RICSS
Revista Interdisciplinar em Ciência, Saúde e Sociedade

Artigo Original

Transtorno de ansiedade generalizada: uma análise de frequência de sintomas em mulheres institucionalizadas na infância

Generalized anxiety disorder: a frequency analysis of symptoms in women institutionalized in childhood

Cristiane Fabíola Verdan da Silva [1]
https://orcid.org/0009-0006-2743-6340
cristianefabiola23@gmail.com

Ana Carolina Jacinto Alarcão [1]
https://orcid.org/0000-0003-1786-8167
ana.alarcao@educadventista.org.br

RESUMO

Experiências adversas na infância, como as vivenciadas por crianças institucionalizadas em abrigos, podem estar associadas a maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade na vida adulta. Este estudo teve como objetivo investigar sintomas de ansiedade generalizada em mulheres que vivenciaram a infância e a adolescência em instituições de acolhimento. Trata-se de um estudo observacional, transversal, realizado com 20 mulheres voluntárias de quatro estados brasileiros. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário sociodemográfico e da escala Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), aplicados remotamente. Foram investigadas associações entre os escores da GAD-7 e 19 variáveis sociodemográficas e relacionadas às experiências de vida das participantes. Os resultados apontaram associações estatisticamente significativas entre os sintomas de ansiedade e variáveis relacionadas à violência psicológica, à frequência de violência psicológica, à separação de irmãos e ao uso de álcool. Os achados sugerem a importância de considerar as experiências vivenciadas durante a institucionalização na avaliação da saúde mental de mulheres adultas. Embora exploratórios, os resultados reforçam a necessidade de investigações com amostras mais amplas e de estratégias de acompanhamento psicossocial que considerem as particularidades das trajetórias de vida de pessoas que passaram por instituições de acolhimento.

Palavras-chave: Ansiedade. Institucionalização. Violência.

Vínculo institucional
1 Faculdade Adventista do Paraná, Ivatuba, PR, Brasil.

Submissão: 08/2026
Aceite: 10/2026

Autor correspondente:
ana.alarcao@educadventista.org.br

CC BY

Introdução

Com a finalidade de cuidar, acolher e amparar crianças em situação de vulnerabilidade ou órfãs, os abrigos e orfanatos surgiram em diferentes momentos históricos e culturais, geralmente, atrelados a instituições religiosas. A disposição era cumprir papéis de cuidados fundamentais, além de oferecer as bases educacionais seguindo os princípios de tais épocas[1].

Em 1903, foi criada a Escola Correcional 15 de Novembro com a finalidade de recolher menores de 14 anos delinquentes e em situação de rua. No ano de 1921, a Lei nº 4.242 permitiu que o governo passasse a organizar serviços de assistência e proteção à criança, o que incluiu a construção de abrigos para menores abandonados ou que tivessem cometido crimes. O Decreto nº 16.272/1923 regulamentou medidas estabelecendo que a assistência e a proteção do menor, mesmo que delinquente, eram primordiais[2].

O código de Mello Mattos, criado em 1927 com o Decreto nº 17.943-A, estabeleceu regras e regulamentos para assistência e proteção a menores no Brasil e, ainda, a supervisão de um juizado de menores e a colaboração de associações civis na administração desses abrigos. Em 1942, durante o governo de Getúlio Vargas, consolidou-se uma política assistencialista e repressiva para crianças e adolescentes. Em 1964, a Lei nº 4.513 instituiu a Política Nacional de Bem-Estar do Menor (PNBEM), passando a ser visto como questão de segurança nacional[2].

Somente em 1988, com o advento da nova Constituição Federal e a implementação do art. 227 que o adolescente, no Brasil, passou a ser possuidor de garantias e direitos fundamentais[3].

> É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão[4].

Com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 –, foram estipuladas as diretrizes que regem o acolhimento institucional de crianças e adolescentes, além da reestruturação da rede de assistência, proteção à infância e adolescência em todo o país. Segundo Almeida[3], esses "direitos abrangem a garantia da vida e da saúde, a preservação da liberdade e da dignidade, a promoção da convivência familiar e comunitária, o acesso à educação, cultura, esporte e lazer e, a proteção no trabalho e oportunidades de profissionalização" (p. 26).

O propósito central do ECA é assegurar a proteção completa em todas as dimensões e direitos da vida das crianças e adolescentes. De maneira enfática, estipula que tais garantias devem ser estabelecidas como prioridade inquestionável em todas as políticas públicas, iniciativas governamentais e decisões judiciais. Também busca promover o desenvolvimento saudável, a convivência familiar e comunitária, proibindo de modo categórico qualquer forma de discriminação. Além disso, reconhece ativamente o direito à participação das crianças nas

decisões que as afetam. Destaca adicionalmente a importância de responsabilizar não apenas os adolescentes, mas também aqueles que violam esses direitos[5].

O documento determina também que as crianças ou adolescentes têm o direito de convivência familiar e comunitária, salvo quando expostos a situações que atentem contra a vida, ou seja, violência ou abandono. Antes de sujeitá-los à institucionalização, deve-se esgotar outras formas de proteção, como o acolhimento por outros familiares. Além disso, o ECA enfatiza como temporário o período de permanência dentro das instituições, já que se faz necessário o processo de monitoramento familiar, e traz ainda a garantia às crianças e adolescentes o acesso a serviços de saúde e educação. Essa medida visa a assegurar o direito de convivência familiar e comunitária, mesmo que institucionalizado[6].

O ECA estipula ainda que a adoção é uma medida excepcional, aplicada quando não é viável manter a criança em sua família biológica ou extensa. Os adotantes devem ser maiores de 18 anos e ter uma diferença de idade de, pelo menos, 16 anos em relação à criança adotada. O consentimento dos pais biológicos é necessário, a menos que não sejam identificados ou tenham perdido seus direitos parentais. A adoção inclui um período de convivência e é formalizada por meio de uma decisão judicial que substitui o registro original da criança pelo nome dos adotantes. O adotado tem o direito de conhecer suas origens biológicas após completar 18 anos[7].

> Art. 39. A adoção de criança e de adolescente reger-se-á segundo o disposto nesta Lei.
>
> § 1º. A adoção é medida excepcional e irrevogável, à qual se deve recorrer apenas quando esgotados os recursos de manutenção da criança ou adolescente na família natural ou extensa, na forma do parágrafo único do art. 25 desta Lei (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) [7].

Após comprovada a impossibilidade de convivência com os familiares naturais, o processo de adoção pode ser iniciado. Em situação excepcional de adoção, seus procedimentos são antigos, mas na idade média acompanharam as mudanças e costumes da época. No Brasil, apesar de política mantenedora da família, havia distinção entre laços não sanguíneos dos adotados. A partir do ano 1957, a Lei nº 3.133 mesclou os interesses dos adotantes aos dos adotados, e em 1965 incluiu a legitimidade adotiva a menores de sete anos, órfãos não reclamados pelos familiares ou cujos pais tivessem perdido o poder paternal. A Lei nº 6.697/1979 introduziu a adoção plena no Brasil, o que contribuiu para diminuir a discriminação que existia nas leis anteriores, chegando à Constituição Federal de 1988 que proibiu qualquer forma de discriminação familiar e established igualdade de direitos entre filhos adotados e biológicos[8].

Com a leis implantadas pelo ECA a partir de 1988 e consolidadas de 1990 em diante, os direitos das crianças e dos adolescentes passaram a ter exigência de garantia por meio do tripé família, sociedade e Estado. As adoções, então, começaram a ser mediadas pelo Poder Judiciário e a ser tratadas como um direito ao ambiente familiar possibilite um desenvolvimento saudável[9].

Calcing e Benetti[10] relatam que as fases iniciais da vida do indivíduo se tornam marcantes no processo de desenvolvimento saudável, e os cuidados adequados nesse período desempenham um papel importante nas necessidades infantis primárias e impactam as etapas posteriores. As

crianças que são submetidas às casas de acolhimento têm um histórico de maus-tratos e experiências traumáticas. Como resultado, há uma possibilidade maior de sofrimento emocional, além de maior risco de abuso de psicotrópicos.

Estudos recentes reforçam que a exposição a adversidades precoces no ambiente institucional está intimamente relacionada ao surgimento de prejuízos persistentes na regulação emocional e no ajustamento psíquico ao longo da vida adulta[11]. Nessa perspectiva, Berger e Gracino[1] argumentam sobre as críticas que as casas de acolhimento recebem, por não ser um ambiente ideal com a qualidade de um espaço familiar, mesmo configurando a opção na falta de oportunidade de reintegração com a família de origem ou substituta.

Note-se, que a ansiedade é uma resposta natural do corpo e faz parte do sistema de defesa do indivíduo ante as situações ameaçadoras. Porém, quando passa a ser experimentada de forma excessiva e interferir nas atividades diárias, pode estar sinalizando um transtorno. Existem alguns tipos de transtornos de ansiedade, como transtorno de ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico (TP), fobias específicas, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtorno de ansiedade social (TAS), entre outros. Apesar das características específicas de cada um, todos estão relacionados a medo, preocupação e apreensão elevados e podem variar conforme a subjetividade do sujeito. Os sintomas são experimentados no corpo, de causas multifatoriais, atingindo todas as esferas da vida do ser humano[12].

O TAG é caracterizado por preocupação excessiva e persistente em relação a várias áreas da vida e está atrelado a sintomas físicos e emocionais, bem como uma preocupação de difícil controle. As principais características são presença da ansiedade e preocupação excessiva por pelo menos seis meses, além da antecipação negativa de fatos. Pode haver sintomas de: irritabilidade, inquietação, sensação de nervoso, fadiga, cansaço constante, insônia, dificuldades para dormir ou perturbação durante o sono, dificuldade de concentração, dificuldade para relaxar, dores de cabeça ou no corpo, problemas gastrointestinais e outros. Ele interfere de forma significativa na vida das pessoas, pode afetar os estudos, o trabalho e os relacionamentos interpessoais[13].

Pesquisas contemporâneas sublinham que determinantes socioambientais e episódios estressantes prolongados na infância elevam significativamente a vulnerabilidade para o desenvolvimento do TAG e de outros transtornos ansiosos na maturidade[14].

Calcing[15] destaca que os motivos que tornam uma criança e/ou adolescente potenciais acolhidos por instituições são: negligência, abandono, violências em geral, envolvimento narcótico por parte dos pais e/ou incapacidade de cuidados básicos e violação dos direitos. Essas experiências marcam o desenvolvimento do indivíduo e impactam os anos posteriores à infância e adolescência. Nesse sentido, crianças e adolescentes expostas a essas situações têm mais riscos de problemas de saúde, incapacidades temporárias ou permanentes, comportamentos destrutivos, bem como sofrimentos psíquicos e emocionais.

Sob essa perspectiva, a presente pesquisa buscou apresentar a relação entre a institucionalização e o impacto na saúde mental e principalmente os sintomas de TAG em mulheres que vivenciaram períodos de institucionalização na infância, em especial, durante a implantação das leis asseguradas pelo ECA.

Método

Trata-se de um estudo observacional transversal, com uma amostra final composta por 20 mulheres adultas que foram institucionalizadas na infância (de um total de 26 convidadas, onde 6 optaram por não concluir o preenchimento), particularmente entre 1988 e 2000. Esse período caracterizou os anos de transição do modelo de acolhimento e proteção proposto pelo ECA. A participação dessas mulheres foi voluntária e anônima. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá com o CAAE 4313922.8.0000.0104.

Foi enviado um convite invidual *on-line* a mullheres participantes de um grupo de *WhatsApp* que vivenciaram a institucionalização na infância. A mensagem continha informações do objetivo da pesquisa e o endereço eletrônico para acesso ao Formulário *Google* (*Google Forms*) e o termo de consentimento. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico e pela escala GAD-7.

O questionário sociodemográfico foi composto por 58 variáveis, separadas por conjuntos de perguntas socioeconômicas, educacionais, experiências na infância e adolescência, de situações e frequência de violência, vivências em casa(s) de acolhimento e histórico de uso de psicotrópicos.

A escala de Ansiedade GAD-7 (*Generalized Anxiety Disorder* 7-*item Scale*) é um questionário que permite rastrear sintomas de ansiedade e seu nível de gravidade e também avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade generalizada em indivíduos. Ela consiste em sete perguntas simples, cada uma avaliada em uma escala de 0 a 3, totalizando no máximo 21 pontos. Sua estrutura fatorial e propriedades psicométricas foram validadas para a população adulta no Brasil por Moreno et al.[16], além de ter suas evidências de validade examinadas por Gonçalves[17]. Para os resultados foram utilizadas as seguintes pontuações: de 0 a 4 = ausência de ansiedade; de 5 a 9 = ansiedade leve; de 10 a 14 = ansiedade moderada; e de 15 a 21 = ansiedade grave.

Em todas as análises, correções e manipulações dos dados, recorreu-se ao *Excel* para criar planilhas, tabelas e gráficos e organizar dados[18]. O *software* estatístico PSPP, de código aberto e gratuito, permitiu o exame e a manipulação de dados, que abrangeram tanto as estatísticas descritivas quanto as inferenciais[19]. Os dados são apresentados em frequência relativa e absoluta. A simetria dos dados foi analisada por meio do teste de Shafiro-Wilk. Realizou-se ainda a correlação de Pearson, interpretando a magnitude das correlações na seguinte classificação: coeficientes de correlação < 0,4 (correlação de fraca magnitude), > 0,4 a < 0,5 (de moderada magnitude) e > 0,5 (de forte magnitude). Considerou-se $p \leq 0,05$ como significância estatística.

Resultados

Para avaliação e resultados, a amostra efetiva contou com 26 mulheres convidadas, das quais 6 optaram por não responder, resultando em n=20 participantes oriundas de quatro estados brasileiros: São Paulo (45,0%), Minas Gerais (40,0%), Espírito Santo (10,0%) e Paraná (5,0%). A maioria (55,0%) tinha idade entre 41 e 50 anos. Consideram-se pardas 50,0%, seguidas de brancas (30,0%). As casadas somaram um percentual de 65,0% da população pesquisada. Em relação ao nível de escolaridade, 75,0% possuíam ensino superior, e as trabalhadoras representavam 85,0%

do total da amostra. No que diz respeito à renda média familiar, os valores variaram de 2 e 10 salários: 40,0% relataram receber de 2 a 5 salários mínimos, e 35,0%, de 5 a 10 salários mínimos. Esses resultados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Conjunto dos dados socioeconômicos (n=20).

Variável	Frequência	Percentual
Residência		
SP	9	45,0%
MG	8	40,0%
ES	2	10,0%
PR	1	5,0%
Idade		
31-35 anos	1	5,0%
36-40 anos	6	30,0%
41-50 anos	11	55,0%
51-60 anos	2	10,0%
Etnia		
Branca	6	30,0%
Parda	10	50,0%
Preta	3	15,0%
Amarela	1	5,0%
Estado civil		
Solteira	4	20,0%
Casada	13	65,0%
União estável	2	10,0%
Divorciada	1	5,0%
Escolaridade		
Ensino médio incompleto	1	5,0%
Ensino médio completo	4	20,0%
Ensino superior completo	15	75,0%
Trabalhadoras ativas		
Sim	17	85,0%
Não	3	15,0%
Renda		
Até 1 salário mínimo	2	10,0%
>1 a 2 salários mínimos	3	15,0%
>2 a 5 salários mínimos	8	40,0%
>5 a 10 salários mínimos	7	35,0%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O conjunto de variáveis sobre as experiências na infância e adolescência indica que 80,0% já sofreram algum tipo de discriminação. A Tabela 2 auxilia na compreensão dos dados.

Tabela 2 – Experiência na infância (n=20).

Variável	Frequência	Percentual
Discriminação		
Sim	16	80,0%
Não	1	5,0%
Ocasionalmente	3	15,0%
Natureza da discriminação		
Aparência física	6	30,0%
Lugar de moradia	5	25,0%
Etnia, raça ou cor	4	20,0%
Discriminação econômica	2	10,0%
Deficiência	1	5,0%
Bullying		
Sim	16	80,0%
Não	4	20,0%
Quantidade de casas de acolhimento		
Por apenas 1	11	55,0%
Por 2	7	35,0%
Por 3	1	5,0%
Por 4 ou mais	1	5,0%
Tempo na casa de acolhimento		
Até 1 ano	1	5,0%
De 1 a 3 anos	1	5,0%
De 3 a 5 anos	2	10,0%
De 5 a 10 anos	7	35,0%
Mais de 10 anos	5	25,0%
Mais de 20 anos	4	20,0%
Tinha irmãos		
Sim	18	90,0%
Não	2	10,0%
Irmãos foram separados?		
Sim	10	50,0%
Não	8	40,0%
Nao se Aplica (sem irmãos)	2	10,0%
Foi adotado(a)?		
Sim	0	0%
Não	20	100%

A natureza das discriminações variou entre os seguintes aspectos: aparência física (30,0%); lugar de moradia (25,0%); etnia racial (20,0%); discriminação econômica (10,0%); e deficiência (5,0%). Além disso, 80,0% declararam já ter recebido apelidos ofensivos (bullying).

Em relação à quantidade de casas de acolhimento, 55,0% das participantes passaram por apenas uma instituição, e 35,0%, por duas. O período de permanência variou de 5 até 10 anos (35,0%), mais de 10 anos (25,0%) e mais de 20 anos (20,0%). Dessas, 90,0% tinham irmãos, e 50,0% foram separadas de seus irmãos e nenhuma delas foi adotada.

O conjunto de variáveis sobre as experiências de violência vividas na instituição indicou que 80,0% passaram por essa situação. Os agressores apontados foram os próprios diretores (65,0%), e a maioria das violências sofridas foi psicológica (75,0%), física (50,0%) e sexual (5,0%). Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

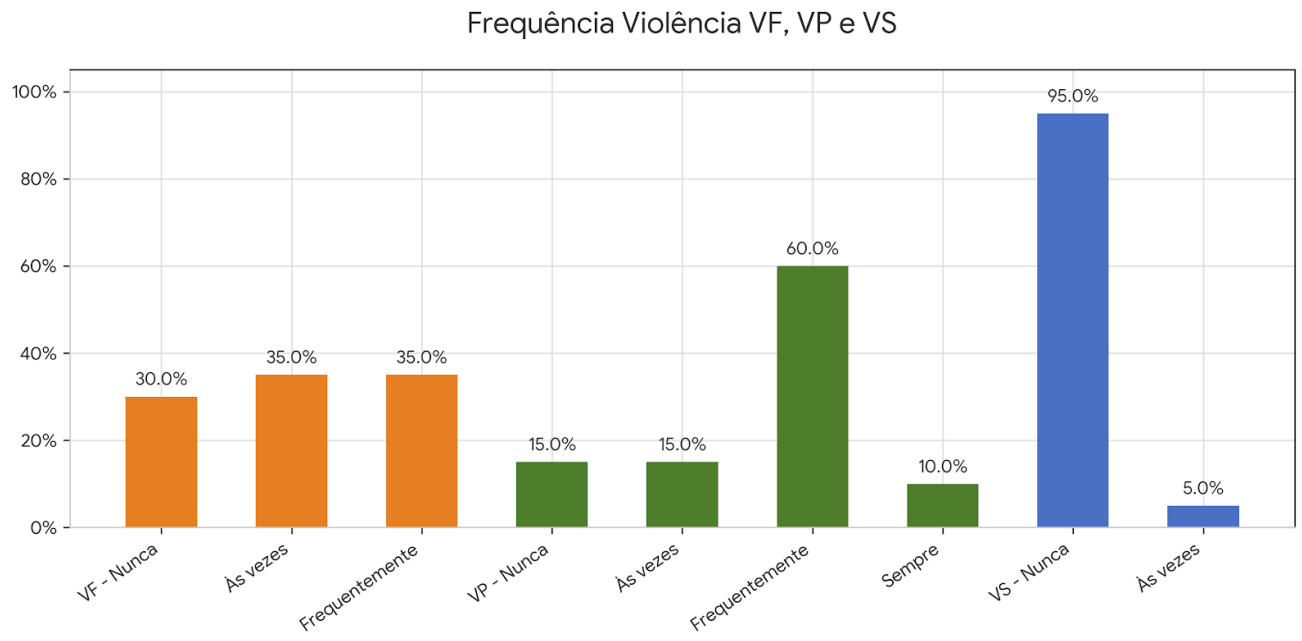
Tabela 3 – Histórico de violências (n=20).

Variável	Frequência	Percentual
Passou por violência na instituição		
Sim	16	80,0%
Não	4	20,0%
Agressores		
Diretoria	13	65,0%
Monitores	2	10,0%
Colegas	1	5,0%
Outros conhecidos	4	20,0%
Violência física		
Sim	10	50,0%
Não	10	50,0%
Violência psicológica		
Sim	15	75,0%
Não	5	25,0%
Violência sexual		
Sim	1	5,0%
Não	19	95,0%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Quanto às variáveis de frequência com que as violências aconteciam, 35,0% das participantes relataram que a violência física (VF) acontecia às vezes ou frequentemente, e 30,0%, nunca. A violência psicológica (VP) ocorria frequentemente para 60,0%, enquanto a violência sexual (VS) teve um percentual de 95,0% de respostas “nunca”. A Figura 1 ilustra esses resultados.

Figura 1 – Análise das frequências das agressões.



Fonte: Elaboração própria, 2023.

O conjunto de variáveis das vivências atuais demonstrou que 30,0% das participantes declararam que sofrem violência atualmente, e 10,0% preferiram não responder. O histórico do resultado para o uso de substâncias psicotrópicas apontou: 70,0% nunca utilizam álcool, e 85,0% responderam que nunca usam drogas. A maioria participa de algum tipo de rede de apoio atualmente – 50,0% pela família, e 25,0% por profissionais de saúde e grupos de amigos. Esses dados estão descritos na Tabela 4.

Tabela 4 – Histórico de psicotrópicos e violência atual (n=20).

Variável	Frequência	Percentual
Violência atual		
Sim	6	30,0%
Não	12	60,0%
Prefiro não responder	2	10,0%
Uso de álcool		
Nunca	14	70,0%
Às vezes	4	20,0%
Frequentemente	2	10,0%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Tabela 4 – Histórico de psicotrópicos e violência atual (...continuação).

Variável	Frequência	Percentual
Uso de drogas		
Nunca	17	85,0%
Às vezes	1	5,0%
Não respondeu	2	10,0%
Rede de apoio		
Família	10	50,0%
Profissionais da saúde	5	25,0%
Grupo de amigos	5	25,0%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

A Tabela 5 apresenta os resultados do GAD-7 quanto aos sintomas de transtorno de ansiedade generalizada (representado pela variável TAG). Em sequência surgem os graus: leve (30,0%), moderado (30,0%), normal (20,0%) e severo (20,0%).

Tabela 5 – Classificação Segundo resultados do instrumento GAD-7 (n=20).

Grau de sintomas de TAG	Frequência	Percentual
Normal	4	20,0%
Leve	6	30,0%
Moderado	6	30,0%
Severo	4	20,0%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Na análise bivariada entre a pontuação de TAG (soma da escala GAD-7) e 19 variáveis do questionário sociodemográfico, observaram-se associações estatisticamente significativas com quatro variáveis: “Violência psicológica” (r = 0,394, p = 0,085 - tendência); “Frequência VP” (r = 0,546, p = 0,013); “Foram separados dos irmãos?” (r = 0,457, p = 0,043); e “Uso de álcool” (r = 0,613, p = 0,004). Os dados detalhados encontram-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Análise bivariada entre variáveis e a variável "TAG".

Variáveis e TAG	Correlação de Pearson	p-valor (2-tailed)
Discriminação	0,336	0,148
Natureza da discriminação	-0,373	0,128
Bullying	-0,122	0,608
Violência na instituição	0,366	0,113
Violência física (VF)	-0,170	0,406
Violência psicológica (VP)	0,394	0,085
Violência sexual (VS)	-0,112	0,638
Frequência VF	-0,220	0,351
Frequência VP	0,546	0,013*
Frequência VS	0,112	0,638
Agressor instituição	0,000	1,000
Quantidade de instituições	-0,061	0,798
Tempo de internação	-0,224	0,343
Tinha irmão?	0,000	1,000
Foram separados?	0,457	0,043*
Violência atual	0,244	0,300
Uso de álcool	0,613	0,004*
Uso de drogas	0,336	0,148
Rede de apoio	-0,147	0,536

* Significância estatística ($p < 0,05$).

Fonte: Elaboração própria, 2023.

Discussão

A presente pesquisa contou com uma amostragem final de 20 mulheres ativas (de 26 convidadas). Elas provêm de quatro estados brasileiros, a maioria com idade entre 36 e 50 anos e uma distribuição étnica diversificada. As mulheres são em sua maioria casadas, com ensino superior completo e de renda familiar entre 2 e 10 salários mínimos. Este estudo revelou que boa parte vivenciou discriminações durante a infância e adolescência, por fatores raciais, religiosos, econômicos, sexualidade ou aparência física. A grande maioria (80,0%) relatou ter sofrido bullying nessa fase também.

Sobre a quantidade de casas de acolhimento pelas quais passaram, foi possível identificar variantes, no entanto a maioria esteve em apenas uma instituição. Em relação às vivências nesses locais, ficou evidenciado que a maior parte sofreu violência, principalmente psicológica e física – uma delas declarou ter sofrido violência sexual. Entre os agressores, os mais citados foram os diretores das instituições (65,0%).

Além disso, a maioria relatou nunca ter consumido drogas, e algumas disseram fazer uso de álcool às vezes ou ocasionalmente. 30,0% afirmaram ainda sofrer violência atualmente, principalmente a psicológica. O maior contingente das mulheres (50,0%) considera os familiares

como rede de apoio. A pesquisa avaliou também sintomas de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), indicando que 60,0% situam-se na faixa leve ou moderada, enquanto 20,0% apresentam nível severo e 20,0% nível normal.

Mesmo com a finalidade de proteção das casas de acolhimento, é possível perceber pela amostra obtida que as experiências de violências eram vividas pelas participantes durante a institucionalização: 80,0% revelaram ter vivido uma ou mais das três formas de violências investigadas na pesquisa. Abranches e Assis[20] destacam o impacto que essas violências, principalmente a psicológica na infância, acarretam na vida do indivíduo, especialmente em sua saúde emocional quando adulto.

No que tange às situações de violências em casas de acolhimento, Carinhanha e Penha[21] apontam relacionamentos conflituosos e propensos a violência dentro dos abrigos, dificuldade de diálogo, abusos de poder e estigmatização, aspectos que dificultam a ressignificação das experiências vividas antes da institucionalização. Segundo Moura et al.[22], jovens institucionalizados têm maiores incidências de negligência e transtornos psiquiátricos, pois as instituições ainda adotam o modelo antigo de relações afetivas distantes. Análises recentes indicam que a descontinuidade do vínculo afetivo e a permanência prolongada no acolhimento institucional sem o devido suporte psicoterápico constituem fatores de risco críticos para a vulnerabilidade emocional contínua na vida adulta[23].

No tocante à análise da frequência das agressões, foi possível observar que 35,0% das participantes afirmaram vivenciar regularmente violência física, e esse número aumenta significativamente quando se trata da psicológica. Além disso, 65,0% apontaram os diretores como os principais agressores. Esses dados sinalizam a presença substancial de experiências negativas, que podem ter um impacto significativo na saúde emocional e contribuir para distúrbios psicológicos.

Nunes et al.[24], ao explorarem as violências enfrentadas na infância, enfatizam que todas as formas de violência têm implicações psicológicas para o indivíduo, afetando sua maneira de relacionar-se com o mundo e consigo mesmo. Os autores enfatizam que a violência psicológica, muitas vezes negligenciada devido à sua natureza silenciosa, tem efeitos prejudicialmente difíceis de mensurar que se manifestam ao longo dos anos. Destacam ainda que, em alguns casos, aqueles que deveriam proteger e cuidar são os responsáveis por praticá-la.

A análise aponta que 75,0% das mulheres passaram por variadas formas de violência psicológica, por meio de apelidos vexatórios, bullying e discriminação. O bullying acarreta prejuízos à vida do sujeito, afetando o bem-estar, a saúde mental, a relação com a aprendizagem e a ideação suicida. Os efeitos imediatos são associados a isolamento social, exclusão e evasão escolar, além de prejudicar a qualidade de vida do indivíduo em longo prazo. As vítimas são mais propensas a problemas psicológicos e relacionados à saúde mental, dificuldades de relacionamento e baixa autoestima[25].

Zanoti-Jeronymo et al.[26] afirmam que o abuso físico e a exposição à violência parental causam efeitos negativos de curto e longo prazos, aumentando a vulnerabilidade a problemas de comportamento. A análise sobre o uso de álcool e outras drogas apontou que seis participantes

fazem uso de álcool (30,0%), e uma delas também consome drogas (5,0%). Esse achado dialoga com o contexto de violência atual, no qual 30,0% das entrevistadas relataram ainda sofrer violência no presente e 10,0% preferiram não responder. Neves et al.[27] destacam que a família exerce papel importante e de influência sobre o consumo ou abuso de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas, e que condições socioeconômicas desfavoráveis e a exposição à violência doméstica estão diretamente relacionadas a tais comportamentos.

O afeto é fator determinante para o desenvolvimento emocional das pessoas e deve ser naturalmente proporcionado pela família. Ele envolve sentimentos, emoções, cognições e comportamento, formando um estado interno ligado à parte subjetiva da mente. No contexto familiar, as relações são complexas e sempre em transformação, essenciais ao crescimento dos membros. No entanto, desequilíbrios e crises podem ocorrer, exigindo resolução para manter a estabilidade nesse ambiente. A família desempenha papel central na vida psicológica das pessoas, influenciando relacionamentos, comportamentos e bem-estar mental. Cerca de 50% das mulheres que participaram da pesquisa a apontaram como rede de apoio, o que pode ter grande significado na manutenção da saúde emocional[28].

Os achados revelaram correlações significativas entre variáveis de violência e transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Os resultados demonstraram associações entre “frequência VP” e “TAG” ($r = 0,546$, $p = 0,013$), “separação dos irmãos” e “TAG” ($r = 0,457$, $p = 0,043$) e “uso de álcool” e “TAG” ($r = 0,613$, $p = 0,004$). Isso sugere que à medida que a violência é percebida, aumenta a probabilidade de experimentar sintomas de TAG. Esse fator indica que indivíduos que relatam experiências de violência psicológica têm maior probabilidade de ter tais sintomas.

A correlação positiva moderada entre "uso de álcool" e "TAG" sugere que o uso de álcool está associado a um aumento na probabilidade de sentir sintomas de TAG. No entanto, é importante ressaltar que os outros resultados não apresentaram correlações significativas com "TAG". Em relação às demais variáveis e “TAG”, não houve correlações significativas. Os achados revelaram que a maioria não tem valores estatisticamente significativos. A intensidade das correlações variou de fraca a moderada. Em certos casos, como no uso de álcool, violência psicológica e sua frequência, observa-se uma conexão mais substancial com a variável "TAG" e oferecem *insights* valiosos, o que abre espaço para outros ensaios.

A análise mostrou que mais da metade das participantes passou longos períodos nos abrigos e não foi adotada. Silva e Vendruscolo[29] afirmam que a vivência prolongada nesses locais facilita a participação das crianças e adolescentes em atividades e interações que promovem o desenvolvimento de relacionamentos equilibrados, ainda que não seja o ambiente ideal de afeto e atenção de que precisam. Os resultados negativos ou positivos estão ligados à qualidade do suporte e da proteção que eles proporcionam. E por mais que a entrada para a instituição seja emocionalmente desafiadora, com o tempo elas se adaptam às regras e nutrem planos e sonhos para o futuro. Porém, a vivência prolongada ali e, principalmente, a espera pela adoção podem ter efeitos adversos, podendo ser uma experiência negativa ou oportunidade de construção de futuro.

A literatura recente reitera a urgência do fortalecimento de políticas públicas voltadas ao

acompanhamento psicológico continuado após o desligamento das instituições de acolhimento[30].

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Dentre as restrições identificadas, destaca-se o tamanho reduzido da amostra ($n = 20$) aliado à amostragem por conveniência, recrutada a partir de um grupo de mensagens no aplicativo WhatsApp, o que restringe a generalização dos achados para a totalidade de mulheres com histórico de acolhimento institucional no Brasil. Outro aspecto relevante refere-se ao caráter retrospectivo da investigação sobre vivências ocorridas na infância e adolescência, sujeitando os relatos ao viés de memória (*recall bias*). Cabe ponderar, ainda, que o delineamento observacional transversal permite identificar associações estatisticamente significativas entre as variáveis, mas impede o estabelecimento de relações de causalidade direta entre as adversidades institucionais e o desenvolvimento do TAG na vida adulta. Apesar dessas restrições, os achados possuem caráter exploratório relevante e fornecem subsídios valiosos para investigações futuras com amostras ampliadas e delineamentos longitudinais.

Conclusões

Os achados do estudo evidenciaram uma elevada prevalência de sintomatologia ansiosa na adultez, atingindo a maioria das participantes em níveis que variaram de leve a severo. Demonstrou-se que as adversidades vivenciadas nas instituições mantêm repercussões duradouras, destacando-se associações significativas entre a gravidade do TAG e a frequência de violência psicológica sofrida, bem como o uso de álcool na idade adulta como estratégia de enfrentamento ou comorbidade. Um dos resultados mais expressivos refere-se ao impacto da separação dos irmãos, que se associou a maiores escores de ansiedade, revelando que a ruptura sistemática dos laços fraternos priva a criança de sua principal rede de apoio no ambiente abrigado. Soma-se a isso o fato de que a maior parte das violências foi praticada por responsáveis das instituições, o que sinaliza o trauma complexo decorrente da quebra de confiança em figuras que deveriam exercer o papel primário de proteção.

Cabe destacar que o acolhimento das participantes ocorreu durante o período de transição e consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, Lei nº 8.069/1990), momento em que as diretrizes de proteção integral ainda se estruturavam no país. Essa perspectiva histórica reforça a importância do ECA como um marco divisor, essencial para a garantia dos direitos fundamentais da infância, a proibição de abusos institucionais e a preservação da convivência familiar e fraterna, visando a assegurar que violações como as identificadas nao ocorram.

Diante dessa realidade, a psicologia e a rede de assistência cumprem uma função crucial ao oferecer acolhimento, orientação e intervenções terapêuticas que auxiliem na ressignificação dessas vivências e na mediação de conflitos. Torna-se imperativo que as políticas públicas e os serviços de saúde mental considerem tanto a relevância da preservação dos vínculos familiares e fraternos quanto a urgência de reestruturar as práticas de acolhimento institucional. Por fim, reforça-se a importância de pesquisas futuras com amostras ampliadas que aprofundem os mecanismos psicossociais e neurobiológicos do trauma de desenvolvimento nessa população.

Referências

1. Berger MVB, Gracino ER. Aspectos históricos e educacionais dos abrigos de crianças e adolescentes: a formação do educador e o acompanhamento dos abrigados. Rev Histedbr On-line. 2005; 18(1):170-85.

2. Baptista MV. Um olhar para a história. In: Baptista MV, organizadora. Abrigo: comunidade de acolhida e socioeducação. São Paulo: Instituto Camargo Corrêa; 2006. p. 25-36.

3. Almeida CC. O papel do Estatuto da Criança e do Adolescente na proteção social. São Paulo: Cortez; 2018.

4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

5. Oliveira RA. Direitos fundamentais da infância e da juventude no Brasil. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2021.

6. Siqueira AC. A garantia ao direito à convivência familiar e comunitária em foco. Estud psicol. 2012; 29(3):437-44.

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

8. Medeiros JV, Ferreira ALB. O procedimento de adoção perante o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). TCC-Direito. Várzea Grande: UNIVAG; 2018.

9. Pereira PJ, Oliveira MCFA. Adoção de crianças e adolescentes no Brasil: sua trajetória e suas realidades. Campinas: Núcleo de Estudos de População “Elza Berquó”; 2016.

10. Calcing J, Benetti SPC. Caracterização da saúde mental em crianças e adolescentes em acolhimento institucional. Psico. 2014; 45(4):559-67.

11. Costa RA, Silva MS, Oliveira TP. Impactos do acolhimento institucional no desenvolvimento psíquico em longo prazo: uma revisão integrativa. Rev Bras Psicol Saúde Mental. 2023; 15(2):112-28.

12. Black DW, Grant JE. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2015.

13. First MB, Williams JB, Karg RS, Spitzer RL. Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV versão clínica. Porto Alegre: Artmed; 2017.

14. Moraes LV, Santos PR. Fatores de risco para o Transtorno de Ansiedade Generalizada em adultos com histórico de trauma infantil. Rev Psiq Contemp. 2022; 29(3):201-15.

15. Calcing J. Saúde mental em crianças e adolescentes institucionalizados [dissertação]. São Leopoldo: Unisinos; 2012.

16. Moreno AL, DeSousa DA, Souza AM, Manfro GG, Salum GA, Koller SH, et al. Factor structure and internal consistency of the Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale in Brazilian adults. Trends Psychiatry Psychother. 2016; 38(4):215-22.

17. Gonçalves M. Ansiedade em crianças e adolescentes – Validação da Escala GAD-7 [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2019.

18. Silva LB. Utilizando o software Microsoft Office Excel na abordagem dos conceitos iniciais de função do 1° e 2° grau [monografia]. Rio Tinto: Universidade Federal da Paraíba; 2019.

19. Silva F, Barros PM. Vamos experimentar o PSPP. In: Atas da 5ª Conferência Ibérica de Inovação na Educação com TIC: ieTIC2019. Bragança; 2019.

20. Abranches CD, Assis SGA. A (in) visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. Cad Saúde Pública. 2011; 27:843-54.

21. Carinhanha JI, Penna LHG. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigamento. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(1):68-76.

22. Moura RA, Moura MAM, Pimentel D, Macedo FN. Depressão e ansiedade em crianças e adolescentes institucionalizados na cidade de Aracaju. Braz J Develop. 2021; 7(7):69386-402.

23. Lima CF, Ferreira GM. Acolhimento institucional e trajetórias de saúde mental na idade adulta: desafios e intervenções. Cad Psicol Socied. 2024; 32(1):45-59.

24. Nunes ACP, Silva CC, Carvalho CTC, Silva FG, Fonseca PCSB. Violência infantil no Brasil e suas consequências psicológicas: uma revisão sistemática. Braz J Develop. 2020; 6(10).

25. Matos VJ, Silva JP, Santos KD, Guimarães VMA. Autoestima e bullying: uma revisão integrativa. Rev Educar Mais. 2020; 4(3):557-90.

26. Zanoti-Jeronymo DV, Zaleski MJB, Pinsky I, Caetano R, Figlie NB, Laranjeira RR. Violência na infância, exposição a violência parental e abuso e/ou dependência de álcool na idade adulta. SMAD. 2019; 15(1):40-9.

27. Neves JVVS, Carvalho LA, Carvalho MA, Silva ETC, Alves MLTS, Silveira MF, et al. Uso de álcool, conflitos familiares e supervisão parental entre estudantes do ensino médio. Cienc Saúde Coletiva. 2021; 26(10):4761-8.

28. Pratta EMM, Santos MA. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. Psicol Estudo. 2007; 12(2):247-56.

29. Silva EC, Vendruscolo GBB. Vivências de crianças e/ou adolescentes que esperam por adoção tardia. Pubsaúde. 2021; 5:1-7.

30. Sousa MT, Rocha HS, Martins AC. Desligamento institucional e os impactos na saúde mental de jovens adultos: uma análise sobre políticas de suporte pós-acolhimento. Rev Bras Pol Pub Saúde. 2023; 18(2):88-102.

ABSTRACT

Adverse childhood experiences, such as those encountered by children living in institutional care, may be associated with an increased vulnerability to developing anxiety symptoms in adulthood. This study aimed to investigate symptoms of generalized anxiety in women who spent their childhood and adolescence in institutional care settings. It is an observational, cross-sectional study involving 20 female volunteers from four Brazilian states. Data were collected remotely using a sociodemographic questionnaire and the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale. Associations were examined between GAD-7 scores and 19 variables related to the participants' sociodemographic backgrounds and life experiences. The results indicated statistically significant associations between anxiety symptoms and variables related to psychological violence, the frequency of such violence, separation from siblings, and alcohol use. These findings underscore the importance of considering experiences during institutionalization when assessing the mental health of adult women. Although exploratory, these results highlight the need for further research with larger samples, as well as the development of psychosocial support strategies that account for the unique life trajectories of individuals who have experienced institutional care.

Keywords: Anxiety. Institutionalization. Violence.

RESUMEN

Las experiencias adversas en la infancia, como las vividas por niños institucionalizados en centros de acogida, pueden estar asociadas a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas de ansiedad en la vida adulta. Este estudio tuvo como objetivo investigar los síntomas de ansiedad generalizada en mujeres que transcurrieron su infancia y adolescencia en instituciones de acogida. Se trata de un estudio observacional y transversal, realizado con 20 mujeres voluntarias de cuatro estados brasileños. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario sociodemográfico y la escala *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7), aplicados de forma remota. Se analizaron las asociaciones entre las puntuaciones de la GAD-7 y 19 variables sociodemográficas y relacionadas con las experiencias vitales de las participantes. Los resultados mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre los síntomas de ansiedad y variables relacionadas con la violencia psicológica, la frecuencia de dicha violencia, la separación de hermanos y el consumo de alcohol. Los hallazgos sugieren la importancia de considerar las experiencias vividas durante la institucionalización al evaluar la salud mental de mujeres adultas. Aunque de carácter exploratorio, los resultados refuerzan la necesidad de realizar investigaciones con muestras más amplias, así como de implementar estrategias de acompañamiento psicosocial que tengan en cuenta las particularidades de las trayectorias vitales de personas que han pasado por instituciones de acogida.

Palabras clave: Ansiedad. Institucionalización. Violencia.

COMO CITAR

VANCOUVER

Silva CFV, Alarcão ACJ. Transtorno de ansiedade generalizada: uma análise de frequência de sintomas em mulheres institucionalizadas na infância. RICSS - Revista Interdisciplinar em Ciência, Saúde e Sociedade. 2026;1(1):e161. DOI: https://doi.org/10.67683/XXXX-XXXX.2026v1n1.e161.

APA

Silva, C. F. V. & Alarcão, A. C. J. (2026). Transtorno de ansiedade generalizada: uma análise de frequência de sintomas em mulheres institucionalizadas na infância. RICSS – Revista Interdisciplinar em Ciência, Saúde e Sociedade, 1(1), e161. https://doi.org/10.67683/XXXX-XXXX.2026v1n1.e161

ABNT

SILVA, C. F. V.; ALARCÃO, A. C. J. Transtorno de ansiedade generalizada: uma análise de frequência de sintomas em mulheres institucionalizadas na infância. **RICSS – Revista Interdisciplinar em Ciência, Saúde e Sociedade**, Ivatuba, v. 1, n. 1, e161, 2026. DOI: https://doi.org/10.67683/XXXX-XXXX.2026v1n1.e161.