ambientais enfrentadas pelos adolescentes podem ter um impacto significativo na auto-confiança e estima desses jovens, deixando-os mais suscetíveis à aquisição de problemas físicos e emocionais (Gowers e Shore, 2001). Estudos realizados por Werutsky e Barros (2000), Pinaqui et al. (2003), Colety e Assunção (2005) e Thorsteindottir e Ulfarsdottir (2008) evidenciam que a

necessidade compulsiva de comer está intimamente relacionada às necessidades emocionais.

À medida que o corpo adquire uma nova forma, a imagem mental que o adolescente tem de si modifica-se. Ele passa a captar o corpo como desproporcional e estranho quando comparado com a imagem idealizada de si próprio em função do que lhe é imposto socialmente como padrão (Fleitlich, 1997; Vilela et al., 2004).

Diante dessa insatisfação, o adolescente tende a fazer dieta, geralmente uma dieta muito restritiva. Estudos mostram que o uso desse tipo de dieta aumenta a probabilidade de desenvolver um TA (Garner, 1993; Stice et al., 1999; Morgan et al., 2002; Andrade e Bossi, 2003; Vilela et al., 2004). Muitos relatos coletados de pacientes com TA revelam que o início dos episódios de compulsão alimentar, na maioria das vezes, foi precedido de uma dieta restritiva, favorecendo, dessa forma, o seu aparecimento (Stice et al., 1999; Appolinário e Claudino, 2000).

A família, os amigos, a mídia são reforçadores sociais, principalmente, para que as adolescentes mantenham um corpo magro, fator que pode estar relacionado à presença de sintomatologia e início desses sintomas nessa população (Morgan et al., 2002; Vitolo et al., 2006).

Winnicott (1993) deixa evidente que tanto a inibição de comer como a compulsão para comer seriam manifestações de uma ansiedade primitiva, originada no início da vida do bebê em suas primeiras relações com a mãe e o ato de ser alimentado. Assim, a voracidade excessiva presente na compulsão alimentar, é a mesma manifestação encontrada na compulsão em roubar amigos, namorados, que é tratada por ele como um sintoma da ansiedade primitiva do bebê.

Nesse sentido, os estudos realizados por Battistoni (1996), Viuniski (1999), Parizzi e Tassara (2001) dizem respeito à associação entre ansiedade e compulsão alimentar, e do possível início precoce dessa associação na vida da criança e no seu relacionamento com a mãe, corroborando, assim, com as relações propostas por Winnicott (1993).

A associação entre o transtorno alimentar e comorbidade psiquiátrica tem sido relatada na literatura (Yanovski., 1993; De Zwann, 1997; Colety e Assumpção Jr., 2005), encontra uma correlação de risco altamente significativa entre a presença de

compulsão alimentar e outras desordens psiquiátricas como depressão (Carlat e Camargo, e 1997); transtorno do pânico (Bramon-Bosch et al., 2000; Melin e Araújo, 2002), e outras de personalidade (McGee e Williams, 2000; Ghaderi e Scott, 2001; Fairburn et al., 1997), indicando que, quanto maior a compulsão alimentar, maior o comprometimento psíquico. Ong et al. (2006), encontraram irregularidades no sono e comportamento alimentar associado com a depressão e ansiedade.

Sassaroli et al., 2009, estudaram 59 pacientes com TCAP, encontrou correlação entre os escores de distúrbios do sono e a ingestão noturna de alimentos em pacientes ansiosos.

Quanto às comorbidades, os TA em homens frequentemente estão associados a outros transtornos psiquiátricos e clínicos (Wilson et al., 1993; Marcus, 1993; De Zwaan et al., 1994), especialmente à depressão (Marcus et al., 1988; Fairburn, et al., 1998; Shishuka et al., 2002; Stunkard e Allison, 2003) e abuso de substâncias químicas (Carlat e Camargo, e 1997; Bramon-Bosch et al., 2000; Melin e Araújo, 2002), tal como ocorre no grupo feminino (Kandel e Davies, 1982).

Sassaroli et al. (2009), em estudo com 54 pacientes com TCAP, encontraram correlação entre os escores de distúrbios do sono e a ingestão noturna de alimentos em pacientes ansiosos.

Os homens apresentam maior índice de tentativa de suicídio, risco mais elevado de esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos (Yanovski et al., 1993; De Zwaan, 1997; Striegel-Moore et al., 1999; Papelbaum e Appolinário, 2001). Apresentam maior uso de substâncias que o grupo sem transtorno (Busse, 1998).

Outros aspectos como baixa auto-estima, perfeccionismo, impulsividade, sentimentos de total controle ou total descontrole (Fontenelle et al., 2002) também podem ocorrer como uma síndrome isolada, embora apresentem os mesmos traços de personalidade comuns em pacientes com TCAP.

O TCAP pode, inicialmente, estar relacionado com a fome, mas quando se instala o ciclo compulsão/purgação, qualquer outra situação pode gerar ansiedade, frustração, tristeza ou solidão (Appolinário e Claudino, 2000).

3.9 A escola como espaço de interação

A palavra escola, que em grego significa o lugar do ócio, surgiu na Idade Média para atender a demanda de uma nova classe social que não precisava trabalhar para garantir a sua sobrevivência (Alves, Pretto, 1999).

Atualmente, ao pensarmos na escola, temos que vê-la como um campo educativo amplo, caracterizado por suas diversidades, pelas interações, objetivos, comportamentos e papéis desempenhados (Melo Noal, Rodrigues e Marquezan, 2003).

Nesse sentido, a escola é uma instituição única, que tem como funções a garantia do acesso a um conjunto de conhecimentos acumulados pela sociedade, a promoção do desenvolvimento pessoal da criança – como ser global no ambiente em que vive – e as diferentes relações estabelecidas entre indivíduos com o grupo Melo et al (2003). Já na visão de Moreira e Candau (2003), é a relação entre as diferentes culturas profundamente articuladas entre si, permeadas por tensões e conflitos.

A escola é inicialmente o espaço em que a criança adentra para o lazer, o que implica em espaço para brincar, e onde se firmarão as interações sociais (Alves e Pretto, 1999). À medida que ela vai se desenvolvendo, esse espaço passa a ter outros significados, além da busca e aquisição de novas informações e novos conhecimentos.

Ferraro (1999) salienta que toda escola é inserida em um contexto social, sobre o qual não tem controle, mas influencia fortemente as relações estabelecidas e, conseqüentemente, o processo ensino/aprendizagem. Desta forma, a dinâmica da aprendizagem se dá através das interações mútuas, sociais e afetivas (Melo et al, 2003) entre alunos e professores, promovendo e solidificando o aprendizado.

Nesse espaço, crianças e adolescentes estabelecem e intensificam suas relações sociais e vínculos diversificados, permeados pelas emoções e conflitos intra e interpessoais. Segundo Dayrell, são as relações sociais que verdadeiramente educam, isto é, formam, produzem os indivíduos em suas realidades singulares e mais profundas (1992, p.2).

Para Szpeleta e Rockwell (1986), deste momento histórico fazem parte os alunos e a equipe escolar – formada por direção, coordenação, professores e demais funcionários – que juntos criam toda a trama das inter-relações, fazendo da escola um processo constante e permanente de construção social.

O processo educacional, segundo Alves e Pretto (1999), ocorre nos mais diferentes espaços e situações sociais, onde estão incluídas as instituições família, igreja, escola, num complexo de experiências, relações e atividades, cujos limites estão fixados pela estrutura material e simbólica da sociedade em determinado momento histórico.

Nesse sentido, não podemos nos esquecer de que os alunos já chegam à escola com um acúmulo de experiências vivenciadas em múltiplos espaços, através das quais podem elaborar uma cultura própria, pela qual veem, sentem e atribuem sentido e significado ao mundo, e à realidade onde se inserem.

Para Alves e Pretto (1999), o âmbito escolar é caracterizado por suas diversidades, e cabe a ele promover o desenvolvimento pessoal, as interações mútuas, o estabelecimento das relações sociais e afetivas, visando à aprendizagem.

Essa mesma diversidade está presente na elaboração, na expressão dos projetos para o futuro, nas expectativas e escolhas individuais dos alunos (Velho, 1987), sendo que a continuidade dos estudos exige a sua presença constante na escola.

Quando chegam à escola, os alunos - sujeitos sócio-culturais - já possuem uma cultura e um saber, segundo Dayrell (1996). Do resultado das experiências vivenciadas dentro do campo de possibilidades de cada um surgem os projetos de vida, que podem ser mais simples ou mais complexos, mas sempre existentes.

3.9.1 Ensino Médio

Antes de chegar ao ensino superior, o adolescente, obrigatoriamente, tem de vencer as etapas de sua escolarização: primeiramente o ensino fundamental, o médio, geralmente curso pré-vestibular e ensino superior. A atual legislação brasileira, que tem a flexibilidade como um dos seus eixos norteadores, oferece aos jovens uma série de possibilidades para continuação dos estudos, tanto no âmbito da educação superior como no da educação profissional.

De acordo com o artigo 21 da Lei nº. 9.394, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação brasileira é composta por dois níveis:

a) Educação básica (formada pela educação infantil, ensino fundamental e médio; e b) Educação superior) (Brasil, 1996).

Dessa forma, para atingir o último nível, o adolescente tem que superar as fases anteriores, Art. 44 – *“curso de graduação, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo”* (Domingues et al. 2000).

Atendendo ao proposto na Lei nº 5540/68, que reformulou o ensino superior, durante o período militar e tinha como única forma de acesso o vestibular unificado e classificatório (Braga et al., 2007), tal medida foi tomada em virtude do aumento da demanda da população pelo ensino superior, impulsionada pela expansão dos ensinos fundamental e médio, e pelas significativas transformações do mercado de trabalho.

Como conseqüências, houve um aumento significativo da procura e da desproporção na relação candidato x vaga, intensificando, sobremaneira, a competitividade para a entrada na universidade pública.

Hoje, a Educação Superior no Brasil viabiliza-se em cerca de novecentas instituições de ensino. Segundo dados do Ministério da Educação (1994), no Brasil existem quase dois milhões de alunos matriculados em cursos de graduação, acessíveis a quem conclui o ensino médio e se classifica em processo seletivo (Brasil, 1996); e de pós-graduação, e de pós-graduação, sendo que cerca de 25% deles, duzentos e setenta e cinco mil, estão matriculados em universidades - federais, estaduais, municipais.

A dificuldade de acesso ao ensino superior, cuja entrada passa pelo ensino médio oferecido pela rede pública e privada, continua sendo um dos aspectos mais discutidos dentro da política educacional brasileira. Assim, a conclusão do ensino médio permite o ingresso na Universidade, porém, seu objetivo não é a preparação para o concurso vestibular, mas sim o desenvolvimento global do educando e a preparação básica para o trabalho e o exercício da cidadania (Braga et al., 2007).

Embora, do ponto de vista legal, todos os candidatos a uma vaga na universidade pública desfrutem do mesmo princípio da igualdade de oportunidades (Guimarães, 1984, p. 33), *“a forma como está estabelecido o processo seletivo de*

ingresso pressupõe que os cursos de graduação não sejam disponíveis para todos os cidadãos”, caracterizando, segundo Meurer (2000) e Whitaker (2001) a barreira social ritualizada, onde se observa a ausência de acesso democrático no processo de seleção dos candidatos, uma vez que nem todos preenchem as condições exigidas por esse nível de ensino.

Assim sendo, o ensino médio, com uma formação geral, não propicia ao estudante a possibilidade de ele competir por uma vaga, em condições de igualdade, nas melhores universidades públicas. Nesse sentido, Bastos (2005, p. 4) afirma que *“a escola de ensino médio não tem cumprido, em geral, a sua função proposta pela LDBEN”*.

Ao longo dos últimos anos, temos observado o aumento de estudantes oriundos das camadas sociais mais favorecidas, frequentando as universidades públicas, enquanto os estudantes menos privilegiados socialmente tendem a se formar em escolas públicas no ensino fundamental e médio, a frequentar a universidade particular. Diante desse quadro, o ingresso em uma Universidade pública, torna-se cada vez mais difícil, deixando claro que as condições de disputa são mais árduas e acirradas para os menos favorecidos (Bianchetti, 1996).

Frente à pressão que a modernidade e a globalização exercem na nossa sociedade, especificamente, na classe média, com forte tendência ao consumo dos símbolos de status, estar matriculado em uma escola particular se configura em um desses símbolos.

Outra modalidade de atendimento é aquela chamada de ensino médio integrado, concomitante ao cursinho e que tem por objetivo preparar o jovem para outras modalidades de exame vestibular. No entanto, a inserção desses recursos depende da disponibilidade financeira da família.

Independente disso, a escola pública de ensino médio continua atendendo a diferentes perfis dos vestibulandos. Prova disso são as filas que se formam, à porta das escolas públicas consideradas boas e eficientes, mantidas pelos governos estadual ou municipal, a todo início de ano letivo, quando as famílias chegam a passar noites, em busca de uma vaga.

Os dados do INEP (1999), sobre o ensino médio, indicam que 54,7% dos alunos matriculados estudam no período noturno, sendo que a maioria expressiva são

de trabalhadores. Aproximadamente 66% têm renda familiar de até seis salários mínimos, enquanto a maior concentração de alunos com renda superior a seis salários mínimos prevalece no período acadêmico diurno.

Quanto aos estudantes que conciliam estudo e trabalho remunerado, verificou-se que os índices chegam a cerca de 60%, atingindo 72%, quando a amostra restringia-se aos alunos matriculados no ensino médio. Esses fatores indicam que tais alunos não dispõem de possibilidades físicas e materiais para inserir novas formações ao seu currículo. Em geral o jovem brasileiro, ao concluir o ensino médio é convocado a fazer escolhas profissionais, optando pela continuação ou não dos estudos.

E, apesar das diferentes modalidades de opções para a escolha profissional, observa-se uma tendência dessas escolhas estejam relacionadas aos cursos de graduação, oferecidos pelas universidades e ou ainda, pelo ingresso imediato no mercado de trabalho (Pimenta, 2001, Catani et al., 1989; Brasil, 2001; Nunes, 2001 e 2002; Franco e Novaes, 2001; Cunha, 2003; Santos, 2003; Zago, 2007).

3.9.2 Processo de escolha e tomada de decisão

Desde o início do século XX, o ingresso nas escolas superiores estava ligado à realização de exames de admissionais em caráter eliminatório, chamados, pela primeira vez em 1915, de vestibular. Historicamente, o antigo ensino secundário tinha por objetivo preparar os jovens das classes mais abastadas, para ingressar ao ensino superior.

Em função do aumento do número de vagas e a democratização do acesso ao ensino superior, como já dissemos anteriormente, a atual legislação não estabelece um único tipo de seleção, permitindo, dessa forma, experimentar novos modelos (Braga et al., 2007).

Também foram estabelecidas algumas metas no Plano Nacional de Educação (PNE), que estão associadas a programas governamentais: Programa de Universidade para Todos (PROUNI) - que oferece *“bolsas de estudo em instituições privadas de educação superior aos alunos de baixa renda, egressos de escolas públicas; e o Sistema Especial de Reserva de Vagas, que institui de reserva vagas nas*

instituições públicas federais de educação superior para alunos egressos de escolas públicas, com cotas específicas para negros e indígenas” (Brasil, 2004).

Neste sentido, atualmente, algumas universidades públicas e privadas, atendendo ao proposto na reforma do ensino médio e das tendências internacionais, vêm utilizando como um dos critérios na seleção dos seus alunos os resultados do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM). Tais medidas, no entanto, nos parecem paliativas, uma vez que muitos que optaram por essa modalidade de ensino ainda permanecem com o acesso e o ingresso às Universidades limitados.

Segundo Lassance et al. (1993), a entrada na Universidade assume, para o adolescente, um processo evolutivo em si mesmo, relacionando o ingresso na educação superior como uma continuidade natural a ser assumida por aquele que conclui o ensino médio e a única possibilidade de inserção no mundo do trabalho e ascensão social (Franco e Novaes, 2001).

Se por um lado existe a super valorização da educação superior, principalmente dos cursos mais tradicionais, por outro, ela exerce uma influência negativa sobre as diretrizes do ensino médio, que tem deixado de lado a sua função de preparar o jovem para a inserção ao mundo adulto (Brasil, 1996) e se transformado em um veículo específico de preparação para os concursos vestibulares.

A escolha processada, em geral durante o ensino médio, exige do adolescente certo grau de maturidade. A partir daí constrói-se um modelo teórico de maturidade para a escolha profissional, considerando ser necessário a aquisição de conhecimentos específicos, o desenvolvimento de atitudes e maturidade necessária à decisão profissional e, ao mesmo tempo, ter de assumir responsabilidades, novos papéis e funções sociais (Rocha et al., 2006).

Para Bianchetti (1996), é muito difícil ter de escolher a profissão em um momento tão delicado, em que ele ainda está vivenciando as crises, os conflitos tão comuns dessa fase, uma vez que não é mais uma criança, mas também não atingiu o status de adulto. A falta de maturidade e de seu auto-conhecimento dificultam a escolha profissional.

O final da adolescência e a tomada de decisões tão importantes são fatores que terão repercussões significativas na esfera emocional por gerarem ansiedade, tensão, estresse e depressão. Rocha et al. (2006, p. 96) colocam que a fase dos

exames vestibulares é um evento estressante dependente, ou seja, aqueles eventos que estão “*intrinsecamente relacionados à forma como o indivíduo irá agir diante de determinada situação*”.

Tanto os alunos do ensino médio das escolas públicas quanto das particulares, com frequência escolhem prestar o exame vestibular. Essa escolha está entre as cinco alternativas de atividades possíveis a serem assumidas pelos jovens após o término do ensino médio, denotando a importância atribuída ao ingresso na educação superior para aqueles jovens (Franco e Novaes, 2001).

A entrada na Universidade implica para os jovens o sucesso e ascensão profissional e, para as classes populares, significa também o desejo de ascensão social (Rocha et al., 2006).

O estímulo da valorização das profissões de nível superior, e a desvalorização de outras formas de ocupação é uma constante em nossa sociedade e “*a formação de nível superior é, sobretudo, fator de consolidação da trajetória social já percorrida*” (Foracchi, 1965, p.300-301 *apud* Augusto, 2005).

3.9.3 O exame pré-vestibular como fator gerador de ansiedade

No final da década de 90, de acordo com último Censo da Educação Superior (INEP, 2003), o ensino privado aumenta expressivamente. O número de vagas nas universidades públicas era aproximadamente 296 mil, enquanto que na rede privada estes números chegavam a 1.477.733. Isso contraria os dados da década de 80, quando era forte a correlação entre escola pública e universidade pública.

A possibilidade de enfrentar o processo seletivo ou exame vestibular é um fator gerador de conflitos, dúvidas, medo e ansiedade. Para Soares (2002), o terror psicológico, originado por essa prova, aumenta à medida em que se aproxima a data do exame, segundo as autoras, o ano que antecede ao vestibular, o jovem pode sofrer de vários distúrbios psicofisiológicos, e até mesmo de depressão. Rodrigues e Pelisoli (2006) em estudo realizado com 1046 estudantes, cerca de 23,5% apresentavam ansiedade nos níveis moderada e/ou grave, sendo mais elevada no gênero feminino.

Nos últimos anos, as provas dos chamados grandes vestibulares, para as universidades públicas, têm determinado a organização do ensino nas escolas de ensino médio, em nosso país. Isto porque ela tem demonstrado sentido de a aprendizagem ser dissociada da real necessidade dos estudantes, enfatizando o ensino através de “macetes e dicas” para obter melhor desempenho nas provas. Isto se concretiza na medida em que os jovens durante os três anos do ensino médio são voltados exclusivamente para a preparação para o vestibular.

Segundo Soares-Lucchiari (1993) e Rocha e Fujita (1999) o medo de reprovação no vestibular é o principal fator gerador de estresse e ansiedade. As conseqüências pela ansiedade gerada, nessa fase, invariavelmente acarretam sentimento de auto punição, de pseudovalorização de si mesmo, e a busca por justificativas, também serve de desculpas pelo mau desempenho, frente a família e a própria sociedade diante do fracasso.

A expectativa e projeto de vida dos pais sobre a vida dos filhos, é outro motivo de angústia e ansiedade. Alguns pais podem interferir ou não, oferecer condições para que os filhos possam fazer suas escolhas de forma autônoma.

D’Avila e Soares (2003) discutem a questão dos processos de separação e individuação pelos quais os jovens passam, durante a adolescência, que acarretam uma reestruturação em si mesmo e em todo o grupo familiar. Desta forma, segundo as autoras, muitos pais sentem o vestibular dos filhos como sendo uma prova da boa educação que lhes deram. Caso os filhos sejam aprovados, automaticamente seus pais também serão aprovados perante a sociedade.

É comum a ansiedade dos vestibulandos contaminar toda a família, com isso a sua preparação para a prova, passa a interferir em toda dinâmica familiar. Em muitos casos, a família participa desse ritual, modificando seus hábitos, deixando de se divertirem para não prejudicar os estudos do filho ou filha. Isso contribui para que toda a família fique ansiosa com o processo (Borges e Carnielli, 2005).

3.9.4 Os exames pré-vestibulares como ritual de passagem

Em grande parte das sociedades, para se passar de uma fase para outra, há um ritual de iniciação. Esse ritual é configurado por uma cerimônia, algo formal, que marque o início de uma nova etapa na vida das pessoas. Borges e Carnielli (2005) relata que todos os ritos de passagem são marcados pela fase da separação – implica o ato do jovem se isolar, se afastar do grupo; ocasião em que faz a sua opção profissional e elege o curso que pretende frequentar.

O pré-vestibular, enquanto um ritual de passagem, está impregnado em grande parte pela ação pedagógica, não só na escola de ensino médio, mas, principalmente na rede privada, pois existe toda uma aura de um rito de passagem, de iniciação nesse processo. Assim, o vestibular, como um ritual de passagem, desempenha um papel importante no imaginário social e na construção da subjetividade do sujeito (Bianchetti, 1996).

A via de entrada na universidade pelo vestibular, em que o processo de escolha do curso pretendido, nem sempre ocorre a escolha desejada, idealizada, mas sim da escolha possível, segundo Soares (2000, p. 28) “*em função da barreira ritualizada, da possibilidade de opções e seus fatores determinantes*”, quando faltam outras opções (Greca, 2000).

Outro motivo de angústia no vestibular está relacionado às escolhas, referindo-se às perdas, ao escolher um curso está se deixando de lado outras possibilidades e o luto dessa perda também precisa ser elaborado pelo jovem.

Nesse sentido, o vestibular pode ser visto como um ritual que proporcionará a inserção do jovem no mundo adulto, levando-o a assumir novas responsabilidades. Estes, por sua vez, se sentem desafiados em sua capacidade de corresponder às expectativas de seu grupo social.

De qualquer forma o exame ou prova do vestibular passa a ser um ritual de passagem quer seja, em caso de reprovação, pode ser percebido tanto como a primeira grande derrota, mas por outro lado, frente à aprovação, se perceberão diante da primeira grande vitória em suas vidas.

Atualmente, o ensino médio está totalmente desvinculado do ensino fundamental e do superior. Segundo Greca (2000), da forma como é realizado hoje, não

auxilia a preparação para vida profissional e/ou universitária, apenas se preocupa em preparar o jovem para o exame vestibular.

Na maioria dos casos, nenhum desses objetivos é cumprido e o jovem se vê obrigado a frequentar os cursinhos pré-vestibulares. Como parte de todo o sistema, os cursinhos, fruto da sociedade neoliberal, capitalista interferem minimamente em setores onde a iniciativa privada tem interesse em investir. Enquanto houver essa modalidade de vestibular, os cursinhos continuarão existindo (Soares, 2000; Greca, 2000).

Estimulado amplamente pelos meios de comunicação de massas (Guimarães, 1984), o vestibular, torna-se necessário para que o jovem tenha acesso às Universidades, num clima de grande tensão emocional, principalmente com a proximidade das provas. A disputa acirrada por uma vaga, especificamente, nas universidades públicas, atribui injustamente ao candidato toda a responsabilidade por seu desempenho na prova (Greca, 2000).

Os cursos pré-vestibulares surgiram em virtude das possíveis deficiências do ensino médio, realizado nas escolas públicas, mas como nada é produto de apenas uma variável, em um contexto para atingir as metas do PNE, de abrigar 30% da população da faixa etária até 2010, o “*Brasil não pode mais depender exclusivamente da força inercial do mercado*”. Os autores concluem que a “*a esperança de inclusão dos enormes contingentes que buscarão educação superior nos próximos anos passa pelas políticas de fortalecimento do setor público*” (Pacheco e Ristoff 2004, p.8).

As universidades públicas e seus vestibulares acabaram captando, como já dissemos anteriormente, os alunos com boa formação no ensino fundamental e médio, oriundos em sua maioria das escolas particulares ou de cursinhos pré-vestibulares, cujo acesso é possível apenas para os das camadas sociais mais favorecidas e boa renda familiar.

Embora nos últimos anos o vestibular venha sendo visto como um filtro social em si mesmo, não é “*raro atribuir-se a esse exame a culpa pelo alto grau de seletividade social que se associa à admissão de estudantes para o ensino superior público*” (Braga et al., 2007, p. 24), atuando no momento em que o jovem fará a escolha da carreira, que invariavelmente terá reflexos para toda vida, implicando em mais uma fonte de comprometimento (Rocha et al., 2006). Geralmente, esse momento

coincide com a adolescência, ou seja, com uma das fases mais conturbadas da vida de um indivíduo.

A preocupação do jovem com a escolha do curso, e provavelmente com a sua futura atuação profissional, as provas, a ansiedade e angústia gerados pela espera dos resultados, os fatores sócio-econômicos, contribuem para conturbar ainda mais esta fase.

Neste sentido, vários estudos vêm sendo realizados sobre a problemática do vestibular, a seletividade e exclusão sociais, implícitas aos processos que classificam para o ensino superior (Guimarães, 1984; Bianchetti, 1996; Bastos, 2005; Borges e Carnielli, 2005).

Para Loschepe (1996), o exame do vestibular, que possibilita uma

[...] passagem e é transformado em algo quase mítico, a cada ano centraliza um enorme contingente humano, para dar conta do atendimento aos estudantes, quer sejam escolas, instituições ou empresas especializadas nessa modalidade de comércio educacional” (p. 7).

O comércio dos cursos pré-vestibulares, aliado a uma série de estratégias familiares, contribui para a elitização do ensino superior, e mantém a tese postulada por Grignon e Griel (1999, p. 183) *“quanto mais importantes os recursos, econômicos e simbólicos, dos pais, mais os filhos terão chances de acesso ao ensino superior, em cursos mais seletivos e empregos com melhor remuneração”*.

A análise das características sociais, econômicas e culturais do público que reivindica um lugar nos cursos pré-vestibulares considera que o cursinho é o local onde se aprende a fazer vestibular. Desta forma, esses jovens buscam aumentar suas chances nos concorridos vestibulares, especialmente, públicos, trazendo à tona a face perversa desse processo de exclusão.

As desigualdades são ampliadas pelo crescimento dos investimentos educativos por parte dos pais, em condições de fazê-los e, como estes são diferenciados pelo lugar que ocupam na sociedade, aumentam a distância entre os grupos sociais (Bourdieu e Champagne, 2003).

Em situação oposta ao ritual de passagem está a “barreira ritualizada, que significa a não-classificação, para aqueles que não apresentam as condições que o ensino em nível superior pressupõe, o que configura a dimensão de barreira social ritualizada do vestibular, impedindo, desta forma o acesso a um recurso estratégico para a ascensão social (Teixeira et al., 1981, p.138).

Embora a maior parte dos candidatos preste o vestibular logo após o término do ensino médio, o sucesso é mais provável, em termos percentuais, para aqueles que o estivessem prestando um ou dois anos depois, principalmente, para aqueles cursos de maior prestígio, em que o compasso de espera implique em dois ou mais anos. Assim, o ingresso nas Universidades públicas, para aqueles que ainda assim fracassam, torna-se ainda mais difícil. Para o autor, ao se falar em vestibulandos, deve-se ter clara a referência *“a um reduzido grupo de pessoas que já passou por diversos processos de seleção. Bater às portas da universidade é um privilégio de poucos”* (Bianchetti, 1996, p. 24).

O autor, ao mencionar as dificuldades pelos quais os jovens passam pelo ritual de inserção na universidade, divide-as em fases, que nos proporcionam uma melhor compreensão sobre cada uma das etapas:

- A fase limiar - período das provas e divulgação dos resultados - é um momento de grande tensão e ansiedade.
- A fase da agregação - já como estudante universitário, entrada no mundo adulto e suas implicações. Por outro lado, antes havia apenas a expectativa de sua inserção no mundo adulto, com a aprovação no vestibular, torna-se real e concreta, obrigando-os de certa forma a assumir a “nova identidade”, não menos complexa e sujeita a uma série de vulnerabilidades que pode ser geradora de tensão e angústia, afetando-o emocionalmente.

Estudos revelam mudanças do estado emocional, manifestado um mês antes da prova causadas pelo despreparo para o vestibular, muita ansiedade e o medo de se reprovado (Levenfus, 1993; Rocha e Fujita, 1999; D’Avila e Soares, 2003).

Diante do exposto, este estudo propõe-se a contribuir para a discussão sobre a ocorrência de depressão, distúrbios do sono e da compulsão alimentar em adolescentes na faixa de 16 aos 19 anos, bem como apontar comportamentos que possam ser considerados fatores de risco para o surgimento de outros distúrbios do humor e do sono, nessa faixa etária.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 População e Amostra

A pesquisa foi realizada junto a estudantes do terceiro ano do ensino médio, de escolas públicas e particulares, e cursos pré-vestibulares, localizados na cidade de São Paulo. A coleta de dados foi feita pela pesquisadora, e o delineamento do estudo transversal, com análise descritiva dos dados, complementado pela pesquisa bibliográfica.

Utilizou-se uma amostra de 529 estudantes de sete escolas de ensino médio, sendo três da rede pública e quatro da rede privada, e dois cursos pré-vestibulares. A população engloba adolescentes de ambos os sexos, na faixa etária entre 16 e 19 anos.

4.2 Critérios de Inclusão

- a) Ser aluno do terceiro ano do ensino médio e de curso pré-vestibular.
- b) Ter entre de 16 e 19 anos.

4.3 Critérios de Exclusão

Adolescentes com idade inferior a 15 ou superior a 19 anos.

4.4 Processos da Pesquisa

O projeto foi enviado ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos - do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Estadual de Campinas, com o intuito de averiguar os parâmetros éticos, tendo como base a Resolução nº 196/96. Recebendo parecer favorável à realização da pesquisa, uma vez que sua operacionalização não traria nenhum dano à saúde física e/ou psíquica dos participantes, entrou-se em contato com a coordenação das escolas e dos cursinhos, onde a pesquisadora apresentou-se com uma carta contendo os objetivos e a importância da pesquisa.

Uma vez autorizada a realização do estudo pelas escolas, iniciaram-se os procedimentos para a coleta de dados. Foram distribuídos 792 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, dos quais foram assinados e devolvidos 529.

Posteriormente, a pesquisadora reuniu-se com a coordenação para estabelecer as diretrizes de aplicação dos questionários. Em seguida, os coordenadores dos cursinhos e das escolas de ensino médio contataram os professores e alunos, agendando as datas para a aplicação dos questionários (BDI, IQSP e QWEP-R). A aplicação foi realizada pela pesquisadora, que se reuniu com os alunos cujos pais ou responsáveis haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram explicados os objetivos da pesquisa, sendo dada a liberdade aos alunos, mesmo com o consentimento dos pais, de colaborarem ou não com a pesquisa. Treze estudantes (quatro de escolas públicas, dois de cursinho, sete de escolas particulares) que não puderam participar porque seus pais não haviam autorizado permaneceram na sala, na tentativa de convencer a pesquisadora do seu interesse em participar.

O contato com os estudantes deu-se nos dias e horários de aula previamente estabelecidos pela Coordenação das escolas e dos cursinhos, quando foram explicados os objetivos gerais e a metodologia da pesquisa. Todos os estudantes participantes da pesquisa eram voluntários, e seus pais e/ou responsáveis haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2007, no mês de outubro, e no primeiro e segundo semestres do ano de 2008, nos meses de maio, agosto e setembro.

Por ocasião da apresentação do projeto para as coordenações das escolas e dos cursinhos, foi firmado compromisso de, logo após a defesa da tese, a pesquisadora divulgar os resultados para a comunidade escolar, momento que contará com a presença dos alunos, professores, coordenadores e pais das escolas e cursinhos.

4.5 Instrumentos Para a Coleta de Dados

4.5.1 Inventário Beck de Depressão

Utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa e população geral. Neste estudo está sendo utilizada a versão em português das Escalas Beck, especificamente o BDI, adaptado e normatizado à população brasileira. O objetivo deste inventário é avaliar a intensidade de sintomas depressivos, sendo constituído de 21 itens, cada um com quatro alternativas, com escores de 0, 1, 2 ou 3, com graus crescentes (Cunha, 2001):

- 0 - 11 = mínimo
- 12 - 19 = leve
- 20 - 35 = moderado
- 30 - 63 = grave

4.5.2 Questionário sobre Padrões Alimentares e Peso - Revisado

O instrumento foi elaborado para o diagnóstico do TCAP e apóia-se nos critérios do DSM IV, versão traduzida por Morgan et al. (2002). Contém 26 questões, nas quais os indivíduos mencionam a ingestão, num curto período de tempo (duas horas ou menos), de grandes quantidades de comida, muito superior à ingestão feita pela maioria das pessoas em um tempo similar. Acompanhada de sentimentos de perda de controle, esta ingestão envolve o método compensatório de controle de peso, histórico de peso e dieta e o grau de preocupação com o corpo. Configura-se TCAP quando a frequência dos episódios ocorre pelo menos duas vezes por semana num período de seis meses, associada a angústia e a três ou mais critérios do DSM IV.

4.5.3 O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Este índice é utilizado para verificar o padrão e a qualidade do sono. É um instrumento de uso retrospectivo e padronizado, fidedigno e utilizado internacionalmente. Nesse instrumento a escala é de escores de 0 a 20 pontos, sendo que os maiores do que cinco implicam em baixa qualidade de sono.

4.6 Limitações do estudo

Foram diversas as dificuldades que permearam o desenvolvimento deste estudo, iniciadas já no contato com as escolas e cursos pré-vestibulares. A procura pelas escolas de ensino médio (públicas e particulares) foi feita via Delegacia Regional de Ensino - Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. Após duas inserções, o atendimento foi feito pela pessoa responsável, que alegou não poder atender à solicitação porque no termo de consentimento não havia um carimbo e assinatura da pessoa que autorizaria a pesquisa, embora tentássemos explicar que a pesquisa só teria início após a autorização daquele setor da Secretaria.

Depois da frustração, resolvemos entrar em contato diretamente com as coordenações/direção das escolas. O resultado foi positivo, porque estas responderam quase imediatamente sobre a possibilidade ou não de desenvolver a pesquisa, o que de certa forma agilizou os nossos contatos. Por outro lado, muitas escolas consideradas tradicionais recusaram-se a participar, impedindo até o contato com a coordenação e/ou direção da escola.

O mesmo se deu nos chamados “grandes cursinhos”, que terminantemente fecharam as suas portas. No cursinho CPV, onde a proposta inicial era desenvolver a pesquisa com todas as turmas (manhã, tarde e noite), houve um contato inicial com as nove turmas da manhã que haviam concordado em participar. Os alunos levaram o termo de consentimentos para os pais assinarem, porém no dia da aplicação dos questionários, fomos informados de que só poderíamos aplicá-los em uma das turmas da manhã.

As entrevistas individuais, utilizando os diferentes instrumentos do estudo, implicariam na necessidade de recursos humanos e tempo disponível, o que nem

sempre é viável em trabalhos de campo. Deste modo, na investigação de comportamentos de risco para a sintomatologia de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono, foram utilizados questionários de auto-preenchimento.

A aplicação dos instrumentos se deu de forma coletiva nas salas de aula das escolas e cursinhos pesquisados. O tempo de aplicação foi em média de quarenta e dois minutos para cada estudante. Informa-se que não houve nenhuma recusa em participar, explicitaram-se os objetivos, sendo-lhes garantido o anonimato e confidencialidade das suas respostas.

4.7 Aspectos Éticos

O projeto nº 627/2004 - que deu início a esta pesquisa - foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes, atendendo aos requisitos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.

Os participantes maiores de 18 anos e os pais ou responsáveis dos menores de 18 anos foram informados quanto aos objetivos, métodos e instrumentos utilizados. Leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.8 Metodologia Estatística

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, tais como: idade, escores dos instrumentos, dentre outras, com valores de média, desvio padrão (dp), valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das principais variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparar as variáveis numéricas entre dois grupos foi utilizado o teste de Mann-

Whitney; entre três ou mais grupos, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis.

Para analisar a relação entre as variáveis numéricas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, devido à ausência de distribuição normal das variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra

Conforme demonstrado na Tabela 1, os participantes do estudo compõem-se na maioria de mulheres (54,4%), faixa etária de 17 anos (41,4%), com a cor da pele branca (72,9%), não trabalham (73,1%), estudam no período da manhã (77,6%) em escola da rede pública (66,6%), apenas 13,8% fazem cursinho, 92,8% pretendem cursar a universidade.

Tabela 1 - Descrição das medidas sócio-demográficas

Medidas	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Gênero	Masculino	241	45,6
	Feminino	288	54,4
Trabalha	Sim	142	26,8
	Não	386	73,0
	Não respondeu	1	0,20
Idade	16 anos	89	16,8
	17 anos	219	41,5
	18 anos	150	28,3
	19 anos	71	13,4
Faz cursinho	Sim	73	13,8
	Não	456	86,2
Pretende cursar Universidade	Sim	479	90,5
	Não	37	7,0
	Não respondeu	13	2,5
Tipo de Escola	Pública	352	66,6
	Particular	98	18,5
	Cursinho	78	14,7
	Não respondeu	1	0,20
Horário de Estudo	Manhã	411	77,7
	Tarde	18	3,4
	Noite	100	18,9
Cor da pele	Negra	69	13,0
	Branca	381	72,0
	Amarela	23	4,4
	Outra	49	9,3
	Não respondeu	7	1,3

Na Tabela 2, podemos verificar que 57,5% dos pais concluíram o segundo grau e 31,9% das mães concluíram o curso superior. A renda familiar é de um a cinco salários mínimos, para a maioria dos participantes (43,9%).

Tabela 2 - Descrição das medidas sócio-demográficas

Medida	Categoria	Frequência (n)	Percentual (%)
Escolaridade do pai	1º grau incompleto	4	0,8
	1º grau completo	18	3,4
	2º grau incompleto	76	14,4
	2º grau completo	303	57,2
	Superior incompleto	76	14,4
	Superior completo	52	9,8
Escolaridade da mãe	1º grau incompleto	16	3,0
	1º grau completo	57	10,8
	2º grau incompleto	72	13,6
	2º grau completo	144	27,2
	Superior incompleto	71	13,4
	Superior completo	169	32,0
Renda familiar	1-5 salários mínimos	227	43,0
	6-10 salários mínimos	129	24,3
	11-20 salários mínimos	71	13,4
	21-30 salários mínimos	38	7,2
	+ 30 salários mínimos	51	9,6
	Não responderam	13	2,5
Número de pessoas na casa	2 pessoas	44	8,3
	3 pessoas	181	34,3
	4 pessoas	177	33,4
	5 pessoas	96	18,2
	6 pessoas	23	4,3
	7 pessoas	6	1,1
	8 pessoas	2	0,4

onforme as Tabelas 3 e 4, estatisticamente não foram verificadas diferenças na comparação entre as variáveis gênero e idade, e entre gênero e horário de estudo.

Tabela 3 - Comparação entre as variáveis gênero e idade

Idade	Gênero				P
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
16 anos	35	14,5	54	18,7	0,285
17 anos	95	39,5	124	43,1	
18 anos	76	31,5	74	25,7	
19 anos	35	14,5	36	12,5	

Teste Qui-Quadrado

Tabela 4 - Comparação entre as variáveis gênero e horário de estudo e trabalho

Categoria	Gênero				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Manhã	188	78,0	223	77,4	0,281
Tarde	5	2,1	13	4,5	
Noite	48	19,9	52	18,1	

Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 5, verificamos diferença estatisticamente significativa ($p < 0,002$), quanto à situação de trabalho, maior frequência no gênero masculino (73%) entre os estudantes da escola pública.

Tabela 5 - Comparação entre o gênero e o tipo de escola

Categoria	Gênero				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Pública	176	73,1	176	61,4	0,002
Particular	43	17,8	55	19,1	
Cursinho	22	9,1	56	19,5	

Teste Qui-Quadrado

Com relação à condição horário de estudo e trabalho, quando comparadas as diferentes faixas etárias, podemos verificar, que houve diferença significativa entre os estudantes nas faixas de 16 e 17 anos que trabalham ($p < 0,001$). Quanto ao horário de estudo, ainda na Tabela 6, observamos que a frequência dos que estudam a noite é maior entre os estudantes na faixa etária de 17 anos ($p < 0,004$).

Tabela 6 - Comparação entre as variáveis idade, horário de estudo e trabalho

Trabalha	Idade								p
	16		17		18		19		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	24	27,0	85	38,9	23	15,3	10	14,1	<0,001
Não	65	73,0	133	61,1	127	84,7	61	85,9	
Manhã	78	87,7	157	71,7	117	78,0	59	83,1	0,004
Tarde	1	1,1	6	2,7	10	6,7	1	1,4	
Noite	10	11,2	56	25,6	23	15,3	11	15,5	

Teste Qui-Quadrado

Com relação aos que fazem o cursinho concomitante ao ensino médio (Tabela 7), verificamos que a maior frequência é nas faixas etárias de 18 e 19 anos ($p < 0,001$).

Tabela 7 - Comparação entre alunos dos cursos pré-vestibulares e faixa etária

Frequenta Cursinho	Idade								p
	16		17		18		19		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sim	7	7,8	18	8,2	34	18,5	14	19,7	<0,001
Não	82	92,2	201	91,8	150	81,5	57	80,3	

Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 8, podemos verificar que a maior frequência dos adolescentes na faixa etária de 16 e 17 anos é em escola particular ($p < 0,001$).

Tabela 8 - Comparação entre tipo de escola e faixa etária

Tipo de Escola	Idade								p
	16		17		18		19		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pública	43	48,3	138	63,0	114	76,0	57	81,4	
Particular	31	34,8	54	24,7	6	4,0	7	10,0	<0,001
Cursinho	15	16,9	27	12,3	30	20,0	6	8,6	

Teste Qui-Quadrado

Quando foram comparados os resultados entre faixa etária e escolaridade dos pais (Tabela 9), verificamos que houve diferença entre a escolaridade paterna e materna ($p < 0,001$) e que a maior frequência de concluintes do primeiro grau está no grupo com 19 anos.

Tabela 9 - Comparação entre escolaridade dos pais e faixa etária

Categoria	Escolaridade	Idades								p
		16		17		18		19		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Pai	1º grau	0	0	7	3,2	5	3,4	8	11,3	
	2º grau	75	84,3	161	73,9	94	63,1	49	69,0	<0,001
	Superior	14	15,7	50	22,9	50	33,5	14	19,7	
Mãe	1º Grau	9	10,1	30	13,7	16	10,7	18	25,3	
	2º grau	38	42,7	86	39,3	61	40,7	31	43,7	0,044
	Superior	42	47,2	103	47,0	73	48,6	22	31,0	

Teste Qui-Quadrado

Quando comparamos renda familiar e faixa etária (Tabela 10), verificamos que há diferença ($p = 0,027$), com maior frequência nos níveis de um a dez salários mínimos, nos estudantes com idades de 18 e 19 anos).

Tabela 10 - Comparação entre a renda familiar e faixa etária

Renda familiar (salário mínimo)	Idades								p
	16		17		18		19		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
1 a 5	29	32,6	87	39,7	80	53,3	31	43,7	0,027
6-10	20	22,5	54	25,2	32	21,3	23	32,4	
11 a 20	20	22,5	30	14,0	14	9,3	7	9,9	
21 a 30	6	6,7	17	7,9	10	6,7	5	7,0	
Acima de 30	12	13,5	26	12,1	8	5,3	5	7,0	
Não responderam	2	2,2	5	2,3	6	4,0			

Teste Qui-Quadrado

Verificamos entre as faixas etárias, que os estudantes com 17 anos, fazem parte de famílias com maior número de pessoas (média 3,94; dp 1,07; $p = 0,030$).

Em relação à variável tipo de escola e atividade ocupacional, podemos verificar na Tabela 11, que a maioria dos jovens que trabalham são os oriundos das escolas da rede pública ($p = 0,031$).

Tabela 11 - Comparação entre trabalho e tipo de escola

Trabalha	Tipo de escola						p
	Pública		Particular		Cursinho		
	N	%	n	%	n	%	
Sim	107	30,5	21	21,4	14	17,9	0,031
Não	244	69,5	77	78,6	64	82,1	

Teste Qui-Quadrado

Ao compararmos as variáveis tipo de escola e horário de estudo (Tabela 12), verificamos que a maior frequência ($p < 0,001$) está entre os alunos do período noturno das escolas públicas.

Tabela 12 - Comparação entre horário de estudo e tipo de escola

Trabalha	Tipo de escola						p
	Pública		Particular		Cursinho		
	n	%	n	%	n	%	
Manhã	250	71,0	98	100	62	79,5	<0,001
Tarde	5	1,4	0	0	13	16,7	
Noite	97	27,6	0	0	3	3,8	

Teste Exato de Fisher

Na condição tipo de escola (Tabela 13), podemos verificar que estatisticamente há diferença ($p < 0,001$) entre os que frequentam cursinho pré-vestibular.

Tabela 13 - Comparação entre faz cursinho concomitante ao ensino médio e tipo de escola

Cursinho	Tipo de escola				P
	Pública		Particular		
	n	%	n	%	
Sim	28	7,9	5	5,1	<0,001
Não	324	92,1	93	94,9	

Teste Qui-Quadrado

Ao compararmos as variáveis tipo de escola e cor da pele (Tabela 14), podemos verificar que maior frequência de “outras”, está presente nos relatos dos estudantes das escolas particulares ($p = 0,007$).

Tabela 14 - Comparação entre a cor da pele e tipo de escola

Cor da pele	Tipo de escola						p
	Pública		Particular		Cursinho		
	n	%	n	%	n	%	
Negra	43	12,2	11	11,2	14	17,9	
Branca	26	74,1	64	65,4	56	71,9	0,007
	1						
Amarela	18	5,1	2	2,5,	3	3,8	
Outras	25	7,1	19	19,4	5	6,4	
NResp	5	1,4	2	2,0			

Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 15 podemos verificar diferença significativa entre os três períodos de estudo para a variável trabalho ($p < 0,001$), com maior frequência nos alunos que estudam no período noturno.

Tabela 15 - Comparação entre as variáveis trabalho e período de estudo

Trabalha	Horário do Estudo						p
	Manhã		Tarde		Noite		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	63	15,4	8	44,4	71	71,7	< 0,001
Não	348	84,6	10	55,6	28	28,3	

Teste Qui-Quadrado

Ainda fazendo a análise entre os três períodos de estudo, na condição fazer o cursinho concomitante ao ensino médio (Tabela 16), verificamos que a maior frequência está naqueles que o fazem no período da tarde ($p < 0,001$).

Tabela 16 - Comparação entre as variáveis frequência cursinho concomitante ao ensino médio e período de estudo

Cursinho	Horário do Estudo						p
	Manhã		Tarde		Noite		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	63	15,3	7	38,9	3	3,0	<0,001
Não	348	84,7	11	61,1	97	97,0	

Teste Qui-Quadrado

Entre estudantes que pretendem cursar a universidade, podemos observar diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$), em relação ao período de estudo (Tabela 17). Verificamos que a maior frequência entre aqueles que estudam nos períodos da manhã (94,5%) e da noite (90,6%).

Tabela 17 - Estudantes que pretendem cursar universidade e período de estudo

Pretende cursar Universidade	Horário do Estudo						p
	Manhã		Tarde		Noite		
	n	%	n	%	n	%	
Sim	380	94,5	12	66,7	87	90,6	<0,001
Não	22	5,5	6	33,3	9	9,4	

Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 18, verificamos que a renda familiar maior - de seis a trinta salários mínimos ($p < 0,001$) é mais frequente entre os estudantes do período da tarde.

Tabela 18 - Renda familiar e período de estudo

Renda familiar (salário mínimo)	Horário do Estudo						p
	Manhã		Tarde		Noite		
	n	%	N	%	n	%	
1 a 5	166	40,4	2	11,1	59	59,0	
6 a 10	93	22,7	7	38,9	29	29,0	
11 a 20	57	13,9	7	38,9	7	7,0	<0,001
21 a 30	33	8,0	2	11,1	3	3,0	
Acima de 30	49	11,9	0	0	2	2,0	
Não responderam	13	3,1					

Teste Qui-Quadrado

Quando analisamos as variáveis tipo de escola e escolaridade dos pais (Tabela 19), verificamos que há diferença significativa ($p < 0,001$), com a presença de frequência maior entre os concluintes do primeiro grau e do curso superior, entre os alunos das escolas da rede pública.

Tabela 19 - Escolaridade dos pais e tipo de escola

Categoria	Escolaridade	Tipo de escola						p
		Pública		Particular		Cursinho		
		N	%	n	%	n	%	
	1º grau	19	5,5	0	0	1	1,3	
Pai	2º grau	222	63,2	88	89,8	68	88,3	<0,001 (*)
	Superior	110	31,3	10	10,2	8	10,3	
	1º Grau	56	15,9	9	9,2	8	10,3	
Mãe	2º grau	177	50,3	19	19,4	20	25,6	<0,001 (**)
	Superior	119	33,8	70	71,4	50	64,1	

(*) Teste Exato de Fisher; (**) Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 20, verificamos que 57,2% dos estudantes das escolas da rede pública, possuem renda familiar entre um e cinco salários mínimos ($p < 0,001$).

Tabela 20 - Comparação entre renda familiar e tipo de escola

Renda familiar (salário mínimo)	Horário do Estudo						p
	Pública		Particular		Cursinho		
	n	%	n	%	n	%	
1 a 5	201	57,2	13	13,3	14	17,9	
6 a 10	98	27,8	13	13,3	18	23,1	
11 a 20	27	7,6	26	26,5	18	23,1	<0,001
21 a 30	13	3,7	17	17,3	8	10,2	
Acima de 30	12	3,4	26	26,5	13	16,7	
Não responderam	1	0,3	3	3,1	7	9,0	

Teste Qui-Quadrado

Quanto à sintomatologia depressiva, na Tabela 21 observamos que a maior frequência de estudantes que apresentam os sintomas estudam nos cursinhos ($p = 0,032$).

Tabela 21 - Sintomatologia depressiva e o tipo de escola

Níveis	Tipo de Escola						p
	Pública		Particular		Cursinho		
	n	%	n	%	n	%	
Mínima	270	76,7	73	74,5	53	67,9	
Leve	64	18,2	17	17,3	14	17,9	0,032
Moderada	16	4,5	4	4,1	8	10,3	
Grave	2	0,6	4	4,1	3	3,9	

Teste Exato de Fisher

Quanto a ocorrência de indícios de compulsão alimentar, na Tabela 22 podemos verificar que houve diferença significativa entre os gêneros ($p = 0,014$), com maior frequência no gênero feminino (17,4%).

Tabela 22 - Presença de indícios de compulsão alimentar

Compulsão Alimentar	Gênero				p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Sim	24	10,0	50	17,4	0,014
Não	216	90,0	236	82,6	

Teste Qui-Quadrado

Ainda sobre a ocorrência de indícios de compulsão alimentar, na Tabela 23, verificamos que 16,9% dos estudantes das escolas da rede pública ($p = 0,033$) apresentam esta condição.

Tabela 23 - Presença de indícios de compulsão alimentar e tipo de escola

Compulsão Alimentar	Tipo de Escola						p
	Pública		Particular		Cursinho		
	n	%	n	%	N	%	
Sim	59	16,9	8	8,1	7	9,0	0,033
Não	290	83,1	90	91,9	71	91,0	

Teste Qui-Quadrado

Em relação aos distúrbios do sono, podemos verificar na Tabela 24, que os estudantes auto-referem boa qualidade do sono (52,6%). Para 52,7% a latência do sono é de 16 a 30 minutos; 36,9% apresentam dificuldades para conciliar o sono ao menos uma vez por semana; 54,2% dormem entre seis e sete horas por noite e a eficiência do sono está entre 75% e 84%; 49,9% dos estudantes relatam tomar medicamentos para dormir e 45,9% relatam ter sonolência moderada durante o dia.

Tabela 24 - Frequência do padrão e qualidade do sono dos participantes

Variável	Categoria	N	%
Qualidade do sono auto referida	Muito boa	137	25,9
	Boa	278	52,6
	Ruim	100	18,9
	Muito ruim	14	2,6
Latência	≤ 15 minutos	145	27,4
	16 - 30 minutos	279	52,7
	31 - 60 minutos	66	12,5
	> 60 minutos	39	7,4
Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono	menos de uma vez na semana	195	36,9
	1 - 2 vezes na semana	172	32,5
	3 vezes na semana	95	17,9
	mais de 3 vezes	67	12,7
Horas de sono por noite	> 7 horas	118	22,3
	6 - 7 horas	287	54,2
	5 - 6 horas	86	16,3
	< 5 horas	38	7,2
Eficiência do sono	> 85%	62	11,7
	75% a 84%	367	69,4
	65% a 74%	89	16,8
	< 65%	11	2,1
Uso de medicação	Nenhuma vez	131	24,8
	menos de uma vez na semana	118	22,3
	1 - 2 vezes na semana	264	49,9
	3 vezes na semana	16	3,0
Sonolência diurna	Nenhuma vez	6	1,1
	pequena	119	22,5
	Moderada	243	46,0
	muita	161	30,4
Distúrbios do sono	Nenhuma vez	484	91,6
	menos de uma vez na semana	25	4,7
	1 - 2 vezes na semana	14	2,6
	3 vezes na semana	6	1,1

Quanto às intercorrências durante o período de sono, na Tabela 25 podemos verificar que os estudantes, apresentaram as seguintes condições, mais de uma vez na semana: acordam no meio da noite ou de manhã muito cedo; levantam-se para ir ao banheiro; têm dificuldades para respirar; tosse ou roncam muito alto; sentem muito frio ou muito calor; têm sonhos ruins ou pesadelos, sentem dores.

Tabela 25 - Frequência relativa e absoluta de intercorrências durante o sono

Variável	Categoria	N	%
Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo	nenhuma vez	1	0,2
	menos de uma vez na semana	214	40,4
	1 - 2 vezes na semana	141	26,7
	3 vezes na semana	113	21,4
	mais de 3 vezes	60	11,3
Levantar-se para ir ao banheiro	menos de uma vez na semana	292	55,2
	1 - 2 vezes na semana	148	28,0
	3 vezes na semana	62	11,7
	mais de 3 vezes	27	5,1
Ter dificuldade para respirar	menos de uma vez na semana	437	82,6
	1 - 2 vezes na semana	54	10,2
	3 vezes na semana	22	4,2
	mais de 3 vezes	16	3,0
Tossir ou roncar muito alto	menos de uma vez na semana	434	82,1
	1 - 2 vezes na semana	61	11,5
	3 vezes na semana	14	2,6
	mais de 3 vezes	20	3,8
Sentir muito frio	menos de uma vez na semana	288	54,4
	1 - 2 vezes na semana	156	29,5
	3 vezes na semana	55	10,4
	mais de 3 vezes	30	5,7
Sentir muito calor	menos de uma vez na semana	251	47,4
	1 - 2 vezes na semana	181	34,2
	3 vezes na semana	74	14,1
	mais de 3 vezes	23	4,3
Ter sonhos ruins ou pesadelos	nenhuma vez	1	0,2
	menos de uma vez na semana	266	50,3
	1 - 2 vezes na semana	181	34,2
	3 vezes na semana	60	11,3
	mais de 3 vezes	21	4
Sentir dores	nenhuma vez	2	0,4
	menos de uma vez na semana	358	67,6
	1 - 2 vezes na semana	119	22,5
	3 vezes na semana	37	7
	mais de 3 vezes	13	2,5

Quanto à relação tipo de escola e os estudantes classificados como bons e maus dormidores, aplicado o Teste Qui-Quadrado verificou-se que estatisticamente há diferença ($p = 0,002$), sendo que os estudantes das escolas públicas (88,9%) e das particulares (94,9%), apresentam as maiores frequências (Tabela 26).

Tabela 26 - Bons e maus dormidores segundo tipo de escola

Níveis	Tipo de Escola						P
	Pública		Particular		Cursinho		
	N	%	n	%	n	%	
Bons dormidores	39	11,1	5	5,1	17	21,8	0,002
Maus dormidores	313	88,9	93	94,9	61	78,2	

Teste Qui-Quadrado

Na Tabela 27, ao aplicarmos o Teste Qui-Quadrado, verificamos que há diferença significativa ($p = 0,011$) quando comparamos os tipos de escola e o período de estudo. Observamos que os estudantes do período noturno apresentaram maior frequência de maus dormidores (91,0%).

Tabela 27 - Bons e maus dormidores segundo o período de estudo

Níveis	Tipo de Escola						p
	Manhã		Tarde		Noite		
	N	%	n	%	n	%	
Bons dormidores	46	11,2	6	33,3	9	9,0	0,011
Maus dormidores	365	88,8	12	66,7	91	91,0	

Teste Qui-Quadrado

Aplicado o Teste de Fisher, conclui-se que não há diferença estatisticamente significativa, entre os estudantes classificados como maus dormidores e a sintomatologia depressiva (Tabela 28).

Tabela 28 - Frequência relativa e absoluta de bons e maus dormidores e sintomatologia depressiva

DBI	Bons dormidores		Maus dormidores		p
	n	%	N	%	
Mínima	45	73,8	352	75,3	0,928
Leve	11	18,0	84	17,9	
Moderada	4	6,6	24	5,1	
Grave	1	1,6	8	1,7	

Teste Exato de Fisher

Na Tabela 29, podemos verificar que houve diferença significativa, nas intercorrências: sentir muito frio ($p = 0,020$) ou muito calor ($p = 0,002$), como os estudantes classificam a qualidade de seu sono ($p = 0,006$), apresentaram problemas para ficar acordado ($p = 0,013$) e ter indisposição durante o dia ($p = 0,006$).

Tabela 29 - Intercorrências durante o sono e sintomatologia depressiva

Categoria	Variável	Sintomatologia depressivas		p
		n	%	
Sentir muito frio	menos de uma vez na semana	288	54,5	0,020
	1 - 2 vezes na semana	156	29,4	
	3 vezes na semana	55	10,5	
	mais de 3 vezes	30	5,6	
Sentir muito calor	menos de uma vez na semana	251	47,5	0,002
	1 - 2 vezes na semana	181	34,2	
	3 vezes na semana	74	14,0	
	mais de 3 vezes	23	4,3	
Qualidade do sono	Não respondeu	1	0,2	0,006
	Muito boa	136	25,7	
	Boa	278	52,6	
	Ruim	100	18,9	
	Muito ruim	14	2,6	
Problemas para ficar acordado	nenhuma vez	3	0,6	0,013
	menos de uma vez na semana	290	54,8	
	1 - 2 vezes na semana	113	21,5	
	3 vezes na semana	76	14,3	
Indisposição durante o dia	mais de 3 vezes	47	8,8	0,006
	nenhuma vez	2	0,4	
	menos de uma vez na semana	124	23,5	
	1 - 2 vezes na semana	230	43,5	
	3 vezes na semana	113	21,4	
	mais de 3 vezes	59	11,2	

Teste Exato de Fisher

Na Tabela 30, verificamos que quando comparados os distúrbios do sono e a sintomatologia depressiva, estatisticamente houve diferença significativa, quanto à duração do sono ($p = 0,003$), ou seja, a maioria dos com essa sintomatologia dormem de seis a sete horas por noite.

Tabela 30 - Distribuição das frequências relativas e absolutas dos distúrbios do sono e sintomatologia depressiva

Distúrbio do sono	Variável	Sintomatologia depressivas		p
		n	%	
Duração do sono	Mais de 7 horas	118	22,3	0,003
	6 a 7 horas	287	54,2	
	5 a 6 horas	86	16,3	
	Menos de 5 horas	38	7,2	

Teste Qui-Quadrado

6 DISCUSSÃO

6.1 Características Sócio Demográficas

Esse estudo possibilitou ampliar o conhecimento acerca dos estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares, considerando-se a carência de publicações específicas sobre o tema. Passamos a comentar os resultados, analisando as comparações e as diferenças mais significativas entre as variáveis: gênero, idade, tipo de escola, período de estudo dentre outras, salientando-se que os resultados deste estudo devem ser interpretados apenas para a população das escolas pesquisadas. Não foram analisadas as variáveis: uso de substância, drogas, álcool e fumo.

A população alvo foram os estudantes na faixa etária de 16 a 19 anos, do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares, de um bairro de classe média da cidade de São Paulo.

Quanto à escolaridade dos pais, foram encontradas diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,001$). Verificou-se que a maioria dos pais e das mães concluíram o ensino médio, 57,5% e 27,2% respectivamente; no entanto as mães apresentam maior percentual de escolarização, superior completo (31,9%), enquanto nos pais esse percentual foi bem mais baixo (9,8%). Entre os participantes das escolas particulares, esses percentuais representaram 89,8% e 88,3%, respectivamente.

Quanto à escolaridade das mães, verificaram-se diferenças entre os participantes oriundos das escolas públicas - 15,9% concluíram o primeiro grau, 50,2% o segundo grau - e de escolas particulares e cursinhos - 71,4% e 64,1%, respectivamente.

Esses resultados diferem dos encontrados por Mello (2007), onde pais com ensino fundamental incompleto somavam (65,7%), ensino médio completo (21,4%) e superior completo (12,9%). Ou seja, os pais dos participantes deste estudo apresentaram melhor nível de escolarização.

Considerando-se as condições de moradia, a maioria dos estudantes (98,2%) reside com os pais e alguns dividem a moradia com outras pessoas; destes 34,3% moravam com até três pessoas e 33,6% com quatro.

Quanto à etnia dos estudantes, 72,9% é branca, 13,2% negros, 4,4% amarelos e 9,3% outras; incluímos em “outras” os participantes que se auto denominam: moreno, meio mulato, café-com-leite, pardo, mulato ou cor de chocolate. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por Reppold e Hutz (2003), com predomínio absoluto da raça branca (84,9%).

Em relação ao gênero, verificou-se que 45,5% são do masculino e 54,4% do feminino, diferentemente dos resultados encontrados por Reppold e Hutz (2003), onde o maior percentual era do grupo masculino (50,7%). A faixa etária com maior concentração de estudantes foi a dos 17 anos (41,4%). Com 16 anos encontramos (16,8%); com 18 anos (28,3%) e com 19 anos (13,4%).

Quanto ao tipo de escola, os participantes são, em sua maioria, oriundos das escolas da rede pública estadual (66,6%), seguidos dos das escolas particulares (18,5%) e dos cursos preparatórios (14,7%). Resultados deste estudo diferem dos encontrados na literatura. Aqui se verifica que os estudantes que trabalham em horário contrário ao de estudo são oriundos das escolas públicas (26,9%), corroborando os achados do INEP (1999) e de Pimenta (2001), em relação aos estudantes que conciliam estudo e trabalho.

Pode-se observar diferença estatisticamente significativa entre os estudantes de escolas particulares (13,8%) que freqüentam o ensino médio concomitante ao cursinho ($p < 0,001$). Neste sentido, concordamos com Guimarães (1984) e Bianchetti (1996) sobre a forma como estão estabelecidos os processos de seleção e entrada na universidade, principalmente nas públicas e nos cursos mais concorridos, implicando a necessidade do vestibulando fazer cursinho concomitante ou após o término do ensino médio.

Do total de alunos pesquisados, 92,8% pretendem cursar a Universidade, diferindo dos resultados encontrados por Franco e Novaes (2001), onde afirmaram que apenas 20,7% dos estudantes de escolas do ensino médio de escolas públicas e particulares de Porto Alegre tinham planos de cursar o ensino superior.

Quanto aos indecisos ou que referem ainda não saber qual curso escolher (7,2%), alguns relatam não ver perspectivas de que o curso universitário possa reverter seu futuro profissional em termos de possibilidades de sucesso e ascensão. Este fato corrobora o estudo de Franco (1997), que afirmou que os alunos das escolas públicas sentem-se desmotivados para cursar a universidade por não preencherem os requisitos exigidos, principalmente no que diz respeito aos aspectos sociais e à oportunidade de freqüentar um ensino médio de melhor qualidade.

Dentre aqueles que pretendem cursar a Universidade, 25,4% ainda estão indecisos quanto à definição do curso. Entre as diferentes possibilidades, o curso de administração é o preferido (6,3%).

Nesta pesquisa 73,6% dos participantes estudavam no período da manhã. Embora a renda da população estudada encontre-se na faixa de 1 a 5 salários mínimos, há maior concentração de alunos no período diurno, tanto no ensino médio como nos cursinhos, nas diferentes faixas etárias, e não exercem atividade remunerada.

No entanto, uma parcela considerável (26,9%) dos participantes de escolas públicas e dos cursinhos, tanto do período diurno como do noturno, mantém atividade laboral remunerada concomitante com o estudo. Neste ponto, há concordância com o que demonstrou a pesquisa do INEP (1999), onde alunos das escolas públicas do ensino médio trabalham, principalmente aqueles que estudam no período noturno.

Os participantes, na sua maioria, não exercem atividade remunerada (73,1%). No entanto, a distribuição percentual em relação à situação ocupacional (trabalho e estudo) mostrou pequena variação entre os gêneros masculino (30,8%) e feminino (23,6%).

Quanto à variável idade, verificou-se diferença estatisticamente significativa, com maior frequência nos estudantes com 16 anos (26,9%) e 17 anos (38,9%) oriundos das escolas públicas (30,3%).

A maioria dos que não trabalham constitui, portanto, um grupo diferenciado socialmente, principalmente aqueles que estão na faixa dos 18 anos (85,6%) e 19 anos (85,9%). Também houve diferença entre o período de estudo e faixa etária ($p = 0,004$), entre aqueles que estudavam no período da manhã com 16 anos (87,4%), 17 anos (78%) e 19 anos (83,1%) e, período noturno na faixa etária de 17 anos (25,5%).

Quanto ao horário de estudo, nas escolas públicas a maior frequência é no período noturno (27,5%). No período da tarde há 16,6%, e os alunos que fazem cursinho concomitante ao ensino médio estão principalmente nas faixas etárias de 18 anos (22,6%) e 19 anos (19,7%).

Estes resultados são incongruentes com os encontrados por Zago (2007), em que 64% dos estudantes de escolas públicas trabalhavam no momento em que foi feita a pesquisa. Contraria também os dados do INEP (1999), que informa o predomínio dos estudantes das escolas públicas ser do período noturno (54,7%), sendo estes majoritariamente trabalhadores.

Segundo relato dos estudantes, é importante ter um trabalho. Por serem de família pobre, a possibilidade de ter o seu próprio dinheiro, sem depender do dinheiro dos pais, lhes proporcionará maior liberdade e autonomia, assim como mencionam em seu estudo Sparta e Gomes (2005).

Quanto à renda familiar, 43,9% dos familiares tem renda de 1 a 5 salários mínimos, percentagem seguida pela faixa de 6 a 10 salários (25%). Com isso verificamos que a renda da população estudada é inferior a encontrada por Reppold e Hutz (2003), com renda média e 13,8 salários mínimos.

Foi observada uma pequena diferença percentual referente ao número de pessoas que vivem na casa: até três pessoas (34,3%) e quatro pessoas (33,6%). Considerando-se a situação de residência, 98,2% dos estudantes residem na casa dos pais, percentual diferente dos resultados (90,1%) encontrados por Mello (2007).

Verificou-se que houve associação com gênero e o tipo de escola, evidenciando que há um maior percentual de estudantes de cursinho no gênero feminino (19,5%) do que no grupo masculino (9,1%). Nas escolas públicas a maior frequência é do gênero masculino (73%), $p = 0,002$.

6.2 Ocorrência de Sintomas Depressivos

Um dos objetivos específicos deste estudo foi verificar a ocorrência de sintomas de depressão nos estudantes que participaram desta pesquisa. Os dados foram obtidos por meio do BDI, que permitiram-nos avaliar essa ocorrência.

Atualmente, a depressão vem se configurando como um dos principais problemas de saúde. Durante muito tempo acreditou-se que crianças e adolescentes não sofriam da doença. No entanto, de uns anos para cá, vários estudos vêm sendo realizados com a população dessa faixa etária. Embora alguns autores enfatizem que a depressão é uma manifestação própria da idade (Powell et al., 1995, Bahls, 2002b), segundo Reppold e Hutz (2003), nesta faixa etária o adolescente se torna mais vulnerável à baixa auto-estima e à depressão.

Somente a partir da década de 70 começaram a surgir os primeiros estudos direcionados para essa população (Akiskal e Weller, 1989). Neste estudo, foi confirmada a existência de sintomatologia de depressão mínima (75%), nível leve (17,9%), moderada (5,2%) e grave (1,7%). Não foram detectadas diferenças estatisticamente significantes entre os gêneros, diferindo dos resultados obtidos por Reppold e Hutz (2003), onde as meninas apresentaram incidência maior de sintomas depressivos que os meninos.

As meninas apresentaram sintomatologia depressiva nos níveis mínimo (73,3%), leve (17,3%), moderada (6,6%) e grave (2,4%), enquanto no gênero masculino verificou-se pouca diferença nos níveis mínimo (76,7%), leve (18,6%). No entanto, nos níveis moderado (3,7%) e grave (0,83,%) está significativamente abaixo. Estes resultados diferem dos encontrados nos estudos de Bahls (2002b), onde a depressão atinge cerca de 15% a 25% da população geral, com predomínio do grupo feminino (Kashani e Orvaschell, 1990; Sadler, 1991; Birmaher et al., 1996; Chartier e Lassen, 1994; Bahls, 2002b).

Verificou-se que estatisticamente não há diferença significativa quanto à sintomatologia depressiva entre as diferentes faixas etárias, diferindo do estudo mexicano de La Peña et al. (1999), com 40 adolescentes na faixa etária 12 a 19 anos, que encontrou prevalências de 12,5% e 19% para as faixas etárias de 12 a 16 anos e de 16 a 17 anos respectivamente. Bahls (2002b), em estudo epidemiológico com adolescentes, encontrou prevalência de 3,3% a 12,4% em adolescentes.

Na análise por gênero, não há neste estudo concordância com os achados de Aguilar et al. (1996), segundo os quais as mulheres constituem o grupo com a taxa de sintomatologia de depressão mais elevada. Baron e Campbell (1993) referem que o gênero feminino tem prevalência maior, assim como Soares et al. (1999), que em estudo multicêntrico encontrou prevalência de 14% no gênero feminino.

Bahls e Bahls (2002) enfatizam que ainda se desconhece o momento em que ocorre o aumento da prevalência de depressão na adolescência, assim como não se sabe por que há predomínio nas meninas em relação aos meninos. Entretanto, no estudo realizado por Lang e Tisher (1997), assim como neste estudo, não foram encontradas diferenças entre os gêneros.

Foram encontradas diferenças nos escores médios de sintomatologia depressiva entre os tipos de escola. Estudantes dos cursinhos apresentaram sintomatologia depressiva nos níveis moderada (10,2%) e grave (3,8%), enquanto os estudantes das escolas públicas no nível mínimo (76,7%) e das escolas particulares, nível mínimo (74,4%) e grave (4,1%). Estes resultados diferem dos encontrados por Rocha et al. (2006), com percentuais de 59,4% entre os estudantes de cursos pré-vestibulares e 51,4% entre os estudantes do ensino médio público e particular.

Os resultados deste estudo corroboram os achados de Ehrenberg et al. (1990), onde encontrou prevalência de 10,9% de sintomatologia depressiva entre estudantes do ensino médio; assim como o estudo sueco de Olsson e von Knorring (1999) encontrou taxas de 12,3% e o de Serfaty (1997 e 1998) taxas de 44% e 49%, respectivamente, em estudo com jovens argentinos do gênero masculino.

Na pesquisa aqui apresentada, encontramos diferenças nos escores de sintomatologia de depressão e entre os estudantes dos cursinhos e estudantes das escolas públicas e particulares ($p = 0,032$).

Verificou-se que, entre os estudantes dos cursinhos, o percentual de sintomatologia depressiva moderada/grave é maior que o nível leve.

Na comparação entre as quatro faixas etárias e a presença de sintomas de depressão, não houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,572$).

Os estudantes que residem em casa com mais de três pessoas apresentam mais ocorrência de sintomas de depressão (57,8%) quando comparados àqueles que

residem com menos que três pessoas (42,2%). A relação entre as variáveis sociodemográficas corrobora a descrita na literatura. Escrivá (1992) encontrou prevalência significativa de sintomatologia depressiva em adolescentes que pertenciam a famílias mais numerosas.

6.3 Compulsão Alimentar

Atualmente, a compulsão alimentar é um problema de saúde que vem afetando especificamente as adolescentes. Quanto ao tipo de escola, verificou-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,033$) entre a ocorrência de compulsão alimentar e os tipos de escola com 16,9%; cursinho e particular, com 81% e 8,9%, respectivamente.

Quanto á insatisfação com o corpo, 28,5% referem estar insatisfeitos. Estes resultados corroboram os encontrados por Antonaccio (2001), quando avaliou a insatisfação corporal em universitários, observando que 48,4% das participantes estavam insatisfeitas com os seus corpos.

A prática de exercícios físicos é um comportamento que vem sendo largamente estimulado pelos diversos meios de comunicação. Cultua-se a perfeição do corpo e da imagem corporal, na maioria das vezes em detrimento dos cuidados efetivos e reais com a saúde.

Neste estudo, 24% dos participantes referem fazer exercícios com freqüência, sendo que a maioria deles de duas a três vezes na semana, resultados superiores aos 18,9% e 16,6% encontrados por Gonçalves (2003) e Borges (1998), respectivamente.

6.4 Correlação Entre Sintomas de Depressão e Indícios de Compulsão Alimentar

Não houve associação entre sintomas de depressão e indícios de compulsão alimentar, evidenciando que há um maior percentual de estudantes com esses indícios no grupo com sintomas depressivos ($p = 0,362$), contrariando os estudos realizados por Spitzer et al. (1993), Marcus (1993), Fairburn et al. (1998), Shishuka et al. (2002) e Stunkard e Allison (2003).

6.5 Padrão e Qualidade do Sono

Neste estudo foi analisado o modo como os estudantes avaliaram o sono. Trata-se, portanto, de avaliação através do instrumento de tipo retrospectivo, aplicado em sala de aula, biblioteca ou sala de vídeo.

O ser humano é biologicamente programado para dormir e acordar mais tarde (Millman, 2005). A totalidade da população estudada apresentou escores elevados em todos os componentes analisados do IQSP, o que nos permite afirmar que a qualidade do sono dos estudantes é ruim.

Nos últimos anos, as pesquisas sobre distúrbios do sono na infância e adolescência ganharam atenção na literatura científica. Atualmente, diversos estudos têm enfatizado a alta prevalência de distúrbios do sono nestes grupos etários.

Em relação à pontuação global, 88,5% classifica os estudantes em maus dormidores. Na análise descritiva, são considerados bons dormidores aqueles que obtiveram pontuação menor que cinco (11,4%), e maus dormidores aqueles com pontuação acima de cinco. Estes resultados diferem dos encontrados por Mesquita e Reimão (2007), 66,2% e 33,7% respectivamente.

Os participantes, apesar de classificados como maus dormidores, classificam seu sono como sendo muito bom (25,4%); bom (52,4%); ruim (19,7%) e muito ruim (2,6%).

Quanto aos distúrbios do sono, não foram observadas neste estudo diferenças significativas nas faixas etárias.

Segundo Reimão (1998), o sono sofre várias modificações ao longo da vida. Na adolescência a eficiência média é elevada, por volta de 95%. No presente estudo

verificou-se que 69,3% da amostra tem eficiência habitual do sono de 75-84%; 16,8% têm eficiência habitual do sono menor que 65-74% e 2,8% abaixo de 65%. São diferentes os resultados encontrados por Furlani e Ceolim (2005) e Mesquita e Reimão (2007), com eficiências de 85% e 93%, respectivamente.

Em relação à duração média do sono, Louzada e Menna-Barreto (2003) indicam que a duração é de 8h33m para adolescentes de 17 anos. Quanto à duração do sono, na presente pesquisa, 54,2% dos participantes dormem em média 306,5 minutos, ou seja, 5h10m por noite, bem abaixo dos resultados encontrados por Paraskakis et al. (2008) em estudantes de 14-18 anos do ensino médio, oriundos das zonas rural e semi-rural, com a média de 7h50m e 8h50m, respectivamente.

Quanto ao tempo de sono, 22,3% dormem mais de 7h por noite; 54,2% dormem de 6h a 7h; 16,2% dormem de 5h a 6h, e 7,1% dormem menos de 5h por noite. Congruentes com os estudos de Rosinha (2005).

Nesta pesquisa, em relação a problemas para ficar acordado, 91,4% referiram não ter esse tipo de problema; 2,6% ao menos uma vez na semana; 4,7% referiram ter tido uma a duas vezes na semana; 1,1% ter três vezes na semana e 9,2% mais de três vezes na semana.

Resultados semelhantes aos presentes nos estudos de Chung e Cheung (2008), que apontam que os distúrbios do sono ocorrem três ou mais vezes na semana; dificuldades para adormecer (5,6%); acordar durante a noite (7,2%); acordar muito mais cedo (10,4%), prevalência desses sintomas foi de 19,1%. O estudo de Paraskakis et al. (2008) observou: acordar durante a noite (11,2%), dificuldades para adormecer (17,2%), acordar muito mais cedo (17,4%). Megdal e Schernhammer (2007) e Lui et al. (2008) referiram à insatisfação e déficit do sono, insônia (16,1%) e sonolência diurna (17,9%).

Na latência do sono verificou-se que 27,4% adormecem em até 15 minutos, ou seja, não apresentam dificuldades para dormir, resultados similares aos encontrados por Furlani e Ceolim (2005) e Mesquita e Reimão (2007). Outros participantes (52,7%) adormecem entre 16 e 30 minutos; 12,4% levam de 31 a 60 minutos e 7,3% levam mais de 60 minutos para adormecer. Cabe salientar que estes resultados são diferentes dos encontrados por Reimão (1998) com o registro de latência média do sono foi de 10 minutos.

Quanto ao uso de medicamentos, 24,7% não fazem uso deste recurso, 22,3% usam medicação ao menos uma vez na semana, 49,9% uma a duas vezes na semana e 3,2% usa mais de três vezes na semana. Embora a maioria dos participantes refira não se lembrar do nome da medicação utilizada, 41,5% referem o uso de medicamentos caseiros, homeopáticos sem orientação médica, antidepressivos e anticonvulsivantes com prescrição e orientação médica. Estes resultados diferem dos de Mesquita e Reimão (2007), onde 93,75% não usam medicamentos, 1,25% usam ao menos uma vez na semana, 1,88% mais de duas vezes na semana e 3,13% usam três ou mais vezes na semana.

Quanto à sonolência diurna e distúrbios do sono, 1,1,% referem não sentir; 22,5% referem pequena sonolência; 45,9% sonolência moderada e 30,4% referem sentir muita sonolência. É alta a prevalência de indisposição e falta de entusiasmo para desempenhar as atividades do cotidiano ao menos uma ou duas vezes na semana (43%); três vezes (21,8%) e mais de três vezes na semana (11,8%). Estes dados corroboram os resultados de Paraskakis et al. (2008), que encontrou a prevalência de sonolência em 26,3% dos adolescentes. E são inferiores aos encontrados por Bulgari (2005) e Moo-Estrella et al. (2005) ao estudar adolescentes de uma província mexicana, onde 31,6% apresentavam sonolência diurna.

Os estudantes auto-referem seu sono como bom (52%), com tendência do gênero masculino a auto-referir melhor qualidade do sono. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre os gêneros, quanto à ocorrência de distúrbios do sono, diferentemente do que apregoa a literatura, que afirma que as mulheres têm sono de pior qualidade.

Na distribuição dos alunos por turno de estudo, há um maior percentual de estudantes dos períodos da manhã e da noite ($p = 0,011$), 88,8% e 91%, respectivamente, classificados como maus dormidores (88,3%), do que no grupo de bons dormidores (11,2%). Para estes resultados, pensamos na possibilidade da associação estudo e trabalho, ambos atuando no sentido de comprometer a qualidade do sono desse grupo de estudantes.

Ainda em relação ao tipo de escola, contrariando uma de nossas hipóteses, há um maior percentual de alunos dos cursinhos no grupo de bons dormidores (27,9%)

do que no grupo dos maus dormidores (13,1%), sendo que os estudantes das escolas particulares (94,9%) e públicas (88,9%) apresentaram pior qualidade do sono ($p = 0,002$).

Neste estudo, verificou-se que 44,2% dos participantes que residem com mais de três pessoas são classificados como maus dormidores.

6.6 Correlação Entre Sintomas de Depressão e Distúrbios do Sono

Ivanenko et al. (2005), em artigo de revisão com a população geral, encontraram mudanças consistentes na arquitetura do sono, em paralelo a sintomas de depressão. Valentim (2006) afirma, em seu estudo, que níveis elevados de estresse, ansiedade, privação do sono, desempenham um papel importante na depressão dos adolescentes. Meltzer et al. (2005) encontraram associação (27%) entre depressão, ansiedade e sonolência diurna e adolescentes do gênero feminino.

Lucchesi et al. (2005), no estudo de pacientes com depressão, relatam que estes apresentaram queixas freqüentes de dificuldades para iniciar e manter o sono, hipersonia e redução da latência para o sono REM. Tabak et al. (2004), em estudo com adolescentes poloneses, relatam que os jovens apresentaram maior sofrimento psíquico e apatia além de maior risco de presença de insônia.

Neste estudo, no grupo com sintomatologia depressiva, há um maior percentual de estudantes que acordam durante a noite por sentir muito frio no grupo com sintomatologia depressiva nos níveis moderado/grave, do que no grupo com sintomatologia leve de depressão. DSM-IV (2001) enfatizam que a insônia manifesta-se pela pobreza do sono não ocasional ou circunstancial, afetando o rendimento do indivíduo, provocando cansaço e irritabilidade. Woodley e Smith (2006), veem os sintomas de depressão leve como uma disfunção resultante do prejuízo do sono.

Dentre aqueles considerados maus dormidores, verificou-se maior percentual de participantes com sintomatologia depressiva nos níveis mínima (75,2%), leve (17,9%), moderada (5,1%) e grave (1,7%), resultados compatíveis com os encontrados na literatura. Ong et al. (2006) mostra a influência da falta ou pobreza do sono na saúde dos adolescentes. Johnson et al. (2006a e 2006b) encontraram associação entre

insônia, ansiedade e depressão nos adolescentes estudados.

Estes resultados diferem dos encontrados por Woodley e Smith (2006) e Roert et al. (2006), que relatam o desenvolvimento de diferentes influências no sono. Os sintomas de depressão no nível leve seria um deles.

Este estudo apresentou um maior percentual de estudantes com sonolência mais de três vezes na semana no grupo com sintomas de depressão leve. São resultados que corroboram os encontrados por Chellapa e Araújo (2006), que relatam a associação entre sonolência e sintomas de depressão em 57% dos pacientes de diferentes faixas etárias. E também o estudo de Palermo et al. (2007), que relaciona menor qualidade do sono e aumento da insônia à menor eficiência do sono e sintomas de depressão.

Entre os participantes com sintomatologia depressiva, há um maior percentual entre aqueles cuja duração de sono é menor que cinco horas.

6.7 Correlação Entre Índícios de Compulsão Alimentar e Índice de Qualidade do Sono

Não foram encontradas diferenças significativas entre os distúrbios do sono ($p = 0,362$) e indícios de compulsão alimentar, resultados estes que diferem dos encontrados por Roth-Isigkeit et al. (2005) e Sassaroli et al. (2009).

Houve associação ($p = 0,0014$) entre indícios de compulsão alimentar e os gêneros, com maior frequência no gênero feminino (17,4%), e o tipo de escola ($p = 0,033$), com maior frequência nas escolas da rede pública (16,9%).

7 CONCLUSÕES

Esta pesquisa com estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares nos permitiu concluir que houve a ocorrência de sintomas de depressão, distúrbios do sono e indícios compulsão alimentar.

a) Fatores sócio-demográficos

Na amostra estudada, a maioria dos participantes estuda no período da manhã e não exerce atividade remunerada. As mães dos estudantes apresentaram maior percentual no nível de escolarização superior completa que os pais. Os fatores sócio-demográficos, como cor da pele e idade não modificaram a proporção de sintomas depressivos, indícios de compulsão alimentar e distúrbios do sono.

b) Sintomas de depressão

A ocorrência de sintomas depressivos nos níveis moderada e grave foi maior entre as meninas, assim como entre os estudantes dos cursinhos. Estudantes que residem com mais de três pessoas apresentaram maior percentual de sintomas depressivos.

c) Indícios de compulsão alimentar

Foram mais frequentes no gênero feminino e em estudantes das escolas públicas. Os estudantes participantes referem insatisfação com o corpo e prática de exercícios físicos de duas a três vezes por semana.

d) Padrão e qualidade do sono

A amostra aqui analisada é classificada como de maus dormidores, dormem em média 5h10min, ou seja, menos tempo de sono que o necessário. A latência do

sono é de 16-30 minutos, apresentam maior freqüência nos itens problemas para ficar acordado, sensações de muito calor e muito frio, indisposição durante o dia e falta de entusiasmo para a realização de atividades diárias. Os alunos dos cursinhos dormem melhor que seus pares das escolas públicas e particulares.

e) Correlação entre sintomas de depressão e distúrbios do sono

Os escores obtidos na amostra demonstram que os alunos com sintomatologia depressiva apresentam maior freqüência nos níveis moderada/grave no item acordam durante a noite por sentir muito frio ou sentir muito calor, problemas para ficar acordado e indisposição durante o dia de uma a duas vezes na semana.

Presença de sonolência diurna mais de três vezes na semana entre os estudantes com sintomatologia depressiva nível leve e, maior percentual entre aqueles que dormem de seis a sete horas por noite.

Não houve associação entre o padrão e qualidade do sono e indícios de compulsão alimentar.

Esperamos que esta pesquisa possa alertar adolescentes, pais, profissionais da educação e da saúde, tanto em relação aos distúrbios do sono, como para os sintomas de depressão e de compulsão alimentar, e dos prejuízos que estes podem acarretar para a qualidade de vida das pessoas afetadas.

Consideramos ser relevante a necessidade de veiculação de informações visando a orientar a população sobre a importância da higiene do sono adequada. Nesse sentido, o estudo remete à necessidade da criação de programas para conscientização e conhecimento da problemática apresentada, e da criação de mecanismos de intervenção nos sintomas de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono, com os estudantes que apresentam o problema e, ter um enfoque preventivo para aqueles que ainda não apresentam tais sintomas.

Outra frente de atuação, também com caráter preventivo, seria a capacitação de profissionais da educação e da saúde, instrumentalizando-os para que lidem melhor com a realidade, promovendo a qualidade de vida, nos âmbitos da saúde, escola e social.

8 REFERÊNCIAS

Abdel-Kalek AM. Prevalence of reported insomnia and its consequences in a survey of 5,044 adolescents in Kuwait. *Sleep*. 2004; 27(4):726-31.

Aberastury A, Knobel M. Adolescência e psicopatia: luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis. In: Aberastury A, Knobel M. *A adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

Abraham K. Notas sobre as investigações e o tratamento psicanalítico da psicose maníaco-depressiva e estados afins. In: Teoria psicanalítica da libido: sobre o caráter e o desenvolvimento da libido. Imago: Rio de Janeiro, 1991.

Aguilar G, de Eduardo H, Bergança CE. Autoestima y depresión en adolescentes guatemaltecos. *Rev Latin Psicol*. 1996; 28(2):341-66.

Ahonen EQ, Nebot M, Gimenez E. Negative mood states and related factors in a sample of adolescent secondary-school students of Barcelona. *Gac Sanit*. 2007; 21(1):43-52.

Akiskal HS, Weller EB. Mood disorders and suicide in children and adolescents. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds). *Comprehensive textbook of psychiatry V*. New York: 1989.

Akiskal HS. Transtornos do humor: características clínicas. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.1123-52.

Alexander F, Selesnick ST. *História da psiquiatria*. São Paulo: Ibrasa, 1966.

Allgoad-Merten B, Lewinsohn PM, Hops H. Sex differences and adolescent depression. *J Abnorm Psychol*, 1990; 99:55-63.

Almeida Filho N, Mari JJ. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Revista ABPIAPAL*. 1992; 14(3):93-104.

Almeida OP, Dractu L, Laranjeira RR. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1996.

Alves LRG, Pretto N. Escola: um espaço para produção do conhecimento. *Rev Comum. Educ.* 1999; 16:29-35.

American Psychiatric Association. *DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

Anch AM, Browman CP, Milner MM. *Sleep: a scientific perspective*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1988.

Andrade A, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. *Nutrição*. 2003; 16(1): 117-25.

Antonaccio CMA. Estudantes de nutrição: uma ótica sobre o comportamento alimentar e os transtornos alimentares [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

Appolinário JC, Claudino AM. Transtornos alimentares. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22(supl. II):28-31.

Appolinário JC. Transtornos alimentares. In: Bueno JR, Nardi AE (eds). *Diagnóstico e tratamento em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

Appolinário JC; Coutinho W; Póvoa LC. O transtorno do comer compulsivo: revisão da literatura. *J Bras Psiquiatria*. 1995; 44 (supl. I):38-45.

Aserinsky E, Kleitman N. Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science*; 1953; 118:273-4.

Assumpção Jr. FB. O diagnóstico diferencial. In: Assumpção Jr. FB. *Depressão na adolescência: uma visão multifatorial*. São Paulo: EPU, 1999.

Augusto MHO. Retomada de um legado intelectual. Marialice Foracchi e a sociologia da juventude. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*. 2005; 17(2):11-33.

Azevedo AP, Santos CC, Fonseca DC. Transtorno da compulsão alimentar periódica. *Rev Psiq Clin*. 2003; 31(4):170-2.

Aznar-Farias M. Adolescência - Do que estamos falando? *Bras Pediatr News*. 2000; 1(3):1-5.

Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *J Pediatr*. 2002a; 78(5):359-65.

Bahls SC. Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. *Rev Bra Psiquiatr*. 2002b; 24(2):63-7.

Bahls SC; Bahls SFRC. Depressão na adolescência: características clínicas. *Interação em Psicologia*. 2002; 6(1):49-57.

Bailly D, Bailly LI, Querleu D, Beuscart R, Collinet C. Sleep in adolescents and its disorders: a survey in schools. *Encephale*. 2004; 30(4):352-9.

Baptista MN, Baptista ASD, Oliveira MG. Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens? *Temas em Psicologia*. 1999; 7(2):143-56.

Baptista MN, Campos LFL. Avaliação longitudinal de sintomas de depressão e estresse em estudantes de psicologia. *Boletim de Psicologia*. 2000; 1(113):37-58.

Barbosa GA, Gaião AA. Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. *Infanto*. 1996; 4(3):36-40.

Baron P, Campbell TL. Gender differences in the expression of depressive symptoms in middle adolescents: an extension of early findings. *Adolescence*. 1993; 28(112):903-11.

Bastos, JC. Efetivação de escolhas profissionais de jovens oriundos do ensino público: um olhar sobre suas trajetórias. *Rev Bras Orient Prof*. 2005; 6(2):dez.

Battistoni MMM. Obesidade feminina na adolescência: revisão teórica e casos ilustrativos - Visão psicossomática [tese]. Campinas: UNICAMP - FCM, 1996.

Beck AT. Thinking and depression. 1 Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiat*. 1963; 49:324-33.

Beebe DW, Fallone G, Godiwala N, Flanigan M, Martin D, Schaffner L, Amin R. Feasibility and behavioral effects of an at-home multi-night sleep restriction protocol for adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008; 49(9):915-23.

Behar VS. Abordagem psicoterápica do paciente com bulimia nervosa. *Insight-Psicoterapia*. 1994; 43:11-4.

Belle D. Poverty and women's health. *Am Psychologist*. 1991; 45:385-9.

Benazzi F. Prevalence and clinical features of atypical depression in depressed outpatients: a 467-case study. *Psychiatry Res*. 1999; 86: 259-65.

Benca RM, Casper RC. Eating disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC. (Eds). *Principles and practice of sleep medicine*. Philadelphia: WB Saunders, 2000.

Berrios GE. History of the affective disorders. In: Paykel ES (Ed.). *Handbook of affective disorders*. New York: Guilford Press, 1992.

Beutler LE, Cano, MC; Miró, E. The role of activation in the effect of total Sleep deprivation on depressed mood. *J Clin Psychology*. 2003, 59(3): 369-84.

Bhatara VS. Early Detection of Adolescent Mood Disorders. *SD J Med*. 1992; 45(3):75-8.

Bianchetti I. *Angústia no vestibular: indicação para pais e professores*. Passo Fundo: EDIUPUF, 1996.

Bierderman J, Farone S, Mick E. Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34:579-90.

Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35 (11):1427-39.

Blazer DG. Transtornos do humor: epidemiologia. In: Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de psiquiatria*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Bliwise DL. Normal aging. In: Kryger MH, et al. *Principles and practice of sleep medicine*. 2ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 1994.

Bootzin RR, Manber R, Perlis ML, Salvio M, Wyatt JK, Sleep disorders. In: Sutker PB, Adams HE (Eds.). *Comprehensive handbook of psychopathology*. 2ª ed. New York: Plenum Press, 1993.

Bootzin RR, Stevens SJ. Adolescents, substance abuse, and the treatment of insomnia and daytime sleepiness. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25(5):629-44.

Borbely A. *El secreto del sueño*. México: Siglo XXI editores, 1993.

Borges JLG, Carnielli BL. Educação e estratificação social no acesso à universidade pública. *Cad Pesquisa*, 2005; 35(124): jan-abr.

Borges MBF, Jorge MR. Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar. *Psiquiatria Med*. 2000; 33(4):113-8.

Borges MBF. Estudo do transtorno da compulsão alimentar periódica e sua associação com depressão e alexitimia. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1998.

Bourdieu P, Champagne P. Os excluídos do interior. In: Nogueira MA, Catani A (Org). *Escritos de educação*. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 38:1039-46.

Braga MM, Peixoto MC, Bogutchi TF. A demanda por vagas no ensino superior: análise dos vestibulares da UFMG na década de 90. Reunião Anual da ANPED, 23ª. Disponível em <<http://www.anped.org.br/23/textos/1110T.pdf>>. Acesso em 24 abr 2007.

Bramon-Bosch E, Troop NA, Treasure JL. Eating disorders in males: a comparison with female patients. *Eur Eating Disorders Rev*. 2000; 8(4):321-8.

Brasil. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. *Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de dezembro de 1996. Seção I, p. 27.834-41.

Brasil. Medida Provisória nº 213 de 10 de setembro de 2004, *Institui o Programa Universidade para Todos - PROUNI, regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior*. Disponível em <<http://www.presidencia.gov.br>>. Acesso em 27 nov 2007.

Brasil. Ministério da Educação - MEC. Lei 8.948 de 08 de dezembro de 1994. Sistema Nacional de Educação Tecnológica. Brasília, 1994.

Brasil. Ministério da Educação. *Programa de melhoria e expansão do ensino médio: projeto escola jovem (síntese)*. Brasília: MEC/SEMTEC, 2001.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 1990.

Braun DL, Sunday SR, Huang A, Halmi KA. More males seek treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord*. 1999; 25(4):415-24.

Brent DA. Depression and suicide in children and adolescents. *Pediatrics Review*. 1993; 14:380-8.

Brody ML, Walsh BT, Devlin MJ. Binge-eating disorder: reliability and validity of a new diagnostic category. *J Consult Clin Psychol*. 1994; 92(2):381-6.

Bruce B, Wilfley D. Binge eating among the overweight population: A serious and prevalent problem. *J Am Diet Assoc*. 1996; 96(1):58-61.

Bulgari ML. O impacto da internet no cotidiano e no padrão do sono do adolescente. In: Reimão R. *Avanço em sono e seus distúrbios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2005, p. 102-4.

Busse SR. Anorexia nervosa. In: Assumpção Jr. FB, Kuczynski E (Eds.). *Adolescência*. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburg sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28(2):193-213.

Calligaris C. *A adolescência*. São Paulo:Publífolha, 2000.

Campos LFL, Rocha RL, Campos PR. Estresse em estudantes universitários: um estudo longitudinal. *Psicologia Argumento*. 1996; 19:83-104.

Campos MAS, Marturano EM. Competência interpessoal, problemas escolares e a transição da meninice à adolescência. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2003; 13(25):73-84.

Capaldi IVF, Handwerger K, Richardson E, Stroud LR. Associations between sleep and cortisol responses to stress in children and adolescents: a pilot study. *Behav Sleep Med*. 2005; 3(40):177-92.

Cardenás CJ. *Eu, a procura de mim... E me encontro nos outros*. In: Sociedade Brasileira de Psicologia. Reunião Anual de Psicologia, 32. Florianópolis. Resumos de Comunicação Científica, 2002. P.59-60.

Carlat DJ, Camargo Jr CA. Eating disorders in males: report on 135 patients. *Am J Psychiatr*. 1997; 154(8):1127-32.

Carlson GA, Asarnov JR, Guthrie G. Coping strategies, self-perceptions, hopelessness and perceived family environments in depressed and suicidal children. *J Consult Clin Psychol*.1987; 55:361-6.

Carskadon AR, Carskadon, MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*. 1998; 69(4):875-7.

Carskadon MA, Dement WC. Normal human sleep: an overview. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC (Eds.). *Principles and practice of sleep medicine*. 3ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000.

Carskadon MA, Keenan S, Dement WC. Nighttime sleep and daytime sleep tendency in preadolescents. In Guilleminault C. (Ed.). *Sleep and Its disorders in children*. New York: Raven Press, 1987.

Carskadon MA, Wolfson AR, Acebo C, Seifer R, Izischinsky O. Adolescent sleep patterns, circadian timing and sleepiness at a transition to early school days. *Sleep*. 1998b; 21(8):871-81.

Catani AM, Fonseca JP, Melchior JC, Silva JM. Ensino de segundo grau e mercado de trabalho. *Rev Bras de Estudos Pedagógicos*. 1989; 70(185):208-23.

Chabrol H, Guell A, Bes A, Moron P. Cerebral flow in schizophrenic adolescents. *Am J Psychiatry*. 1986; 143:130.

Chartier G, Lassen M. *Adolescent depression: children's depression inventory norms, suicidal ideation and (weak) gender effects*. *Adolescence*. 1994; 29:859-4.

Chellapa SL, Araújo JF. Excessive daytime sleepiness in patients with depressive disorders. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(2):126-9.

Chipkevitch E. O adolescente e o corpo. *Pediatria Moderna*, 1987; XXII (6):231-7.

Chung KF, Cheung MM. Padrões de sono-vigília e distúrbios do sono entre adolescentes chineses de Hong Kong. *Sleep*. 2008; 31(2):185-94.

Claudino AM, Borges MBF. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Rev Bra Psiq*. 2002; 24(supl III):7-12.

Colety IMS, Assumpção Jr FB. Estudo do transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP) e ansiedade em adolescentes obesos. *Arq Bras de Psiquiatr*. 2005; 99(3):5-9.

Cordás TA, Claudino A. Transtornos alimentares: fundamentos históricos. *Rev Bras Psiq.* 2002; 24(suppl III):49-53.

Cordás TA, Segal A. Bulimia nervosa I. Aspectos clínicos. *J Bras Psiquiatr.* 1995; 44:20-4.

Cordás TA. Transtornos alimentares em discussão. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001; 23(4):178-9.

Cordella MP. Depresión en la infância y en la adolescência: nuevos conceptos fisiopatológicos. *Pediatrics Al Dia.* 1999; 15(3):151-8.

Corso M, Corso D L. Game over - O adolescente enquanto unheimlich para os pais. In: Associação Psicanalítica de Porto Alegre. *Adolescência. Entre o passado e o futuro.* Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

Coutinho W. Estudo da compulsão alimentar periódica em pacientes que procuram tratamento médico para emagrecer. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000.

Cunha BFV, Buzaid A, Watanabe CE, Romano BW. Depression in childhood and adolescence: a review. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2005; 15(3supl A):1-8.5.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Cunha LA. Ensino superior e universidade no Brasil. In: Lopes EMT, Faria Filho LM, Veiga CG (Orgs.). *500 anos de educação no Brasil.* 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

D'Avila GT, Soares DHP. Vestibular: fatores geradores de ansiedade na "cena da prova". *Rev Bras Orient Prof.* 2003; 4(1-2):dez.

Dayrell J. Educação do aluno trabalhador. *Educação em Revista (UFMG),* 1992; 15:2;21-29.

De Wilde EJ, Kienhorst IC, Diekstra RF, Wolters WH. The relationship between adolescent suicidal-behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry*. 1992; 149(1):45-51.

De Zwaan M, Mitchell JE, Seim HC, Specker SM, Pyle RL, Raymond NC, Crosby RB. Eating related and general psychopathology in obese females with binge eating disorder. *Int J Eat Disord*. 1994; 15(2):43-52.

De Zwaan M. Status and utility of a new diagnostic category: binge eating disord. *Eat Disord Rev*. 1997; 5(4):226-40.

Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquitr*. 1999,21: 6-11.

Devlin MJ. Assessment and treatment of binge-eating disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1996; 19:4:761-72.

Dias S. A Inquietante estranheza do corpo e o diagnóstico na adolescência. *Psicologia USP*. 2000; 11(1):119-35.

Domingues JJ, Toschi NS, Oliveira JF. A reforma do ensino médio: a nova formulação curricular e a realidade da escola pública. *Educ Soc*. 2000; 21(70):63-79.

Doris A, Ebmeier K, Shajahan P. Depressive illness. *Lancet*. 1999; 354:1369-75.

Duschesne N, Almeida PEM. Terapia cognitiva comportamental dos transtornos alimentares. *Rev. Bras Psiq*. 2002; 24(Sulp II):49-53.

Eccles JS. The development of children ages 6 to 14. *Future Child*. 1999; 9(2):30-44.

Ehlers CL, Kupfer DJ. Effects of age on delta and REM sleep parameters. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 1989; 72:118-25.

Ehrenberg MF, Cox, DN, Koopman, RF. The prevalence of depression in high school students. *Adolescence*. 1990, 25(100):905-12.

Escrivá VM. *La depression en población adolescente valenciana: un estudio de seguimiento desde la infancia a la adolescencia*. Valencia, España: IVESP, 1992.

Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003; 361(9355):407-16.

Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for bulimia nervosa: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(6):509-17.

Fairburn CG, Wilson GT. Binge eating: Definition and classification. In: Fairburn GT (Ed.). *Binge eating: nature, assessment and treatment*. New York: The Guilford, 1993.

Fairburn CG; Doll HA; Welch SL; Hay PJ; Davies BA, O'Connor ME. Risk factors for binge eating disorder: a community-based, case-control study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(5):425-32.

Fava M, Alpert JE, Carmin CN, Wisniewski SR, Trevedi MH, Biggs MM, Shores-Wilson K, Morgan D, Schwartz T, Rush AJ. Clinical correlates and symptoms patterns of anxious depression among patients with major depressive disorders in STAR'D. *Psychol Med*. 2004; 34:1299-308.

Feijó RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves MLF. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health*. 1997; 20:232-7.

Fergusson D M; Lynskey M T, Horwood L J (1996). Factors associated with continuity and changes in disruptive behavior patterns between childhood and adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 1996;24:533-53.

Ferreira ABH. Novo dicionário eletrônico Aurélio. versão 5.11^a [CD Rom], 2009.

Ferreira JES, Veiga GV. Test-retest reliability of a simplified questionnaire for screening adolescents with risk behaviors for eating disorders in epidemiologic studies. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(3);393-401.

Fisher S. *Stress in academy life*. London: Open University, 1994

Fleitlich BW. O papel da imagem corporal e o risco de transtornos alimentares. *Ped Moderna. São Paulo*. 1997; XXXII(1/2):56-62.

Fleming JE, Offord DR, Boyle MG. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. *Brith J Psychiatry*. 1990. 155:647-54.

Fontenelle LF, Cordás TA, Sassi E. Transtornos alimentares e os espectros do humor obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(suppl 3):24-8.

Ford DE, Kamerow DB. Epidemiology study of sleep disturbances and psychiatry disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*, 1989; 262:1479-82.

Franco ML. *Ensino médio: desafios e reflexões*. Campinas: Papirus, 1997.

Franco MLPB, Novaes GTF. Os jovens do ensino médio e suas representações sociais. *Cad Pesquisa*. 2001; 112:mar. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?sci_autex&pid=S0100-15742001000100009&ling>. Acesso em 12 jan 2007.

Frank E, Kupfer D, Wagner EF, McEachran AB, Comes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48(12):1053-9.

Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinário JC. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001, 23(4):215-20.

Freud S. Três ensaios sobre a sexualidade. *Edição Standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, (1905). Vol. VII; 1972.

Friedman M, Serlin V, Drobot A, Seftor L. Propagation of intense relativistic electron beams trough drift tubes with perturbed wales. *Phys Rev Lett*. 1983; 50(24):1922-5.

Furlani R, Ceolim MF. Padrões de sono em estudantes ingressantes na graduação em enfermagem. *Rev Bras de Enferm.* 2005; 58(3):320-4.

Gadzella BM. Student-life Stress Inventory: identification and reactions to stressors. *Psychological Reports.* 1994, 74,395-402.

Gaião AA, Barbosa GA, Dias MR, Lorenzo WCG. Depressão infantil, um estudo de prevalência com o CDI. *Revista Infanto.* 1996; 4(3):36-40.

Garfinkel PE. Compêndio de Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 22; p. 1474-85.

Garner D. Binge eating in anorexia nervosa. In: Fairburn CG, Wilson CT (Eds.). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment.* New York: The Guilford Press 1993.

Geller B. Preliminary data in DMS-III associated feature of major depressive disorders in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1985; 142:643-4.

Genero NP et al. Measuring perceived mutuality close relationships: validation of the mutual psychological development questionnaire. *J Family Psychol.* 1992; 6(1):36-48.

Ghaderi A, Scott B. Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104(2):122-30.

Gluk ME, Geliebter A, Satov T. Night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res.* 2001; 9(4):264-7.

Goldfein JA, Walsh BT, Catcheside JL. Eating behavior in binge eating disorder. *Int J Eat Disord.* 1993; 14(4):427-31.

Gonçalves R. Transtorno da compulsão alimentar periódica em estudantes de nutrição. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; 2003.

González-Fortaleza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales de ideación suicida em dos generaciones de Estudiantes universitários. *Salud Ment.* 1998; 21(3):1-9.

Gowers SG, Shore A. Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *Br J Psychiatry.* 2001; 179:236-42.

Grau A G, Arias AC, Ghisays RH. Sintomas depresivos en estudiantes de psicología. *Acta Psiquiátrica Psicol Am Latina.* 1999, 453:234-9.

Greca SMG. A importância da informação na orientação profissional: uma experiência com alunos do ensino médio. In: Lisboa MD, Soares DHP. *A orientação profissional em ação: formação e prática de orientadores profissionais.* São Paulo: Summus, 2000.

Grignon C, Griel L. *La vie étudiante.* Paris: Presses Universitaires de France, 1999.

Grilo CM. Recent research of relationship among eating disorders and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2002; 4(1):18-24.

Guerrero FA, Medina GM. Clasificación de los trastornos Del proceso de dormir. In: Guerrero FA, Medina FM, López UMG. *Trastornos del sueño.* México: Corinter, 2007.

Guilleminault C. Narcolepsy. *Sleep.* 1986; 9(1pt 2):99-101.

Guimarães S. Como se faz a indústria do vestibular. Petrópolis: Vozes, 1984.

Hajak G. Insomnia in primary care. *Sleep.* 2000; 23(3):S54-63.

Halfin A. Depression: The benefits of early and appropriate treatment. *Am J Manag Care.* 2007; 13(Supl. 4):92-7.

Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Tutter M, Fudge H, Picles A. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III. Links with suicidal behaviors. *J Child Psychol Psychaitry.* 1994; 35(7):1309-19.

Harrington RC. Consequencias psicossociales de la depression adolescente. *Psiquiat Salud Integ.* 2001; 1(2):48-52.

Hercovici CR. *A escravidão das dietas.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Hetem LAB. Diagnóstico, classificação (CID-10) e diagnóstico diferencial dos transtornos depressivos. *Bol CBPTD.* 1994; 68(3):163-7.

Hetherington MM. Eating disorders: diagnosis, etiology, and prevention. *J Nutr.* 2000; 16(7/8):547-51.

Horne JA, Osteberg O. A self assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Int J Chronolbiol.* 1976; 4(2):97-110.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Censo de Educação Básica e Superior.* Ministério da Educação. Brasília, 2003.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. *Censo de Educação Básica.* Ministério da Educação, Brasília, 1999.

Ioschepe GB. *Vestibular não é bicho.* Porto Alegre: Artes e Ofício, 1996.

Ivanenko A, Crabtree VW, Gozal D. Sleep and depression in children and adolescents. *Sleep Med Rev.* 2005; 9(2):115-29.

Jacobson MS, Eiseinstein E, Coelho SC. Aspectos nutricionais na adolescência. *Adolesc Lationoam.* 1998; 1(2):75-83.

Johnson EO; Roth T; Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: exploration of the direction of risk. *J Psychiatr Res,* 2006a; 40(8); 700-8.

Johnson EO; RothT; Schultz L, Breslau N. Epidemiolgy of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics,* 2006b; 117(2) e247-E256.

Kandel DB, Davies M. Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Arch Gen Psychiatr.* 1982; 43:255-62.

Kaplan AG. The “self-relation”: implications for depression in women. In: Jordan JV, Kaplan AG, Miller JB, Stiver IP, Surrey JL (Eds). *Womens growth in connection.* 1991. New York: Guilford Press.

Kaplan HI;Saddoch BJ. *Compêndio de psiquiatria clínica.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

Kaplan SL, Hong GK, Weinhold C. Epidemiology of depressive symptomatology in adolescents. *J Child Psychiatry.*1984; 23:91-8.

Kashani JH, Carlson GA, Beck NC, Hoepfer EW, Corcoran CM, McAllister JA, Fallahi C, Rosenberg TK, Reid JC. Depression, depressive symptoms and depressed among a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry.* 1987; 144(70):931-4.

Kashani JH, Eppright PD. Mood disorders in adolescence. In. Wiener JM (Ed.), *Textbook of child and adolescent psychiatry.* Washington, DC: American Psychiatry Press, 1991, p. 248-58.

Kashani JH, Orvaschiel H. A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1990,147:313-8.

Katz JL, Kuperbeg A, Pollack CP, Walsh BT, Zumoff B, Weiner H. Is there a relationship between eating disorder and affective disorder? New evidence from sleep recordings. *Am J Psychiatry.* 1984; 141:753-9.

Kazdin AE, Marciano PL. Childhood and adolescent depression. In: Mash EJ, Barkley RA (Orgs.). *The treatment of childhood disorders.* 2^a. Ed. Guilford Publications, 1998,211-48.

Khan AA, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs. *Am J Psychiatry.* 2002; 159(8):1427-9.

Kóvacs M. *The children's depression inventory: a self-rated depression scale for school-aged youngster*. University de Pittsburgh, 1983.

Laberge L, Petit D, Simard C, Vitaro F, Tremblay RE, Montplaisir J. Development of sleep patterns in early adolescence. *J Sleep Res*. 2001; 10(59):302-7.

Lamude KG, Scudder J. Resistance in the college classroom: variations in student's perceived strategies for resistance and teachers' stressors as a function of students' ethnicity. *Percept Mot Skills*. 1992; 75:615-26.

Lang M, Tisher M. CDS - Questionario de depresión para niños. Madrid: TEA, 1997.

Langston AC, Cantor N. Social anxiety and social constraint: when making friends is hard. *J Pers Soc Psychol*. 1989; 56(4):649-61.

Laplanche J. *vocabulário da psicanálise - Laplanche e Pontalis: sob a direção de Daniel Lagache*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

Lassance MC, Grocks A, Francisco DJ. Escolha profissional em universitários: estilo de escola. Em Associação Brasileira de Orientadores Profissionais (Org). *I Simpósio Brasileiro de Orientação Vocacional e Ocupacional*. 1993. São Paulo: ABOP.

Lehtinem V, Joukamaa M. Epidemiology of depression: prevalence, risk factors and treatment situation. *Acta Psychiatr Scand*. 1994, 89(377 supl.):7-10.

Levenfus RS. *Vestibular: derrubando o mito*. Porto Alegre: Gente, 1993.

Levisky DL. *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. 2ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Lewinsohn PM et al. Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(10):1584-91.

Lima MS. Depressão: epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21(1):11-5.

Louzada F, Menna-Barreto L. Sleep-wake cycle expression in adolescence: influence of social context. *Biol Rhythm Res.* 2003; 34(2):129-36.

Lucchesi LM, Pradella-Hallinan M, Lucchesi M, Moraes WAS. Sleep in psychiatric disorders. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2005; 27(supl I):27-32.

Lui X, Zhoo Z, Jia C, Buysse DJ. Sleep patterns and problems among chinese adolescents. *Pediatrics.* 2008; 121(6):1165-73.

Magalhães VC, Mendonça GAS. Transtornos alimentares em universitárias: um estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchidos. *Rev. Bras Epidemiol.* 2005; 8(3):2.

Marcus M. Binge eating in obesity. In Fairburn CG, Wilson CT (Eds.). *Binge eating: nature, assesement, and treatment for eating disorders.* New York: The Guilford Press, 1993.

Marcus MD, Wing RR, Hopkins J. Obese binge eaters: affect, cognitions, and response to behavioral weight control. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56:433-39.

Martins FC, Sassi JR E. Comorbidity in eating and psychological disorders and it clinical implications. *Rev Psiquiatr Clin.* 2004; 31(4).

Matheus TC. O discurso adolescente numa sociedade na virada do século. *Psicologia USP.* 2003; 14(1):85-94.

Matheus TC. The adolescent discourse in a turn-of-the century society. *Psicol USP.* 2003; 14(1):85-94.

McGee R, Williams S. Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *J Adolesc.* 2000; 23(5):569-82.

Megdal SP, Schernhammer ES. Correlates for poor sleepers in a Los Angeles high school. *Sleep Med.* 2007; 9(1):60-3.

Melin P, AM Araújo. Diagnosing eating disorders in men: a clinical challenge. *Rev Bras Psiquiatria*. 2002; 24(suppl III):73-6.

Melo AM, Marquezan R, Noal D, Rodrigues G. Interações no ambiente escolar: dinamizando a aprendizagem. In: Jornada Pedagógica (Re) Orientando a Formação de Educadores: Perspectivas para o Ensino, 2003, Santa Maria - RS. *Anais: Livro de Resumos*. Santa Maria - RS, 2003; 1:76.

Mello A. Sono normal. *Neurobiol*. 1993; 56(3):87-90.

Mello JCRS. Desigualdades sociais e acesso seletivo ao ensino superior no Brasil, no período de 1994 a 2001. *Revista Eletronica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y cambio en Educación*, 2007;5(2); 69-83.

Meltzer LJ, Logan DE, Mindell JA. Sleep patterns in female adolescents with chronic musculoskeletal pain. *Behav Sleep Med*. 2005; 3(4):193-208.

Mendelson WB. *Human sleep: research and clinical care*. New York: Plenum, 1987.

Mesquita G, Reimão R. Alteração do sono pelo abuso da Internet. In: Reimão R (Ed). *Sono: avanços em sono e seus distúrbios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2005.

Mesquita G, Reimão R. Nightly use of computer by adolescents: its effect on quality of sleep. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007; 65(2B):428-32.

Meurer JL. O Trabalho de leitura crítica: recompondo representações, relações e identidades sociais. In: *Ilha do Desterro: A Journal of English Language, Literatures in English and Cultural Studies*. Florianópolis: UFSC. 2000; 38:155-73.

Millman RP. Excessive sleepiness adolescents and young adults: causes, consequences and treatment strategies. *Pediatrics*. 2005; 115(6):1774-86.

Moo-Estrella J, Perez-Benitez H; Solos-Rodriguez F; Arankowsky-Sandoval G. Evaluation of depressive symptoms and sleep alterations in college students. *Arch Med Res*. 2005; 36(4):393-8.

Moore R HS, et al. Eating disorder symptoms in a cohort of 11 to 16-year-old black and white girls: the NHLBI growth and health study. *Int J Eat Disord*, 2000, 27:49-66.

Moreira AFB, Candau VM. Educação escolar e cultura(s): construindo caminhos. *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2003, n.23, pp. 156-168. ISSN 1413-2478 doi: 10.1590/S1413-24782003000200012.

Morgan CM, Vecchiatti IR, Negrão AB. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002; 24(supl. 3):.

Morrison DM, et al. Sleep problems in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992; 9:94-9.

Moseley L, Gradisar M. Evaluation of a school-based intervention for adolescent sleep problems. *Sleep*; 2009; 32(3):334-41.

Mrazek PJ, Haggerty RJ. *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine. Washington: National Academy Press, 1994.

Musiti G; Garcia F, Gutierrez M. *Autoconceito Forma A (AFA). Manual*. Madrid: TEA Ediciones, 1997.

Neumark-Sztainer D, Blum RW, Brindis CD, Anglin TM, Irwin CE. The state of adolescent health: looking back and planning ahead. *J Adolesc Health.* 1997, 21:280-6.

Newcomb AF, Buowisky WM, Pattee L. Children's peer relations: a meta-analytic review of popular, rejected, neglected, controversial and average sociometric status. *Psychology.* 1993; 113:99-128.

Nicklas TA, Bao W, Webber LS, Berenson GS. Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *J Am Diet Assoc.* 1993; 93(8):886-91.

Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*. 1994; 115:424-43.

Nunes C. *Diretrizes curriculares nacionais: ensino médio*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

Nunes MA, Bagatini LF, Abuchaima AL, Kunz A, Ramos D, Silva JA, Somenzi L, Pinheiro A. Distúrbios da conduta alimentar: considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares - EAT. *Revista ABP-APAL*. 1994; 16(1):7-10.

Nunes MAA, Olinto MT, Barros FC, Camey S. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(1):21-7.

Nunes SOV. As depressões maiores, características clínicas e terapêuticas. *J Bras Psiquiatr*. 1990; 39(6):293-6.

Offer D, Schonert-Reichl KA. Debunking the myths of adolescence: findings from recent research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31:1003-14.

Ohayon MM, Lemoine P. Daytime consequences of insomnia complaints in the french general population. *Encephale*. 2004; 30(3):222-7.

Ohayon MM, Morselli PL, Guilleminault C. Prevalence of nightmares and their relationship to psychopathology and daytime functioning in insomnia subjects. *Sleep*. 1997; 20(5):340-8.

Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH. Differentiating DSM-IV anxiety and depressive disorders in the general population: comorbidity and treatment consequences. *Canadian J Psychiatry*. 2000, 45(2):166-72.

Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*. 2002; 6(2):97-111.

Ojeda ENS, Roberts E, Karin ND, Cuminsky M. Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente y el Joven en las Americas. Publicación Científica 489. Washington, D.C., 1985.

Olivardia R, Pope Jr-HG, Hudson JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2000; 157(8):1291-6.

Olsson G, von Knorring A L. Beck's depression inventory as a screening instrument for adolescent depression in sweden: gender differences. *Acta Paediatr Scand*. 1999, 95:277-82.

OMS - Organizacion Mundial de la Salud. *La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza*. Ginebra: OMS; 1995.

Ong SH, Wickramaratne P, Tang M, Weissman MM. Early childhood sleep and eating problems as predictors of adolescent and adult mood and anxiety disorders. *J Affect Disord*. 2006; 96(1-2):1-8.

Osório LC. *Adolescência hoje*. 3ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Pacheco E, Ristoff DI. *Educação superior. Democratizando o acesso*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Série Documental. 2004. Texto nº 12.

Palermo TM, Fonareva I, Janosy NR. Sleep quality and efficiency in adolescents with chronic pain: relationship with activity limitations and health-related quality of life. *Behav Sleep Med*. 2008; 6(4): 234-50.

Palermo TM, Toliver-Sokol M, Fonareva I, Koh JL. Objective and subjective assessment of sleep in adolescents with chronic pain compared to healthy adolescents. *Clin J Pain*. 2007; 23(9):812-20.

Papelbaum M, Appolinário JC. Transtorno da compulsão alimentar periódica e transtorno obsessivo compulsivo: partes do mesmo espectro? *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(1):38-40.

Paprocki J. Tratamento de depressão pelo médico geral. *J Bras Psiquiatr.* 1990. 39(supl 1):49S-59S.

Paraskakis E, Ntoulos T, Ntokos M, Siavana O, Bitsori M, Galanakis E. Siesta and sleep patterns in a sample of adolescents in Greece. *Pediatr Int.* 2008; 50(5):690-3.

Parizzi MR, Tassara V. Obesidade na infância. In: Fonseca JGM (Ed.). *Clínica médica-Obesidade de outros distúrbios alimentares.* Belo Horizonte, 2001.

Parry-Jones B. Historical terminology of eating disorders. *Psychol Med.* 1991; 21(1):21-8.

Pataki CS, Carlson G A. Childhood and Adolescent depression: *Review. Harvard Rev Psychiatry.* 1995; 3(3):140-51.

Paykel ES, Weissman MM, Prusoff BA. Social maladjustment and severity of depression. References and further reading may be available for this article. To view references and further reading you must purchase this article. *Compr Psychiatry.* 1978; 19(2):121-8.

Paykel ES. Life events, social support and depression. *Acta Psychiatr Scand.* 1994; 377:50-8.

Pedromônico MRM. A sexualidade do adolescente. In: Varvalho WB, Carvalho ES. *Terapêutica e prática pediátrica.* 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

Peña F, Estrada A, Almeida L, Páez F. Prevalência de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria. *Salud Mental.* 1999; 22 (4):9-13.

Phillipi ST, Latterza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolhas dos alimentos. *Rev Nutr.* 1999; 12(1):65-8.

Pimenta SG. *Orientação vocacional e decisão: estudo crítico da situação no Brasil.* 11ª ed. São Paulo: Loyola, 2001.

Pinaqui S, Chabrol H, Simon C, Loovet JP, Barbe P. Emotional eating, alexithymia, and binge-eating disorder in obese women. *Obes Res.* 2003; (11):195-201.

Powell JW, Denton R, Mattsson A. Adolescent depression: effects of mutuality in the mother adolescent dyad and locus of control. *Am J Orthopsych*. 1995; 65(2):263-73.

Preskorn SH, Burke M. Somatic therapy for major depressive disorder: selection of an antidepressant. *J Clin Psychiatry*. 1992; 53(suppl 9):5-18.

Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quatrtock J, Todak G. Psychosocial function prepuberal major depression disorders. In: interpersonal relationships during the depressive episodes. *Psychiatry*. 1985; 42(3):500-7.

Rakel RE. Depression. *Mental Health*. 1999; 26(2):211-24.

Rand CS, Macgregor AM, Stunkard AJ. The night eating syndrome in the general population and among postoperative obesity surgery patients. *Int J Eat Disord*:1997, 22(1):65-9.

Ranña W. O sono dos bebês e das crianças. In: Reimão R. (Org.) *Temas de medicina do sono*. São Paulo: Lemos, 2000.

Raymond NC, Mussel MP, Mitchell JE, De Zwaan M, Crosby RD. An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*. 1995; 18:135-43.

Rechtschaffen A. Sleep onset: conceptual issues. In: Ogilvie RD, Harsh JR. *Sleep onset: normal and abnormal processes*. Washington, DC: American Psychological Association, 1994.

Reimão R. *Durma bem: dicas para uma noite de sono feliz*. São Paulo: Atheneu, 1997.

Reimão R. Insônia na classificação internacional dos distúrbios do sono. In: Reimão R. (Ed): *Sono, sonho e seus distúrbios*. São Paulo: Frôntis Editorial, 1999.

Reimão R. Sono do adolescente: padrões normais e sonolência diurna. *Neurobiologia*, Recife. 1998; 61(3):85-91.

Reppold CT, Hutz CS. Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Aval Psicol*. 2003; 2(2):.

Ribeiro RPP, Santos PCM, Santos JE. Distúrbios da conduta alimentar: anorexia e bulimia nervosas. *Medicina, Ribeirão Preto*.1998; 31(VI):45-53

Riemann D, Voderholzer U. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? *J Affect Disord*. 2003; 76(1-3):255-9.

Roane BM, Taylor DJ. Adolescente com insônia como fator de risco para depressão adulta e abuso de substância. *Sleep*. 2008; 31(10):1351-6.

Roberts RE, Chen YW. Depressive symptoms and suicidal ideation among mexican-origin and anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34:81-90.

Rocha AC, Fujita IQA. *Orientação profissional contribuindo para um bom desempenho durante o vestibular*. In: Associação Brasileira de Orientadores Profissionais, Anais. IV Simpósio Brasileira de Orientação Vocacional e Ocupacional; I Encontro de Orientação Profissional do Mercosul. Florianópolis: ABOP. São Paulo: Vetor, 1999:83-92.

Rocha CRS, Reimão R. Orientações para controlar a insônia. In: Reimão R. (Ed). Sono: atualidades. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2006.

Rocha THR, Ribeiro JEC, Pereira GA, Aveiro CC, Silva LCA. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psico-USF*. 2006; 11(1):95-102.

Rodrigues DG, Pelisoli C. Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Rev Psiq Clin*. 2008; 35(5):171-7.

Roehrs T, Roth T, Carskadon M, Dement WC. *Daytime sleepiness and alertness principles and practice of sleep medicine*. 2ª ed. Philadelphia Saunders, 1994.

Roert JJ, Hoffmann RF, Emslie GJ, Hughes C, Rintelmann J, Moore J, Ermitage R. Sex and differences in sleep macroarchitecture in childhood and adolescent depression. *Sleep*. 2006; 29(4):418-20.

Rogers ES. Transtorno distímico. *Neuropsiconews*., 2003, 63:8-13.

Rosa MD. Adolescência: da cena familiar à cena social. *Psicologia USP*, 13, 2, 227-241,

2002.

Roscoe MHA. Distúrbios do sono na criança e relações familiares. *Neurobiologia*. 1993; 56(3):91-4.

Rosenberg M, Schooler CE, Schoenbach C. Self-esteem and adolescent problems: modeling reciprocal effects. *Am Sociol Review*. 1989, 54(6):1004-8.

Rosensztein R, Treasure J. Transtornos de la alimentación desafío para el profesional de la salud. *Adolescencia Latinoamericana*, 1998; 1;139-147.

Rosinha MU. Influências da produção hormonal na determinação do padrão de sono normal do adolescente. In: Reimão R. *Avanços em sono e seus distúrbios*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 2005.

Rothenberg D. *Supporting girls in early adolescence*. ERIC Digest Cleringhouse on Elementary and Early Childhood Education. Urbana, Ill, 1995.

Roth-Isigkeit A; Thyen U, Söven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents restrictions in daily living and triagering factors. *Pediatrics*. 2005; 115:152-62.

Rubin C, Rubenstein JL, Stecher G, Heeren T, Halton A, Housman D, Linda KMA. Depressive affect in "normal" adolescents: relationship to life estress, family and friends. *Am J Orthopsych*. 1992; 62(3):430-41.

Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1985; 147:598-611.

Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, Iyengar S, Twomey J. The clinical depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry*.1987; 44:854-61.

Ryan ND, Puig-Antich J, Cooper T. Imipramine in adolescent major depression: plasma level e clinical response. *Acta Psychiatr Scand*. 1986; 73:275-88.

Ryan ND, Williamson DE, Iyengar S, Orvaschel H, Reich T, Dahl RE, Puig-Antich J. A secular increase in child and adolescent onset affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992; 31(4):600-5.

Saarenpaa-Heikkila, et al. Subjective daytime sleepiness and its precursors in Finnish adolescents in an interview study. *Acta Paediatric*, 2001; 90:552-7.

Saddler CD, Buckland RL. The multidimensional perfectionism scale: correlations with depression in college students with learning disabilities. *Psychological Reports*, 1995; 77:483-90.

Sadeh A, Hauri PJ, Kripke DF, Lavie P. The role of actigraphy in the evaluation of sleep disorders. *Sleep*. 1995; 18(4):288-302.

Sadler LS. Depression in adolescents. Context, manifestations, and clinical management. *Nurs Clin North Am*. 1991, 26(3):559-72.

Saito MI. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. *Pediatria, São Paulo*. 2000; 22(3):219.

Samms-Vaughan ME. Eating disorders. What's new? *West Indian Med*. 2002; 51(1):1-3.

Santos AM, Martinez A, Baptista MN, Miglioli FA, Lipp MN. Nível de stress em pós-graduandos. *Anais sobre o 1º Simpósio de Stress e suas Implicações: um Encontro Internacional*, 1996. p. 108.

Santos JA. A trajetória da educação profissional. In: EMT Lopes, LM Faria Filho e CG Veiga (Orgs.). 500 anos de educação no Brasil. 3ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

Sassaroli S, Ruggiero GM, Vinal P, Cardetti S, Carpegna G, Ferrato N, Vallauri P, Masante D, Scarone S, Bertelli S, Bidone R, Busetto L, Sampietro S. Daily and nightly anxiety among patients affected by night eating syndrome and binge eating disorder. *Eat Disord*. 2009; 17(2):140-5.

Schivoletto S, Nicastrì S, Zilberman ML. Transtorno depressivo na Adolescência: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Med.* 1994; 51:1211-28.

Schoen-Ferreira TH, Aznar Farias M, Silvares EFM. A construção da identidade em adolescents: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8(11):107-16.

Schoen-Ferreira TH, Silva DA, Farias MA, Silvares EFM. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) - UNIFESP/EPM. *Psicol. Estud.* 2002; 7(2):73-82.

Serfaty E, Andrade JH, Boffi-Boggero HJ, Masaúti AE, Foglia V. Prevalencia de depresión en varones de 18 años de la provincia de Santa Fe. *Boletín Acad. Nac. Medicina de Buenos Aires.* 1998; 76(2):337-46.

Serfaty E. Suicídio en la adolescência. *Adolescencia Latiamericana.* 1998; 1(2):105-10.

Serfaty EM, Andrade JH, Boffi-Boggero HJ, Masautis AE, Foghia VL. Prevalência de síndrome depressivo en varones de 18 años residentes en la provincia del Neuquén Argentina. *Bol Acad Nac Med Buenos Aires.* 1997; 75(2):563-79

Serrão F, Klein J M, Gonçalves A. Qualidade do sono e depressão: que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *PsicoUSF.* 2007; 12(2):257-68.

Shapira NA, Goldsmith TD, McElroy SL. Treatment of binge eating disorder with topiramate: a clinical case series. *J Clin Psychiatry,* 2000; 61(5):368-72.

Shibley HL, Malcolm RJ, Veatch LM. Adolescents with insomnia and substance abuse: consequences and comorbidities. *J Psychiatr Pract.* 2008; 14(3):146-53.

Shishuka M, King KH, Welge JA, Brusman-Lovins L, McElroy SL. Venlafaxine treatment of binge - Eating disorder associated with obesity: a series of 35 patients. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63(9):802-6.

Silva MM, Schoen-Ferreira TH, Medeiros E, Aznar-Farias M, Pedromônico MRM. O adolescente e a competência social: focando o número de amigos. *Rev Cresc Desenv Hum.* 2004; 14(1):23-31.

Silvério JMA. Factores psicológicos e cronobiológicos do rendimento desportivo [Tese]. Universidade de Minho, Portugal, 2003. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/916>>. Acesso em 10 dez 2009.

Silverstein, B. Gender difference in the prevalence of clinical depression : the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry.* 1999; 156:480-2.

Siqueira KS, Appolinário JC, Sichieri R. Relationship between binge-eating episodes and self-perception of body weight in a nonclinical sample of five Brazilian cities. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005, 27(4):290-5.

Soares DHP. As diferentes abordagens em orientação profissional. In: Lisboa MD, Soares DHP. *A orientação profissional em ação: formação e prática de orientadores profissionais.* São Paulo: Summus, 2000.

Soares DHP. Como trabalhar a ansiedade e o estresse frente ao vestibular. In: Levenfus RS, Soares DHP (Orgs.). *Orientação vocacional ocupacional: novos achados teóricos, técnicos e instrumentos para a clínica, a escola e a empresa.* Porto Alegre: ArtMed, 2002.

Soares K, Almeida Filho N, Coutinho E SF, Mari JJ. Sintomas depressivos entre adolescentes e adultos de uma amostra populacional de três centros urbanos brasileiros: análise dos dados do “Estudo Multicêntrico de Morbidade Psiquiátrica”. *Rev Psiq Clin.* 1999,26 (5 Esp):218-24.

Soares KVS, Almeida-Filho N, Botega NJ, Coutinho ESF, Mari JJ. Sintomas depressivos em adolescents: análise dos dados do estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas metropolitanas. *Rev. ABP-APAL.* 1994; 16(1):11-7.

Soares-Lucchiari DHP. *Pensando e vivendo a orientação profissional.* São Paulo: Summus, 1993.

Souza JA, Fontana JL, Pinto MA. Depressão: uma doença, várias apresentações. In: Horimoto CH, Ayache DCG, Souza J. A (Orgs.). *Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico*. São Paulo: Roca, 2005.

Sparta M, Gomes WB. Importância atribuída ao ingresso na educação superior por alunos do ensino médio. *Rev Bras Orient Prof*. 2005; 6 (2):dez.

Spitzer RL, Devlin MJ, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras S, Mitchell J, Nonas C. Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord*. 1992; 11:191-203.

Spitzer RL, Yanovski S, Wadden T, Wing R, Marcus MD, Stunkard A, Devlin M, Mitchell J, Hasin D, Jome RL. Binge eating disorder: Its further validation in a multisite study. *Int J Eat Disord*. 1993;13(2):137-53.

Stefanescu C, Chele G, Chirita V, Chirita R, Mavros M, Macarie G, Ilinca M. The effects of computer-use on adolescents. *Rev Med Chir Soc Med Nat Tasi*. 2005; 109(4):871-7.

Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. In: Fiske ST, Schacter DL; Zahn-Waxler C (Eds.). *Annu Rev Psychol*. 2001; 52:83-110.

Stice E, Agras WS, Hammer LD. Risk factors for the emergence of childhood eating disturbances: a five-year prospective study. *Int J Eat Disord*. 1999; 25(4):375-87.

Striegel-Moore RH, Garvin V, Dohm F, Rosenheck RA. Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: a national study of hospitalized veterans. *Int J Eat Disord*. 1999; 25(4):399-404.

Stunkard A, Allison KC. Two forms of disordered eating in obesity: binge eating and night eating. *Int J Obes*. 2003; 27:1-12.

Stunkard A, Berkowitz R, Wadden T, Tanrikut C, Reiss E, Young L. Binge eating disorders and the night eating syndrome. *Int J Obes*. 1996; 20:1-6.

Stunkard AJ, Grace WJ, Wolff HG. The night-eating syndrome. *Am J Med*. 1955; 19:78-86.

- Stunkard AJ. Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quart.* 1959; 33: 284-94.
- Tabak I, Ostrega W, Biernacka B, Jodkowska M. Subjective health complaints and psychological distress in adolescents aged 15-19 years in Poland. *Med Wieku Rozwoj.* 2004; 8(3 Pt 1):585-94.
- Teixeira S. Vestibular: ritual de passagem ou barreira ritualizada. *Ciência e Cultura.* 1981; 33(12):1574-80.
- Thiher, A. *Revels in madness. insanity in medicine and literature.* Ann Arbor: Michigan Univesity Press, 2002.
- Thomas J, Daubman KA. The relation between friendships: quality and self-esteem in adolescent girl and boys. *Sex Roles.* 2001; 45:53-64.
- Thorsteindottir G, Ulfarsdottir L. Eating disorders in college students in Iceland. *Eur J Psychiatr.* 2008; 22(2):107-15.
- Togeiro SMGP, Smith AK. Métodos diagnósticos nos distúrbios do sono. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005, 37(supl. I):.
- Urquijo S. Auto-conceito y desempeño académico en adolescentes. Relaciones con sexo, edad e institución. *Psico USF.* 2002; 7(2):211-8.
- Valentim MG. Preguiça: um problema da adolescência negligenciado pela pesquisa? [Tese]. Universidade Estadual de Botucatu. Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.
- Vallido T, Jackson D, O'Brien L. Mad, sad and hormonal: the gendered nature of adolescent sleep disturbance. *J Child Health Care.* 2009; 13(1):7-18.
- Vandereycken W. Emergence of bulimia nervosa as a separate diagnostic entity: review of the literature from 1960 to 1979. *Int J Eating Disord.* 1994; 16(2):105-16.
- Velho G. Família e subjetividade. In: Almeida, Angela Mandes de (Org.). *Pensando a família no Brasil.* Rio de Janeiro: Espaço e Tempo/Ed. da UFRJ, 1987

Versiani M, Reis R, Figueira I. Diagnóstico do Transtorno depressivo na infância e adolescência. *J Bras Psiquiatr*. 2000; 49(10-12):367-82.

Vignau J, Bailly D, Duhamel A, Vervaeck P, Beuscart R, Collinet C. Epidemiologic study of sleep quality and troubles in French secondary school adolescents. *J Adoles Health*. 1997; 21(5):343-50.

Vilela JEM, Lamounier JA, Dellaretti Filho MA, Barros Neto JR, Horta GM. Transtornos alimentares em escolares. *J Pediatr (Rio Janeiro)*. 2004; 80(1):49-54.

Villanueva LA, Fajardo PMM, Iglesias LF. Factores sociodemográficos asociados a depresión em uma muestra de adolescentes embarazadas. *Ginecol Obstetr Mex*. 2000; 68(4):143-8.

Villarroel Henríquez VA. Relación entre autoconcepto y rendimiento académico. Universidad Católica de Chile. *Revista Psykhe*. 2000; 10(1):.

Vitolo MR, Bortolini GA, Horta RL. Prevalência de compulsão alimentar entre universitários de diferentes áreas de estudo. *Rev Psiquiat Rio Gde Sul*. 2006, 26(1):.

Viuniski N. Obesidade Infantil: um guia prático para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: EPUB, 1999.

Walsh BT, Devlin MJ. Eating disorders: progress and problems. In: Regulation of body weight - Articles. *Science*. 1998; 280:1387-90.

Webb WB. Developmental aspects and a behavioral model of human sleep. In: Stampi, C. *Why we nap: Evolution, chronobiology, and functions of polyphasic and ultrashort sleep*. Boston: Birkhaeuser, 1992.

Webere MJG. *Sexualidade, política e educação*. Campinas: Autores Associados, 1998.

Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1977; 34:98-111.

Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implication for health care research. *Science*, 1995, 269:799-801.

Weller EB, Weller RA. Transtornos depressivos em crianças e adolescents. In: Garfinkel C, Weller EB (Eds.). *Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Wermuth BM, Davis KL, Hollister LE, Stunkard AJ. Phenytoin treatment of the binge-eating syndrome. *Am J Psychiatry*. 1977; 134:1249-53.

Werutsky CA; Barros TM. Grupo com obesos. In: Melo Filho J, et al. *Grupo e corpo, psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

Whitaker DCA, Fiamengue EC. Ensino médio: função do estado ou da Empresa? *Educ Soc*. 2001; 22(75):.

Wichstrom L. The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Dev Psychol*. 1999; 35:232-45.

Wilson GT, Nonas C, Rosenblum GD. Assessment of binge eating in obese patients. *Int J Eat Disord*. 1993;13(1):25-33.

Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Chil Development*. 1998, 69(4),875-87.

Wolfson AR, Carskadon MA. Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Med Rev*. 2003; 7(6):491-6.

Wong MM, Brower KJ, Fitzgerald HE, Zucker RA. Sleep problems in early childhood and early onset of alcohol and other drug use in adolescence. *Alcohol Clin Exp Res*. 2004; 28(4):578-87.

Woodley J, Smith S. Safety behaviors and dysfunctional beliefs about sleep, testing a cognitive model of the maintenance of insomnia. *J Psychosom Res.* 2006; 60(6):551-7.

Woodside DB, Garfinkel PE. Age of onset in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 1992, 12:31-6.

Wooten VD, Buysse DJ. Sleep in psychiatric disorders. In: Chokroverty S. *Sleep disorders medicine: basic science, technical considerations and clinical aspects.* 2^a ed. New York: Butterworth-Heinemann; 1999.

Yager J, Arderson A, Devlin M, Egger H, Herzog D, Mitchell J, et al. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders.* In: American Psychiatry Association practice guidelines for treatment psychiatry disorders: compendium 2000. 2^a ed. Washington (DC): American Psychiatry Association, 2000.

Yang B, Clum GA. Life stress, social support and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness and suicide ideation in an asian student. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1994; 24(2):127-39.

Yanovski SZ, Nelson JE, Dubbed BK, Sptizer RL. Association of binge eating disorder and psychiatry commorbidity in obese subjects. *Am J Psychol.* 1993; 150:1472.


Yanovski SZ, Sebring NG. Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *Int J Eat Disord.* 1994; 15:135-50.

Yanovski SZ. Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. *Obes Res.* 1993; 1:306-24.

Zago N. Cursos pré-vestibulares populares: limites e perspectivas. *XIII Congresso Brasileiro de Sociologia.* Maio, 2007. UFPE, p. 12.

10 ANEXOS

Anexo A



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

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

<p>1 0 Não me sinto triste. 1 Eu me sinto triste. 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto. 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro. 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro. 2 Acho que nada tenho a esperar. 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso. 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum. 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos. 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes. 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes. 2 Não encontro um prazer real em mais nada. 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado. 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo. 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo. 3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido. 1 Acho que posso ser punido. 2 Creio que vou ser punido. 3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo. 1 Estou decepcionado comigo mesmo. 2 Estou enjoado de mim. 3 Eu me odeio.</p>	<p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros. 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros. 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas. 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar. 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria. 2 Gostaria de me matar. 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual. 1 Choro mais agora do que costumava. 2 Agora, choro o tempo todo. 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui. 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava. 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo. 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas. 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar. 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas. 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes. 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava. 2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes. 3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
---	---

Subtotal da Página 1 **CONTINUAÇÃO NO VERSO**

*Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados ©1991, a Aaron T. Beck.
Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados ©1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados.

Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda.
BDI é um logotipo da Psychological Corporation.

- 14** 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

- 15** 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

- 16** 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

- 17** 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 18** 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

- 19** 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____

- 20** 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

- 21** 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado por sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ Escore Total.

Anexo B

3 - PSQI Questionário Pittsburgh Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh

Instruções:

As questões a seguir são referentes aos seus hábitos de sono apenas durante o mês passado. Suas respostas devem ser do mês passado. Por favor, responda a todas as questões.

1- Durante o mês passado, a que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?
HORÁRIO DE DEITAR: _____

2- Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono na maioria das vezes?
QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

3- Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã na maioria das vezes?
HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4- Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)
HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguintes, escolha uma única resposta que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5- Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

A- demorar mais de 30 minutos (meia hora) para pegar no sono:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

B- acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana

d) três vezes por semana ou mais

C- levantar-se para ir ao banheiro:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

D- ter dificuldade para respirar:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

E- tossir ou roncar muito alto:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

F- sentir muito frio:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

G- sentir muito calor:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

H- ter sonhos ruins ou pesadelos:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

I- sentir dores:

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

J- outras razões, por favor

descreva: _____

K- Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

6. Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

- a) muito boa
- b) ruim
- c) boa
- d) muito ruim

7. Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana
- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

Qual (is)? _____

8. Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isto aconteceu?

- a) nenhuma vez
- b) menos de uma vez por semana

- c) uma ou duas vezes por semana
- d) três vezes por semana ou mais

9. Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

- a) nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo
- b) indisposição e falta de entusiasmo pequenas
- c) indisposição e falta de entusiasmo moderadas
- d) muita indisposição e falta de entusiasmo

Anexo C

1 QUESTIONÁRIO SOBRE PADRÕES DE ALIMENTAÇÃO E PESO – REVISADO (QWEP-R)©

Robert L. Spitzer, Susan Z. Yanovski, Marsha D. Marcus Tradutoras :
Christina Morgan e M. Beatriz F. Borges

Nome _____
Data do Nascimento _____
Endereço residencial: _____
Bairro: _____
Telefone: _____ celular _____
Curso que pretende cursar (1ª opção) _____

Agradecemos por você completar este questionário. Por favor faça um círculo no número ou na questão apropriada ou escreva por extenso a informação quando solicitado(a). Você pode deixar em branco perguntas que não entenda ou não deseje responder.

1. Qual é o nível de escolaridade de seu pai?

- 1 Primeiro grau incompleto
- 2 Primeiro grau completo
- 3 Segundo grau incompleto
- 4 Segundo grau completo
- 5 Curso superior incompleto
- 6 Curso superior completo

2. Qual é o nível de escolaridade de sua mãe?

- 1 Primeiro grau incompleto
- 2 Primeiro grau completo
- 3 Segundo grau incompleto
- 4 Segundo grau completo
- 5 Curso superior incompleto
- 6 Curso superior completo

3. Renda Familiar:

- 1) 1 a 5 salários mínimos
- 2) 6 a 10 salários mínimos
- 3) 11 a 20 salários mínimos
- 4) 21 a 30 salários mínimos
- 5) acima de 30 salários mínimos

4. Quantas pessoas vivem em sua casa? _____

05. Qual é a sua raça?

- 1 Negra

- 2. Branca
- 3 Amarela
- 4 Outras (Qual?)

06. Qual é seu nível de escolaridade?

- 1 Primeiro grau incompleto
- 2 Primeiro grau completo
- 3 Segundo grau incompleto
- 4 Segundo grau completo
- 5 Curso superior incompleto
- 6 Curso superior completo

07. Qual é sua altura ?

_____m_____ cm

08. Quanto você pesa atualmente ?

_____ Kg

09. Qual foi o seu peso mais alto ?

(exclua períodos de gestação)

_____Kg

10. Você já esteve pelo menos 4,5 Kg acima do seu peso quando criança, ou pelo menos 7,0 Kg acima do seu peso quando adulto ?

(exclua períodos de gestação)

- 1 Sim
- 2 Não ou não sei

SE SUA RESPOSTA FOI SIM: Que idade você tinha na primeira vez que esteve acima do peso (pelo menos 4,5 Kg quando criança ou 7,0 Kg quando adulto)? Se não tiver certeza, tente ser o mais preciso possível.

_____Anos

11. Quantas vezes (aproximadamente) você perdeu 9 Kg ou mais (não por motivo de doença) e recuperou-os depois?

- 1 Nunca
- 2 Uma ou duas vezes
- 3 Três ou quatro vezes
- 4 Cinco vezes ou mais

12. Nos últimos seis meses, você muitas vezes comeu, num curto espaço de tempo (duas horas ou menos), quantidades de comida que a maioria das pessoas consideraria grande demais?

- 1 Sim
- 2 Não

SE RESPONDEU NÃO: Pule para a questão 15

13. Nas ocasiões em que você comeu deste modo, geralmente sentia que não conseguia parar de comer ou controlar o que ou quanto comia?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU NÃO: Pule para a questão 15

14. Nos últimos seis meses, com que frequência, em média, você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida mais (junto com) a sensação de comer descontroladamente

(Pode ter havido semanas em que isto não aconteceu. Procure estabelecer a média.)?

- 1 Menos que um dia por semana
- 2 Um dia por semana
- 3 Dois ou três dias por semana
- 4 Quatro ou cinco dias por semana
- 5 Quase todos os dias

15. Nessas ocasiões você habitualmente tinha as seguintes experiências?

- a Comer muito mais rápido do que o usual? Sim Não
- b Comer até se sentir mal de tão cheio? Sim Não
- c Comer grandes quantidades de comida quando não fisicamente com fome?
Sim Não d Comer sozinho porque se sentia envergonhado pela quantidade que comia? Sim Não e Sentir-se aborrecido com você mesmo, muito culpado ou deprimido, após o episódio de excesso alimentar? Sim Não

16. Pense numa ocasião (situação) típica em que você comeu deste modo, isto é, grandes quantidades de comida mais a sensação de comer descontroladamente.

a A que horas do dia o episódio começou?

- 1 Na parte da manhã (8 às 12)
- 2 No começo da tarde (12 às 16)
- 3 No fim da tarde (16 às 19)
- 4 No começo da noite (19 às 22)
- 5 Tarde da noite (após 22)

b Aproximadamente quanto tempo durou o episódio alimentar, desde a hora em que você começou a comer até a hora em que parou e não comeu de novo durante duas horas no mínimo?

_____ Horas _____ minutos

c Por favor, procure lembrar-se da melhor maneira possível e faça uma lista de tudo que você pode ter comido ou bebido durante aquele episódio. Se ficou comendo por mais de duas horas, descreva os alimentos e bebidas ingeridos durante as duas horas em que mais comeu. Seja específico- inclua a marca dos alimentos quando possível e quantidades estimadas o mais precisamente possível (por exemplo: 1 barra média de chocolate Nestlé (50g); 15 bolachas recheadas de chocolate, marca São Luis Extra; 2 copos (de requieirão) de coca-cola; 3 pãezinhos franceses com manteiga; 5 pães de queijo; 1 lata de leite condensado Nestlé).

d Quando este episódio começou quanto tempo fazia desde o fim de sua última refeição ou lanche?

_____ Horas _____ minutos

17. De modo geral, nos últimos seis meses, quanto você se aborreceu por causa dos seus excessos alimentares (comer mais do que considera o melhor para você)?

- 1 Nem um pouco
- 2 Levemente
- 3 Moderadamente
- 4 Muito
- 5 Extremamente

18. De modo geral, nos últimos seis meses, quanto você se aborreceu por causa da sensação de que você não conseguia parar de comer ou controlar o quê / quanto comia?

- 1 Nem um pouco
- 2 Levemente
- 3 Moderadamente
- 4 Muito
- 5 Extremamente

19. Nos últimos seis meses, quanto o seu peso e a forma de seu corpo influenciaram o modo como você se sente e se avalia como pessoa? (Em comparação a outros aspectos de sua vida. Por exemplo como você se sai no trabalho, como mãe, no relacionamento com outras pessoas.)

- 1 O peso e a forma não tiveram muita influência
- 2 O peso e a forma tiveram alguma influência no modo como você se sente e se avalia como pessoa
- 3 O peso e a forma foram os principais fatores que influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo
- 4 O peso e a forma foram os fatores que mais influenciaram o modo como você se sente em relação a você mesmo

20. Nos últimos três meses, você alguma vez provocou vômito para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

- 1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

21. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de laxantes para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

22. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de diuréticos para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

23. Nos últimos três meses, você alguma vez jejuou (não comeu nada durante pelo menos 24 horas) para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado ?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que um dia por semana
- 2 Um dia por semana
- 3 Dois ou três dias por semana
- 4 Quatro ou cinco dias por semana
- 5 Quase todos os dias

24. Nos últimos três meses, você alguma vez se exercitou por mais de uma hora especificamente para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana

5 Mais que cinco vezes por semana

25. Nos últimos três meses, você alguma vez tomou mais que o dobro da dose recomendada de pilulas de emagrecimento para evitar ganho de peso depois de ter comido grandes quantidades de comida, de modo descontrolado?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Com que frequência, em média, isto ocorreu?

- 1 Menos que uma vez por semana
- 2 Uma vez por semana
- 3 Duas ou três vezes por semana
- 4 Quatro ou cinco vezes por semana
- 5 Mais que cinco vezes por semana

26. Nos últimos seis meses, você participou de reuniões de algum programa de controle de peso (por exemplo: Vigilantes do Peso) ou de algum grupo de auto-ajuda (por exemplo: os Comedores Compulsivos Anônimos)?

1 Sim 2 Não

SE RESPONDEU SIM: Nome do Programa _____

27. Desde que você é adulto (18 anos de idade) quanto tempo passou fazendo ou tentando fazer dieta, ou de algum modo limitando a quantidade que comia com o intuito de perder ou de manter o peso depois de ter emagrecido?

- 1 Nenhum ou quase nenhum tempo
- 2 Aproximadamente um quarto do tempo
- 3 Aproximadamente metade do tempo
- 4 Aproximadamente três quartos do tempo
- 5 Quase todo o tempo

28. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA CHEGOU A PERDER PELO MENOS 4,5 Kg ATRAVÉS DE DIETA: Que idade você tinha na primeira vez que perdeu no mínimo 4,5 Kg através da dieta ou de limitar o quanto você comia? Se você não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível.
_____ Anos

29. PULE ESTA QUESTÃO SE VOCÊ NUNCA TEVE EPISÓDIOS DE EXCESSO ALIMENTAR ASSOCIADO A UMA SENSÇÃO DE PERDA DE CONTROLE: Quantos anos você tinha quando apresentou pela primeira vez momentos em que comia grandes quantidades de comida mais (junto com) a sensação de não conseguir controlar o que / quanto comia? Se não tiver certeza, procure estimar o mais precisamente possível. _____ Anos

Anexo D

Análise Estatística

De: Câmara de Pesquisa – Serviço de Estatística – FCM – Unicamp.
Para: Célia Regina da Silva Rocha / Dr. Rubens Reimão – Saúde da Criança e do Adolescente.
Data: 16 de dezembro de 2009.

Depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.

Objetivos:

1. Descrever a casuística de n=529 alunos do 3º ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares, com relação aos dados sócio-demográficos, de sintomas de depressão (BDI), de distúrbios do sono (PSQI) e de compulsão alimentar (QPEWR).
2. Comparar as principais variáveis entre os gêneros, faixas etárias, tipos de escola e períodos de estudo.
3. Analisar a relação entre os distúrbios (depressão, sono e compulsão alimentar).

Metodologia Estatística:

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, faixa etária, tipo de escola, ...), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, escores dos instrumentos, ...), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das principais variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para comparar as variáveis numéricas entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e entre 3 ou mais grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis.

Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, devido à ausência de distribuição Normal das variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($P < 0.05$).

Resultados:

Análise Descritiva Geral

- As tabelas 1 e 2, a seguir, apresentam as tabelas de frequência e as estatísticas descritivas das variáveis da amostra total (n=529).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis categóricas.

Idade	Frequency	Percent	EscPal	Frequency	Percent	Duracao	Frequency	Percent
16	89	16.82	1GR INCO	2	0.38	0	118	22.31
17	219	41.40	1GR COMP	18	3.42	1	287	54.25
18	150	28.36	2GR INCO	76	14.42	2	86	16.26
19	71	13.42	2GR COMP	303	57.50	3	38	7.18
			SUP INCO	76	14.42			
			SUP COMP	52	9.87			
			Frequency Missing = 2					
Sexo	Frequency	Percent	EscMae	Frequency	Percent	Eficiencia	Frequency	Percent
MASCULIN	241	45.56	1GR INCO	16	3.02	0	62	11.72
FEMININO	288	54.44	1GR COMP	57	10.78	1	367	69.38
			2GR INCO	72	13.61	2	89	16.82
			2GR COMP	144	27.22	3	11	2.08
			SUP INCO	71	13.42			
			SUP COMP	169	31.95			
			Frequency Missing = 1					
Trabalha	Frequency	Percent	Renda	Frequency	Percent	DistSono	Frequency	Percent
SIM	142	26.89	Fam	Frequency	Percent	0	484	91.49
NÃO	386	73.11	1-5 SM	227	43.99	1	25	4.73
Frequency Missing = 1			6-10	129	25.00	2	14	2.65
			11-20	71	13.76	3	6	1.13
			21-30	38	7.36			
			+ 30	51	9.68			
			Frequency Missing = 13					
Horario	Frequency	Percent	NumPessoas	Frequency	Percent	Usa_Med	Frequency	Percent
MANHÃ	411	77.69	2	42	7.97	0	131	24.76
TARDE	18	3.40	3	181	34.35	1	119	22.50
NOITE	100	18.90	4	177	33.59	2	243	45.94
			5	96	18.22	3	161	30.43
			6	23	4.36			
			7	6	1.14			
			8	2	0.38			
			Frequency Missing = 13					
Cursinho	Frequency	Percent	BDI	Frequency	Percent	Sonolenc	Frequency	Percent
SIM	73	13.80	MÍNIMA	397	75.05	0	6	1.13
NÃO	456	86.20	LEVE	95	17.96	1	119	22.50
			MODERADA	28	5.29	2	243	45.94
			SEVERA	9	1.70	3	161	30.43
			Frequency Missing = 7					
Curso	Frequency	Percent	QualSubj	Frequency	Percent	Total	Frequency	Percent
Sup	Frequency	Percent	0	4	0.76	PSQI	Frequency	Percent
SIM	479	92.83	1	519	98.11	SONO BOM	61	11.53
NÃO	37	7.17	2	6	1.13	SON RUIM	468	88.47
Frequency Missing = 13			Frequency Missing = 10					
Raca	Frequency	Percent	Latencia	Frequency	Percent			
NEGRA	69	13.22	0	145	27.41			
BRANCA	381	72.99	1	279	52.74			
AMARELA	23	4.41	2	66	12.48			
OUTRA	49	9.39	3	39	7.37			
Frequency Missing = 7			Frequency Missing = 1					
NivelEsc	Frequency	Percent						
1GR INCO	1	0.19						
1GR COMP	15	2.89						
2GR INCO	439	84.59						
2GR COMP	64	12.33						
Frequency Missing = 10								
Tipo	Frequency	Percent						
Escola	Frequency	Percent						
PÚBLICA	352	66.47						
PARTICUL	98	18.56						
CURSINHO	78	14.77						
Frequency Missing = 1								

Tabela 2. Análise descritiva das variáveis numéricas.

VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX
IDADE	529	17,38	0,92	16,00	17,00	17,00	18,00	19,00
NumPessoas	527	3,82	1,07	2,00	3,00	4,00	4,00	8,00
BDI	529	8,02	8,15	0,00	2,00	6,00	11,00	43,00
TotalPSQI	529	7,63	1,97	0,00	6,00	8,00	9,00	14,00

Análise Comparativa entre Gêneros

- As tabelas 3 e 4, a seguir, apresentam as comparações das principais variáveis entre os gêneros.

Tabela 3. Comparação das principais variáveis categóricas entre gêneros.

<p>Idade Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>16 , 35 , 54 , 89</p> <p>, 14,52 , 18,75 ,</p> <p>17 , 95 , 124 , 219</p> <p>, 39,42 , 43,06 ,</p> <p>18 , 76 , 74 , 150</p> <p>, 31,54 , 25,69 ,</p> <p>19 , 35 , 36 , 71</p> <p>, 14,52 , 12,50 ,</p> <p>Total 241 288 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=3,79; GL=3; P=0,285</p>	<p>Cursinho Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>SIM , 35 , 38 , 73</p> <p>, 14,52 , 13,19 ,</p> <p>NÃO , 206 , 250 , 456</p> <p>, 85,48 , 86,81 ,</p> <p>Total 241 288 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0,19; GL=1; P=0,659</p>	<p>TipoEscola Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>PÚBLICA , 176 , 176 , 352</p> <p>, 73,03 , 61,32 ,</p> <p>PARTICUL , 43 , 55 , 98</p> <p>, 17,84 , 19,16 ,</p> <p>CURSINHO , 22 , 56 , 78</p> <p>, 9,13 , 19,51 ,</p> <p>Total 241 287 528</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=12,38; GL=2; P=0,002</p>
<p>Trabalha Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>SIM , 74 , 68 , 142</p> <p>, 30,83 , 23,61 ,</p> <p>NÃO , 166 , 220 , 386</p> <p>, 69,17 , 76,39 ,</p> <p>Total 240 288 528</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=3,47; GL=1; P=0,062</p>	<p>CursoSup Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>SIM , 218 , 261 , 479</p> <p>, 93,16 , 92,55 ,</p> <p>NÃO , 16 , 21 , 37</p> <p>, 6,84 , 7,45 ,</p> <p>Total 234 282 516</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=0,07; GL=1; P=0,790</p>	<p>EscPai Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>1 GRAU , 9 , 11 , 20</p> <p>, 3,75 , 3,83 ,</p> <p>2 GRAU , 166 , 213 , 379</p> <p>, 69,17 , 74,22 ,</p> <p>3 GRAU , 65 , 63 , 128</p> <p>, 27,08 , 21,95 ,</p> <p>Total 240 287 527</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1,88; GL=2; P=0,390</p>
<p>Horario Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>MANHÃ , 188 , 223 , 411</p> <p>, 78,01 , 77,43 ,</p> <p>TARDE , 5 , 13 , 18</p> <p>, 2,07 , 4,51 ,</p> <p>NOITE , 48 , 52 , 100</p> <p>, 19,92 , 18,06 ,</p> <p>Total 241 288 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=2,54; GL=2; P=0,281</p>	<p>Raca Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>NEGRA , 29 , 40 , 69</p> <p>, 12,34 , 13,94 ,</p> <p>BRANCA , 176 , 205 , 381</p> <p>, 74,89 , 71,43 ,</p> <p>AMARELA , 8 , 15 , 23</p> <p>, 3,40 , 5,23 ,</p> <p>OUTRA , 22 , 27 , 49</p> <p>, 9,36 , 9,41 ,</p> <p>Total 235 287 522</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1,44; GL=3; P=0,697</p>	<p>EscMae Sexo</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MASCULIN, FEMININO, Total</p> <p>1 GRAU , 38 , 35 , 73</p> <p>, 15,77 , 12,15 ,</p> <p>2 GRAU , 100 , 116 , 216</p> <p>, 41,49 , 40,28 ,</p> <p>3 GRAU , 103 , 137 , 240</p> <p>, 42,74 , 47,57 ,</p> <p>Total 241 288 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=1,96; GL=2; P=0,374</p>

Tabela 3 (cont). Comparação das principais variáveis categóricas entre gêneros.

RendaFam	Sexo	Total	BDI	Sexo	Total	TotalPSQI	Sexo	Total			
Frequency,	Col Pct		Frequency,	Col Pct		Frequency,	Col Pct				
,MASCULIN,FEMININO,			,MASCULIN,FEMININO,			,MASCULIN,FEMININO,					
1-5 SM	118	109	227	MENINA	195	212	397	SONO BOM	28	33	61
	50.00	38.93			76.76	73.61			11.62	11.46	
6-10	57	72	129	LEVE	45	50	95	SON RUIM	213	255	468
	24.15	25.71			18.67	17.36			88.38	88.54	
11-20	24	47	71	MODERADA	9	19	28	Total	241	288	529
	10.17	16.79			3.73	6.60		TESTE QUI-QUADRADO: X2=0.01; GL=1; P=0.954			
21-30	17	21	38	SEVERA	2	7	9				
	7.29	7.50			0.83	2.43					
4 30	20	31	51	Total	241	288	529				
	8.47	11.07		TESTE EXATO DE FISHER: P=0.249							
Total	236	280	516								
TESTE QUI-QUADRADO: X2=8.66; GL=4; P=0.070											

Tabela 4. Comparação das principais variáveis numéricas entre gêneros.

SEXO MASCULINO						SEXO FEMININO								
VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MIN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
IDADE	241	17.46	0.91	16.00	17.00	19.00	IDADE	288	17.32	0.92	16.00	17.00	19.00	P=0.046
NumPessoas	240	3.82	1.08	2.00	4.00	8.00	NumPessoas	287	3.81	1.07	2.00	4.00	8.00	P=0.925
BDI	241	7.21	7.19	0.00	6.00	43.00	BDI	288	8.70	8.83	0.00	6.00	41.00	P=0.109
TotalPSQI	241	7.63	1.96	1.00	8.00	12.00	TotalPSQI	288	7.62	1.98	0.00	8.00	14.00	P=0.961

* Valor-P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos valores entre gêneros (M vs F).

- Pelos resultados, verifica-se diferença significativa entre gêneros para a seguinte variável: tipo de escola (maior frequência de cursinho no sexo feminino e maior frequência de escola pública no sexo masculino).

Análise Comparativa entre Faixas Etárias

- As tabelas 5 e 6, a seguir, apresentam as comparações das principais variáveis entre as faixas etárias.

Tabela 5. Comparação das principais variáveis categóricas entre faixas etárias.

Trabalha	Idade	Total	Horario	Idade	Total
Frequency,	Col Pct		Frequency,	Col Pct	
,16 ,17 ,18 ,19			,16 ,17 ,18 ,19		
SIM	24	85	23	10	142
	26.87	38.99	15.33	14.08	
NÃO	65	133	127	61	386
	73.03	61.01	84.67	85.92	
Total	89	218	150	71	528
TESTE QUI-QUADRADO: X2=32.35; GL=3; P<0.001			TESTE QUI-QUADRADO: X2=18.95; GL=6; P=0.004		

Tabela 5 (cont). Comparação das principais variáveis categóricas entre faixas etárias.

CursoInho					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
SIM					7					18					34					14				
					7,87					8,22					22,67					19,72				
NÃO					82					201					116					57				
					82,13					91,78					77,33					80,28				
Total					89					219					150					71				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=20,37; GL=3; P<0,001																								
CursoSup					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
SIM					86					199					133					61				
					97,73					93,43					90,48					89,73				
NÃO					2					14					14					37				
					2,27					6,57					9,52					10,29				
Total					88					213					147					68				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=5,51; GL=3; P=0,138																								
Raca					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
NEGRA					6					33					17					13				
					6,74					15,21					11,72					18,31				
BRANCA					71					151					112					47				
					79,78					69,59					77,24					66,20				
AMARELA					2					7					10					4				
					2,25					3,23					6,90					5,63				
OUTRA					10					26					6					7				
					11,24					11,98					4,14					9,86				
Total					89					217					145					71				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=16,89; GL=9; P=0,051																								
TipoEscola					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
PÚBLICA					63					138					114					57				
					48,31					63,01					76,00					81,43				
PARTICU					31					54					6					7				
					34,83					24,66					4,00					10,00				
CURSINH					15					27					30					6				
					16,85					12,33					20,00					8,57				
Total					89					219					150					70				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=51,90; GL=6; P<0,001																								
EscPai					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
1 GRAU					0					7					5					8				
					0,00					3,21					3,36					11,27				
2 GRAU					75					161					94					49				
					84,27					73,85					63,09					69,03				
3 GRAU					14					50					50					14				
					15,73					22,94					33,56					19,72				
Total					89					218					149					71				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=26,53; GL=6; P<0,001																								
EscMae					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
1 GRAU					9					30					16					18				
					10,11					13,70					10,67					25,35				
2 GRAU					38					86					61					31				
					42,70					39,27					40,67					43,66				
3 GRAU					42					103					73					22				
					47,19					47,03					48,67					30,99				
Total					89					219					150					71				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=12,95; GL=6; P=0,044																								
RendaFam					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
1-5 SM					29					87					80					31				
					33,33					40,85					55,56					43,66				
6-10					20					54					32					23				
					22,99					25,23					22,22					32,39				
11-20					20					30					14					7				
					22,92					14,02					9,72					9,86				
21-30					6					17					10					5				
					6,90					7,94					6,94					7,04				
+ 30					12					26					8					5				
					13,72					12,15					5,56					7,04				
Total					87					214					144					71				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=23,13; GL=12; P=0,027																								
BDI					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
MÍNIMA					70					165					109					53				
					78,65					75,34					72,67					74,65				
LEVE					16					38					26					15				
					17,98					17,35					17,33					21,13				
MODERADA					1					13					11					3				
					1,12					5,94					7,33					4,23				
SEVERA					2					3					4					0				
					2,25					1,37					2,67					0,00				
Total					89					219					150					71				
TESTE EXATO DE FISHER: P=0,572																								
TotalPSQI					Idade					Frequency,					Total									
Col Pct					,16					,17					,18					,19				
SOND BCM					8					25					22					6				
					8,99					11,42					14,67					8,45				
SON RUM					81					194					128					65				
					91,01					88,58					85,33					91,55				
Total					89					219					150					71				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=2,67; GL=3; P=0,445																								

Tabela 6. Comparação das principais variáveis numéricas entre faixas etárias.

IDADE	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
16	NumPessoas	89	3,89	1,05	2,00	4,00	7,00	P=0,030
	BDI	89	7,27	7,31	0,00	5,00	41,00	P=0,872
	TotalPSQI	89	7,69	1,82	4,00	8,00	12,00	P=0,851
17	NumPessoas	218	3,94	1,07	2,00	4,00	8,00	
	BDI	219	8,04	7,98	0,00	5,00	40,00	
	TotalPSQI	219	7,70	1,90	2,00	8,00	12,00	
18	NumPessoas	149	3,64	1,08	2,00	3,00	8,00	
	BDI	150	8,45	8,30	0,00	6,00	43,00	
	TotalPSQI	150	7,45	2,17	0,00	8,00	14,00	
19	NumPessoas	71	3,70	1,03	2,00	4,00	7,00	
	BDI	71	7,99	7,11	0,00	7,00	34,00	
	TotalPSQI	71	7,68	1,92	3,00	7,00	12,00	

* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre os 4 grupos etários. Diferenças significativas (teste post-hoc de Dunn, P<0.05): número de pessoas ('17 anos' vs '18 anos').

- Pelos resultados, verifica-se diferença significativa entre as faixas etárias para as seguintes variáveis: trabalha (maior frequência nos com 16 ou 17 anos), horário (maior frequência de noite nos com 17 anos), faz cursinho concomitante (maior frequência nos com 18 ou 19 anos), tipo de escola (maior frequência de particular nos com 16 ou 17 anos), escolaridade paterna e materna (maior frequência de 1º grau nos com 19 anos), renda familiar (maior frequência de 1 a 10 SM nos com 18 ou 19 anos), e número de pessoas (maior nos com 17 anos).

Análise Comparativa entre Tipos de Escola

- As tabelas 7 e 8, a seguir, apresentam as comparações das principais variáveis entre os 3 tipos de escola.

Tabela 7. Comparação das principais variáveis categóricas entre tipos de escola.

Trabalha					Cursinho					Raca							
Frequency,	Col Pct	TipoEscola			Frequency,	Col Pct	TipoEscola			Frequency,	Col Pct	TipoEscola					
		PÚBLICA	PARTICUL	CURSINHO	Total			PÚBLICA	PARTICUL	CURSINHO	Total			PÚBLICA	PARTICUL	CURSINHO	Total
SIM	107	21	14	142	SIM	28	5	40	73	NEGRA	43	11	14	68			
	30,48	21,43	17,95			7,95	5,10	51,28			12,39	11,46	17,95				
NÃO	244	77	64	385	NÃO	324	93	38	455	BRANCA	261	64	56	381			
	69,52	78,57	82,05			92,05	94,90	48,72			75,22	66,67	71,79				
Total	351	98	78	527	Total	352	98	78	528	AMARELA	18	2	3	23			
											5,19	2,08	3,85				
TESTE QUI-QUADRADO: X2=6,96; GL=2; P=0,031					TESTE QUI-QUADRADO: X2=108,29; GL=2; P<0,001					TESTE QUI-QUADRADO: X2=17,76; GL=6; P=0,007							
Horario					CursoSup					Total							
Frequency,	Col Pct	TipoEscola			Frequency,	Col Pct	TipoEscola			Frequency,	Col Pct	TipoEscola					
		PÚBLICA	PARTICUL	CURSINHO	Total			PÚBLICA	PARTICUL	CURSINHO	Total			PÚBLICA	PARTICUL	CURSINHO	Total
MANHÃ	250	98	62	410	SIM	317	92	69	478	OUTRA	25	19	5	49			
	71,02	100,00	79,49			92,15	96,84	90,79			7,20	19,79	6,41				
TARDE	5	0	13	18	NÃO	27	3	7	37								
	1,42	0,00	16,62			7,85	3,16	9,21									
NOITE	97	0	3	100	Total	344	95	76	515								
	27,56	0,00	3,85														
Total	352	98	78	528	TESTE QUI-QUADRADO: X2=3,01; GL=2; P=0,223					TESTE QUI-QUADRADO: X2=17,76; GL=6; P=0,007							
TESTE EXATO DE FISHER: P<0,001																	

Tabela 7 (cont). Comparação das principais variáveis categóricas entre tipos de escola.

EscPai	TipoEscola	RendaFam	TipoEscola	BDI	TipoEscola
Frequency,		Frequency,		Frequency,	
Col Pct ,	PÚBLICA , PARTICUL, CURSINHO, Total	Col Pct ,	PÚBLICA , PARTICUL, CURSINHO, Total	Col Pct ,	PÚBLICA , PARTICUL, CURSINHO, Total
1 GRAU	19, 0, 1, 20 5.41, 0.00, 1.30	1-5 SM	201, 12, 14, 227 57.26, 12.90, 19.72	MINIMA	270, 73, 53, 396 76.70, 74.49, 67.95
2 GRAU	222, 68, 68, 378 61.25, 89.80, 88.31	6-10	98, 13, 18, 129 27.92, 13.98, 25.35	LEVE	64, 17, 14, 95 18.18, 17.35, 17.95
3 GRAU	110, 10, 8, 128 31.34, 10.20, 10.39	11-20	27, 25, 18, 70 7.69, 26.88, 25.35	MODERADA	16, 4, 8, 28 4.55, 4.08, 10.26
Total	351 98 77 526	21-30	13, 17, 8, 38 3.70, 18.28, 11.27	SEVERA	2, 4, 3, 9 0.57, 4.08, 3.85
TESTE EXATO DE FISHER: P<0.001					
EscMae	TipoEscola	Total	Total	Total	Total
Frequency,					
Col Pct ,	PÚBLICA , PARTICUL, CURSINHO, Total				
1 GRAU	56, 9, 8, 73 15.91, 9.18, 10.26		351 93 71 515		
2 GRAU	177, 19, 20, 216 50.28, 19.39, 25.64		TESTE QUI-QUADRADO: X2=151.4; GL=8; P<0.001		
3 GRAU	119, 70, 50, 239 33.81, 71.43, 64.10			TotalPSQI	TipoEscola
Total	352 98 78 528			Frequency,	
TESTE QUI-QUADRADO: X2=57.60; GL=4; P<0.001					
				Col Pct ,	PÚBLICA , PARTICUL, CURSINHO, Total
				SONO BCM	39, 5, 17, 61 11.08, 5.10, 21.79
				SON RUTM	313, 93, 61, 467 88.92, 84.90, 78.23
				Total	352 98 78 528
				TESTE QUI-QUADRADO: X2=12.08; GL=2; P=0.002	

Tabela 8. Comparação das principais variáveis numéricas entre tipos de escola.

Tipo Escola	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MIN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
PÚBLICA	IDADE	352	17.53	0.91	16.00	17.00	19.00	P<0.001
	NumPessoas	352	3.63	0.96	2.00	3.00	7.00	P<0.001
	BDI	352	7.21	7.28	0.00	6.00	40.00	P=0.008
	TotalPSQI	352	7.57	1.88	1.00	7.00	14.00	P=0.118
PARTICUL	IDADE	98	16.89	0.81	16.00	17.00	19.00	
	NumPessoas	98	4.26	1.20	2.00	4.00	8.00	
	BDI	98	9.01	8.98	0.00	6.50	41.00	
	TotalPSQI	98	8.03	1.75	4.00	8.00	12.00	
CURSINHO	IDADE	78	17.35	0.88	16.00	17.00	19.00	
	NumPessoas	76	4.14	1.16	2.00	4.00	8.00	
	BDI	78	10.45	10.11	0.00	7.00	43.00	
	TotalPSQI	78	7.33	2.51	0.00	7.50	12.00	

* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos valores entre os 3 tipos de escola. Diferenças significativas (teste post-hoc de Dunn, P<0.05): idade ('Pública'≠'Particular', 'Cursinho'≠'Particular'); número de pessoas ('Pública'≠'Particular', 'Cursinho'≠'Pública'); BDI ('Cursinho'≠'Pública').

- Pelos resultados, verifica-se diferença significativa entre os 3 tipos de escola para as seguintes variáveis: trabalha (maior frequência na escola pública), horário (maior frequência de noite na escola pública), faz cursinho concomitante (maior frequência no cursinho), raça (maior frequência de outra na escola particular), escolaridade paterna (maior frequência de 1º e 3º graus na escola pública), escolaridade materna (maior frequência de 1º e 2º graus na escola pública), renda familiar (maior frequência de 1 a 5 SM na escola pública), sintomas depressivos (maior frequência no cursinho), sintomas de distúrbios do sono (maior frequência nas escolas pública e particular), idade (maior na escola pública e no cursinho), número de pessoas (maior na escola particular e no cursinho), e escore total do BDI (maior no cursinho).

Análise Comparativa entre Períodos de Estudo

- As tabelas 9 e 10, a seguir, apresentam as comparações das principais variáveis entre os 3 períodos de estudo.

Tabela 9. Comparação das principais variáveis categóricas entre períodos de estudo.

<p>Trabalha Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>SIM , 63 , 8 , 71 , 142</p> <p>, 15.33 , 44.44 , 71.72 ,</p> <p>NÃO , 348 , 10 , 28 , 386</p> <p>, 84.67 , 55.56 , 28.28 ,</p> <p>Total 411 18 99 528</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=131.9; GL=2; P<0.001</p>	<p>Raca Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>NEGRA , 48 , 2 , 19 , 69</p> <p>, 11.88 , 11.11 , 19.00 ,</p> <p>BRANCA , 302 , 12 , 67 , 381</p> <p>, 74.75 , 66.67 , 67.00 ,</p> <p>AMARELA , 15 , 2 , 6 , 23</p> <p>, 3.71 , 11.11 , 6.00 ,</p> <p>OUTRA , 39 , 2 , 8 , 49</p> <p>, 9.65 , 11.11 , 8.00 ,</p> <p>Total 404 18 100 522</p> <p>TESTE EXATO DE FISHER: P=0.222</p>	<p>RendaFam Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>1-5 SM , 166 , 2 , 59 , 227</p> <p>, 41.71 , 11.11 , 59.00 ,</p> <p>6-10 , 93 , 7 , 29 , 129</p> <p>, 23.37 , 38.89 , 29.00 ,</p> <p>11-20 , 57 , 7 , 71</p> <p>, 14.32 , 38.89 , 7.00 ,</p> <p>21-30 , 33 , 3 , 38</p> <p>, 8.29 , 11.11 , 3.00 ,</p> <p>+ 30 , 49 , 0 , 51</p> <p>, 12.31 , 0.00 , 2.00 ,</p> <p>Total 398 18 100 516</p> <p>TESTE EXATO DE FISHER: P<0.001</p>
<p>CursoInho Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>SIM , 63 , 7 , 3 , 73</p> <p>, 15.33 , 38.89 , 3.00 ,</p> <p>NÃO , 348 , 11 , 97 , 456</p> <p>, 84.67 , 61.11 , 97.00 ,</p> <p>Total 411 18 100 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=20.149; GL=2; P<0.001</p>	<p>EscFai Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>1 GRAU , 12 , 0 , 8 , 20</p> <p>, 2.93 , 0.00 , 8.00 ,</p> <p>2 GRAU , 299 , 15 , 65 , 379</p> <p>, 73.11 , 83.33 , 65.00 ,</p> <p>3 GRAU , 98 , 3 , 27 , 128</p> <p>, 23.96 , 16.67 , 27.00 ,</p> <p>Total 409 18 100 527</p> <p>TESTE EXATO DE FISHER: P=0.150</p>	<p>BDI Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>MÍNIMA , 313 , 10 , 74 , 397</p> <p>, 76.16 , 55.56 , 74.00 ,</p> <p>LEVE , 72 , 5 , 18 , 95</p> <p>, 17.52 , 27.78 , 18.00 ,</p> <p>MODERADA , 19 , 2 , 7 , 28</p> <p>, 4.62 , 11.11 , 7.00 ,</p> <p>SEVERA , 7 , 1 , 1 , 9</p> <p>, 1.70 , 5.56 , 1.00 ,</p> <p>Total 411 18 100 529</p> <p>TESTE EXATO DE FISHER: P=0.246</p>
<p>CursoSup Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>SIM , 380 , 12 , 87 , 479</p> <p>, 94.53 , 66.67 , 90.63 ,</p> <p>NÃO , 22 , 6 , 9 , 37</p> <p>, 5.47 , 33.33 , 9.38 ,</p> <p>Total 402 18 96 516</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=20.95; GL=2; P<0.001</p>	<p>EscMae Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>1 GRAU , 54 , 2 , 17 , 73</p> <p>, 13.14 , 11.11 , 17.00 ,</p> <p>2 GRAU , 167 , 3 , 46 , 216</p> <p>, 40.63 , 16.67 , 46.00 ,</p> <p>3 GRAU , 190 , 13 , 37 , 240</p> <p>, 46.23 , 72.22 , 37.00 ,</p> <p>Total 411 18 100 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=8.67; GL=4; P=0.070</p>	<p>TotalPSQI Horario</p> <p>Frequency,</p> <p>Col Pct ,MANHÃ ,TARDE ,NOITE , Total</p> <p>SOM BOA , 46 , 6 , 9 , 61</p> <p>, 11.19 , 33.33 , 9.00 ,</p> <p>SOM RUIM , 365 , 12 , 91 , 468</p> <p>, 88.81 , 66.67 , 91.00 ,</p> <p>Total 411 18 100 529</p> <p>TESTE QUI-QUADRADO: X2=9.06; GL=2; P=0.011</p>

Tabela 10. Comparação das principais variáveis numéricas entre períodos de estudo.

Horario	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX	VALOR-P*
MANHÃ	IDADE	411	17.38	0.95	16.00	17.00	19.00	P=0.389
	NumPessoas	410	3.85	1.09	2.00	4.00	8.00	P=0.015
	BDI	411	7.79	7.99	0.00	6.00	41.00	P=0.262
TotalPSQI		411	7.62	1.93	0.00	8.00	14.00	P=0.630

* Valor-P referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos valores entre os 3 períodos de estudo. Diferenças significativas (teste post-hoc de Dunn, P<0.05): número de pessoas ('Tarde'≠'Noite').

Tabela 10 (cont). Comparação das principais variáveis numéricas entre períodos de estudo.

Horário	VARIÁVEL	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	MEDIANA	MÁX
TARDE	IDADE	18	17,61	0,70	16,00	18,00	19,00
	NumPessoas	17	<u>4,41</u>	1,28	3,00	4,00	8,00
	BDI	18	12,33	11,80	0,00	11,00	43,00
	TotalPSQI	18	7,22	2,82	2,00	7,00	12,00
NOITE	IDADE	100	17,35	0,81	16,00	17,00	19,00
	NumPessoas	100	3,58	0,90	2,00	3,00	6,00
	BDI	100	8,19	7,91	0,00	6,50	40,00
	TotalPSQI	100	7,72	1,87	2,00	8,00	12,00

- Pelos resultados, verifica-se diferença significativa entre os 3 períodos de estudo para as seguintes variáveis: trabalha (maior frequência nos da noite), faz cursinho concomitante (maior frequência nos da tarde), pretende cursar universidade (maior frequência nos da manhã e da noite), renda familiar (maior frequência de 6 a 30 SM nos da tarde), sintomas de distúrbios do sono (maior frequência nos da manhã e da noite), e número de pessoas (maior nos da tarde).

Análise Comparativa entre Distúrbios

- A tabela 11, a seguir, apresentam as comparações entre os distúrbios (sintomas depressivos e sono). Verifica-se que não houve relação significativa entre os distúrbios.

Tabela 11. Comparação entre os distúrbios (depressão e sono).

BDI	TotalPSQI		
Frequency,			
Col. Tot.	,SONO	BCM,SON	RUIM, Total
MÍNIMA	, 45 ,	352 ,	397
	, 73,77 ,	75,21 ,	
LEVE	, 11 ,	84 ,	95
	, 18,03 ,	17,95 ,	
MODERADA	, 4 ,	24 ,	28
	, 6,56 ,	5,13 ,	
SEVERA	, 1 ,	8 ,	9
	, 1,64 ,	1,71 ,	
Total	61	468	529
TESTE EXATO DE FISHER: P=0,928			

Análise de Correlação entre Variáveis Numéricas

- A tabela 12, a seguir, apresenta as correlações entre as variáveis numéricas. As correlações significativas estão sublinhadas na tabela. Verifica-se que não houve correlação significativa entre as variáveis estudadas.

Tabela 12. Correlações entre variáveis numéricas.

	IDADE	Num Pessoas
BDI*	r= 0,01799 P= 0,6797 n= 529	0,04423 0,1409 527
TotalPSQI	-0,02839 0,5146 529	-0,05555 0,2030 527

* r=coeficiente de correlação de Spearman, P=Valor-P, n=número de sujeitos (n=529).

Bibliografia:

- Conover, W. J. (1971), *Practical Nonparametric Statistics*. New York: John Wiley & Sons.
- Fleiss, J. L. (1981), *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: John Wiley & Sons, 2nd ed.
- Siegel, S. & Castellan Jr., N. J. (2006), *Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento*. Porto Alegre: Artmed, 2ª edição.

Programa Computacional:

Para análise estatística foi utilizado o seguinte programa computacional:

- The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.1.3
SAS Institute Inc, 2002-2003, Cary, NC, USA.

De: Câmara de Pesquisa – Serviço de Estatística – FCM – Unicamp.
 Para: Célia Regina da Silva Rocha / Dr. Rubens Reimão – Saúde da Criança e do Adolescente.
 Data: 18 de dezembro de 2009.

Depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.

Resultados (continuação – parte II):

Análise Descritiva Geral

- A tabela 13, a seguir, apresenta a tabela de frequência da compulsão alimentar da amostra total (n=529).

Tabela 13. Análise descritiva das variáveis categóricas.

Comp_Alim	Frequency	Percent
NAO	452	85.93
SIM	74	14.07
Frequency Missing = 3		

Análise Comparativa da Compulsão Alimentar

- A tabela 14, a seguir, apresenta as comparações da compulsão alimentar entre as principais variáveis (gêneros, faixas etárias, tipos de escola, períodos de estudo e distúrbios).

Tabela 14. Comparação da compulsão alimentar entre as principais variáveis categóricas.

Sexo	Comp_Alim			Idade	Comp_Alim			TipoEscola	Comp_Alim		
Frequency,	NAO	SIM	Total	Frequency	NAO	SIM	Total	Frequency	NAO	SIM	Total
MASCULIN	216	24	240	16	80	9	89	PÚBLICA	290	59	349
	90.00	10.00			89.89	10.11			83.09	16.91	
FEMININO	236	50	286	17	192	27	219	PARTICUL	90	8	98
	82.52	17.48			87.67	12.33			91.84	8.16	
Total	452	74	526	18	125	23	148	CURSINHNO	71	7	78
					84.46	15.54			91.03	8.97	
TESTE QUI-QUADRADO: X2=6.04; GL=1; P=0.014											
				19	55	15	70	Total	451	74	525
					78.57	21.43					
				Total	452	74	526	TESTE QUI-QUADRADO: X2=6.81; GL=2; P=0.033			
TESTE QUI-QUADRADO: X2=5.10; GL=3; P=0.164											

Tabela 14 (cont). Comparação da compulsão alimentar entre as principais variáveis categóricas.

Horario				Comp_Alim			Total					
Frequency,	Row Pct	,NÃO	,SIM	Total								
MANHÃ	249	59	408									
	85.54	14.46										
TARDE	15	3	18									
	83.33	16.67										
NOITE	89	12	100									
	88.00	12.00										
Total	452	74	526									
TESTE QUI-QUADRADO: X ² =0.51; GL=2; P=0.776												


TotalPSOI				Comp_Alim			Total					
Frequency,	Row Pct	,NÃO	,SIM	Total								
SONO BOM	53	8	61									
	86.89	13.11										
SON RUIM	399	66	465									
	85.81	14.19										
Total	452	74	526									
TESTE QUI-QUADRADO: X ² =0.05; GL=1; P=0.820												

BDI				Comp_Alim			Total					
Frequency,	Row Pct	,NÃO	,SIM	Total								
MÍNIMA	342	53	395									
	86.58	13.42										
LEVE	76	18	94									
	80.85	19.15										
MODERADA	26	2	28									
	92.86	7.14										
SEVERA	8	1	9									
	88.89	11.11										
Total	452	74	526									
TESTE EXATO DE FISHER: P=0.362												

- Pelos resultados, verifica-se diferença significativa de compulsão alimentar entre gêneros (maior frequência no sexo feminino) e tipos de escola (maior frequência na escola pública).

11 APÊNDICES

Apêndice A

 UNIVERSIDADE DE CAMPINAS	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP ☎ (0_19) 3788-8936 FAX (0_19) 3788-8925 🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html ✉ cep@fcm.unicamp.br 2ª VIA
CEP, 26/11/09. (Grupo III)	PARECER PROJETO: N° 627/2004
I-IDENTIFICAÇÃO:	
PROJETO: “DEPRESSÃO COMPULSÃO ALIMENTAR E DISTÚRBIOS DO SONO EM ESTUDANTES DO TERCEIRO ANO DO ENSINO MÉDIO E CURSOS VESTIBULARES”	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Célia Regina da Silva Rocha	
INSTITUIÇÃO: Universidade Cruzeiro do Sul-UNICSUL/Faculdade Paulistana de Ciências e Letras e FCM/UNICAMP	
APRESENTAÇÃO AO CEP: 11/11/2004	
<u>APRESENTAR RELATÓRIO EM: 15/02/06</u>	
II - OBJETIVOS	
Avaliar a ocorrência de depressão, distúrbios do sono e da compulsão alimentar periódica entre adolescentes estudantes do terceiro ano do ensino médio utilizando para isso questionários sobre padrões Alimentares e peso- revisado QEWP-R, o inventario BECK de depressão e o PSQI questionário de sono de Pittsburg.	
III - SUMÁRIO	
Tanto a descrição bem como a caracterização da amostragem estão bem definidas no projeto. Serão incluídos adolescentes de uma faixa etária entre 15 a 19 anos de idade regularmente matriculados nas escolas da região sul- subdistrito Vila Mariana, SP e serão excluídos adolescentes que tenham idade inferior a 15 anos ou superior a 19 anos bem como não estarem regularmente matriculados nas escolas e cursos prévestibulares. O delineamento do estudo deverá ser transversal, com análise descritiva dos dados, complementada por pesquisa bibliográfica.	
IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES	
O protocolo encontra-se bem estruturado, e os não existem riscos uma vez que os alunos deverão preencher um questionário e os benefícios serão posteriores ao final do estudo.	
V - PARECER DO CEP	
O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e	

atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na II Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de fevereiro de 2005.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
VICE-PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

Apêndice B

Carta aos Pais

Cursinho da Poli/ Universidade Estadual de Campinas –UNICAMP

Senhores Pais

Informamos que na próxima semana a professora Célia Regina da Silva Rocha, do Programa de Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, estará realizando pesquisa sobre depressão, distúrbios do sono e compulsão alimentar com alguns alunos de nossa escola. Foi feito um convite para participar do estudo e seu filho (a) aceitou.

A pesquisa inclui os seguintes procedimentos.

- aplicação de um questionário contendo questões sobre depressão;
- aplicação de um questionário contendo questões sobre índice e qualidade do sono;
- aplicação de um questionário contendo questões sobre hábito alimentares.

O objetivo deste trabalho é avaliar a prevalência de depressão, distúrbios do sono e de compulsão alimentar entre os adolescentes que cursam a terceira série do ensino médio e dos cursinhos pré-vestibulares, por ser esta uma época de mudanças e muitas expectativas. Será realizada uma entrevista no horário de aula de Educação Física, com duração aproximada de 50 minutos. As respostas serão mantidas em sigilo. No final do trabalho será feita uma palestra para discutir os resultados da pesquisa.

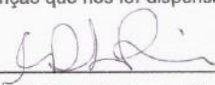
Esperamos contar com sua compreensão e colaboração de seu/sua filho(a).

Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa.


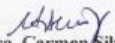
Telefones para contato 6952-8196, 5084-2708 ou 9840-4144.

Agradecemos antecipadamente a atenção que nos for dispensada.

Marcia Marina Domingos
Martins Antonio
Prof.ª Coordenadora
Pela Direção de Ensino/Cursinho


Prof.ª Célia Regina da Silva Rocha

Apêndice C

	FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
	www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
CEP: 28.03/06 (PARECER PROJETO 627/2004)	
PARECER	
I-IDENTIFICAÇÃO:	
PROJETO: "DEPRESSÃO COMPULSÃO ALIMENTAR E DISTÚRBIOS DO SONO EM ESTUDANTES DO TERCEIRO ANO DO ENSINO MÉDIO E CURSOS VESTIBULARES"	
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Célia Regina da Silva Rocha	
II - PARECER DO CEP	
O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP aprovou o Relatório Parcial, apresentado em fevereiro de 2006, do protocolo de pesquisa supracitado.	
O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.	
Recomendação: quando da publicação enviar cópia ao CEP/FCM.	
 Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FCM / UNICAMP	
<hr/>	
Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP Rua: Teresinha Vieira de Camargo, 126 Caixa Postal 6111 13084-971 - Campinas - SP	FONE (019) 3788-8936 FAX (019) 3788-7187 cep@fcm.unicamp.br

Apêndice D

Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

(assinado pelo responsável legal da escola)

- 1 - Título do Projeto: Depressão, Compulsão Alimentar e Distúrbios do Sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.
- 2 - O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono entre adolescentes estudantes da terceira série do ensino médio, em escolas públicas e particulares, e alunos de cursos pré-vestibulares, da região sul da cidade de São Paulo, especificamente no subdistrito de Vila Mariana.
- 3 - Procedimentos a serem realizados: coleta de dados sobre identificação, endereço, expectativas quanto ao seu futuro profissional; através de questionário padronizado, bem como a aplicação dos questionários sobre Padrões Alimentares e Peso – Revisado (QEWPR (Morgan et. Al., 1993); Inventário Beck de depressão - Beck Depression Inventory – BDI (Cunha, J.A., 2001); e PSQI Questionário Pittsburgh - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Buysse, D.J., 1989).
- 4 – Os procedimentos serão previamente esclarecidos aos alunos que desejarem participar do estudo, e por ocasião da entrevista será solicitada sua concordância (por escrito) em participar.
- 5 – Estima-se que o tempo gasto para responder aos questionários será de aproximadamente 50 minutos.
- 6 – Em qualquer etapa do estudo, a escola ou qualquer um dos participantes do estudo terá acesso ao responsável pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. A professora Célia Regina da Silva Rocha pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua Paulo Omellas Carvalho de Barros, 98 – apto. 44 F, São Paulo; telefones 6952-8196, 5084-2708 ou 9840-4144. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UNICAMP – Campinas /SP – telefone, (19) 3788-8936.

Assinatura do Responsável pela Escola



Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (assinado pelo responsável legal da escola)

1 - Título do Projeto: Depressão, Compulsão Alimentar e Distúrbios do Sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.

2 - O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono entre adolescentes estudantes da terceira série do ensino médio, em escolas públicas e particulares, e alunos de cursos pré-vestibulares, da região sul da cidade de São Paulo, especificamente no subdistrito de Vila Mariana.

3 - Procedimentos a serem realizados: coleta de dados sobre identificação, endereço, expectativas quanto ao seu futuro profissional; através de questionário padronizado, bem como a aplicação dos questionários sobre Padrões Alimentares e so – Revisado (QEWPR (Morgan et. AL., 1993); Inventário Beck de depressão - Beck Depression Inventory – BDI (Cunha, J.A., 2001); e PSQI Questionário Pittsburgh - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Buysse, D.J., 1989).

4 – Os procedimentos serão previamente esclarecidos aos alunos que desejarem participar do estudo, e por ocasião da entrevista será solicitada sua concordância (por escrito) em participar.

5 – Estima-se que o tempo gasto para responder aos questionários será de aproximadamente 40 minutos.

6 – Em qualquer etapa do estudo, a escola ou qualquer um dos participantes do estudo terá acesso ao responsável pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. A professora Célia Regina da Silva Rocha pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua Paulo Omellas Carvalho de Barros, 98 – apto. 44 F, São Paulo; telefones 6952-8196, 5084-2708 ou 9840-4144. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UNICAMP – Campinas /SP – telefone (19) 3788-8936.

Data: 16/10/2006



Marcia Maíra Domingos
Martins Antonio
Prof.ª Coordenadora
RG: 6711140

Apêndice E

Termo de Compromisso Livre e Esclarecido

(assinado pelo responsável legal do Cursinho)

- 1 - Título do Projeto: Depressão, Compulsão Alimentar e Distúrbios do Sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.
- 2 - O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono entre adolescentes estudantes da terceira série do ensino médio, em escolas públicas e particulares, e alunos de cursos pré-vestibulares, da região sul da cidade de São Paulo, especificamente no subdistrito de Vila Mariana.
- 3 - Procedimentos a serem realizados: coleta de dados sobre identificação, endereço, expectativas quanto ao seu futuro profissional; através de questionário padronizado, bem como a aplicação dos questionários sobre Padrões Alimentares e Peso – Revisado (QEWPR (Morgan et. Al., 1993); Inventário Beck de depressão - Beck Depression Inventory – BDI (Cunha, J.A ., 2001); e PSQI Questionário Pittsburgh - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Buysse,D.J. , 1989).
- 4 – Os procedimentos serão previamente esclarecidos aos alunos que desejarem participar do estudo, e por ocasião da entrevista será solicitada sua concordância (por escrito) em participar.
- 5 – Estima-se que o tempo gasto para responder aos questionários será de aproximadamente 50 minutos.
- 6 – Em qualquer etapa do estudo, a escola ou qualquer um dos participantes do estudo terá acesso ao responsável pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. A professora Célia Regina da Silva Rocha pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua Paulo Ornellas Carvalho de Barros, 98 – apto. 44 F, São Paulo; telefones 6952-8196, 5084-2708 ou 9840-4144. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UNICAMP – Campinas /SP – telefone (19) 3788-8936.

CENTRO PREPARATÓRIO NAVE
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA ESCOLA

Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (assinado pelo responsável legal da escola)

1 - Título do Projeto: Depressão, Compulsão Alimentar e Distúrbios do Sono em estudantes do terceiro ano do ensino médio e de cursos pré-vestibulares.

2 - O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência de depressão, compulsão alimentar e distúrbios do sono entre adolescentes estudantes da terceira série do ensino médio, em escolas públicas e particulares, e alunos de cursos pré-vestibulares, da região sul da cidade de São Paulo, especificamente no subdistrito de Vila Mariana.

3 - Procedimentos a serem realizados: coleta de dados sobre identificação, endereço, expectativas quanto ao seu futuro profissional; através de questionário padronizado, bem como a aplicação dos questionários sobre Padrões Alimentares e Peso – Revisado (QEVWP-R (Morgan et. Al., 1993); Inventário Beck de depressão - Beck Depression Inventory – BDI (Cunha, J.A ., 2001); e PSQI Questionário Pittsburgh - Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Buysse,D.J. , 1989).

4 – Os procedimentos serão previamente esclarecidos aos alunos que desejarem participar do estudo, e por ocasião da entrevista será solicitada sua concordância (por escrito) em participar.

5 – Estima-se que o tempo gasto para responder aos questionários será de aproximadamente 40 minutos.

6 – Em qualquer etapa do estudo, a escola ou qualquer um dos participantes do estudo terá acesso ao responsável pela pesquisa, para esclarecimento de eventuais dúvidas. A professora Célia Regina da Silva Rocha pode ser encontrada no seguinte endereço: Rua Paulo Omellas Carvalho de Barros, 98 – apto. 44 F, São Paulo; telefones 6952-8196, 5084-2708 ou 9840-4144. Se houver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UNICAMP – Campinas /SP – telefone (19) 3788-8936.

2


AFORTE Associação de Faculdades de Psicologia
Av. Dr. Walter Grassli, 215
06805-001 - Butantã - SP
CNPJ: 09.293.000/0001-48

Apêndice F

Consentimento Pós-Informado para Participar de Pesquisa

Você está convidado a participar voluntariamente de uma pesquisa sobre Depressão, Distúrbios do Sono e Compulsão Alimentar, desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de São Paulo – UNICAMP. Leia atentamente as informações abaixo e assine posteriormente se der seu consentimento.

Concordo em responder aos questionários, tomando conhecimento de que todas as informações contidas nestes são do mais absoluto sigilo, não podendo ser usadas para nenhuma outra finalidade a não ser para este estudo a que se destinam.

São Paulo, _____ de _____ de 200..

(assinatura do aluno/responsável)

(assinatura do pesquisador)