UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE

Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes

RIBEIRÃO PRETO

2015

ADRIANA OLIMPIA BARBOSA FELIPE

Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Saúde mental

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e a divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo ou de pesquisa, desde que citada a fonte.

Felipe, Adriana Olimpia Barbosa
Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes. Ribeirão Preto, 2015.
276 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Orientador: Ana Maria Pimenta Carvalho

1. Adolescentes. 2. Saúde mental. 3. Abuso de álcool. 4. Tabagismo. 5. Drogas ilícitas. 6. Relações familiares.

FELIPE, Adriana Olimpia Barbosa

Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em: _____/ _____/ _____.

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Assinatura:_____ Julgamento:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Assinatura:_____ Julgamento:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Assinatura:_____ Julgamento:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Assinatura:_____ Julgamento:_____

Prof. Dr._____ Instituição:_____

Assinatura:_____ Julgamento:_____

DEDICATÓRIA

O Deus, eterno Pai, pelo dom da vida, em quem deposito minha confiança e fé, que por seu intermédio, me iluminou e me impulsionou a realizar mais esta etapa de minha vida. Você é meu porto seguro, minha honra e minha glória.

A minha dedicatória com eterno e mais sentido vai para os meus filhos, **Gabriel** e **Guilherme** razão da minha vida, que através dos seus gestos, carinho e amor me impulsionaram e me permitiram mais esta conquista acadêmica, espero regressar com mais competências para lhes ensinar para a Vida!

O maior incentivador desta jornada, **Mauro**, amor, amigo e companheiro em todos os momentos. Não tenho palavras para expressar todo o carinho e disponibilidade recebida na vida a dois. Acredito no amor e este que nos dá força e nos impulsiona para os nossos sonhos. Portanto "eu quero estar sempre ao seu lado, até quando Deus quiser".

Aos meus pais **Expedito** *(in memoriam)* e **Lourdes** *(in memoriam)*, obrigada por terem me transformado no que sou hoje, por terem plantado em mim a semente da humildade e por terem me ensinado a amar, a respeitar e, o mais importante, a ter fé. Mãe, através do seu silêncio e do seu olhar, transmitiu sabedoria, apoio e assim aprendi que

"Cada um de nós compõe a sua história,
cada ser em si carrega o dom
de ser capaz de ser feliz."
(Almir Sater e Renato Teixeira)

Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

O doutorado mais que um projeto acadêmico, é para mim um projeto de vida. Lembrando que para a conclusão desta etapa precisei de muito apoio, carinho e dedicação de várias pessoas. E que não poderia deixar de mencionar que sou muito feliz por vocês existirem. Meu eterno agradecimento.

À Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho. A sua orientação foi composta de amizade, disponibilidade, motivação, compreensão e sabedoria. Que embarcou comigo neste desafio e que de maneira primorosa auxiliou-me na construção dessa tese. Foi um grande prazer privar da sua companhia e dos seus conhecimentos. Obrigada por ter acreditado em mim e por ter me apoiado em todos os momentos.

A todos os pais, adolescentes e familiares, que abriram a porta da sua casa e fizeram que este estudo se tornasse possível, e pelos quais nutro muito carinho.

À Secretaria Estadual de Saúde de Alfenas, Enfermeiros e Agentes comunitários, que autorizaram e contribuíram para a realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por ter concedido a bolsa de estudo, possibilitando-me a dedicação integral para a pesquisa.

Ao corpo docente da Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelo acolhimento, pelos ensinamentos, pela compreensão e pela disponibilidade.
Aos membros da banca de qualificação, Prof. Dra. Marta Angélica e Prof. Dra. Margarita, que fizeram sugestões enriquecedoras para o presente estudo.

A funcionária da Pós Graduação, Adriana, pela paciência diante das minhas ansiedades e pela disponibilidade de sempre me ajudar com presteza.

A Miyeko e ao Jonas pela disponibilidade e empenho pessoal nas orientações e na análise dos dados.

A minha sobrinha Raíssa pela disponibilidade na tradução do resumo.

Aos funcionários da Casa de hóspede Shirlene, Lucia, Ana e Vanessa, obrigada pela acolhida.

A minha querida Tia Maria Verônica, que sempre esteve ao meu lado e me deu todo seu apoio, carinho, fé e amor.

A minha querida sobrinha e atual Comadre Monique que com grande competência me auxiliou na coleta de dados.

As minhas comadres Suely e Lidiane que estiveram muito próximas de minha família, dividindo conosco os desafios, a tensão, e a alegria.

A Aurimar e Raurimar, vocês entraram devagar em minha vida e fizeram parte dela, não tenho palavras e expressões para agradecer infinitamente o que fizeram para mim e para os meus. Vocês e a Tia Vera se organizaram para suprir minha ausência nos momentos mais conturbados, tornando a minha ausência possível. Hoje somos mais que amigas, somos uma família.

Andreia, Claudia, Silvana e Mirelle por terem sido colegas, amigas e companheiras durante este processo, por nossas trocas e por nossas viagens.

A minha querida amiga Flávia, obrigada por estar ao meu lado nos momentos de desespero e que sempre me tranquiliza. Sei que você cuida de mim como uma irmã. Você estará em meu coração sempre.

Aos meus amigos Fábio, Ana Maria, Maria Betânia e Eliane, que me incentivaram em toda a minha trajetória pessoal e profissional.

Ludmila, pela alegria constante, inspiração de sua força e pela generosidade e cuidado em compartilhar comigo seu espaço e atenção.

A outra amiga Gabi, cuja amizade construí durante a trajetória do curso. Obrigada pelo seu carinho, a atenção, a parceria, os debates curiosos, e os momentos de alegria compartilhados.

A minha prima e querida amiga Carmem, que sempre me apoiou, acolheu e me fortaleceu, a quem dedico eterno carinho e gratidão.

Ás professoras Dra. Eliza Maria Rezende Dázio, Clícia Valim Cortes Gradim, Christiane Alves Pereira Calheiros, Mônica La Sallete da Costa Godinho, Zélia Marilda Rodrigues Resck, e demais docentes da Escola de Enfermagem da UNIFAL-MG, pelo carinho e apoio neste momento.

A toda a minha família, meu irmão Marcos, sobrinhos, afilhados, cunhada(o) que acreditaram na minha capacidade de concretizar esta etapa tão importante da minha vida, por compartilhar os desafios.

Quero agradecer a todos aqueles que fizeram parte da minha trajetória, que por carinho, amor e respeito me apoiaram.

A todos vocês,
Obrigada!

“O homem não é o que tem ou pode.
É um pouco o que sabe, muito o que sonha
mas, acima de tudo, o que faz aos outros.”
(Manoel Afonso de Mello)

“... destruam as cidades, destruam as pontes,
destruam os monumentos,
só não conseguiram destruir meus sonhos....
porque esses são meus e os tenho e domino
no meu mais amplo sono sossegado para realizar...
sem destruir a mim e a nós.”
(Fernando Pessoa)

RESUMO

FELIPE, A. O. B. **Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes.** 2015. 276 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A adolescência é um período de transformações física, psíquica e social, de franca expansão das formas de ser e estar no mundo e de lidar com vitórias, derrotas e enfrentamento de adversidades. O estudo teve como objetivo identificar os problemas na saúde mental em adolescentes e sua relação com o consumo de drogas, com problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo analítico, de corte transversal e de abordagem quantitativa. Desenvolvida com 539 adolescentes adscritos nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Alfenas-MG. Os instrumentos de medidas utilizadas foram: Questionário para caracterização da amostra; Critério de Classificação Econômica Brasil; *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ); *Drug Use Screening Inventory* (DUSI) e o Inventário de Percepção do Suporte familiar (IFSF). Constatou-se que houve predomínio dos adolescentes do sexo feminino, com idade média de 15 anos, solteiros, estudando e pouco mais da metade vivem com os pais. Os resultados indicaram uma taxa de 15,1% de problemas na saúde mental; a hiperatividade e os problemas emocionais foram os mais comuns. Verificou-se que 16,7% consomem drogas lícitas e 8,5% consomem drogas ilícitas e/ou lícitas. A maioria dos adolescentes apresenta problemas significativos na vida; o problema de comportamento e as atividades de lazer e de recreação foram os mais evidentes. Quanto à percepção do suporte familiar, os adolescentes classificaram como baixo e médio baixo. Viver com outro membro familiar, não estudar, apresentar defasagem escolar e não praticar a religião são fatores que apresentaram associação significante com alteração na saúde mental, no consumo de drogas, nos problemas enfrentados na vida e na percepção negativa do suporte familiar. Os adolescentes que consomem drogas apresentaram mais chances de serem categorizados como anormais quanto a alterações na saúde mental e à percepção do suporte familiar como baixo. O grupo que consome drogas apresentou médias elevadas na densidade global e, em relação à densidade absoluta as médias também foram elevadas nas áreas problemas de comportamento; saúde; desordens psiquiátricas; sistema familiar; problemas escolares; trabalho; relação com os pares desviantes e atividades de lazer e recreação. Constatou-se associação significante entre as alterações na saúde mental e a densidade global, assim como a densidade absoluta em todas as áreas de problemas, exceto para os problemas emocionais e para o trabalho. O adolescente com alteração na saúde mental

apresentou maiores chances para classificar o suporte familiar negativamente. Aqueles que percebem o suporte familiar negativamente apresentaram médias elevadas para todos os problemas enfrentados na vida. Pôde-se constatar uma taxa significativa de adolescentes com alteração na saúde mental, que consomem drogas e que percebem o suporte familiar como baixo. Esses adolescentes apresentam mais problemas e comprometimentos, que tendem impactar negativamente suas vidas. Nessa perspectiva é necessário políticas públicas que contribuam para maior inserção e manutenção dos adolescentes na escola; criação de espaços e oportunidades de lazer e recreação para os adolescentes, com atividades supervisionadas por profissionais capacitados para desenvolver oportunidades de maior integração social.

Palavras-chave: Adolescente. Saúde Mental. Abuso de Álcool. Tabagismo. Drogas Ilícitas. Relações Familiares.

ABSTRACT

FELIPE, A. O. B. **Mental health, drug abuse, problems in life and family support among teenagers,** 2015. 276 f. Thesis (Doctoral) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

Adolescence is a period of physical, psychic and social transformations, a real expansion of the forms of being in the world and deal with wins, losses and facing adversity. The study aimed to identify the problems in mental health in adolescents and its relation to drug use, with problems faced in life and the perception of family support. It is an epidemiological study, analytical descriptive, cross-sectional and quantitative approach. It was developed with 539 teenagers ascribed, in the Family Health Strategy in the city of Alfenas-MG. The measuring instruments used were: Questionnaire to characterize the sample; Brazil Criterion of Economic Classification, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Drug Use Screening Inventory (DUSI) and the Inventory of Family Support Perception (IFSP). A predominance of female adolescents was found, with an average age of 15, unmarried, studying and more than half of them live with their parents. The results indicated a 15.1% rate of problems in mental health; hyperactivity and emotional problems were the most common ones. In addition, it was found that 16.7% of the adolescent consume licit drugs and 8.5% of them consume illicit and / or licit drugs. Most of the adolescent presents significant problems in life; behavior, leisure and recreation activities were the most obvious problems. As for the perception of family support, teenager classified as low and medium low. Living with another family member, not to study, backwardness at school, and not to practice religion are factors that showed significant association with alteration in mental health, drug use, problems faced in life and negative perception of family support. Adolescent who use drugs were more likely to be categorized as abnormal in relation to changes in mental health and perception of family support as low. The group which consumes drugs, presented high average in global density, in relation to the absolute density, the averages were also high in the areas of behavior problems; health; psychiatric disorders; family system; school problems; work; relationships with deviant peers, leisure and recreation activities. It was found a significant association between changes in mental health and global density, as well as the absolute density in all problem areas, except for emotional problems and work. The teenager with a alteration in mental health presented higher chances to rank family support negatively. Those who realize the negative family support showed high average for all problems faced in life. It can be seen a significant rate of adolescents with alteration in mental health, who use drugs and realize that family support as

low. These teenagers have more problems and compromises that tend to impact negatively their lives. In this perspective is necessary public policies which contribute to greater integration and maintenance of teenagers at school; creating spaces and leisure opportunities and recreation for teenagers, with activities supervised by trained professionals to develop opportunities for greater social integration.

Keywords: Adolescents, Mental Health, Alcoholism, Smoking, Illicit Drugs, Family Relations.

RESUMEN

Felipe, A.O.B. **Salud mental, consumo de drogas, problemas en la vida y el soporte familiar entre los adolescentes,** 2015. 276 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La adolescencia es un período de transformaciones física, psíquica y social, de franca expansión de las formas de ser y estar en el mundo y de lidiar con victorias, derrotas y enfrentamientos de adversidades. El estudio tuvo como objetivo identificar los problemas en la salud mental en adolescentes y su relación con el consumo de drogas, con problemas enfrentados en la vida y la percepción del soporte familiar. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo analítico, de cohorte transversal y de enfoque cuantitativo. Desarrollado con 539 adolescentes adscritos en las unidades de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) de la ciudad de Alfenas-MG. Los instrumentos de medidas utilizados fueron: Cuestionario para caracterización de la muestra; Criterio de Clasificación Económica Brasil; *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Drug Use Screening Inventory (DUSI)* y el Inventario de Percepción del Soporte familiar (IFSF). Se constató que hubo predominio de los adolescentes del sexo femenino, con edad media de 15 años, solteros, estudiando y poco más de la mitad viven con los padres. Los resultados indicaron una tasa de 15,1% de problemas en la salud mental; la hiperactividad y los problemas emocionales fueron los más comunes. Se verificó que 16,7% consumen drogas lícitas y 8,5% consumen drogas ilícitas y/o lícitas. La mayoría de los adolescentes presenta problemas significativos en la vida; el problema de comportamiento en las actividades de tiempo de ocio y de recreación fueron los más evidentes. Referente a la percepción del soporte familiar, los adolescentes se clasificaron como bajo y medio bajo. Vivir con otro miembro familiar, no estudiar, presentar desfase escolar y no practicar la religión son factores que presentaron asociación significante con alteración en la salud mental, en el consumo de drogas, en los problemas enfrentados en la vida y en la percepción negativa del soporte familiar. Los adolescentes que consumen drogas presentaron más chances de ser categorizados como anormales en las alteraciones en la salud mental y a la percepción del soporte familiar como bajo. El grupo que consume drogas presentó medias elevadas en la densidad global y, en relación a la densidad absoluta las medias también fueron elevadas en las áreas problemas de comportamiento; salud; desórdenes psiquiátricas; sistema familiar; problemas escolares; trabajo; relación con los pares desviantes y actividades de tiempo de ocio y recreación. Se constató asociación significante entre las alteraciones en la salud mental y la densidad global, así como la densidad absoluta en todas las áreas de problemas, excepto para los problemas

emocionales y para el trabajo. El adolescente con alteración en la salud mental presentó mayores chances para clasificar el soporte familiar negativamente. Aquellos que reciben el soporte familiar negativamente presentaron medias elevadas para todos los problemas enfrentados en la vida. Se puede constatar una tasa significativa de adolescentes con alteración en la salud mental, que consumen drogas y que perciben el soporte familiar como bajo. Esos adolescentes presentan más problemas y compromisos, que tienden impactar negativamente en sus vidas. En esa perspectiva, son necesarias políticas públicas que contribuyan para mayor inserción y mantenimiento de los adolescentes en la escuela; creación de espacios y oportunidades de tiempo de ocio y recreación para los adolescentes, con actividades supervisadas por profesionales capacitados para desarrollar oportunidades de mayor integración social.

Palabras clave: Adolescente. Salud Mental. Abuso de Alcohol. Tabaquismo. Drogas Ilícitas. Relaciones Familiares.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama dos objetivos propostos e o tipo de análise estatística realizada 78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistema de pontuação para a posse de itens no Critério de Classificação econômica Brasil 57

Quadro 2 - Sistema de pontuação para o grau de instrução do chefe da família no Critério de Classificação econômica Brasil 58

Quadro 3 - A pontuação das subescalas e a escala do SDQ e a classificação do indivíduo 61

Quadro 4 - Classificação e pontuação do Inventário de Percepção do Suporte familiar 72

Quadro 5 - Resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sociodemográficas, Alfenas-MG, 2015 124

Quadro 6 - Resumo da análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis sociodemográficas, Alfenas-MG, 2015 124

Quadro 7 - Resumo da análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis sociodemográficas, Alfenas-MG, 2015 125

Quadro 8 - Resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e saúde mental, Alfenas-MG,2014 131

Quadro 9 - Resumo da relação entre o consumo de drogas e a densidade absoluta e corrigida dos problemas enfrentados na vida, Alfenas-MG, 2014.... 132

Quadro 10 - Resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e a percepção do suporte familiar, que apresentaram associação significante, Alfenas-MG, 2014..... 132

Quadro 11 - Resumo da análise bivariada da relação entre o perfil emocional e comportamental dos adolescentes segundo a classificação do SDQ e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas enfrentados pelo adolescente, Alfenas-MG, 2014 147

Quadro 12 - Resumo da análise bivariada da relação entre o perfil emocional e comportamental dos adolescentes segundo a classificação do SDQ e a percepção do suporte familiar, Alfenas-MG, 2014 162

Quadro 13 - Resumo da relação entre a percepção do suporte familiar e as densidades absoluta e relativa corrigida de problemas, Alfenas-MG, 2014 162

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Representação do número de adolescentes em cada unidade da ESF e a porcentagem dos adolescentes pesquisados, Alfenas - MG, 2014 56

Tabela 2 - Característica dos participantes do estudo quanto às variáveis: sexo, idade, estado civil e classificação socioeconômica em Alfenas - MG, 2014..... 80

Tabela 3 - Característica dos participantes do estudo quanto às variáveis: crença em Deus, filiação religiosa, prática de sua religião, participação de grupo ligado a religião, costume de rezar ou de orar, Alfenas - MG, 2014..... 81

Tabela 4 - Característica dos participantes quanto às variáveis: pais viverem juntos, se os pais já viveram juntos antes, quem mora na casa com o adolescente, Alfenas - MG, 2014 82

Tabela 5 - Descrição das características dos participantes quanto às variáveis: estudar, tipo de escola, ano escolar e defasagem escolar, em Alfenas - MG, 2014 83

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo as bandas provisionais do SDQ, Alfenas - MG, 2014 85

Tabela 7 - Apresentação dos valores de média, mediana, desvio padrão (DP), mínimo e máximo segundo as bandas provisionais do SDQ, Alfenas - MG, 2014 85

Tabela 8 - Percepção dos adolescentes em relação à presença de dificuldades emocional, e/ou de comportamento, e/ou de concentração, e/ou de relacionamento, tempo que essas dificuldades existem e se elas incomodam Alfenas - MG, 2014 85

Tabela 9 - Prevalência de incapacidade social, dificuldade que as pessoas sentem em relação a seu problema e classificação do suplemento de impacto, Alfenas - MG, 2014 86

Tabela 10 - Descrição do consumo de drogas entre os adolescentes no último mês, Alfenas - MG, 2014 87

Tabela 11 - Média, mediana, desvio padrão, e valores mínimo e máximo das densidades absoluta e relativa corrigida nas dez áreas dos problemas na vida, e a densidade global, em Alfenas - MG, 2014..... 89

Tabela 12 - Estatística descritiva das pontuações do IPSF total e suas três dimensões, Alfenas - MG, 2014 91

Tabela 13 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sociodemográficas como sexo, faixa etária, classe econômica, pais viverem juntos, estudar, defasagem escolar e trabalhar, Alfenas - MG, 2014..... 93

Tabela 14 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis, crença em Deus, filiação religiosa, praticar religião, participação de grupo religioso e rezar ou orar em situações-problema, Alfenas - MG, 2014..... 94

Tabela 15 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis sexo e faixa etária, Alfenas - MG, 2014 96

Tabela 16 - Análise bivariada da relação entre as variáveis relacionadas à saúde mental e os pais viverem juntos, Alfenas - MG, 2014..... 98

Tabela 17 - Análise bivariada da relação entre à saúde mental do adolescente e as variáveis relacionadas com quem o adolescente vive, Alfenas - MG, 2014..... 100

Tabela 18 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental do adolescente e às variáveis relacionadas estudar e a defasagem escolar, Alfenas - MG, 2014..... 102

Tabela 19 - Análise bivariada da relação entre à saúde mental do adolescente e as variáveis classe econômica e trabalhar, Alfenas - MG, 2014 104

Tabela 20 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis crença em Deus e filiação religiosa com a saúde mental, Alfenas - MG, 2014. 106

Tabela 21 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental do adolescente e a variável praticar a religião, Alfenas - MG, 2014..... 108

Tabela 22 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis rezar ou orar e participar de grupo religiosos, Alfenas - MG, 2014..... 109

Tabela 23 - Relação entre densidade global e as variáveis sociodemográficas, Alfenas - MG, 2014 111

Tabela 24 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte familiar (IPSF) com sexo e faixa etária, Alfenas - MG, 2014..... 113

Tabela 25 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte familiar (IPSF) com a variável os pais viverem juntos, Alfenas - MG, 2014..... 115

Tabela 26 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte familiar (IPSF) e com a variável com quem o adolescente vive, Alfenas - MG, 2014..... 115

Tabela 27 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e as variáveis estudar e defasagem escolar, Alfenas - MG, 2014..... 117

Tabela 28 - Análise bivariada da relação entre a o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e classe econômica e trabalhar, Alfenas - MG, 2014 119

Tabela 29 - Análise bivariada da relação entre a Percepção do Suporte familiar (IPSF) e a variável crença em Deus, Alfenas - MG, 2014..... 121

Tabela 30 - Análise bivariada da relação entre a Percepção do Suporte familiar (IPSF) e a variável filiação religiosa, Alfenas - MG, 2014..... 121

Tabela 31 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e as variáveis praticar a religião e participar de grupo religioso, Alfenas - MG, 2014 122

Tabela 32 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e a variável rezar ou orar, Alfenas - MG, 2014 123

Tabela 33 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e a saúde mental, Alfenas - MG, 2014..... 126

Tabela 34 - Relação entre o consumo de drogas e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014 . 128

Tabela 35 - Relação entre consumo de drogas e a densidade global dos problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014 129

Tabela 36 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e o escore total e os domínios do Inventário de Percepção do suporte familiar, Alfenas - MG, 2014 130

Tabela 37 - Relação entre o escore total de dificuldade e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014..... 134

Tabela 38 - Relação entre a variável comportamento pró-social e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014 136

Tabela 39 - Relação entre a variável hiperatividade e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014... 138

Tabela 40 - Relação entre a variável problema de conduta e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014..... 140

Tabela 41 - Relação entre a variável problemas emocionais e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014..... 142

Tabela 42 - Relação entre a variável problemas com os colegas e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014 144

Tabela 43 - Relação entre a escala de impacto e a densidade absoluta e relativa corrigida áreas de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014..... 146

Tabela 44 - Relação entre o perfil emocional e comportamental dos adolescentes, segundo a classificação do SDQ e a densidade global dos problemas, Alfenas - MG, 2014 148

Tabela 45 - Análise bivariada da relação entre o escore total de dificuldade, comportamento pró-social e o suporte familiar, Alfenas - MG, 2014... 150

Tabela 46 - Analise bivariada da relação entre a hiperatividade, problemas de conduta e a percepção do suporte familiar, Alfenas - MG, 2014..... 152

Tabela 47 - Análise bivariada da relação entre a escala de problemas emocionais e de relacionamento com os colegas e a percepção do suporte familiar, Alfenas - MG, 2014 154

Tabela 48 - Análise bivariada da relação entre a escala de suplemento de impacto e a percepção do suporte familiar, em Alfenas - MG, 2014 155

Tabela 49 - Análise da relação entre o domínio afetivo-consistente do Inventário de Percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas enfrentados na vida, Alfenas - MG, 2014..... 156

Tabela 50 - Análise da relação entre o domínio adaptação familiar do Inventário de percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas, Alfenas - MG, 2014..... 158

Tabela 51 - Análise bivariada da relação o domínio autonomia do Inventário de Percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas, Alfenas - MG, 2014..... 159

Tabela 52 - Análise bivariada entre a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas e o escore total do Inventário de Percepção do suporte familiar (IPSF), Alfenas - MG, 2014..... 160

Tabela 53 - Relação entre o Inventário de Percepção do suporte familiar (IPSF) e a densidade global de problemas do adolescente, Alfenas - MG, 2014 ... 161

Tabela 54 - Análise de regressão logística múltipla avaliando os fatores associados aos resultados de alteração na saúde mental da escala do SDQ, Alfenas - MG, 2014 163

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AL	Alagoas
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atendimento Psicossocial Infantil
CBCL	*Child Behavior Checklist*
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do trabalho
DA	Densidade Absoluta
DF	Distrito Federal
DG	Densidade Global
DISC	*Diagnostic Interview Schedule for Children*
DRC	Densidade Relativa Corrigida
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DUSI	Inventário de Triagem do Uso de Drogas (*Drug Use Screening Inventory*)
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPSF	Inventário de Percepção do Suporte Familiar

MPNI	*Multidimensional Peer Nomination Inventory*
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEAS	Programa de Educação Afetivo-Sexual, Um Novo Olhar
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PR	Paraná
SDQ	Questionários de Capacidades e Dificuldades (*Strenghts and Difficulties Questionnaire*)
SE	Sergipe
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
SP	São Paulo
SPSS	Software *Statistical Products and Service Solutions*
SUS	Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do sul
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
USP	Universidade de São Paulo
WHO	*World Health Organization*
YSR	*Youth Self Report*

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO 25

2. INTRODUÇÃO 28

3. OBJETIVOS 32
3.1. Objetivo geral 33
3.2. Objetivos específicos 33

4. HIPÓTESES 34

5. REVISÃO DA LITERATURA 36
5.1. Adolescência, saúde mental, consumo de drogas e percepção do suporte familiar 37

6. METODOLOGIA 52
6.1. Tipo de estudo 53
6.2. Descrição do local do estudo 53
6.3. População de estudo 54
6.4. Instrumentos para coleta de dados 56
6.4.1. Instrumento para a caracterização da população de estudo 56
6.4.2. Critério padrão de Classificação Econômica Brasil 57
6.4.3. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ) 58
6.4.4. Inventário de triagem do uso de drogas revisado (DUSI R) 62
6.4.5. Inventário de percepção do suporte familiar (IPSF) 69
6.5. Procedimentos de coleta 72
6.5.1. Treinamento da equipe 72
6.5.2. Estudo piloto 73
6.5.3. Coleta de dados 74
6.6. Aspectos éticos 75
6.7. Codificação dos dados 75
6.8. Análise dos dados 76

7. RESULTADOS 79
7.1. Análises descritivas da amostra 80

7.1.1. Análises descritivas da caracterização dos participantes 80
7.1.2. Análises descritivas da avaliação da saúde mental 84
7.1.3. Análises descritivas da caracterização do consumo de drogas 87
7.1.4. Análises descritivas dos problemas enfrentados na vida 88
7.1.5. Análises descritivas da percepção do suporte familiar 90
7.2. Análise bivariada 91
7.2.1. Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sociodemográficas 92
7.2.2. Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis sociodemográficas 95
7.2.3. Análise bivariada da relação entre a densidade global e as variáveis sociodemográficas 110
7.2.4. Análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis sociodemográficas 112
7.2.5. Análise bivariada da relação entre consumo de drogas e as alterações na saúde mental..... 125
7.2.6. Análise bivariada da relação entre consumo de drogas e os problemas enfrentados na vida..... 127
7.2.7. Análise bivariada da relação entre consumo de drogas e a percepção do suporte familiar 130
7.2.8. Análise da relação entre a saúde mental e os problemas enfrentados na vida 133
7.2.9. Análise bivariada entre à saúde mental e a percepção do suporte familiar 149
7.2.10. Análise da relação entre a percepção do suporte familiar os problemas enfrentados na vida 156
7.3. Análise regressão logística múltipla 163

8. DISCUSSÃO 164

9. CONCLUSÕES 208

REFERÊNCIAS 214

APÊNDICES 258

ANEXOS 261

1. Apresentação

A tomada de conhecimento e a experiência vivida com adolescentes ocorreram no fim da década de 1990, com o ingresso em atividades de orientação a esse grupo durante a formação acadêmica na Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL).

Após o termino da graduação em Enfermagem, iniciei minha trajetória profissional como docente da disciplina de Enfermagem Pediátrica na UNIFAL e, a partir desse momento, sempre ministrei aulas teóricas e práticas com enfoque na saúde da criança e do adolescente hospitalizados.

Com o ingresso na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) como docente na disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente, a assistência a esse grupo passou a ser um foco de trabalho junto aos acadêmicos de enfermagem que se pautava em ações de ensino, de extensão e de pesquisa. Isto resultou em um Projeto de Extensão intitulado "Adolescer Bem" com atividades de orientação e de realização de consulta de enfermagem. Em relação à pesquisa, foram desenvolvidos quatro trabalhos de conclusão de curso com ênfase na saúde do adolescente e, destes, três foram publicados.

Durante toda essa trajetória, o adolescente é um dos grupos a que sou motivada a assistir, mas infelizmente me deparo com uma realidade em que a assistência à saúde dessa população é bastante limitada pelos profissionais. Isso é decorrente muitas vezes do próprio adolescente que não tem como hábito procurar a assistência de saúde, da falta de acessibilidade aos serviços e/ou do despreparo dos profissionais.

Constantemente, ao assistir os adolescentes, observei que o sofrimento deles não era decorrente apenas do processo biológico, mas principalmente dos aspectos emocionais e sociais com os quais estes se deparam. Portanto, a necessidade de investigar essa população emergiu das narrativas dos próprios adolescentes e de familiares sobre a dualidade de sentimentos vivenciados o que talvez seja um caminho propício para alterar o processo do adolescer saudável, e que para cujo enfretamento a família muita vezes não está preparada.

Assim, as minhas principais inquietudes e indagações referentes às problemáticas que afligem esse grupo eram:

- Como se encontra a saúde mental dos adolescentes?
- Quais problemas esses adolescentes enfrentam?
- Os adolescentes que consomem drogas apresentam maior alteração na saúde mental?
- Como os adolescentes percebem o suporte familiar?
- Existe uma relação entre suporte familiar e alteração na saúde mental desse grupo?

Portanto, como enfermeira e como professora da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente sabendo da relevância do desenvolvimento psicoemocional, senti a necessidade e me senti motivada a fazer uma contribuição pontual na compreensão da saúde do adolescente na relação saúde mental, problemas enfrentados nesse período, consumo de drogas e percepção do suporte familiar.

2. Introdução

A adolescência se constitui um dos mais importantes períodos do desenvolvimento humano, caracterizado por rápidas transformações físicas, emocionais e sociais (SISK; ZEHR, 2005). Para vivenciar um adolescer saudável, o adolescente depende das condições sociais, das individuais e das relações interpessoais (ARAÚJO et al., 2010).

Dentro desse contexto, observa-se que cerca de 21 milhões de brasileiros tem menos de 18 anos de idade e 38% destes vivem em situação de pobreza, os quais são mais vulneráveis em relação aos riscos como desemprego e subemprego, violência e redução da qualidade de vida (UNICEF, 2011).

Além disso, a adolescência é marcada por múltiplas mudanças que contribuem para originar confusão, desarmonia e estranheza, impostas pelo novo corpo, pela novas sensações e pelo desejos. É um período de transição vivenciada por todos os sujeitos, acompanhada por incertezas, angústias, ansiedade, medo, excitação e prazer (SILVA; DEUS, 2005). Os autores ainda complementam que os adolescentes, nesse momento, vivenciam mudanças em suas relações que podem impactar sua vida, uma vez que podem ser influenciados pelas redes de pares e pelas próprias questões sociais.

Associa-se isso ao fato de que os adolescentes, muitas vezes, se veem sozinhos, sem saber em quem se amparar em momentos conflitantes e decisivos, próprios da fase que estão vivenciando. O adolescente fica entregue ao seu próprio conflito, o que faz com que se sinta frágil, solitário, excluído, impotente, inseguro e confuso (CRIVELATTI; DURMAN; HOFSTATTER, 2006; BRÊTAS et al., 2008; ARAÚJO et al., 2010). Dentro desse processo de desenvolvimento, o adolescente é um grupo que pode ser vulnerável às várias situações como consumo de drogas (BENETTI et al., 2007; BRÊTAS et al., 2008; ARAÚJO et al., 2010), depressão e transtornos de conduta (BENETTI et al., 2007).

Portanto, as alterações na saúde mental podem ser consequência dos desafios da adolescência, sendo as mais frequentes as alterações comportamentais e emocionais (GIEDD; KESHAVAN; PAUS, 2008; MURIS et al., 2011). Sabe-se que os efeitos das alterações da saúde mental durante esse período são tão importantes quanto as alterações físicas (GOODMAN; JOYCE; SMITH, 2011). Entretanto, muitas vezes, pais e professores não dão credibilidade às manifestações psíquicas na adolescência em decorrência das próprias situações vividas nesse período, acreditando, que com decorrer do tempo, estas desaparecerão (ANTUNES; CAMPOS, 2007). Os autores ainda mencionam que, em decorrência disso, o adolescente pode vivenciar situações graves que poderiam ser evitadas com tratamento.

É geralmente nesse período que ocorre a experimentação do consumo de drogas (MALTA et al., 2011). Os adolescentes podem iniciar o consumo de drogas como uma maneira de

transgredir as normas sociais e culturais existentes e, ao mesmo tempo, refugiar-se dos problemas que afetam o seu bem-estar, sejam eles de ordem emocional, familiar, e ou social, e também para esquecer situações problemáticas do cotidiano e receber aprovação dos amigos (MATHEWS; PILLON, 2004; DIETZ et al., 2011, BRASIL, 2014). O uso de droga pode representar ajuda e manejo para o adolescente que, porventura, esteja vivenciado algum sofrimento psicológico (ARAÚJO et al., 2010; BRASIL et al., 2014). Além do mais, a difusão da oferta, a curiosidade e a sedução ao consumo de substâncias psicoativas acaba atraindo um número significativo de adolescentes em busca do prazer (JESUS et al., 2011; SCIVOLETTO, 2011).

Adolescentes com alteração mental revelam maior uso de nicotina, de álcool e de outras drogas em comparação à população geral (ARANGO, 2011). Ao mesmo tempo, aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas apresentam mais sintomas depressivos e alteração psicossocial (PIRKOLA et al., 2011). É necessário enfatizar que as alterações na saúde mental e o consumo de drogas estão intimamente relacionados a múltiplos determinantes sociais que se encontram envolvidos na gêneses desses problemas (BRASIL, 2014).

Salles (2005) refere que a forma como o adolescente se comporta, age e sente, só pode ser compreendida na relação existente entre ele e o adulto. Por conseguinte, as relações familiares constituem-se em um dos fatores relevantes para o desenvolvimento psicoemocional do adolescente (SCHENKER; MINAYO, 2005). Diante desses fatos, na busca de compreensão do fenômeno da saúde mental, do consumo de drogas e dos problemas enfrentados nesse período, é necessário destacar a importância do paradigma ecológico-contextual de considerar o ambiente no qual o adolescente está inserido e suas interações com a família e amigos nesse processo de desenvolvimento (SARRIERA et al., 2007; FLOURI; TZAVIDIS, 2008).

Nesse sentido, é importante a realização de pesquisa epidemiológica com metodologia semelhante em diferentes regiões do país, levando em consideração as diferenças étnicas, culturais e sociais (ANSELMI et al., 2010), tendo como objetivo a formulação de políticas públicas, de acordo com as particularidades existentes em cada localidade (TEIXEIRA et al., 2009). Portanto, conhecer a realidade da saúde mental, os problemas enfrentados na vida e o consumo de drogas entre os adolescentes e sua correlação com o suporte familiar é de grande relevância, uma vez que permite a detecção precoce de grupos vulneráveis (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

A falta de referências na assistência ao adolescente com alteração mental pode gerar insegurança para suas famílias, as quais mostram-se confusas e inseguras em relação à conduta a ser tomada com seus filhos (PAIANO et al., 2007). O pouco reconhecimento dos profissionais

frente às alterações mentais na adolescência é frequente, uma vez que é mais fácil cuidar exclusivamente de problemas físicos que de problemas mentais (TANAKA; RIBEIRO, 2009). O interesse do profissional em lidar com adolescente nessa situação é outro aspecto a ser considerado, uma vez que se precisa enfrentar a angústia provocada pelo contato com o adolescente e com sua alteração (ASSIS et al., 2009).

No que diz respeito às investigações da saúde mental do adolescente, no contexto nacional, estas ainda são escassas, o que já é descrito na literatura por Assis et al (2009); Carvalho et al (2011a); Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014). Verifica-se menos investimento em contraposição ao que se realiza em relação aos adultos com alterações na saúde mental (MENEZES; MELO, 2010). Além disso, estudos que se referem à saúde mental desse grupo etário tem enfatizado o atendimento de adolescentes com alterações na saúde mental já identificado (BENETTI et al.,2007).

Assim, é necessário que se traga para o âmbito nacional um olhar para a saúde mental do adolescente. Com isso, optou-se por realizar este estudo visando ampliar o conhecimento do tema e oferecer subsídio na proposição de estratégias de apoio ao desenvolvimento dessa população e fundamentar-se em dados importantes para o planejamento de políticas públicas e para uma atuação efetiva dos profissionais de saúde, incluindo o enfermeiro na assistência à saúde mental desse grupo.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Identificar problemas na saúde mental em adolescentes e sua relação com o consumo de drogas, com problemas enfrentados na vida e com a percepção do suporte familiar.

3.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar a população de estudo quanto às variáveis: sexo; idade; estado civil; religião; classe econômica; pais viverem ou não juntos; com quem o adolescente vive; escolaridade; defasagem escolar e trabalhar;
2. Identificar os principais problemas de saúde mental; o consumo de drogas; os principais problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar;
3. Analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e o consumo de drogas; a saúde mental; os problemas enfrentados e a percepção do suporte familiar;
4. Identificar associação entre o consumo de drogas lícitas e ou ilícitas com as alterações na saúde mental; os problemas enfrentados e a percepção do suporte familiar em adolescentes;
5. Avaliar a associação entre as alterações na saúde mental com os problemas enfrentados pelos adolescentes e a percepção do suporte familiar;
6. Identificar associação entre a percepção do suporte familiar e os problemas enfrentados pelo adolescente;
7. Analisar a associação entre a saúde mental e as variáveis sociodemográficas, o consumo de drogas e a percepção do suporte familiar.

4. Hipóteses

1. A taxa de prevalência de alteração na saúde mental dos adolescentes de 12 a 17 anos do município em estudo é semelhante às taxas já encontradas nos estudos prévios realizados em âmbito nacional;
2. Os fatores como sexo; faixa etária; religião; estudar; defasagem escolar; trabalhar; os pais viverem juntos; com quem o adolescente vive; nível socioeconômico estão diretamente associados ao consumo de drogas, a alteração na saúde mental, a problemas na vida e a alteração no suporte familiar;
3. Há associação entre o uso de drogas e a alteração na saúde mental, os problemas enfrentados na vida e a percepção negativa do suporte familiar;
4. Os adolescentes com alteração na saúde mental apresentam maiores índices de problemas enfrentados e menor percepção do suporte familiar;
5. Os adolescentes que referem maior percepção de suporte familiar apresentam menores índices de problemas em suas vidas;
6. A alteração na saúde mental está associada aos fatores como sexo; faixa etária; religião; estudar; defasagem escolar; trabalhar; os pais viverem juntos; com quem o adolescente vive; nível socioeconômico; o consumo de drogas e percepção negativa do suporte familiar.

5. Revisão da literatura

5.1. Adolescência, saúde mental, consumo de drogas e percepção do suporte familiar

O conceito de adolescência é relativamente novo, uma vez que, até meados do século XX, considerava-se que o indivíduo deixava de ser criança e passava para a juventude ou puberdade, termos que se referiam apenas à modificação corporal. O conceito de adolescência surge entre o período de 1918 e 1939, definindo-a como uma etapa da vida com uma série de características peculiares (OSORIO, 1992).

A adolescência é um fenômeno das sociedades modernas surgidas entre o século XIX e XX, em decorrência do processo de urbanização e de industrialização (DOMINGUES; ALVARENGA, 1997). Foi a partir de 1976 que foi institucionalizado o conceito de adolescência como uma fase especial no processo de desenvolvimento, com mudanças nos âmbitos biológico, social e individual, as quais são determinantes na construção da sua identidade (ERIKSON, 1976).

Os autores que utilizam a psicanálise como base teórica postulam que nesse momento o adolescente vivencia a "Síndrome normal da adolescência", cujos sintomas são: busca de si mesmo e da identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crises religiosas, atitude social reivindicatória, contradições sucessivas, deslocalização temporal, evolução sexual, progressiva separação dos pais e oscilações do humor (KNOBEL, 1981).

É importante destacar que a adolescência foi constituída a partir de necessidades sociais e econômicas, e que os conflitos vivenciados pelos adolescentes aparecem como problemas entre o sujeito e a sociedade (OZELLA; AGUIAR, 2008; BOCK, 2007). Assim, a adolescência deve ser pensada como uma categoria que se constrói e se modifica dentro do contexto histórico em que se vive, e que pode existir hoje e não existir amanhã (BOCK, 2004; FROTA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cronologicamente a adolescência como um período compreendido entre 10 e 19 anos (WHO, 1986). Esse referencial também é utilizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014). Em contrapartida, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera "adolescente aquele entre 12 e 18 anos", esse é um marco na legislação brasileira, o qual o considera como um cidadão de direito, e assim estabelece os direitos singulares da adolescência (BRASIL, 2012).

Essa fase da vida humana é marcada por transformações anatomometabólicas, biológicas, psíquicas e socioculturais, abrangendo-o em um todo (BRAGA; MOLINA; FIGUEIREDO, 2010). O período no qual ocorrem as modificações físicas é reconhecido como puberdade, momento que há um aumento da liberação hormonal, o que contribui para o desenvolvimento

de características sexuais, com o novo contorno corporal e as modificações no papel sexual (SISK; ZEHR, 2005; VITALLE, 2011).

A adolescência não abrange apenas a maturidade biológica e fisiológica, mas o amadurecimento emocional e social (SCHENKER; MINAYO, 2003; SCIVOLETTO, 2011); é o período marcado por alterações profundas na compreensão do mundo e no modo de se posicionar nele (JUSTO, 2011). Entretanto, é necessário considerar que a adolescência é um processo em que o adolescente depende das circunstâncias sociais e históricas para sua formação (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003). E que, no contexto atual, sofre influência do mundo virtual, das relações entre pais e amigos, e do consumismo, em que o "ter" tem maior valor do que o "ser" (MARTINS; TRINDADE; ALMEIDA, 2003; SALLES, 2005).

É uma fase de muita suscetibilidade, o que influencia no comportamento desses adolescentes, somado à necessidade de pertencimento a um grupo, de integração social, de busca da autoafirmação e de independência individual (SCHENKER; MINAYO, 2003; JUSTO, 2011). Todo esse processo de modificação física e emocional são fatores de ameaça à manutenção do equilíbrio, o que gera ansiedade, inquietação, dúvidas e mudanças de comportamento em relação a seus pares sociais e aos familiares (BAPTISTA; BAPTISTA DAHER; DIAS, 2001; JUSTO, 2011).

Vitalle (2011) considera que a sociedade aceita essas modificações como normais do processo de desenvolvimento, contudo, se essas transformações acontecerem rapidamente e/ou em um momento diferente daquele esperado, se os adolescentes não apresentarem estratégias adaptativas, podem surgir sentimentos negativos que ultrapassam os limites da normalidade (BAPTISTA; BAPTISTA DAHER; DIAS, 2001; SILVA, DEUS, 2005; MARCEAU et al.,2011).

Estudo qualitativo conduzido com adolescentes assistidos em um Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi), no município de Cascavel, concluiu que a adolescência é uma etapa em que a insegurança e a instabilidade se fazem presentes (CRIVELATTI; DURMAN; HOFSTATTER, 2006). Os adolescentes vivenciam um mundo de ambiguidade e de contradições; muitas vezes os adolescentes saem, "ficam", namoram, desejam uma profissão e se preocupam com o futuro (MATOS; FÉRES-CARNEIRO; JABLONSKI, 2005).

A adolescência tem sido identificada, ainda, como um período de conflitos e de descobertas; os adolescentes vivem intensamente suas emoções, são ousados, onipotentes, curiosos, imediatistas, os que torna os mais vulneráveis ao comportamento exploratório, contestador e impulsivo (VIEIRA, 2011). Esse processo vivenciado pelo adolescente está

relacionado às estruturas cerebrais que estão em desenvolvimento, principalmente as que são responsáveis pela percepção temporal (SCIVOLETTO, 2011).

Vieira (2011) ainda complementa que essas características podem auxiliá-los nesse processo de emancipação ou expô-los a risco como o consumo de drogas, a violência, as condutas antissociais, o insucesso acadêmico e as condutas sexuais de risco, o que compromete a saúde física, o bem-estar psíquico e o desenvolvimento psicossocial (SHEK; YU, 2012; MONTEIRO et al.; 2012).

No plano social, a pobreza, a dificuldades de acesso aos bens de consumo, a falta de oportunidade de educação, de trabalho, de lazer, violência, do consumo e do tráfico de drogas são fatores que influenciam o adolescente de gozar do seu direito (COCCO; LOPES, 2010; BRASIL, 2014); além de potencializar os riscos e a exclusão social necessária para o seu pleno desenvolvimento (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002). Portanto, o adolescente tem que enfrentar a pressão existente na sociedade com suas questões políticas, sociais, econômicas e religiosas, além do próprio processo afetivo de se tornar adulto, o que pode gerar sofrimento (SCIVOLETTO, 2011).

Em relação ao desenvolvimento psicossocial, a OMS (2001) determina, em nível mundial, que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentam uma alteração na saúde mental. Fleitlich e Goodman (2000) referem que existe uma ampla variação na taxa de prevalência de alteração na saúde mental de criança e adolescentes entre 5 a 50%. No que se refere à prevalência dessas alterações, Merikangas, Nakamura, Kessler (2009) conduziram uma revisão sobre a epidemiologia dos transtornos psiquiátricos em criança e adolescente no mundo, utilizando como critério inclusão artigos referidos ao Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), e constatou que um a cada quatro adolescentes apresentou um transtorno mental no ano e que um em cada três apresentou essas alterações na vida. Os principais transtornos nesse período foram a ansiedade, as desordens de comportamento, as desordens de humor e o abuso de drogas.

Estimativas indicam que um entre quatro a cinco adolescentes no mundo sofre algum transtorno mental (PATEL et al., 2007). Por ser um período de remodelação, o cérebro dos adolescentes é mais vulnerável a agressões externas e a transtornos psiquiátricos (CREWS; VETRENO, 2011). Estudo conduzido com uma amostra representativa de adolescentes norte-americanos com idade entre 13 a 18 anos, o qual utilizou o DSM-IV para a avaliação dos participantes, detectou que 49,5 % da amostra apresentava uma alteração na saúde mental (MERIKANGAS et al., 2010).

Byck et al (2013) encontraram que 17,9% dos adolescentes preencheram os critérios diagnósticos para qualquer transtorno avaliados pelo Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) versão 4.0, incluindo o consumo de drogas. Essa investigação também constatou, por meio do Youth Self Report (YSR), que 14,4% dos adolescentes apresentavam problemas internalizantes e 23,2 % externalizantes.

Ainda no tocante à prevalência de alterações na saúde mental no contexto internacional, tendo como instrumento o SDQ, o qual foi eleito na presente investigação para avaliar a saúde mental, Van Roy et al (2006) constataram uma porcentagem de 8,9% para o escore total de dificuldade em adolescentes noruegueses, com idade entre 10 e 19 anos. Outra investigação, realizada na Alemanha com crianças e adolescentes, observou que 18,5% destes eram classificados como limítrofes e anormais para o total de dificuldade, definindo um grupo de risco para os problemas mentais. Esse estudo foi conduzido com pais e os adolescentes com idade igual ou maior que 11 anos (HÖLLING et al., 2008). Os resultados de uma pesquisa com adolescentes escolares da cidade de Londres, com idade entre 11 a 18 anos, encontrou uma taxa de 35,7% para a classificação limítrofe e anormal para a pontuação total do SDQ (FLOURI; TZAVIDIS, 2008).

Outra pesquisa realizada na Alemanha comparou os dados de portadores de diabetes tipo I e da comunidade quanto à saúde mental. Pais e filhos, com idade de 11 a 17 anos, responderam as questões do instrumento do SDQ. Nesse estudo, constatou-se, por meio do autorrelato dos adolescentes, uma prevalência de 2,9% para a classificação anormal no total de dificuldades do SDQ para os adolescentes da comunidade (STAHL-PEHE et al., 2014).

Ainda nessa perspectiva, estudo conduzido no Brasil com adolescentes matriculados na sexta série de escolas públicas e privadas da cidade de Barretos-SP, o qual utilizou o SDQ como instrumento, detectou que 12,5% apresentavam problemas na saúde mental (PAULA et al., 2008).

Pinheiro et al (2007) identificaram uma taxa de 28,8% de problemas mentais comuns em adolescentes do Sul do País, com idade entre 15 a 18 anos. Benetti e colaboradores (2010), com objetivo de identificar as situações individuais, familiares e contextuais, associadas às alterações na saúde mental de adolescentes do ensino médio e fundamental de Porto Alegre-RS, constataram que 13,9% apresentavam diagnóstico clínico para os problemas de internalização e 17,1% de externalização.

Menezes et al (2011) constataram que 26,8% e 13,1% dos adolescentes de Pelotas-RS foram classificados como desviante e limítrofe em estudo realizado com os pais. Investigação longitudinal realizada na cidade de Pelotas no RS avaliou a criança e o adolescente aos 11 anos

e aos 15 anos, com o objetivo de identificar associação entre obesidade e alterações na saúde mental. Encontrou-se que a média para o escore total de dificuldade foi de 12,1 (ASSUNÇÃO ET al., 2013).

A literatura aponta que as taxas de prevalência de alteração na saúde mental variam muito em decorrência dos métodos de avaliação e do desenho do estudo (HÖLLING et al., 2008; RONCHI; AVELLAR, 2010). Benetti et al (2010) complementam que essas diferenças podem estar relacionadas a questões contextuais do grupo avaliado, associado à diversidade de instrumentos utilizados nos estudos para a avaliação das alterações na saúde mental (PIZETA et al.,2013). Outro fato que pode contribuir para essa divergência se refere à amplitude da faixa etária usada nos estudos que avaliaram a saúde mental, uma vez que muitos estudos têm como amostra crianças e adolescentes (SAUR; LOUREIRO, 2012; THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

É relevante descrever que os problemas internalizantes são referidos como retraimento, queixas somáticas e depressão (VELDMAN et al., 2014), em oposição aos comportamentos externalizantes que incluem comportamento agressivo, hiperatividade, transtorno de atenção e de conduta (SKEER et al., 2009; VELDMAN et al., 2014). Os comportamentos internalizantes restringem-se ao âmbito privado; são subjetivos e pouco observáveis e que se expressam no sofrimento do próprio indivíduo, já os externalizantes, interferem na adaptação social e se referem às ações direcionadas as outras pessoas (CAPUTO; BORDIN, 2007).

São vários os problemas que o adolescente pode apresentar. Os mais evidentes são insucesso acadêmico; agressividade; agitação; comportamento sexual de risco; baixa autoestima; dificuldade de relacionamento; consumo de drogas; depressão; descontentamento; ideias suicidas, confusão; atitudes de rebeldia e realização de furto (FIGLIE et al., 2004; RONCHI; AVELLAR, 2010).

Na adolescência, as principais alterações na saúde mental incluem: problemas emocionais (ansiedade e depressão); problemas de conduta e de relacionamento com os colegas; desatenção e hiperatividade (BENETTI et al.,2007; HÖLLING et al., 2008; PAULA et al., 2008). Esses problemas podem constituir um fardo para o sujeito, para a família e para a sociedade, os quais são reportados como um problema de saúde pública (HÖLLING et al., 2008).

Salienta-se que o surgimento dos distúrbios psiquiátricos na adolescência são multifatoriais para os quais concorrem aspectos genéticos; alterações hormonais; desordens cerebrais; relacionamentos entre os pares; perdas de pessoas significativas; eventos estressantes agudos; uso de drogas; problemas no desenvolvimento e institucionalização do adolescente (GIEDD; KESHAVAN; PAUS, 2008).

As crianças que iniciam o processo de adolescer precocemente, independentemente do sexo, apresentam maiores problemas de adaptação que seus amigos; sendo evidente a presença de maiores dificuldades comportamentais e ajuste psicossocial no sexo masculino e, no feminino, maior desajuste psicossocial (MENSAH et al; 2013). Após a puberdade, as adolescentes apresentam menor competência social, o que está relacionado à maior incidência de problemas internalizantes e externalizantes (NEGRIFF; HILLMAN; DORN, 2011; MARCEAU et al., 2011), enquanto os adolescentes do sexo masculino, maiores taxas de problemas externalizantes (MARCEAU et al., 2011).

Ressalta-se que as condições socioeconômicas estão envolvidas na gênese das alterações mentais nesse grupo, uma vez que adolescentes que vivem em contexto com nível socioeconômico desfavorável e com exclusão social apresentam alterações somáticas, comportamentais, de conduta e da atenção (VAN OORT et al., 2011). Entretanto pesquisa que investigou a prevalência de problemas na saúde mental de adolescentes da região central e da periferia da cidade de Campinas-SP não detectou diferenças significativas dessa problemática em relação aos adolescentes que vivem nessas duas regiões, apesar de as condições sociodemográficas serem muito divergentes (CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2007).

História de violência têm um efeito negativo na saúde mental do adolescente, sendo agravada pelo consumo de álcool nos pais ou em responsável (HILDEBRAND et al., 2015). Peltonen et al (2010) salientam que os adolescentes que foram vítimas de violência parental apresentaram maiores taxas de problemas internalizantes e de externalizantes, o que é corroborado por Paula et al (2008), ao mencionarem que a presença de algum tipo de violência constitui-se o fator de risco mais importante para problemas de saúde mental entre os adolescentes da sexta série da cidade de Barretos-SP. Vivenciar a violência pode gerar sentimentos de desesperança, de insegurança, de baixo rendimento na aprendizagem, de ideação suicida e de comportamentos violentos (ASSIS et al., 2009).

Destacam-se outros fatores intrínsecos que podem desencadear as alterações no bem-estar psíquico incluem: a alteração do sono (BRAND; KIROV, 2011); a obesidade que está associada a graves consequências psicológicas com taxas elevadas de depressão, baixa autoestima, déficits de competência social e aos distúrbios comportamentais (LUIZ; GORAYEB; LIBERATORE JUNIOR, 2010). Estudo conclui uma associação entre obesidade e presença de dificuldades emocionais e comportamentais avaliadas pelo SDQ, o qual também observou que os adolescentes do sexo masculino que se tornaram obesos aos 15 anos apresentavam maiores escores de insatisfação social e afetiva (ASSUNÇÃO et al., 2013).

Os adolescentes portadores de uma doença crônica estão em maior risco para alterações ao bem-estar psicológico, porque não só têm de se confrontar com os processos do desenvolvimento normal, como também com as exigências adicionais impostas pela doença (BIZARRO, 2001).

O sexo se apresenta como fator predisponente para a alteração na saúde mental. A literatura aponta que o sexo feminino se apresenta com maior prevalência de problemas referentes à saúde mental (AVANCI et al., 2007). Os problemas de conduta e os problemas de comportamento pró-social são alterações evidentes no início da adolescência em ambos o sexos, mas esses problemas são significativamente mais frequentes em indivíduos do sexo masculino, enquanto as meninas apresentam maiores taxas de problemas emocionais (VAN ROY et al.; 2006). É comum o predomínio de externalização ou de problemas de conduta para os meninos e de internalização para as meninas (CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2007; LOOSLI; LOUREIRO, 2010).

Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Hölling et al (2008), ao aplicarem o SDQ para os pais de crianças e de adolescentes, os quais observaram que os problemas emocionais são mais evidentes no sexo feminino, e a presença de problemas de conduta, de hiperatividade, e de problemas de relacionamento com os pares são mais comuns no sexo masculino. Contudo, os resultados do estudo de Singh et al (2015), realizado com adolescentes indianos, constataram que os adolescentes do sexo masculino relatavam menor bem-estar psicológico do que o sexo feminino.

Outro ponto a ser abordado diz respeito à rejeição por pares, associada à saúde mental desequilibrada, podendo ser desencadeados o transtorno do pânico, as crises de ansiedade, o autoextermínio ou os homicídios (OLIVEIRA; ANTONIO, 2006).

Problemas emocionais maternos também interferem na saúde mental do adolescente (SCHEPMAN et al., 2011). Loosli e Loureiro (2010) encontraram associação entre a depressão materna e problemas comportamentais. A qualidade de interação mãe-filho inadequada nos primeiros anos de vida está relacionada com o surgimento de depressão e de ansiedade na adolescência (SCHMID et al., 2011).

Vidair et al (2011) também observou que crianças e adolescentes em que ambos os pais apresentavam problemas internalizantes e externalizantes também apresentavam essas alterações. Ser filhos de pais com dependência química também se constitui um fator de risco importante para o desenvolvimento de problemas psicossociais entre os adolescentes (FIGLIE et al., 2004). Portanto, é necessário avaliar o contexto em que o adolescente vive para

compreender como ele se apresenta em termos de sua saúde mental (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

O adolescente que apresenta desajuste emocional tem um risco de desenvolver ampla gama de alterações mentais (MCLAUGHLIN et al., 2011), o que é referido no estudo de Neumann et al. (2011), ao concluírem que níveis elevados de emoções negativas estão implicados na origem dos problemas internalizantes e dos externalizantes.

Ao abordar a saúde mental de adolescentes, verifica-se que esta se associa ao consumo de drogas, uma vez que são veículo para atingir prazer, diversão e para atenuar emoções negativas. A literatura aponta que o consumo de drogas é um problema social de abrangência mundial (MONTEIRO et al., 2012; BIRHANU; BISETEGN; WOLDEYOHANNES; 2014).

As drogas psicotrópicas têm o potencial de modificar o funcionamento do sistema nervoso central (SNC). As drogas diferem em uma série de aspectos como em relação à qualidade e à intensidade dos efeitos. As drogas são classificadas em lícitas como os medicamentos, o álcool o tabaco; e as ilícitas, a maconha, o crack e outras (NOTO et al., 2003). O consumo de drogas na adolescência pode ocorrer como consumo ocasional ou abusivo (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Alguns padrões comportamentais dos adolescentes são fortes preditores para o consumo de drogas, o que se torna preocupante em decorrência de suas consequências (CREWS; VETRENO, 2011). O fenômeno do consumo de drogas em adolescentes está associada a alterações na própria estrutura do cérebro, na função e na neurocognição, o que pode contribuir para a dependência (SPEAR, 2000; SQUEGLIA; JACOBUS; TAPERT, 2009; VILELA; MACHO; ALMEIDA, 2011).

A literatura nacional e internacional tem reportado uma alta taxa de consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os adolescentes, o que pode ser observado em estudos como o de Merikangas et al (2010) os quais constataram que 11,4% de adolescentes norte-americanos apresentavam transtorno para o consumo de substâncias psicoativas, o que corresponde a 8,9% para o abuso de drogas e a 6,4%, para o abuso de álcool.

No México, estudo com adolescentes entre 12 e 17 anos, com o objetivo de investigar o consumo de drogas ilícitas, detectou que o consumo foi de 5,2 % na vida e 2,9%, nos últimos 12 meses, sendo que a maconha foi a droga mais consumida na vida (3,9%) e no ano (1,9%) (BENJET et al., 2007). Khajehdaluee et al (2013) constataram que 24% dos adolescentes do Iran com idade entre 12 a 19 anos consumem substâncias psicoativas, sendo que 19,2% referem fumar, 6,6% consomem bebidas alcoólicas, 4,2% o ópio e 3,3% a maconha.

Esses dados não diferem em relação ao cenário nacional, uma vez que inquérito realizado com adolescentes de escolas púbicas e particulares da cidade de Assis-SP detectou que as drogas mais consumidas na vida pelos participantes foram álcool (68,9%); tabaco (22,7%); solventes (10,1%); maconha (6,6%); ansiolíticos (3,8%); anfetamínicos (2,6%); e cocaína (1,6%) (GUIMARÃES et al., 2004). Luis et al (2014) detectaram que o padrão de consumo de drogas na vida entre estudantes com 13 a 21 anos da cidade de Ribeirão Preto - SP foi de 66,9% de álcool; 26,1% de tabaco; 5,1% de medicamentos psicoativos e 10% de outras substâncias.

Investigação com adolescentes do ensino fundamental e médio de escolas públicas e privadas de 27 capitais brasileiras constatou que as drogas mais consumidas no último ano foram 42,4 % álcool; 9,6% tabaco; 5,2% inalantes e 3,7% maconha (CARLINI et al., 2010). Estudo realizado em Teresina no Piauí encontrou que, de 193 adolescentes entre 14 a 19 anos, 17,9%, referiam usar drogas ilícitas, sendo que a droga mais usada foi a maconha, seguida pelo crack (MONTEIRO et al., 2012).

Pesquisa conduzida em escolas públicas da cidade de Gravataí-RS constatou que nos últimos 30 dias as drogas mais consumida foram álcool (33%), tabaco (4,4%) e outras drogas (0,6%) (VIEIRA et al., 2008). Lopes e Rezende (2013) constataram que entre adolescentes escolares de Maceió - AL, 23,3% referiram consumir bebidas alcoólicas no último mês e 4,9%, o cigarro.

Em relação ao estado de Minas Gerais, verifica-se no estudo de Bertoni et al (2009) que o consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes de escolas públicas que participaram do Programa de Educação Afetivo-Sexual, Um Novo Olhar (PEAS), foi bastante frequente, uma vez que 45,9% declararam consumo de álcool; 23%, de cigarro; 2,4%, de maconha e 3,7%, de outras drogas, o que não difere do estudo conduzido no munícipio de Contagem com adolescentes escolares, o qual encontrou que 57,1% consumiram bebidas alcoólicas; 23,6% já haviam fumado cigarro; 4,9% usaram maconha e 2,2 %, cocaína (REIS et al., 2013).

Pesquisa realizada com adolescentes do ensino fundamental e médio de Goianá - MG detectou que 15,9% mencionavam o consumo de drogas ilícitas na vida; 9,4% no ano e 5,1 no mês; a droga ilícita mais consumida foi o solvente. Quanto ao consumo de drogas lícitas, 64,6% consumiam álcool na vida; 49,6%, no ano e 29,2% no mês; em relação ao tabaco, 20,2 % na vida; 12,8 %, no ano e 6,3% no mês (TEIXEIRA et al.,2009).

Atualmente, o consumo de drogas na adolescência atinge todas as classes sociais (PRATTA; SANTOS, 2007a), e quanto à idade, observa-se um aumento significativo do uso e do abuso de drogas por adolescentes com o aumento da idade (GONÇALVES et al., 2004; DE

MICHELI; FORMIGONI, 2004; BERTONI et al., 2009; TEIXEIRA et al., 2009; MURIS et al., 2011; MALTA et al., 2014).

Buscando avaliar o consumo de substâncias psicoativas em adolescentes da Suécia, em estudo conduzido com alunos com idade entre 13 a 18 anos, encontrou-se que existe uma progressão entre o uso e abuso de drogas do ensino fundamental para o ensino médio, independentemente do sexo do adolescente (ÂSLUND; NILSSON, 2013). Horta et al (2014) complementam que, quanto mais precoce o início do consumo, maiores são as chances de se instalar uma dependência.

Em relação ao sexo, observam-se taxas semelhantes de consumo de álcool em ambos o sexos, no contexto nacional (GONÇALVES et al., 2004; COSTA et al., 2007; STRAUCH et al., 2009; MALBERGIER et al., 2012) e internacional (MARSIGLIA et al., 2014). Quanto ao consumo de tabaco e de drogas ilícitas, o mesmo padrão é verificado em estudos conduzidos no cenário nacional (MALBERGIER et al.,2012; FRADE et al., 2013).

No entanto há resultados divergentes. Encontrou-se que as chances de abuso/dependência de álcool e o consumo excessivo de álcool eram muito maiores no sexo masculino, assim como o consumo de drogas ilícitas em estudo conduzido nos Estados Unidos (MERIKANGAS et al., 2010). Ainda no tocante ao sexo, verifica-se que o sexo masculino ingere maior quantidade de bebida alcóolica apesar de não ser significante (LARANJEIRA, 2007).

Dados semelhantes foram constatados em um estudo realizado em Minas Gerais, o qual detectou que os adolescentes do sexo masculino, na faixa de 15 a 19 anos, ingeriam maior quantidade de álcool, sendo esta diferença estatisticamente significante. O mesmo estudo observou, que independentemente da idade, o consumo de tabaco e de drogas ilícitas (exceto a maconha) era mais prevalente nos rapazes, mas essa diferença não se mostrou estatisticamente significante (BERTONI et al., 2009). Morrison, Smith e Akers (2014) também observaram que os adolescentes do sexo masculino da cidade de Juiz de Fora-MG eram mais propensos a relatar consumo de drogas.

A primeira experiência com o consumo de álcool normalmente ocorre na presença de amigos e de familiares (VIEIRA et al., 2008), o que não difere em relação ao consumo de drogas ilícitas (PRATTA; SANTOS, 2006; VASTERS; PILLON, 2011).

Estudos vêm constatando que a droga mais consumida pelos adolescentes é o álcool (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004; CARVALHO et al., 2011b; KIRBY; BARRY, 2012; MADRUGA et al., 2012; FRADE et al., 2013; MIOZZO et al., 2013; BIRHANU; BISETEGN; WOLDEYOHANNES; 2014; LUIS et al., 2014). Apesar de o consumo de bebidas alcoólicas ser proibido no Brasil para menores de 18 anos, estudo realizado com uma amostra

representativa de adolescentes de 14 a 18 anos, de várias regiões do país, constatou que o consumo de bebidas é bastante comum (LARANJEIRA, 2007).

Esse consumo pode se dar em consequência da realidade vivenciada pelos adolescentes, uma vez que a presença dessa substância se tornou obrigatória durante as comemorações festivas (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008). Além disso, a bebida alcoólica não é considerada uma droga (Vieira et al., 2008), é de fácil aquisição e culturalmente valorizada pelo meios de comunicação que por intermédio das propagandas, estimulam o consumo, é socialmente tolerada e legalmente permitida (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008; LOPES; REZENDE, 2013).

Fato que merece destaque é que o consumo de álcool pelos adolescentes é um preditor significante para o consumo de outras drogas lícitas e ilícitas (KIRBY; BARRY, 2012); essa situação não difere em relação à nicotina, uma vez que há relatos de que o uso precoce de nicotina por adolescentes está significativamente associado a maior risco do consumo de drogas ilícitas (NIETHAMMER; FRANK, 2007).

Há evidências na literatura de que, além do uso de álcool, de tabaco e de maconha pelos adolescentes, constata-se o uso de opioides benzodiazepínicos, estimulantes e alucinógenos sem prescrição médica (FALCK et al., 2012). Observa-se também o consumo de energéticos, de ansiolíticos e de anfetaminas (LOPES; REZENDE, 2013). Verifica-se uma alta incidência de uso de analgésico sem prescrição médica entre os adolescentes (FRADE et al., 2013).

São vários os fatores indutores do consumo de drogas ilícitas em adolescentes como vulnerabilidade genética; problemas familiares; depressão; baixa autoestima; timidez; comportamentos agressivos; falta de perspectiva de vida; busca por prazer; curiosidade e influência de amigos (MONTEIRO ET al. 2012). Outros fatores foram detectados em pesquisa realizada na cidade de Barueri-SP, como o baixo desempenho escolar; o relacionamento inadequado com aqueles com quem o adolescente vive; estudar no período vespertino e presença de comportamento antissocial que se mostraram significativamente associados ao uso de drogas (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004).

O insucesso escolar também foi um fator que contribuiu para o consumo de álcool e de drogas em adolescentes da cidade de Jacareí e de Diadema - SP (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012), a assim como a progressão escolar do adolescente aumenta a chance do uso de drogas, o que pode ser justificado pela maior associação com os pares (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; MORENO; VENTURA; BRÊTAS, 2010).

Nessa direção, Âslund e Nilsson (2013) referem que os adolescentes que vivem em áreas de baixo nível socioeconômico, com maior prevalência de problemas sociais, de delinquência

juvenil e de disponibilidade de drogas ilegais apresentam um consumo superior de drogas, e tendem a não estar de acordo com as normais sociais, incluindo as normas que proíbem beber, fumar e uso de drogas.

Sintomas de depressão e de ansiedade foram apresentados pelos adolescentes como motivos para o uso contínuo de drogas (VASTERS; PILLON, 2011). O sintoma de estresse também foi associado a uma incidência de adolescentes com problemas com o consumo de drogas (FRADE et al., 2013). O uso de bebidas alcoólicas está relacionado à presença de alterações de conduta, de hiperatividade e de déficit de atenção (VILELA; MACHO; ALMEIDA, 2011).

O consumo de álcool na adolescência tem maior efeito deletério do que no adulto, uma vez que prejudica a células cerebrais por causa do crescimento e do desenvolvimento do cérebro (SMITH, 2013). As consequências do abuso de álcool e das drogas na vida pode ter consequências graves como comportamentos violentos e acidentes de trânsito, exposição ao sexo sem proteção, degradação das relações familiares e das sociais (VIEIRA et al., 2008; UNICEF, 2011).

O consumo de drogas ilícitas pode afetar negativamente a saúde e o desempenho acadêmico (FALCK et al., 2012). Estudo conduzido em São Paulo detectou que os adolescentes começaram a realizar atos ilegais como roubar e traficar drogas após terem iniciado o consumo de drogas (MORIHISA, BARROSO, SCIVOLETTO, 2007).

Um dos fatores que afeta o bem-estar psíquico do adolescente e a vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoativas é a interação familiar disfuncional (PRATTA; SANTOS, 2007b). Não somente a interação materno/familiar é importante para o alcance de um adolescer saudável, mas os relacionamentos interpessoais que se fazem presentes na vida do adolescente (ARAÚJO et al., 2010).

A literatura aponta que a família é uma instituição privada, atualmente com diferentes tipos de arranjos em decorrência do desenvolvimento econômico, tecnológico, político e cultural (BAPTISTA; BAPTISTA DAHER; DIAS, 2011; SCHENKER; MINAYO, 2003). Portanto, não existe um modelo único de família, as famílias apresentam suas diversidades, seus valores, regras e modelos de afetividades baseados na sua própria história e no contexto de vida (SILVA, 2011).

Mesmo diante das transformações vivenciadas no contexto e na estrutura familiar nos últimos anos, essa entidade ainda deve ser o pilar de sustentação da vida psíquica no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente, proporcionando segurança e bem-estar (PRATTA; SANTOS, 2007b; CASARIN; RAMOS, 2007; SOUZA; BAPTISTA; ALVES,

2008; SANTOS; PRATTA, 2012;). A família é considerada o primeiro núcleo de aprendizado, na qual se aprendem as primeiras regras e os valores associados ao convívio social (CASARIN; RAMOS, 2007; ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008).

Durante a adolescência, a família enfrenta outro desafio, conviver com o filho adolescente com seus anseios, dúvidas, medos, independência dos pais e maior aproximidade com os pares; assim, a família necessita de adaptação e de reorganização para lidar com esse enfrentamento (SILVA, 2011). O diálogo e o tempo compartilhado no âmbito do contexto familiar favorece a promoção da saúde mental de seus membros, bem como auxilia na definição de limites e na supervisão de problemas vivenciados na adolescência (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008; ELGAR; GRAIG; TRITES, 2013).

É preciso que os familiares estejam atentos às dinâmicas e às relações vivenciadas pelos adolescentes (ARAÚJO et al., 2010), prevenindo a probabilidade para o consumo de drogas e para outros agravos (HEMOVICH; LAC; CRANO, 2011). Reis et al (2013) observaram que no cotidiano dos adolescentes há ausência de diálogo entre os familiares, o que se torna bastante preocupante, uma vez que estes tem um papel crucial no processo de desenvolvimento global dos adolescentes.

A falta ou a escassez de apoio, de diálogo, e de relações familiares inadequadas, provoca carência e fragilidade dos laços familiares; assim, o adolescente irá procurar fora do convívio familiar esse cuidado, o que é perigoso em decorrência de suas vulnerabilidades (CASARIN; RAMOS, 2007).

Sabe-se que o baixo monitoramento dos pais é destacado como um fator preditivo para o uso de drogas (De Micheli; Formigoni, 2004), o que se assemelha ao resultado do estudo conduzido com adolescentes italianos de 15 a 19 anos, o qual observou que o grupo de usuários de drogas estava insatisfeito com a sua relação familiar e que percebia um baixo monitoramento parental (SCALESE et al., 2014).

Nesse sentido, os genitores devem discutir sobre as opiniões e desejos dos filhos, em um ambiente de respeito, o que proporcionará um amadurecimento psicoemocional para o enfrentamento das dificuldades (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011). Além das relações de envolvimento e de cumplicidade familiar com o adolescente, faz–se necessário que a família tenha uma atitude essencialmente positiva com hábitos saudáveis, livres do consumo de drogas, uma vez que esta constitui modelo para os adolescentes (ROEHRS; LENARDT; MAFTUM, 2008; DIETZ et al.,2011; GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Rüütel et al (2014) apontam que o adolescente que observou embriaguez nos membros familiares apresenta mais chances de consumir bebidas alcoólicas em quantidade arriscada. O

adolescente que vivencia experiência do uso de drogas por algum membro da família tende a encarar o uso dessa substância como comportamento comum e/ou desenvolver sentimentos negativos com prejuízo na saúde mental, como medo, vergonha e isolamento social (SILVA, 2011). Além do mais, esse adolescente pode vir a apresentar o mesmo comportamento dos familiares, referentemente ao consumo de drogas (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012; EWING et al., 2015).

Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) constataram em um estudo conduzido com adolescentes e jovens não usuários e usuários de drogas, que, para ambos os grupos, a família tem importância fundamental na estruturação do ser. Os autores ainda complementam que o grupo de usuários pesados considera que o suporte familiar é importante não apenas para a imposição de regras e de limites, mas para o acolhimento e para a proteção dos problemas enfrentados nesse momento.

A família constitui-se, portanto, como uma das principais formas de suporte social, sendo que quanto maior o suporte familiar menor tendência a desenvolver alterações na saúde mental e no consumo de drogas (LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011). O suporte familiar é definido como manifestação de atenção, de carinho, de diálogo, de liberdade, de proximidade afetiva, de autonomia e de independência existente entre os membros da família (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004). Quando a família consegue fornecer todos esses cuidados e habilidades ao adolescente, ela funciona como uma fonte indispensável ao desenvolvimento saudável deste (SOUZA; BAPTISTA, 2008).

Dessa forma, a disfunção familiar apresenta-se como uma das adversidades desencadeantes de psicopatologia, uma vez que exerce importância na estruturação psíquica dos indivíduos (AVANCI et al., 2007; BENJET et al., 2011). Portanto, se a dinâmica familiar é conturbada ou se não proporciona ambiente propício e suporte familiar positivo para o desenvolvimento da criança ou do adolescente, a probabilidade de este indivíduo vir a desenvolver problemas de ordem psiquiátrica é maior (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004).

Isso não difere em relação ao consumo de drogas, uma vez que estudos conduzidos com adolescentes que avaliaram a relação familiar como inadequada, e com presença de conflito familiar, mostraram que estes eram mais propensos a consumir álcool, tabaco e drogas ilícitas (SKEER et al., 2009; MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012).

Com base nessas considerações, observa-se que a complexidade é inerente ao assunto, posto que a adolescência é um período de franca expansão das formas de ser e de estar no mundo e de lidar com vitórias, com derrotas e enfrentamento de adversidades. É uma fase crucial para o surgimento de agravos decorrentes do uso ou não de drogas, dos problemas

enfrentados nesse período e das alterações na saúde mental, e são vários os fatores como a predisposição genética; o funcionamento cerebral; as histórias de vida; o suporte familiar e o ambiente com sua organização cultural, social e política que estão implicados e inter-relacionados no processo de desenvolvimento desses problemas.

6. Metodologia

6.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo analítico, de corte transversal e de abordagem quantitativa.

Define-se como estudo descritivo por estar interessado em descobrir e em observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Ao estudá-los, a pesquisa descritiva deseja conhecer sua natureza, sua composição e seus processos que constituem ou nele se realizam (RUDIO, 2007). O estudo analítico é capaz de examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Os estudos transversais partem do conceito de que são considerados uma subcategoria dos estudos observacionais uma vez que o pesquisador não intervém, apenas observa e registra as informações que lhe interessam para posteriormente analisar e realizar uma relação de associação entre essas variáveis (BASTOS; DUQUIA, 2007).

A abordagem quantitativa investiga fatos com variáveis pré-determinadas submetidas à mensuração; os resultados obtidos numericamente são expressos em tabulações e gráficos (APPOLINÁRIO, 2004). A epidemiologia investiga os processos de saúde-doença-cuidado em populações humanas (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

6.2. Descrição do local do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Alfenas – Minas Gerais, a qual foi fundada em 15 de outubro de1869; está situada na região da bacia da represa de Furnas, no Sul do estado de Minas Gerais. Possui área territorial de 850,446 Km, altitude de 888 metros e uma população de 78 176 habitantes (IBGE, 2014).

Com relação à saúde, o município está estruturado na Atenção Básica, sendo as Unidades de Estratégia de Saúde Família (ESF), a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS). Treze unidades de ESF, quatro ambulatórios de especialidades, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e sete residências terapêuticas fazem parte da assistência a saúde. A estrutura hospitalar do município é constituida por três hospitais gerais, sendo um privado e

dois de públicos, conveniados com o SUS. Conta com a sede da Gerência Regional de Saúde (GRS) que administra 26 municípios.

A pesquisa se desenvolveu com adolescentes adscritos nas unidades de ESF; o município apresentava 13 unidades sendo que 12 unidades são localizadas no perímetro urbano e uma, no perímetro rural. O estudo foi desenvolvido nas residências dos adolescentes adscritos nas unidades de ESF localizadas no perímetro urbano.

Quanto ao contexto no qual a pesquisa foi executada, as unidades de atenção básica são preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela OMS enquanto principais vias de acesso à população no cuidado integral à saúde. A esse respeito, ressalta-se a importância da ESF nas ações de proteção, de promoção e de recuperação da saúde por sua proposta de atenção integral e contínua ao sujeito em seu contexto familiar, e, portanto, trata-se de um cenário privilegiado para a identificação de alterações na saúde mental e no consumo de substâncias psicoativas (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

A maioria dos estudos com o objetivo de avaliar o consumo de drogas tem sido realizada em escolas pela facilidade na coleta de dados, mas tem como inconveniente a possibilidade de interferência dos pares durante a sua aplicação (DALLA-DEA; DE MICHELI, FORMIGONI, 2003; THEUNISSEN; JANSEN; VAN GESTEL, 2011). Além do mais, tem-se também a inclusão apenas de adolescentes que estão matriculados na rede de ensino, sendo que a evasão escolar pode estar relacionada a fatores como consumo de álcool e uso de drogas (TEIXEIRA et al., 2009; ANDRADE et al., 2012).

Portanto, a escolha da ESF para evitar a exclusão de adolescentes que estão fora do ambiente escolar, somando-se também a escassez de estudos nesse cenário que avalia a saúde mental e o consumo de drogas no grupo de adolescentes. Outro ponto a ser destacado refere-se ao fato de que a coleta de dados em casa e a garantia do anonimato podem incentivar a coleta de dados válidos e confiáveis (THEUNISSEN; JANSEN; VAN GESTEL, 2011).

6.3. População de estudo

A população de estudo foi constituída por adolescentes que estão adscritos nas ESF do referido município, com idades entre 12 a 17 anos. O referencial usado para determinar a idade do sujeito foi a definição de adolescente adotada pelo ECA (BRASIL, 2012), que compreende a idade entre 12 a 18 anos. É importante referir que o instrumento SDQ autoadministrado é

proposto para adolescentes com idades entre 11 e 17 anos (GOODMAN, 1997), portanto os adolescentes que já fizeram 18 anos não participaram do presente estudo.

Os critérios de inclusão adotados foram: ser adolescente entre 12 e 17 anos, alfabetizado e estar adscrito em uma unidade da ESF.

Para a coleta de dados na ESF, no primeiro momento, foi realizado um levantamento do número de adolescentes por área e microárea da ESF, utilizando-se a ficha A do cadastro da família do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2003); constatou-se um total de 2998 adolescentes, descritos na tabela 1.

Na seleção da amostra, utilizou-se um procedimento de amostragem aleatória estratificada em dois estágios, sendo que as "unidades de estratégia de saúde da família" e as "microáreas" representaram as unidades amostrais, respectivamente, no primeiro e no segundo estágios.

Todas as unidades da ESF localizadas na zona urbana do município foram elegíveis para a inclusão no estudo. No primeiro estágio, adotou-se como critério de estratificação para realização do sorteio a quantidade de adolescentes adscritos em cada unidade de estratégia de saúde da família. No segundo, considerou-se a quantidade de adolescentes adscritos em cada microárea de cada unidade de ESF.

Com base na população de sujeitos e a partir do resultado do teste piloto, foi fixada a proporção média para o instrumento utilizado (SDQ) para o sexo masculino de 0,09% e feminino de 0,20% e o nível de significância de 5%. Com base nessas informações, o cálculo amostral resultante foi de 478 sujeitos. Em decorrência de haver estratos populacionais pequenos, fixou-se um estrato amostral de no mínimo de cinco participantes para cada microárea, independentemente do tamanho populacional. Assim, o número de participantes foi 548, os quais foram sorteados para participar do estudo. Os sorteios foram realizados mediante geração de número aleatórios usando-se o programa R versão 3.0.2 (R CORE TEAM).

No quadro 1, encontra-se o número e a porcentagem de adolescentes em cada ESF e a proporção em relação ao total da amostra. Nove (1,6%) adolescentes foram excluídos em decorrência de não terem respondido todo o instrumento, portanto a amostra final foi de 539 adolescentes.

Tabela 1 - Representação do número de adolescentes em cada unidade da ESF e a porcentagem dos adolescentes pesquisados, Alfenas-MG, 2014.

Estratégia Saúde da Família	Adolescentes cadastrados	N	% de adolescentes pesquisados por ESF	% de adolescentes no total da amostra
CAENSA	258	37	14,34	6,9
ITAPARICA	340	53	15,58	9,8
JARDIM BOA ESPERANÇA	291	50	17,18	9,3
JARDIM PRIMAVERA	215	34	15,81	6,3
JARDIM SÃO CARLOS	179	35	19,55	6,5
JARDIM NOVA AMÉRICA	232	49	21,12	9,1
PINHEIRINHO	175	43	24,57	8,0
RECREIO	436	71	16,28	13,2
SANTOS REIS	213	38	17,84	7,1
UNISAÚDE	256	47	18,35	8,7
VILA BETÂNIA	302	50	16,55	9,3
VILA FORMOSA	147	32	21,67	5,9
Total	2998	539		100,0

6.4. Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados cinco instrumentos, descritos a seguir.

6.4.1. Instrumento para a caracterização da população de estudo

Para a caracterização da amostra, foi utilizado um questionário elaborado por Tavares, Béria e Lima (2004), sendo autorizado pela primeira autora (ANEXO A). Para os objetivos do presente estudo, foram utilizados 13 questões consideradas relevantes (ANEXO B).

A seguir, serão apresentadas as informações contidas nesse instrumento que foram utilizadas no estudo:

a) Informações relativas ao adolescente: sexo; idade; ano escolar; escolaridade; estado civil; trabalho; com quem vive; quem mora na casa com o adolescente; religião; praticar a religião;

participar de algum grupo ligado a religião; se acredita em Deus e se costuma rezar ou orar na presença de algum problema.

b) Informações relacionados aos pais: pais vivem juntos e se já viveram juntos.

6.4.2. Critério padrão de Classificação Econômica Brasil

O critério de classificação econômica Brasil (ANEXO C) tem como função estimar o poder de compra das pessoas e das famílias, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes sociais. Pelo critério, são analisados dois fatores:

- ✓ Posse de itens: televisores em cores; videocassete/DVD; rádios; banheiros; automóveis; empregadas mensalistas; máquinas de lavar; geladeiras, *freezers*.
- ✓ Instrução do chefe: analfabeto a fundamental 1 incompleto; fundamental 1 completo a fundamental 2 incompleto; fundamental 2 completo a médio incompleto; médio completo a superior incompleto; superior completo.

O sistema de pontuação é descrito no quadro 1 e 2, respectivamente para a posse de itens e para a instrução do chefe.

Quadro 1 - Sistema de pontuação para a posse de itens no Critério de Classificação econômica Brasil.

Item	**Quantidade**				
	0	**1**	**2**	**3**	**4 ou +**
Televisão	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete/DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Fonte: ABEP, 2013.

Quadro 2 - O sistema de pontuação para o grau de instrução do chefe da família no Critério de Classificação econômica Brasil.

Instrução do chefe da família	**Pontuação**
Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	0
Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	1
Fundamental 2 completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	8

Fonte: ABEP, 2013.

Com a somatória de todos os itens, a pontuação varia de 0 a 46. Assim, os pontos de corte das classes são: A_1 - 42 a 46 pontos; A_2 - 35 a 41; B_1 – 29 a 34; B_2 – 23 a 28; C_1- 18 a 22; C_2 14 a 17; D – 8 a 3; E – 0 a 7 (ABEP; 2013).

6.4.3. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ)

O SDQ é um dos instrumentos utilizados no Brasil para a avaliação da saúde mental. Construído em 1997 por Goodman foi validado no Brasil em 2000 por Fleitlich, Cortázar e Goodman. Sua função é rastrear problemas de saúde mental em cinco áreas: comportamento pró-social; hiperatividade; problemas emocionais; de conduta e de relacionamento (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). Investigação realizada com adolescentes da comunidade e outro grupo com alterações psiquiátricas, o SDQ conseguiu discriminar essa diferença. Os adolescentes com alterações psiquiátricas foram seis vezes mais propensos de serem categorizados como anormais do que o grupo da comunidade (GOODMAN; MELTZER; BAILEY, 1998).

O SDQ é um instrumento curto, disponível em vários idiomas, de uso gratuito, e que apresenta evidências de sua capacidade de triagem; e configura-se como uma alternativa para a avaliação de indicadores de saúde mental infanto-juvenil no Brasil, uma vez que os instrumentos com esse objetivo ainda são escassos (MURIS, MEESTERS, BERG, 2003; STONE et al., 2010; SAUR; LOUREIRO, 2012).

Possui características vantajosas: fácil aplicação, visa a avaliar as capacidades e não apenas as dificuldades do adolescente (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000).

Estudos referem que o SDQ autorrelato para adolescentes é uma ferramenta poderosa e confiável para o processo de avaliação clínica e de pesquisa (BECKER et al., 2004).

O SDQ pode ser respondido pelos pais, pelos professores e pelas crianças. Há versões específicas para os pais e professores perguntando sobre crianças de quatro a 16 anos, e uma versão de autorrelato para adolescentes acima de 11 anos (GOODMAN, 1997). Atualmente, existe uma versão para autorrelato de pais e professores para crianças de 3 a 4 anos (*www.sdqinfo.com)*. No presente estudo, foi utilizada a versão autorrelato para adolescentes disponível no (ANEXO D).

De acordo com Fleitlich; Cortázar; Goodman (2000), o instrumento é composto por 25 questões divididas em cinco subescalas com cinco perguntas cada, gerando escores como:

- ✓ Problemas emocionais - Os itens que compõem essa subescala são:
  - "*Muitas vezes queixo-me de dor de cabeça, de dor de barriga, ou enjoo*";
  - *"Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo"*;
  - *"Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso";*
  - *"Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo";*
  - *"Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente".*

- ✓ Problemas de conduta - As questões referentes a esse domínio são:
  - *"Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência";*
  - *"Eu geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem";*
  - *"Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero";*
  - *"Geralmente sou acusado (a) de mentir ou trapacear";*
  - *"Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares".*

- ✓ Falta de atenção/hiperatividade - Apresenta os seguintes questionamentos:
  - *"Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer";*
  - *"Me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas";*
  - *"Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos";*
  - *"Facilmente perco a concentração";*
  - *"Eu penso antes de fazer as coisas; Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção".*

- ✓ Problemas de relacionamento com os colegas - Com as seguintes questões:
  - "*Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha";*
  - *"Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga";*
  - *"Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'";*
  - *"Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade"*;
  - "*Em geral, sou querido por outros jovens*".

- ✓ Comportamento pró-social - Avalia o comportamento positivo do adolescente com as seguintes perguntas:
  - *"Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros";*
  - *"Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)";*
  - *"Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal";*
  - *"Sou legal com crianças mais novas";*
  - *"Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)".*

Para a avaliação e interpretação do instrumento, utilizam-se as instruções localizadas na página do *Web* do SDQ. As opções de respostas dos questionamentos são: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro e cada item recebe uma pontuação específica, que varia de 0 a 2. A resposta falso tem o valor de 0, mais ou menos verdadeiro é igual a 1 e o verdadeiro equivale a 2 (GOODMAN, 1997; SDQ).

Na escala, existem cinco questões como: "*Eu geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem"; "Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga"; "Eu penso antes de fazer as coisas"; "Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção"; "Em geral, os outros jovens gostam de mim",* cuja pontuação deverá ser inversa. Neste caso, a resposta falso tem o valor de 2, mais ou menos verdadeiro é igual a 1 e o verdadeiro equivale a 0 (GOODMAN, 1997; SDQ).). A soma de cada subescala e o total possibilitam a classificação do indivíduo em três categorias conforme descrito no quadro 3.

Quadro 3 – A pontuação das subescalas e a escala do SDQ e a classificação do indivíduo.

	Normal	**Limítrofe**	**Desviante**
Pontuação total de dificuldades	0-15	16-19	20-40
Pontuação de sintomas emocionais	0-5	6	7-10
Pontuação de problemas de conduta	0-3	4	5-10
Pontuação de hiperatividade	0-5	6	7-10
Pontuação para problemas com colegas	0-3	4-5	6-10
Pontuação para o comportamento pró-social	6-10	5	0-4

Fonte: (GOODMAN, 1997; SDQ).

Para construir o escore total do SDQ, são somadas quatro subescalas: falta de atenção/hiperatividade; problemas emocionais; de conduta e de relacionamento. Dessa forma, para cada uma das escalas, a pontuação pode variar de 0 a 10 se todos os itens foram completados, e o escore total pode variar de 0 a 40. Em quase todas as subescalas (exceto comportamento pró-social), quanto maior a pontuação, maior é o número de sintomas (GOODMAN, 1997). O resultado total será considerado se ao menos 12 dos 20 itens relevantes foram completados.

Além dessa escala, o SDQ possui uma seção definida como "Suplemento de Impacto" (ANEXO E) (GOODMAN, 1999), a qual investiga se o adolescente possui alguma dificuldade emocional ou de comportamento por meio do seguinte questionamento: *"Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas."*

Na presença de uma resposta negativa nessa questão, os sujeitos não terão que responder as próximas questões. Nesse caso, a pontuação do suplemento de impacto será zero. Caso a resposta seja positiva, pergunta-se sobre a cronicidade *(Por quanto tempo estas dificuldades existem?)*, a aflição geral *(Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?)*; o prejuízo social (*Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações: dia-dia em casa, amizades, situação de aprendizagem e atividades de lazer);* e, por último, se avalia o peso dessas alterações para os outros (*Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?.*

As respostas às questões de cronicidade e peso para os outros não estão incluídas na avaliação do Suplemento de Impacto. Portanto, apenas as questões aflição geral e prejuízo social serão avaliadas. A respostas desse impacto variam em quatro categorias (nada; um

pouco; muito; mais que muito), que correspondem a 0-0-1-2). A presença de pontuações maior ou igual a 2 é considerada anormal, 1 é limítrofe e zero é normal (GOODMAN, 1999; SDQ).

6.4.4. Inventário de triagem do uso de drogas revisado (DUSI R)

Em 1990, Tarter construiu um instrumento denominado *Drug Use Screening Inventory* (DUSI), com o objetivo de detectar e de avaliar o consumo de drogas e os problemas enfrentados na vida (TARTER, 1990). O DUSI foi validado e adaptado no Brasil pelas pesquisadoras De Micheli e Formigoni, sendo encontradas excelentes propriedades psicométricas, além de ser compatível com a versão original do instrumento no idioma inglês (DE MICHELI; FORMIGONI, 2000).

Atualmente, tem-se utilizado o DUSI R, revisado, que é composto por 159 questões, as quais além de monitorar e avaliar o consumo de drogas e problemas na vida do adolescente como hiperatividade, problemas de conduta antissocial, ansiedade, e depressão (NDETEI ET al., 2009), verifica a confiabilidade das respostas fornecidas por meio da escala da mentira que será descrita posteriormente (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004).

A utilização de instrumento apresenta como vantagem ter aplicação rápida, uma vez que o tempo para o preenchimento do instrumento varia entre 15 a 20 minutos e não requer habilidades específicas por parte dos pesquisadores (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002). Estudo de Kirisci et al (2008) referem que o itens do DUSI que avaliam os problemas relacionados ao déficit de atenção e à hiperatividade, ao transtorno de conduta, à depressão, à ansiedade, ao transtorno de personalidade antissocial e ao transtorno de consumo de drogas apresentam validade preditiva para triagem de alterações psiquiátricas.

O uso do instrumento foi autorizado pela equipe de profissionais que respondem por sua utilização na atualidade (ANEXO F).

As questões desse instrumento são divididas em duas partes e suas respectivas áreas (De Micheli; Formigoni (2000), (ANEXO G):

- Parte 1: Uso de álcool e drogas. Trata-se de uma escala tipo *likert* que varia do “não sei” a “usei mais de 20 vezes”. As substâncias que são questionadas: álcool; anfetaminas/estimulantes; ecstasy; cocaína/crack; maconha; alucinógenos (LSD, mescalina); tranquilizantes (diazepam, barbitúricos); analgésicos, opiaceos (morfina, heroína etc); fenilciclidina (pó de anjo); anabolizantes; inalantes e solventes (cola, lança-perfume); tabaco

e a opção outras. O participante do estudo que responder que consome qualquer substância por mais de três vezes no período de 30 dias será considerado como usuário de drogas (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004).

- Parte 2: Avalia os problemas enfrentados na vida; é dividida em 10 áreas:

✓ Área 1: investiga o consumo de drogas, apresenta 14 questões que são:

- Alguma vez você sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?;
- Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?;
- Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou de drogas?;
- Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?;
- Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?;
- Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?;
- Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?;
- Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?;
- Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?;
- Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa de do seu uso de álcool ou drogas?;
- Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?;
- Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?;
- Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?;
- Você gosta de " brincadeiras" que envolvem bebidas "quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.);
- Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?.

- ✓ Área 2: Determina o comportamento do adolescente, por meio de 15 questões como:
  - Você briga muito?;
  - Você se acha melhor que os outros?;
  - Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?;
  - Você grita muito?;
  - Você é teimoso?;
  - Você desconfiado em relação à outra pessoa?;
  - Você xinga ou fala muitos palavrões?;
  - Você provoca muito as pessoas?;
  - Você tem um temperamento muito difícil?;
  - Você é muito tímido?;
  - Você ameaça a ferir as pessoas?;
  - Você fala mais alto que as outras pessoas?;
  - Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?;
  - Você faz muitas coisas sem antes pensar nas consequências?;
  - Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?;
  - Se você puder você tira vantagem das pessoas?;
  - Geralmente você se sente irritado ou bravo?;
  - Você gasta a maior parte do seu tempo livre, sozinho?;
  - Você costuma se isolar dos outros?;
  - Você é muito sensível as críticas?.

- ✓ Área 3: Investiga a saúde do adolescente por meio de dez perguntas, que são:
  - Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob os cuidados médicos nos últimos 12 meses?;
  - Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?;
  - Você tem problemas com o seu sono (dorme demais ou muito pouco)?;
  - Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4Kg?;
  - Você tem menos energia do que você acha que deveria ter?;
  - Você tem problemas de respiração ou de tosse?;
  - Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com o seus órgãos sexuais?;
  - Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava drogas?;
  - Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?;
  - Alguma vez a parte branca do seus olhos ficou amarela?.

- ✓ Área 4: Avalia a desordens psiquiátricas, por meio de 20 questões, como:
  - Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?;
  - Você roubou coisas em mais de uma ocasião?,
  - Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?;
  - Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?;
  - Você é agitado e não consegue sentar e ficar quieto?,
  - Você fica frustrado facilmente?;
  - Você tem problemas em se concentrar?;
  - Você se sente triste muitas vezes?;
  - Você rói unhas?;
  - Você tem problemas durante o sono (pesadelo, sonambulismo)?;
  - Você é nervoso?;
  - Você se sente facilmente amedrontado?;
  - Você se preocupa demais?;
  - Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?;
  - As pessoas olham com estranheza para você?;
  - Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?;
  - Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?;
  - Você sente medo de estar entre as pessoas?;
  - Frequentemente você sente vontade de chorar?;
  - Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?.

- ✓ Área 5: Analisa a competência social do adolescente, contendo 14 questões, como:
  - Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?;
  - Em geral, você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?;
  - É difícil fazer amizade num grupo novo?;
  - As pessoas tiram vantagens de você?;
  - Você tem medo de lutar pelo seus direitos?;
  - É difícil para você pedir ajuda aos outros?;
  - Você é facilmente influenciado por outros jovens?;
  - Você prefere ter atividades com jovens bem mais velho do que você?;
  - Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?;
  - Você tem dificuldade em defender suas opiniões?;
  - Você tem dificuldade em dizer “não” para as pessoas?;

- Você se sente desconfortável (sem jeito) sem alguém o elogia?;
- As pessoas o enxergam como pessoa não amigável?;
- Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?.

✓ Área 6: Investiga o sistema familiar, contém 14 questões que são:

- Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) usou maconha no último ano?;
- Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com os amigos?;
- Algum membro de sua família foi preso no último ano?;
- Você tem discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos ou berros?;
- Sua família dificilmente faz coisas juntas?;
- Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta ou o que você não gosta?;
- Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode ou não pode fazer?;
- Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as que são importantes para você?;
- Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?;
- Seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?;
- Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?;
- Você se sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?;
- Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?;
- Você se sente em perigo em casa?.

✓ Área 7: Identifica as atividades escolares do adolescente, por meio de 20 questões como:

- Você não gosta da escola?;
- Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?;
- Sua notas são abaixo da média?;
- Você "cabula" aulas mais do que dois dias por mês?;
- Você falta muito à escola?;
- Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?;
- Frequentemente, você deixar de fazer os deveres escolares?;
- Frequentemente, você se sente sonolento nas aulas?;
- Frequentemente, você chega atrasado para aula?;

- Neste ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?;
- Você se irrita facilmente ou se chateia quanto está na escola?;
- Você fica entediado na escola?;
- Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?;
- Você se sente em perigo na escola?;
- Você já repetiu de ano alguma vez?;
- Você se indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extra-curriculares?;
- Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso do álcool ou drogas?;
- Alguma vez você teve problemas na escola por causa do álcool ou das drogas?;
- Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?;
- Alguma vez você foi suspenso?.

✓ Área 8: Avalia a participação do adolescente no trabalho, por meio de 10 questões como:

- Alguma vez você teve um trabalho renumerado do qual foi despedido?;
- Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?;
- Você precisa de ajuda dos outros para procurar emprego?;
- Frequentemente, você falta ou chega atrasado no trabalho?;
- Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?;
- Alguma vez, você ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?;
- Alguma vez você consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?;
- Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas?;
- Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?;
- Você trabalha principalmente porque isso permite ter dinheiro para comprar drogas?.

✓ Área 9: Contém 14 questões, que tem como objetivo avaliar o relacionamentos com os amigos. As questões são:

- Algum de seus amigos usam álcool ou drogas regularmente?;
- Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outro jovens?;
- Algum de seus amigos “cola” nas provas?;
- Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?;
- Algum dos seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?;

- A maioria dos seus amigos é mais velhos do que você?;
- Seus amigos costumam faltar muito na escola?;
- Seus amigos ficam entediados na festa quando não é servido álcool?;
- Seus amigos levaram álcool ou drogas nas festas nos últimos 12 meses?;
- Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?;
- Você pertence a uma "gang"?;
- Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?;
- Você sente que não tem nenhum amigo para que possa fazer confidências?;
- Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?.

✓ Área 10: Identifica as atividades de lazer e recreação, através de 12 perguntas como:

- Comparando com a maioria dos jovens, você faz menos esportes?;
- Durante a semana, você normalmente sai a noite para se divertir, sem permissão?;
- Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?;
- Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?;
- Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?;
- Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?;
- Você se sente entediado a maior parte do tempo?;
- Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?;
- Você usa álcool ou drogas para se divertir?;
- Comparado a maioria dos jovens você se envolve menos em "hobbies" ou outras atividades de lazer?;
- Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?;
- Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?.

Todas as questões da segunda parte apresentam respostas dicotômicas (sim ou não); as respostas afirmativas equivalem à presença de alterações (DE MICHELLE; FORMIGONI, 2000; 2002). As respostas positivas indicam presença de problemas, exceto nas questões referentes à escala da mentira (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004). A avaliação da segunda parte do DUSI é realizada por intermédio do cálculo de quatro índices:

✓ Densidade absoluta (DA) – que representa a intensidade ou a severidade de problemas em cada área. Calcula-se o número de respostas positivas por área, divide-se pelo número de

questões da área a ser calculada e multiplica-se por 100. O intervalo de pontuação que poderá ser obtido varia entre 0 a 100% (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002). O ponto de corte para classificar o adolescente como "não usuário" ou "usuário ocasional" é se o adolescente responder positivamente em apenas duas questões (DA=13,3%) da área 1, ele é considerado "usuário", com três ou mais respostas (DA=20%) (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002).

- ✓ Densidade relativa corrigida (DRC) – indica a contribuição percentual de cada área no total de problemas. Divide-se o valor da DA de cada área, pela soma das DA e multiplica-se por 100. A soma de todos os resultados tem o valor de 100% (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002).

- ✓ Densidade global (DG): determine a intensidade geral dos problemas. Esse índice é calculado pela soma total de respostas afirmativas das dez áreas do DUSI, dividindo pelo total de questões e multiplicando por 100. O intervalo de pontuação que poderá ser obtido varia entre 0 a 100% (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002).

- ✓ Escala da mentira: no instrumento, é incluída a escala da "mentira" com uma questão no final de cada área, totalizando 10 questões. Essa escala tem por objetivo checar a confiabilidade das respostas fornecidas, sendo que cinco ou mais respostas negativas sugerem um alerta ao pesquisador em relação à confiabilidade das respostas. Essas questões não são avaliadas no cálculo da DA e a DRC de problemas (DALLA-DÉA et al., 2003; DUSI - R).

6.4.5. Inventário de percepção do suporte familiar (IPSF)

Esse instrumento foi desenvolvido por Baptista (2005), com base em diversos instrumentos internacionais e a partir de um estudo conduzido com universitários sobre a família ideal. O primeiro instrumento era constituído de 192 questões e após a análise fatorial, foi reduzido a 43 itens que se encontravam nos quatros dimensões como: inadequação familiar; afetividade familiar; consistência familiar e autonomia familiar.

Em 2007, Baptista realizou um estudo intitulado Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo componencial em duas configurações, o qual concluiu que a estrutura

do IPSF com quatro dimensões não era satisfatória, uma vez que a dimensão afetividade se agrupava com os itens da dimensão consistência familiar. Nesse mesmo estudo, foi observado que a questão *"Eu sinto que deveria ter nascido em outra família"*, deveria ser retirada do instrumento em decorrência de apresentar uma carga fatorial abaixo de 0,30 (BAPTISTA, 2007).

De acordo com Baptista (2009), o instrumento apresenta 42 questões (ANEXO H), o qual avalia como o indivíduo percebe sua relação familiar nos seguintes aspectos:

- ✓ Afetivo-consistente – com 21 questões, sua função é avaliar a expressão de afetividade entre os membros (verbal e não verbal); o interesse; a proximidade; o acolhimento; a comunicação; a interação; o respeito; a empatia; a clareza nas regras intrafamiliares; a consistência de comportamentos e verbalizações e habilidades na resolução de problemas. Os seus itens são:
  - As pessoas da minha família seguem as regras estabelecidas entre eles;
  - Há regras sobre diversas situações na minha família;
  - Meus familiares me elogiam;
  - Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas;
  - Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros;
  - Minha família discute seus medos e preocupações;
  - As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas;
  - Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante;
  - Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levada em consideração;
  - As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando;
  - Os membros de minha família se tocam e se abraçam;
  - Minha família me proporciona muito conforto emocional;
  - Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido (a);
  - Em minha família, opinamos o que é certo/errado buscando o bem-estar de cada um;
  - Em minha família, as tarefas são distribuídas adequadamente;
  - Em minha família, há uma coerência entre as palavras e os comportamentos;
  - Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência;
  - Em minha, família demonstramos carinho por meio das palavras;
  - Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros;

- Meus familiares servem como bons modelos em minha vida;
- As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.

✓ Adaptação familiar – composta por 13 itens; suas perguntas são referentes a sentimentos e comportamentos negativos em relação à família, como:

- Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias;
- Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens;
- Eu sinto raiva da minha família;
- Em minha família, brigamos e gritamos uns com os outros;
- Eu me sinto como um estranho na minha família;
- Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem;
- Há ódio em minha família;
- Eu sinto que minha família não me compreende;
- Viver com a minha família é desagradável;
- Em minha família, há competitividade entre os membros;
- Eu sinto vergonha de minha família;
- Minha família me irrita;
- Eu me sinto excluído da família.

✓ Autonomia familiar - apresenta oito questões que podem assinalar relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros. Os seus itens são:

- Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero;
- Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho (a);
- Meus familiares me deixam sair o tanto quanto quero;
- Em minha família existe privacidade;
- Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser;
- Em minha família, é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer;
- Minha família me dá tanta liberdade quanto quero;
- Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.

Esse inventário pode ser aplicado tanto à família nuclear (pai, mãe, irmãos e outros) como a famílias com outra conformação (BAPTISTA, 2005).

O IPSF é respondido por intermédio de uma escala Likert de três pontos, nas escalas afetividade e autonomia familiar, pontuando-se 2 para respostas "sempre"; 1 para "às vezes" e 0 para "nunca". Os itens de adaptação familiar são avaliados invertidos, atribuindo-se 0 ponto para as respostas "sempre"; 1 para "às vezes" e 2 para "nunca". Os escores gerais variam de 0 a 84, sendo que quanto maior a pontuação maior será o suporte familiar percebido (BAPTISTA, 2009). A seguir será apresentada a classificação do suporte familiar e as respectivas pontuações, de acordo com o sexo e independentemente do sexo.

Quadro 4 - Classificação e pontuação do Inventário de Percepção do Suporte familiar.

IPSF Classificação	***Afetivo-consistente***			***Adaptação familiar***			***Autonomia familiar***	***Total***
		Masculino	***Feminino***		***Masculino***	***Feminino***		
Baixo	0-21	0-21	0-22	0-18	0-18	0-18	0-9	0-53
Médio-baixo	22-28	22-27	23-28	19-21	19-22	19-21	10-12	54-63
Médio-alto	29-33	28-33	29-33	22-23	23-24	22-23	13-14	64-70
Alto	34-42	34-42	34-42	24-26	25-26	24-26	15-16	71-84

Fonte: Baptista, 2009.

Ressalta-se que, para utilização desse instrumento foi necessário que os pesquisadores o adquirissem na Editora Vetor, a qual é detentora dos direitos autorais dessa escala.

6.5. Procedimentos de coleta

6.5.1. Treinamento da equipe

Para a coleta de dados, foi constituída uma equipe, contendo três pessoas: uma enfermeira, estudante universitário e a pesquisadora. A equipe recebeu um treinamento prévio sobre os instrumentos, a preparação para o trabalho de campo e abordagem dos pais e adolescentes. O objetivo foi instruir os entrevistadores sobre a pesquisa, capacitá-los em relação aos procedimentos (postura e instruções sobre os instrumentos), apresentar e familiarizar os aplicadores com a forma de conduzir o preenchimento dos instrumentos e da

importância de permanecer junto ao adolescente e de avaliar se os instrumentos foram preenchidos corretamente.

Após o treinamento, o pesquisador acompanhou os entrevistadores nas unidades de ESF para apresentá-los aos profissionais destas instituições.

6.5.2. Estudo piloto

Previamente ao início da coleta de dados, um estudo piloto foi conduzido a fim de determinar o cálculo amostral, os indicadores de reprodutibilidade de medidas, testar a aplicabilidade dos instrumentos e a logística do estudo. E também definir a porcentagem de pontuação na escala da mentira do DUSI R, a fim de auxiliar o cálculo da amostra.

Os dados para o estudo piloto foram coletados com trinta e dois adolescentes adscritos nas unidades de ESF, em dezembro de 2013 e não foram incluídos na amostra do estudo.

No teste piloto, não se detectou nenhuma dificuldade para a compreensão dos itens a serem respondidos, dessa forma, não foi necessário realizar modificações nas questões; apenas acrescentou-se a questão referente a *"*Você tem algum trabalho pelo qual você recebe salário?", a palavra "Q*ual?"*. Também constatou-se boa aceitação do adolescente para o preenchimento dos instrumentos.

Quanto à escala de mentira avaliada pelo DUSI, constatou-se que 46,8% dos sujeitos apresentaram alta pontuação, ou seja, responderam cinco ou mais questões com não.

Portanto, no presente estudo, a escala da mentira não foi utilizada, em decorrência de alguns fatores como:

- ✓ Alta pontuação no teste piloto;
- ✓ Divergência de estudos referentes aos escores a serem considerados duvidosos em relação à confiabilidade das respostas, uma vez que estudo De Micheli e Formigoni (2004) considerou duvidosas as respostas com quatro ou mais questões negativas na escala da mentira, apesar de mencionar que resposta acima de cinco questões sugerem pouca confiabilidade e Tarter et al (2011) um escore de sete ou mais respostas negativas;
- ✓ Variação das taxas de repostas nas escala de mentira, como Dalla-Dea; De Micheli; Formigoni (2003) que realizaram um estudo na cidade de São Paulo com adolescentes entre 11 e 19 anos e observaram que cerca de 50% apresentaram alta pontuação na escala da mentira. Em outro estudo com uma população 6850 adolescentes brasileiros, 321 (4,7%)

foram excluídos uma vez que apresentaram escore maior que quatro na escala de mentira (DE MICHELI; FORMIGONI, 2004). Por outro lado, um estudo detectou que nenhum dos participantes pontuou na escala da mentira acima do limiar definido (KIRISCI et al., 2013).

6.5.3. Coleta de dados

Para atender à demanda e encontrar os pais e os adolescentes, as visitas domiciliares aconteceram de segunda a domingo, nos períodos manhã, tarde ou noite. O período de coleta foi de janeiro a outubro de 2014.

Em situações de mudança de endereço ou de total impedimento do encontro dos entrevistadores com as famílias, após três tentativas de agendamento e/ou duas buscas ativas em domicílio infrutíferas, ou na presença de recusa em participar do estudo, o adolescente foi substituído por outro imediatamente dentre os elegíveis. A alternativa utilizada para a substituição do participante foi definida como tomar o quarto nome após o nome do participante excluído, obedecendo-se à unidade de ESF, à microárea e ao sexo do participante.

Os pais e responsáveis, adolescentes receberam uma visita domiciliar do entrevistador, cujos os objetivos do estudo foram apresentados por meio de uma linguagem clara e reiterada a participação voluntária, o anonimato, o sigilo quanto aos dados confidenciais e a liberdade de recusar a participação em qualquer momento da pesquisa.

Solicitou-se aos pais ou responsáveis dos adolescentes que concordaram em participar do referido estudo assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Também foi entregue ao adolescente o termo de assentimento (APÊNDICE B) para consentir a sua participação no estudo.

Durante o preenchimento dos instrumentos, os adolescentes permaneciam sozinhos, sem a interferência dos familiares e de entrevistadores. A sequência de apresentação dos instrumentos foi a seguinte: questionário de caracterização da amostra; classificação econômica; SDQ; DUSI e IPSF; o adolescente poderia responder na ordem de interesse do mesmo. O tempo para o preenchimento dos instrumentos variou de uma hora a uma hora e trinta minutos. Os participantes foram continuamente assistidos pelos aplicadores para esclarecer dúvidas e auxiliá-los no preenchimento das informações.

6.6. Aspectos éticos

Conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que diz respeito às diretrizes e normas preconizadas em pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado e apresentado à Secretaria de Saúde do município de Alfenas-MG e, após a apreciação, foi aprovado (ANEXO I).

Encaminhou-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para avaliação, sendo aprovado pelo parecer n° 222739313.4.0000.5393 (ANEXO J).

Os pais ou responsáveis e adolescentes foram orientados quanto aos objetivos do estudo e solicitados à concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o assentimento (APÊNDICE B), sendo garantido o anonimato e o direito de desistência.

6.7. Codificação dos dados

Os dados foram codificados para a análise de acordo com os manuais de correção e interpretação do SDQ, DUSI, IPSF preconizados pelos autores Goodman (1997), De Micheli; Formigoni (2000, 2002) e Baptista (2009).

Para atingir o objetivo do estudo, algumas variáveis foram recategorizadas como idade (12 a 14 anos e 15 a 17 anos); classificação econômica (AB e CD); defasagem escolar que, pelo ano escolar associado à idade do participante foi definida (Sim e Não), filiação religiosa (Não tem e Têm), e com quem o adolescente vive, o qual considerou pais, mãe ou pai (solteiros ou recasados) e outros. Nesse último grupo consideraram-se outras pessoas que não fossem os pais, como avós, avôs, tios (a), esposo, companheiro (a) e irmãos.

- ✓ Quanto ao consumo de drogas, foram utilizados os seguintes critérios:
  - A primeira parte do instrumento do DUSI identifica o tipo de droga e o número de vezes em que foi consumida, associada à densidade absoluta da primeira área do DUSI. Assim, considerou-se, não consome ou consome ocasional, o participante que respondeu que não fez uso de qualquer substância no período de um mês ou que referiu

que consumir com frequência de 1 a 2 vezes e a nota de corte para a densidade absoluta da área um foi igual ou inferior a 13,3%. Outro grupo foi constituído por aqueles que referiram consumir uma substância psicoativa com frequência igual ou superior a 3 vezes e/ ou que apresentaram uma nota de corte superior ou igual a 20%. Esse ponto de corte apresenta um equilíbrio das propriedades psicométricas, com 72% de sensibilidade e 97% de especificidade (DE MICHELI; FORMIGONI, 2002).

- Entraram ainda no escopo de avaliação o tipo de droga consumida, que foi categorizado em dois grupos: consumidores de drogas lícitas (álcool e ou tabaco) e os consumidores de drogas ilícitas (maconha; cocaína; crack; ecstasy; alucinógenos; opioides; anabolizantes e inalantes) e/ou lícitas (álcool e ou tabaco).

✓ Problemas enfrentados na vida do adolescente

- A avaliação da segunda parte do DUSI foi realizada por meio do cálculo de três índices: Densidade absoluta (DA), Densidade relativa corrigida (DRC) e Densidade global (DG).
- A relação entre os problemas enfrentados na vida e as questões socioeconômicas teve como referência apenas densidade global de problemas, nas demais associações foram utilizadas todos os três índices, DA, DRC e DG.
- A análise da avaliação da percepção do suporte familiar (IPSF) pelo adolescente foi recodificadas em duas categorias devido as baixas frequências em cada categoria original. Considerou baixo os adolescentes que classificaram os domínios e o IPSF total em baixo e médio baixo, e o alto aqueles que classificaram como médio alto e alto.

6.8. Análise dos dados

O banco de dados foi estruturado em planilha Excel 2000, em dupla digitação para evitar possíveis erros de transcrição. A partir dos registros discordantes, foram revisados e corrigidos, para a obtenção de 100% de concordância.

As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do *software Statistical Products and Service Solutions* (SPSS), versão 15.0 ou superior e do pacote estatístico R versão 3.1.2.

Inicialmente, as variáveis foram submetidas a uma análise exploratória dos dados para a realização das comparações.

Primeiramente realizou-se a análise descritiva, com frequência absoluta, relativa e ou média, mediana, desvio padrão, valores mínimos e máximos. Para avaliar a associação entre as variáveis do adolescente com os problemas de saúde mental, consumo de drogas e suporte familiar, realizou-se a análise de associação pelo teste X^2 ou Teste exato de Fisher, e estimou-se o *odds ratio* (razão de chances), com respectivo intervalo de confiança de 95% (TRIOLA, 2008). Para o *odds ratio*, se o valor de 1 não se encontrar no intervalo de confiança significa que a razão de chance apresentou significância.

O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para verificar a normalidade da distribuição das medidas na comparação entre as densidade absoluta, densidade relativa corrigida e a densidade global de problemas enfrentados na vida com as demais variáveis. Como a distribuição foi assimétrica, utilizaram os métodos da estatística não paramétrica, tais como a aplicação do teste de Mann-Whitney (para comparar dois grupos de variáveis) e o teste de kruskal-Wallis (para grupo de três ou mais variáveis). Para todas as análises, considerou-se um nível de significância de 5%, ou seja, os dados foram estatisticamente significantes para $p<0,05$.

O próximo passo foi a realização de uma análise de regressão logística múltipla com o objetivo de avaliar o efeito independente das variáveis associadas ao desfecho da saúde mental. Para a análise da saúde mental, utilizou-se o escore total de dificuldades. Todas as variáveis foram inseridas no modelo; independentemente do resultado da análise bivariada, utilizou-se o método de deleção individual das variáveis até a obtenção do modelo final.

No diagrama, a seguir encontram-se os objetivos do estudo e os testes utilizados para alcançá-los.

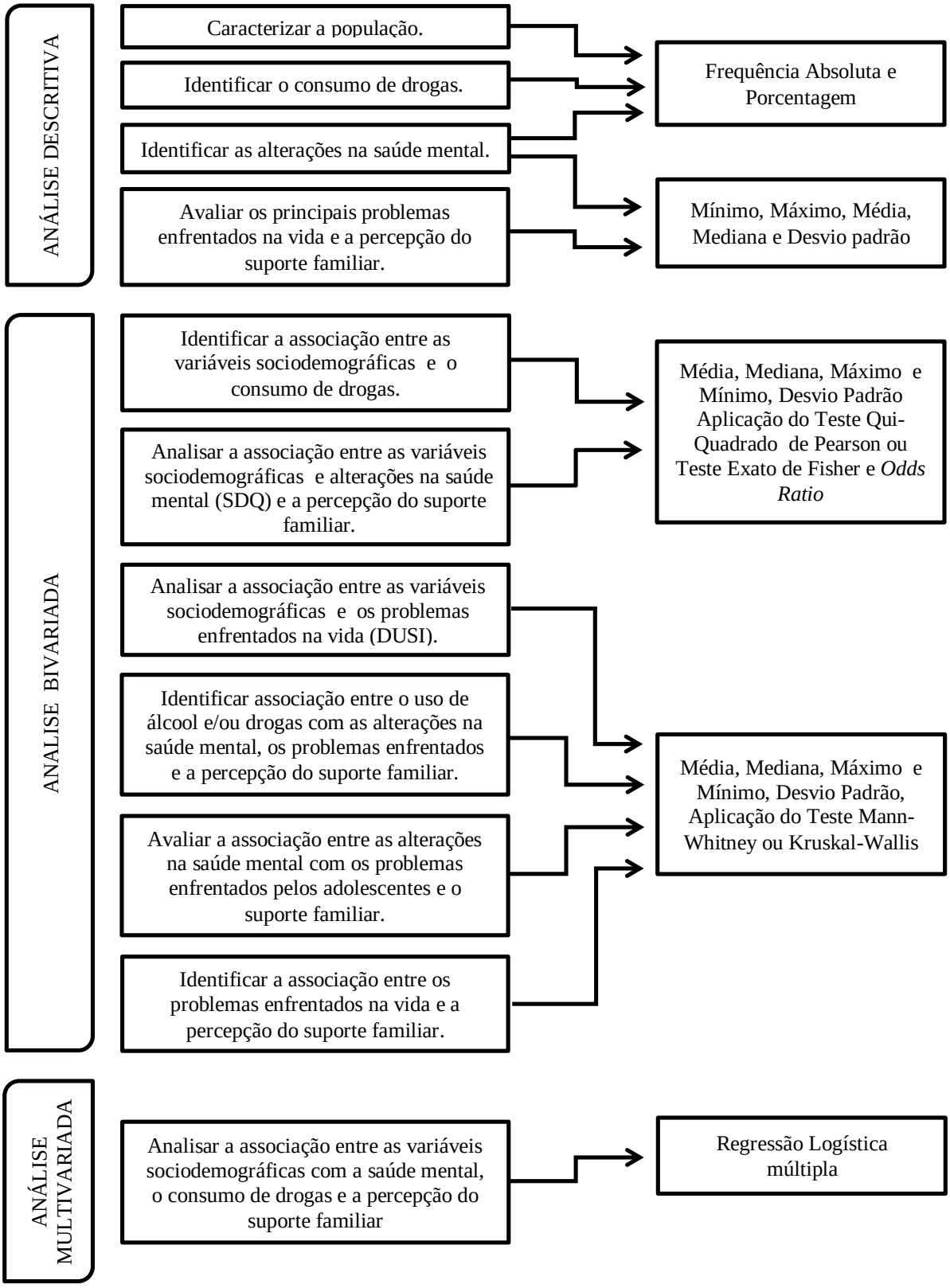

Figura 1- Diagrama dos objetivos propostos e o tipo de análise estatística realizada.

7. Resultados

7.1. Análises descritivas da amostra

7.1.1. Análises descritivas da caracterização dos participantes

A tabela 2 apresenta as variáveis de caracterização dos participantes do estudo como idade, sexo, estado civil e classificação socioeconômica. Verificou-se que a maioria 120 (22,3%) dos respondentes tinha idade de 17 anos, seguida por 119 (22,1%) com idade de 15 anos. A média de idade dos adolescentes do estudo foi de 15 anos. Quanto ao sexo, 304 (56,4%) e 235 (43,6%), respectivamente dos adolescentes, são do sexo feminino e masculino. Referentemente ao estado civil constatou que 517 (95,9%) dos respondentes referem ser solteiros. Observa-se que 188 (34,9%) das famílias dos adolescentes pertencem à classe econômica C1, seguida de 132 (24,5%) da classe B2.

Tabela 2 - Característica dos participantes do estudo quanto às variáveis: sexo, idade, estado civil e classificação socioeconômica em Alfenas - MG, 2014.

Variável	***n = 539***	***%***
Idade (anos)		
12	31	5,8
13	67	12,4
14	85	15,8
15	119	22,1
16	117	21,7
17	120	22,3
Sexo		
Masculino	235	43,6
Feminino	304	56,4
Estado civil		
Solteiro	517	95,9
Vivo com companheiro (a)	16	3,0
Casado	4	0,7
Separado/divorciado	2	0,4
Classificação econômica		
A1	0	0,0
A2	10	1,9
B1	53	9,8
B2	132	24,5
C1	188	34,9
C2	108	20,9
D	48	8,9

A tabela 3 apresenta os dados descritivos quanto à religião dos participantes do estudo. Na amostra total, 525 (97,4%) dos participantes relatam acreditar em Deus, sendo que (92,4%) referem ter uma filiação religiosa. A religião católica prevaleceu entre os adolescentes (69,8%), seguida por 21,8% de evangélicos. Quanto à questão relativa a ser praticante de sua religião e ao hábito de rezar ou orar em situações-problema, respectivamente, 68,5% e 88,3% mencionaram que sim. A participação em grupos ligados à religião foi referida por 162 (30,1%) dos adolescentes.

Tabela 3 - Característica dos participantes do estudo quanto às variáveis: crença em Deus, filiação religiosa, prática de sua religião, participação de grupo ligado a religião, costume de rezar ou de orar, Alfenas - MG, 2014.

Característica dos participantes do estudo	***n = 539***	***%***
Crença em Deus		
Sim	525	97,4
Não	162	30,1
Não respondeu	1	0,2
Filiação religiosa		
Não tem	41	7,6
Católica	376	69,8
Evangélica	117	21,8
Espírita	4	0,7
Testemunha de Jeová	1	0,2
Prática de sua religião		
Sim	369	68,5
Não	170	31,5
Participação de grupo ligados à religião		
Sim	162	30,1
Não	377	69,9
Costume de rezar ou orar		
Sim	476	88,3
Não	63	11,7

Na tabela 4, estão expostas as características dos adolescentes quanto ao contexto familiar. Verificou-se que 296 (54,9%) dos adolescentes mencionaram que os pais vivem juntos. Enquanto 243 (45,1%) referiram que os pais não vivem juntos, uma vez que 174 (71,6%) se separaram, 41 (1%) um dos pais ou ambos faleceram e 37 (15,4%) nunca viveram juntos.

Ao avaliar as configurações familiares, verifica-se uma predominância da família nuclear (51,8%); seguida da família monoparental feminina (15,8 %); família com mãe e padrasto (10%); família extensiva (10%) e família com avós (8%). Dentro da configuração familiar, é importante descrever que 401 (74,4%) têm irmãos, 9 (1,9%) possuem filhos, e 14,3% vivem com o parceiro. Em relação ao chefe familiar, o pai (46,2%), a mãe (33,0%) e os avós (11,1%) foram os mais citados.

Tabela 4 - Característica dos participantes quanto às variáveis: pais viverem juntos, se os pais já viveram juntos antes, quem mora na casa com o adolescente, Alfenas-MG, 2014.

Característica dos participantes do estudo	***n = 539***	***%***
Pais viverem juntos		
Sim	296	54,9
Não	243	45,1
Seus pais viveram juntos antes*		
Não	28	11,5
Sim, mas se separaram ou divorciaram	174	71,6
Sim, um deles morreu ou os dois	41	16,9
Quem mora na sua casa com você		
Mãe e pai	273	51,4
Mãe	81	15,8
Pai	11	2,0
Mãe e padrasto	51	10,0
Pai e madrasta	3	0,6
Avós	43	8,0
Pais e avós	54	10,0
Outros	11	2,0

*Nota: Total de respondentes foram os adolescentes que os pais não vivem juntos, n = 243 (45,1%).

A tabela 5 apresenta as características descritivas dos adolescentes quanto a estudar, ao tipo de escola, à defasagem escolar e se exercem algum trabalho. Constatou-se que 86,1% dos adolescentes estão inseridos na rede de ensino, sendo que 89,9% estão matriculados na rede de ensino público e 10,1%, na rede privada. Dos 75 (13,9%) participantes que não estão estudando, 15 (20%) já concluíram o ensino médio.

Observa-se que 96 (17,8%) dos adolescentes referem realizar alguma atividade renumerada; as atividades exercidas são as mais diversificadas, uma vez que se constataram 29 diferentes ocupações de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) (BRASIL, 2002). A atividade mais mencionada pelos participantes foi atendentes de estabelecimento de serviços de alimentação e de bebidas, 12 (12,5%), encarregado de supermercado, 9 (9,4%), e secretária(o) 9 (9,4%). Além de atendente de loja, cuidadores de criança (babá), servente, vidraceiro, gesseiro, trabalhador de apoio à agricultura, catador e selecionador de material reciclável e outros.

Tabela 5 - Descrição das características dos participantes quanto às variáveis: estudar, tipo de escola, ano escolar e defasagem escolar, em Alfenas - MG, 2014.

Característica dos participantes do estudo	***n = 539***	***%***
Estuda		
Sim	464	86,1
Não	75	13,9
Tipo de escola*		
Pública	417	89,9
Privada	47	10,1
Defasagem escolar		
Não	320	59,4
Sim	215	39,4
Sem resposta	4	0,7
Trabalhar		
Sim	96	17,8
Não	443	82,2

*Nota: Total de respondentes foram os adolescentes que estão inseridos na escola, n=464 (86,1%).

7.1.2. Análises descritivas da avaliação da saúde mental

Conforme o objetivo 2 que foi identificar os principais problemas de saúde mental, o consumo de drogas, os principais problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar apresentam-se os resultados nas tabelas 6 a 9.

Com relação à avaliação da saúde mental baseada nos portes de corte do SDQ, constou, respectivamente, que 234 (43,4%) e 136 (25,2%) dos adolescentes apresentavam alguma anormalidade ou eram considerados limítrofes em pelo menos uma das escalas, sendo que 83 (15,4%) dos adolescentes considerados dentro da faixa de anormalidade apresentavam duas ou mais alterações.

Ainda dentro desse processo de avaliação, detectou-se que 15,1% e 20,2% dos adolescentes, respectivamente, foram classificados como anormais e limítrofes para a pontuação total de problemas, que representa a taxa de prevalência de alteração na saúde mental. A média foi de 13,4 e a mediana de 13,0 para o total de problemas.

As alterações mais evidentes no grupo de adolescentes considerados desviantes foram a hiperatividade em (17,4%), seguida por problemas emocionais (17,1%,) e problemas de conduta (16,9%). A média e a mediana para hiperatividade (Média = 4,1 e Mediana = 4,0) e para os problemas emocionais (Média = 4,0 e Mediana = 4,0) foi bastante semelhante, e as médias e medianas para os problemas de conduta foram respectivamente 2,7 e 3,0.

Em relação ao grupo de adolescentes considerados nas bandas provisionais do SDQ como limítrofes, observou-se que os problemas mais evidentes foram os problemas com os colegas (21,3%) e os problemas de conduta (12,8%). A média e a mediana para os problemas com o colega foi 2,6 e 2,0; para os problemas de conduta 2,7 e 3,0.

É importante enfatizar que a média e a mediana para o problema de comportamento pró-social foram superiores, uma vez que, nessa escala a pontuação menor refere problemas.

A percepção dos adolescentes em relação à presença ou não de alguma dificuldade, a cronicidade dessas dificuldades e se as mesmas os incomodam estão descritas na tabela 8.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo as bandas provisionais do SDQ, Alfenas - MG, 2014.

Bandas provisionais do SDQ	***Normal***		***Limítrofe***		***Anormal***	
	n	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***
Totais de dificuldades	349	64,7	109	20,2	81	15,1
Comportamento pró-social	476	88,3	32	5,9	31	5,8
Hiperatividade	391	72,5	54	10,0	94	17,5
Problemas de conduta	379	70,3	69	12,8	91	16,9
Problemas emocionais	385	71,4	62	11,5	92	17,1
Problemas com colegas	376	69,8	115	21,3	48	8,9
Total	169	31,4	136	25,2	234	43,4

Tabela 7 - Apresentação dos valores de média, mediana, desvio padrão (DP), mínimo e máximo segundo as bandas provisionais do SDQ, Alfenas - MG, 2014.

Bandas provisionais do SDQ	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mínimo***	***Máximo***
Totais de dificuldades	13,4	13,0	5,9	0,0	33,0
*Comportamento pró-social**	7,7	8,0	1,9	0,0	10,0
Hiperatividade	4,1	4,0	2,4	0,0	10,0
Problemas de conduta	2,7	3,0	1,8	0,0	9,0
Problemas emocionais	4,0	4,0	2,4	0,0	10,0
Problemas com colegas	2,6	2,0	1,8	0.0	9,0

*Nota: Pontuação invertida

Tabela 8 - Percepção dos adolescentes em relação à presença de dificuldades emocional, e/ou de comportamento, e/ou de concentração, e/ou de relacionamento, tempo que essas dificuldades existem e se elas incomodam, Alfenas - MG, 2014.

Variáveis da escala de Impacto	***n = 539***	***%***
Percepção da presença de alguma dificuldade		
(emocional, comportamento, concentração e relacionamento)		
Não	205	38,0
Pequenas dificuldades	285	52,9
Dificuldades bem definidas	39	7,2
Dificuldades graves	10	1,9
Tempo que essas dificuldades existem*		
Menos de um mês	102	30,5
1 a 5 meses	56	16,7
6 a 12 meses	18	5,4
Mais de 1 ano	158	47,2
Dificuldades incomodam ou aborrecem*		
Nada	77	23,1
Um pouco	195	58,4
Muito	46	13,8
Mais que muito	16	4,8

*Nota: Total de respondentes foram os adolescentes que percebem a presença de dificuldade n=334 (62%).

Um número expressivo de participantes (62%) perceberam a presença de alguma dificuldade em sua vida, sendo que a maioria destes 52,9% classificaram que essas dificuldades são pequenas e apenas 1,9% consideraram como dificuldades graves. Quanto ao tempo em que essas dificuldades existem, verifica-se que um número significativo, 158 (47,2%) mencionaram que é por um período maior de um ano. Um contraponto importante é que, apesar de as dificuldades existirem, por tempo superior a um ano são poucos os participantes 13,8% e 4,8% que referem que essas dificuldades incomodam muito e mais que muito, respectivamente.

Na tabela 9, encontram-se os dados referentes à prevalência de incapacidade social, à dificuldade que as pessoas do convívio do adolescente se sentem em relação ao problema e à descrição do suplemento de impacto.

Tabela 9 - Prevalência de incapacidade social, dificuldade que as pessoas sentem em relação ao problema do adolescente e a classificação do suplemento de impacto, Alfenas-MG, 2014.

Variáveis	***n = 334***	***%***
Incapacidade Social em casa		
Nada	150	44,9
Um pouco	147	44,0
Muito	29	8,7
Mais que muito	8	2,4
Amizade		
Nada	167	50,0
Um pouco	129	38,6
Muito	31	9,3
Mais que muito	7	2,1
Aprendizagem		
Nada	104	31,1
Um pouco	148	44,3
Muito	65	19,5
Mais que muito	17	5,1
Lazer		
Nada	219	65,6
Um pouco	85	25,4
Muito	23	6,9
Mais que muito	7	2,1
Dificuldade tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você *(família, amigos e professores)*		
Nada	161	48,2
Um pouco	139	41,6
Muito	28	8,4
Mais que muito	6	1,8
Suplemento de Impacto do SDQ		
Normal	387	71,8
Limítrofe	71	13,2
Anormal	81	15,0

Os resultados apontam que a maioria dos adolescentes considerou que essas dificuldades não atrapalham ou atrapalham pouco o seu dia-dia em casa, na amizade, na aprendizagem e no lazer. A dificuldade que mais perturba o adolescente é a de aprendizagem, uma vez que 19,5% e 5,1% consideraram como atrapalhar muito e mais que muito. Ao analisar a classificação do Suplemento de Impacto do SDQ que avalia a aflição geral e o prejuízo social, verifica-se que 387 (71,8%) dos adolescentes foram considerados normais; 71 (13,2%), limítrofes e 81 (15,0%), anormais.

7.1.3. Análises descritivas da caracterização do consumo de drogas

Referente ao objetivo de detectar o consumo de drogas entre os adolescentes, os dados estão elucidados na tabela 10.

Tabela 10 - Descrição do consumo de drogas entre os adolescentes no último mês, Alfenas, MG, 2014.

Drogas	***Não***		***1 a 2 vezes***		***3 a 9 vezes***		***10 a 20 vezes***		***Mais de 20 vezes***		***Total que consomem***	
	n	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***	***n***	***%***
Álcool	301	55,8	140	26,0	44	8,2	14	2,6	40	7,4	238	44,2
Anfetaminas	536	99,4	1	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,6
Ectasy	538	99,8	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2
Cocaína e crack	529	98,1	2	0,4	2	0,4	3	0,6	3	0,6	10	1,9
Maconha	495	91,8	14	2,6	11	2,0	4	0,7	15	2,8	44	8,2
Alucinógenos	537	99,6	2	0,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,4
Tranquilizantes	525	97,4	10	1,9	2	0,4	0	0,0	2	0,4	14	2,6
Analgésicos	220	40,8	145	26,9	90	16,7	34	6,3	50	9,3	319	59,2
Opiáceos	537	99,6	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	2	0,4
Anabolizantes	531	98,5	1	0,2	5	0,9	0	0,0	2	0,4	8	1,5
Inalantes	521	96,7	13	2,4	2	0,4	0	0,0	3	0,6	18	3,4
Tabaco	507	94,1	11	2,0	2	0,4	3	0,6	16	3,0	32	6,0

Observou-se que, independentemente do número de vezes em que houve o consumo de drogas no último mês, o álcool foi a mais consumida, 238 (44,2%) dos adolescentes; seguido pela maconha em 44 (8,2%); pelo tabaco, 32 (6,0%) e os inalantes e solventes (3,4%). As

drogas menos consumidas pelos participantes do estudo são *ectasy* (0,2%), alucinógenos (0,4%) e os opiáceos (0,4%).

Em relação ao padrão de consumo, "usei de 1 a 2 vezes", as drogas mais consumidas foram o álcool (26%), a maconha (2,6%), os inalantes e solventes (2,4%) e o tabaco (2,0%). Assim como o consumo de "3 a 9 vezes no mês", os mais consumidos foram o álcool, em 8,2%, a maconha, em 2%, e os anabolizantes, em 0,9%. Quanto ao uso de drogas de "10 a 20 vezes" no último mês, o álcool (2,6%), a maconha (0,7%), a cocaína e o crack (0,6%) foram os mais mencionados. Em relação ao consumo de drogas mais de 20 vezes no mês, verifica-se que o álcool (7,4%), o tabaco (3%) e a maconha (2,8%) foram as drogas mais referidas.

É importante destacar que um número expressivo de adolescentes 319 (59,2%) utilizaram analgésicos sem a prescrição médica no último mês, sendo que o seu consumo é maior entre 1 a 2 vezes (26,9%) e de 3 a 4 vezes (16,7%).

Observou-se que são poucos os adolescentes 13 (2,4%) que referem ter algum problema em relação ao uso de uma droga e 41 (7,6%) consideram uma das substâncias como predileta. No que se refere ao problema com droga, o tabaco (1,1%) e a maconha (0,6%) foram os mais citados; as principais drogas referidas como prediletas para os adolescentes do estudo foram o álcool (3,2%), a maconha (2,4%) e o tabaco (1,7%).

Em relação ao consumo de drogas, verificou-se que 74,8% dos adolescentes apresentaram uma pontuação igual ou inferior a 13,3% na densidade absoluta dos problemas no consumo de drogas e também refere que o consumo é igual ou inferior a duas vezes no mês, neste ponto de corte representa que os pesquisados não apresentam problemas em relação ao consumo de drogas ou o consumo é ocasional. Contudo, encontrou-se que 139 (25,2%) dos participantes tiveram uma pontuação igual ou superior a 20% na densidade absoluta da área referente ao consumo de drogas e ou mencionaram consumir mais de três vezes a substância no mês, sendo, portanto, considerados usuários de drogas. Do grupo de adolescentes que consomem drogas, 90 (16,7%) consomem drogas lícitas (álcool e/ou tabaco) e 46 (8,5%) consomem drogas ilícitas e/ou lícitas.

7.1.4. Análises descritivas dos problemas enfrentados na vida

Na tabela 11 encontram-se os resultados da DA, da DRC dos problemas enfrentados pelo adolescente nas dez áreas que perfazem o DUSI e a densidade global.

Tabela 11 - Média, mediana, desvio padrão, e valores mínimo e máximo das densidades absoluta e relativa corrigida nas dez áreas dos problemas na vida, e a densidade global, em Alfenas - MG, 2014.

	DENSIDADE ABSOLUTA				
Áreas do DUSI	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mínimo***	***Máximo***
Consumo de drogas	5,9	0,0	12,8	0,0	86,7
Comportamento	31,6	30,0	17,8	0,0	80,0
Saúde	27,2	30,0	16,7	0,0	80,0
Desordens psiquiátricas	27,4	25,0	17,3	0,0	85,0
Competência social	27,9	21,4	17,5	0,0	100,0
Sistema Familiar	25,0	21,4	19,5	0,0	92,9
Atividades escolares	25,1	20,0	18,0	0,0	85,0
Participação no trabalho	5,9	0,0	9,4	0,0	70,0
Relacionamento com amigos	29,8	28,6	19,8	0,0	100,0
Lazer e recreação	35,3	33,3	18,5	0,0	83,3
	DENSIDADE RELATIVA CORRIGIDA				
Áreas do DUSI	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mínimo***	***Máximo***
Consumo de drogas	1,8	0,0	4,0	0,0	51,3
Comportamento	13,1	13,2	5,8	0,0	34,1
Saúde	11,8	11,5	6,8	0,0	40,1
Desordens psiquiátricas	11,0	11,1	5,5	0,0	36,1
Competência social	12,3	11,8	6,6	0,0	45,0
Sistema Familiar	9,7	9,4	6,4	0,0	32,0
Atividades escolares	10,1	9,8	5,8	0,0	37,6
Participação no trabalho	2,2	0,0	3,4	0,0	25,3
Relacionamento com amigos	12,6	11,7	7,0	0,0	46,5
Lazer e recreação	15,5	14,7	7,5	0,0	55,7
	DENSIDADE GLOBAL				
	Média	***Mediana***	***DP***	***Mínimo***	***Máximo***
	24,7	23,5	12,0	3,4	64,0

DP = Desvio padrão

Com referência à densidade absoluta, detectou-se que a pontuação variou de 0 a 100. A participação no trabalho foi a área com pontuação máxima menor, o que não diferenciou em relação a sua média que foi de 5,9 e do desvio-padrão de 9,4. Observa-se que a competência social e o relacionamento com os amigos teve pontuação máxima de 100, apresentando, respectivamente, média de 27,9 e de 29,8. As áreas com maior alteração pelos adolescentes do estudo foram o lazer e a recreação e o comportamento do adolescente com médias de 35,3 e de 31,6, respectivamente.

Na área de lazer e de recreação, processou-se que a pontuação variou entre 0 a 83,3 e o comportamento do adolescente variou de 0 a 80, verificando-se que em ambos os problemas a pontuação máxima foi inferior a outros problemas, mas a média foi superior em relação aos demais.

Observa-se, que ao avaliar cada domínio ou área em relação à contribuição no total de problemas (Densidade Relativa Corrigida), verifica-se que os domínios que apresentaram maiores comprometimentos foram as atividades de lazer e de recreação com pontuação entre 0 a 55,7, média de 15,5 e mediana de 14,7, seguida por alteração no comportamento do adolescente e de relacionamento com os amigos desviantes com média de 13,1 e 12,6, respectivamente. As áreas que apresentaram menor contribuição no total de problemas foram o consumo de drogas e a participação no trabalho.

No tocante à densidade global dos problemas, confere-se que o valor mínimo foi de 3,4 e o máximo, de 64. A média e a mediana, respectivamente foram de 24,7 e 23,5 para toda a população do estudo. Ainda dentro dessa variável, observa-se que 126 (23,6%) dos adolescentes apresentaram uma pontuação inferior a 15%, enquanto 411 (76,3%) tiveram uma pontuação acima de 15%.

7.1.5. Análises descritivas da percepção do suporte familiar

Na tabela 12, observa-se a análise descritiva pontuações do Inventário de percepção do suporte familiar. Quando se analisa o escore total do IPSF, observa-se uma pontuação média de 56,1 e mediana, de 58,0; mínima, de 19 e máxima, de 83 pontos. Verifica-se que 199 (36,9%) e 165 (30,6%) dos adolescentes classificaram o suporte familiar como baixo e médio-baixo. Vale ressaltar que a autonomia familiar foi uma das três dimensões que apresentou maiores índices, classificando-as os participantes como sendo baixo (48,1%) e médio-baixo (30,6%), sendo que apenas 13,9% e 7,4% dos adolescentes referem como médio-alto e alto, a média e a mediana para esse domínio foram de 9,4 e 10,0, respectivamente. Para o fator adaptação familiar, 22,4% e 20% qualificaram como baixo e médio baixo, com média de 21,1 e mediana de 22,0. Porém, essa é uma das dimensões que apresentou um número maior de participantes 202 (37,5 %) que rotularam como alta. Já no fator afetivo-consistente, 30,1% e 27,8 % dos adolescentes consideraram como baixo e médio-baixo, com média de 25,6 e mediana, de 26,0.

Tabela 12 - Estatística descritiva das pontuações do IPSF total e suas três dimensões, Alfenas - MG, 2014.

Afetivo-consistente			**n = 539**	**%**
Mínimo	2,0	Baixo (0-21)	162	30,1
Máximo	42,0	Médio-Baixo (22-28)	150	27,8
Média	25,6	Médio Alto (29-33)	119	22,1
Mediana	26,0	Alto (34-42)	108	20,0
Adaptação familiar			**n = 539**	**%**
Mínimo	0,0	Baixo (0-18)	121	22,4
Máximo	26,0	Médio-Baixo (19-21)	108	20,0
Média	21,1	Médio Alto (22-23)	108	20,0
Mediana	22,0	Alto (24-26)	202	37,5
Autonomia familiar			**n = 539**	**%**
Mínimo	0,0	Baixo (0-9)	259	48,1
Máximo	16,0	Médio-Baixo (10-12)	165	30,6
Média	9,4	Médio Alto (13-14)	75	13,9
Mediana	10,0	Alto (15-16)	40	7,4
Total			**n = 539**	**%**
Mínimo	19,0	Baixo (0-53)	199	36,9
Máximo	83,0	Médio-Baixo (54-63)	165	30,6
Média	56,1	Médio Alto (64-70)	109	20,2
Mediana	58,0	Alto (71-84)	66	12,2

7.2. Análise bivariada

A seguir serão apresentadas as análises comparativas das variáveis como faixa etária; sexo; critério de classificação econômica; estudar; defasagem escolar; trabalhar; contexto familiar; religião; crença em Deus; praticar a religião; participação em grupo religioso e rezar ou orar em situações-problema em função dos critérios adotados pelo SDQ, DUSI e IPSF. Na sequência serão apresentadas as análises comparativas referentes ao SDQ, DUSI e IPSF.

A ordem de apresentação dos resultados se dará primeiramente da análise bivariada entre as variáveis sociodemográficas e o consumo de drogas, alterações na saúde mental, problemas enfrentados pelo adolescente e a percepção do suporte familiar.

7.2.1. Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sociodemográficas

Na tabela 13, localizam-se os resultados da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sexo; faixa etária; se os pais vivem juntos; com quem o adolescente vive; classe econômica; estudar; defasagem escolar e trabalhar.

De acordo com a análise bivariada, detectou-se que o consumo de drogas teve associação significativa com o sexo (p=0,007), com a faixa etária (p<0,001), com os pais viverem juntos (p=0,008), com quem o adolescente vive (p=0,007), com estudar (p<0,001) e com defasagem escolar (p<0,001).

Pela razão de chances, observou-se que a faixa etária entre 12 a 14 anos (0R=0,09), que pais viverem juntos (OR= 0,53) e que estudar (OR=0,49) foram fatores protetores para o consumo de drogas lícitas. O adolescente com defasagem escolar tem 2,29 vezes mais chances de usar drogas lícitas.

O consumo de drogas ilícitas e/ou lícitas foi maior no sexo masculino (OR=2,53) e entre aqueles que apresentavam defasagem série-ano (OR=4,48). Foram fatores protetores para o consumo de drogas ilícitas e/ ou lícitas, a faixa etária entre 12 a 14 anos (OR=0,34) e estudar (OR=0,13). Com relação à estrutura familiar, encontrou-se que os pais viverem juntos (OR=0,53) e que viver com ambos os pais (OR=0,31) também foi protetor ao consumo dessa substância.

Não houve associação significativa entre o consumo de drogas com a classificação econômica (p=0,238) e exercer atividade laboral (p=0,194). Contudo, a porcentagem foi maior de adolescentes da classe econômica C e D para o consumo de drogas lícitas e ilícitas. Com relação ao trabalho, evidencia-se que o grupo de adolescentes que trabalham apresentam maior porcentagem para o consumo de drogas lícitas e menor porcentagem para o consumo de drogas ilícitas.

A análise bivariada da relação entre o consumo de drogas com as variáveis acreditar em Deus, filiação religiosa, praticar a religião, participação em grupo religioso e rezar ou orar em situações-problema está apresentada na tabela 14.

Tabela 13 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sociodemográficas como sexo, faixa etária, classe econômica, pais viverem juntos, estudar, defasagem escolar e trabalhar, Alfenas-MG, 2014.

Consumo de drogas	***Não consome ou consome ocasionalmente***		***Drogas lícitas***		***Drogas ilícitas e/ou lícitas***		***Valor- p***	***Drogas Lícitas X Não consome***		***Drogas Ilícitas X Não consome***	
Variáveis	***n = 403***	***%***	***n = 90***	***%***	***n = 46***	***%***		***OD***	***IC 95%***	***OD***	***IC 95%***
Sexo											
Masculino (n= 235)	162	68,9	44	18,7	29	12,3	**0,007**	1,42	0,89	2,53	1,35 4,76
Feminino (n= 304)	241	79,3	46	15,1	17	5,6		1,00	2,25	1,00	
Faixa etária											
12 a 14 anos (n= 183)	168	91,8	6	3,3	9	4,9	**<0,001**	0,09	0,16	0,34	0,16 0,7
15 a 17 anos (n= 356)	235	66,0	84	23,6	37	10,4		1,00	0,72	1,00	
Classificação econômica											
A e B (n= 195)	154	79,0	27	13,8	14	7,2	0,238	0,69	0,42	0,70	0,36 1,36
C e D (n= 344)	249	72,4	63	18,3	32	9,3		1,00	1,13	1,00	
Pais viverem juntos											
Sim (n= 296)	237	80,0	39	13,2	20	6,8	**0,008**	0,53	0,33	0,53	0,29 0,99
Não (n= 243)	166	68,3	51	21,0	26	10,7		1,00	0,84	1,00	
Com quem vive											
Pai e Mãe (n= 292)	235	80,5	38	13,0	19	6,5		0,56	0,25	0,31	0,13 0,74
Pai ou Mãe (n= 193)	133	68,9	42	21,8	18	9,3	**0,007**	1,10	1,23	0,52	0,22 1,27
Outros (n= 54)	35	64,8	10	18,5	9	16,7		1,00	0,50	1,00	
									2,42		
Estudar											
Sim (n= 464)	364	78,4	74	16,0	26	5,6	**<0,001**	0,49	0,26 0,93	0,14	0,07 0,27
Não (n= 75)	39	52,0	16	21,3	20	27,0		1,00		1,00	
[1]Defasagem											
Sim (n= 215)	135	62,8	48	22,3	32	14,9	**<0,001**	2,29	1,44 3,66	4,48	2,31 8,69
Não (n= 320)	265	82,8	41	12,8	14	4,4		1,00		1,00	
Trabalhar											
Sim (n= 96)	66	68,8	22	22,9	8	8,3	0,194	1,65	0,96 2,85	1,07	0,48 2,40
Não (n= 443)	337	76,0	68	15,3	38	8,7		1,00			

Aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson. [1] Missing. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Tabela 14 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis, crença em Deus, filiação religiosa, praticar religião, participação de grupo religioso e rezar ou orar em situações-problema, Alfenas - MG, 2014.

Consumo de drogas	***Não consome ou consome ocasionalmente***		***Consome drogas lícitas***		***Consome drogas ilícitas e/ou lícitas***		***Valor– p***	***Drogas Lícitas X Não consome***			***Drogas Ilícitas X Não consome***		
Variáveis	***n = 403***	***%***	***n = 90***	***%***	***n = 46***	***%***		***OR***	**IC**		**OR**	***IC***	
[1]Crença em Deus													
Sim (n= 525)	395	75,2	87	16,6	43	8,2	0,065*	0,51	0,13	2,02	0,25	0,06	1,01
Não (n= 13)	7	53,8	3	23,1	3	23,1		1,00			1,00		
Filiação religiosa													
Não tem (n= 41)	22	53,7	13	31,7	6	14,6	**0,005**	2,93	1,41	6,05	2,59	0,99	6,78
Tem (n= 498)	381	76,5	77	15,5	40	8,0		1,00			1,00		
Praticar a religião													
Sim (n= 369)	303	82,1	47	12,7	19	5,1	**<0,001**	0,36	0,22	0,57	0,23	0,12	0,43
Não (n= 170)	100	58,8	43	25,3	27	15,9		1,00			1,00		
Participar de grupo religioso													
Sim (n= 162)	138	85,2	16	9,9	8	4,9	**0,001**	0,41	0,23	0,74	0,40	0,18	0,89
Não (n= 377)	265	70,3	74	19,6	38	10,1		1,00			1,00		
Rezar ou orar													
Sim (n= 476)	362	76,1	78	16,4	36	11,0	0,060	0,74	0,37	1,47	0,41	0,19	0,88
Não (n= 63)	41	65,1	12	19,0	10	15,9		1,00			1,00		

Aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson * Aplicação do Teste Exato de Fisher. [1] Missing. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Das variáveis analisadas (crença em Deus; filiação religiosa; praticar a religião; participar de grupo religioso; rezar ou orar em situações-problema), comparativamente com o consumo de drogas, constatou-se que ter uma filiação religiosa (p=0,005), praticar a religião (p<0,001) e participar de grupo religioso (p=0,001) teve associação significativa.

Pela razão de chances, observou-se que o adolescente que não tem uma filiação religiosa apresenta mais chances para o consumo de drogas lícitas (OR=2,93). Não praticar a religião e não participar de um grupo religioso apresentaram também mais chances para o consumo de drogas lícitas e ilícitas.

Quanto às variáveis crença em Deus e rezar ou orar em situações-problema não houve associação significativa (p>0,05) com o consumo ou não de drogas. Entretanto, evidencia-se que um percentual maior de adolescentes que não acreditam em Deus e que não têm o hábito de rezar ou de orar está envolvido com o consumo de drogas. Pela razão de chances, adolescentes que não têm o hábito de orar ou rezar apresentam mais chance para o consumo de drogas ilícitas e/ou lícitas.

7.2.2. Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis sociodemográficas

Os resultados ainda referentes aos objetivos investigar a associação entre as variáveis sexo; faixa etária; os pais viverem ou não juntos; com quem o adolescente vive; classe econômica; crença em Deus; filiação religiosa; praticar a religião; participar de grupo religioso; rezar ou orar em situações-problema; trabalhar e a alteração na saúde mental estão disponível nas tabelas 15 a 22 . A análise bivariada da relação entre as alterações na saúde mental com as variáveis sexo e faixa etária encontram-se na tabela 15.

Tabela 15 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis sexo e faixa etária, Alfenas - MG, 2014.

Variáveis / SDQ	Sexo				Valor-p	OR	IC 95%		Faixa etária (anos)				Valor-p	OR	IC	
	Masculino		Feminino						12 a 14		15 a 17					
	n= 235	%	n= 304	%					n= 183	%	n= 356	%				
Total de dificuldade																
Normal	165	70,2	184	60,5		1,00			127	69,4	222	62,3		1,00		
Limítrofe	44	18,7	65	21,4	**0,034**	0,75	0,49	1,17	30	16,4	79	22,2	0,217	0,66	0,41	1,07
Anormal	26	11,1	55	18,1		0,52	0,32	0,88	26	14,2	55	15,5		0,83	0,49	1,38
Pró-social																
Normal	202	86,0	274	90,0		1,00			162	88,5	314	88,2		1,00		
Limítrofe	17	7,2	15	5,0	0,324	1,54	0,75	3,15	12	6,6	20	5,6	0,773	1,16	0,55	2,44
Anormal	16	6,8	15	5,0		1,45	0,70	2,99	9	4,9	22	6,2		0,79	0,36	1,76
Hiperatividade																
Normal	175	74,5	216	71,1		1,00			137	74,9	254	71,4		1,00		
Limítrofe	16	6,8	38	12,5	0,087	0,52	0,28	0,96	19	10,3	35	9,8	0,499	1,00	0,55	1,83
Anormal	44	18,7	50	16,4		1,09	0,69	1,70	27	14,8	67	18,8		0,75	0,46	1,23
Conduta																
Normal	167	71,1	212	69,7		1,00			121	66,1	258	72,5		1,00		
Limítrofe	30	12,8	39	12,8	0,924	0,98	0,58	1,63	27	14,8	42	11,8	0,310	1,37	0,81	2,33
Anormal	38	16,2	50	17,4		0,91	0,57	1,45	35	19,1	56	15,7		1,33	0,83	2,14
Emocionais																
Normal	197	83,8	188	61,8		1,00			139	76,0	246	69,1		1,00		
Limítrofe	18	7,7	44	14,5	**<0,001**	0,39	0,22	0,70	15	8,2	47	13,2	0,160	0,56	0,30	1,05
Anormal	20	8,5	72	23,7		0,26	0,16	0,45	29	15,8	63	17,7		0,81	0,50	1,33
Problemas colegas																
Normal	166	70,6	210	69,1		1,00			133	72,7	243	68,2		1,00		
Limítrofe	49	20,9	66	21,7	0,921	0,94	0,62	1,43	38	20,8	77	21,6	0,351	0,90	0,58	1,40
Anormal	20	8,5	28	9,2		0,90	0,49	1,66	12	6,5	36	10,2		0,60	0,31	1,21
Impacto																
Normal	182	77,5	205	67,4		1,00			133	72,7	254	71,3		1,00		
Limítrofe	25	10,6	46	15,1	**0,037**	0,61	0,36	1,04	19	10,4	52	14,6	0,310	0,70	0,40	1,23
Anormal	28	11,9	53	17,4		0,59	0,36	0,98	31	16,9	50	14,0		1,18	0,72	1,94

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Na análise comparativa entre o sexo e a classificação do SDQ, foram verificadas diferenças significativas entre o escore total de dificuldades (p=0,034), os problemas emocionais (p<0,001) e a escala de impacto (p=0,037), sendo que nesses domínios o grupo de adolescentes do sexo feminino apresentou maior porcentagem das classificações limítrofe e anormal.

Pela razão de chances, constatou-se que o sexo feminino têm mais chance de ser classificado como anormal para o escore total de dificuldades, de problemas emocionais e na escala de impacto, o que não difere em relação à classificação limítrofe para a hiperatividade e para os problemas emocionais.

Não foi constatada diferença estatisticamente significante entre as áreas de problemas de conduta, de comportamento pró-social, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os colegas e o sexo.

A análise comparativa entre a faixa etária e os escores do SDQ não apresentou diferença estatisticamente significante em nenhuma delas. Contudo, na faixa etária compreendida entre 15 a 17 anos, detectou-se maior frequência de alterações classificadas como anormais na escala de hiperatividade (18,8%); nos problemas emocionais (17,7%); no total de dificuldades (15,5%); no relacionamento com colegas (10,2%) e no comportamento pró-social (6,2%). Dados semelhantes foram encontrados para os participantes considerados limítrofes na escala total de problemas (22,2%), nos problemas com colegas (21,6%) e nos problemas emocionais (13,2%).

Na escala de problemas de conduta, evidenciou-se que os adolescentes com idade inferior a 15 anos apresentam maior frequência dessa alteração tanto no grupo limítrofe (14,8%) como no anormal (19,1%). Na escala de impacto, verificou-se maior porcentagem de adolescentes mais jovens categorizados como anormais.

Mediante o resultado, pode-se entender que os adolescentes mais velhos apresentam maior incidência de problemas emocionais e comportamentais avaliados pelo SDQ, exceto em relação aos problemas de conduta e na escala de impacto.

Na tabela 16 e 17, localizam-se os resultados da análise bivariada da relação entre os problemas detectados na saúde mental e as variáveis se os pais vivem juntos e com quem o adolescente vive.

Tabela 16 - Análise bivariada da relação entre as variáveis relacionadas à saúde mental e os pais viverem juntos, Alfenas - MG, 2014.

Variável / ***SDQ***	***Pais viverem juntos***							
	Sim		***Não***		***Valor – p***	***OR***	***IC***	
	n= 296	***%***	***n= 243***	***%***				
Total de dificuldade								
Normal	205	69,3	144	59,3		1,00		
Limítrofe	58	19,6	51	21,0	**0,013**	0,80	0,52	1,23
Anormal	33	11,1	48	19,7		0,48	0,29	0,79
Pró social								
Normal	270	91,2	206	84,8		1,00		
Limítrofe	17	5,8	15	6,2	**0,011**	0,87	0,42	1,77
Anormal	9	3,0	22	9,0		0,31	0,14	0,69
Hiperatividade								
Normal	225	76,0	166	68,3		1,00		
Limítrofe	27	9,1	27	11,1	0,128	0,74	0,42	1,30
Anormal	44	14,9	50	20,6		0,65	0,41	1,02
Conduta								
Normal	224	75,7	155	63,8		1,00		
Limítrofe	39	13,2	30	12,3	**<0,001**	0,90	0,54	1,51
Anormal	33	11,1	58	23,9		0,39	0,25	0,63
Emocionais								
Normal	218	73,6	167	68,7		1,00		
Limítrofe	33	11,1	29	11,9	0,394	0,87	0,51	1,49
Anormal	45	15,2	47	19,4		0,73	0,47	1,16
Problemas com colegas	216	73,0	160	65,8		1,00		
Normal	59	19,9	56	23,0	0,136	0,78	0,51	1,19
Limítrofe	21	7,1	27	11,2		0,58	0,31	1,06
Anormal								
Impacto								
Normal	228	77,0	159	65,4		1,00		
Limítrofe	34	11,5	37	15,2	**0,009**	0,64	0,39	1,06
Anormal	34	11,5	47	19,4		0,50	0,31	0,81

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

No tocante à análise bivariada entre as alterações na saúde mental e os pais viverem juntos, encontrou-se associação significativa entre o escore total de dificuldade (p=0,013), o comportamento pró-social (p=0,011), os problemas de conduta (p<0,001) e a escala de impacto (p=0,009). Pela razão de chances, encontrou-se que os adolescentes cujos pais não vivem juntos tiveram mais chances de serem classificados como anormais para o escore total de dificuldades, de alteração no comportamento pró-social, de problemas de conduta e na escala de impacto.

Contudo, a hiperatividade, os problemas emocionais e os problemas de relacionamento com os colegas não mostraram associação significativa com os pais viverem ou não juntos (p>0,05).

Pôde ser constatado que o adolescente viver com pais, com pai ou mãe e com outros teve associação significativa com o escore total de dificuldades (p=0,006), o comportamento pró-social (p=0,038), a hiperatividade (p=0,029), os problemas de conduta (p=0,003) e a escala de suplemento de impacto (p=0,024). Não houve associação significativa (p>0,05) entre os problemas emocionais e de relacionamento com os colegas.

Pela razão de chances, observou-se que os adolescentes que vivem com outro membro familiar em relação a viverem com ambos os pais apresentaram maior chances para serem categorizados como anormais para o escore total de dificuldade; de problemas de conduta; de hiperatividade; de problemas emocionais; de relacionamento com os colegas e a escala de impacto. Os adolescentes que vivem com outro membro familiar em comparação com aqueles que vivem com um dos pais apresentaram maior chance de serem categorizados como limítrofes para a hiperatividade, e anormal para o escore total de dificuldades e de problemas emocionais.

Tabela 17 - Análise bivariada da relação entre à saúde mental do adolescente e as variáveis relacionadas com quem o adolescente vive, Alfenas - MG, 2014.

Variável / SDQ	Adolescente vive com											
	Pais		Pai ou mãe		Outros		Valor- p	Pais X Outros			Pai ou Mãe X Outros		
	n= 292	%	n= 193	%	n= 54	%		OR	IC		OR	IC	
Total de dificuldade													
Normal	202	69,2	120	62,2	27	50,0		1,00			1,00		
Limítrofe	58	19,8	40	20,7	11	20,4	**0,006**	0,70	0,33	1,51	0,82	0,37	1,80
Anormal	32	11,0	33	17,1	16	29,6		0,27	0,13	0,55	0,46	0,22	0,96
Pró- social													
Normal	266	91,1	162	83,9	48	88,9		1,00			1,00		
Limítrofe	17	5,8	12	6,2	3	5,5	**0,038***	1,02	0,29	3,62	1,18	0,32	4,37
Anormal	9	3,1	19	9,9	3	5,5		0,54	0,14	2,07	1,87	0,53	6,61
Hiperatividade													
Normal	222	76,0	139	72,0	30	55,5		1,00			1,00		
Limítrofe	27	9,2	17	8,8	10	18,5	**0,029**	0,36	0,16	0,83	0,37	0,15	0,88
Anormal	43	14,7	37	19,2	14	26,0		0,42	0,20	0,85	0,57	0,27	1,18
Conduta													
Normal	219	75,0	128	66,3	32	59,3		1,00			1,00		
Limítrofe	40	13,7	23	11,9	6	11,1	**0,003**	0,97	0,38	2,50	0,96	0,36	2,55
Anormal	33	11,3	42	21,8	16	29,6		0,30	0,15	0,61	0,66	0,33	1,31
Emocionais													
Normal	216	74,0	138	21,8	31	57,4		1,00			1,00		
Limítrofe	32	11,0	23	11,9	7	13,0	0,105	0,66	0,27	1,61	0,74	0,29	1,87
Anormal	44	15,0	32	16,6	16	29,6		0,39	0,20	0,78	0,45	0,22	0,92
Problemas com colegas													
Normal	214	73,3	130	67,4	32	59,3		1,00			1,00		
Limítrofe	58	19,9	45	23,3	12	22,2	0,056	0,72	0,35	1,49	0,92	0,44	1,94
Anormal	20	6,8	18	9,3	10	18,5		0,30	0,13	0,70	0,44	0,19	1,05
Impacto													
Normal	225	77,1	127	65,8	35	64,8		1,00			1,00		
Limítrofe	34	11,6	31	16,1	6	11,1	**0,024**	0,88	0,35	1,55	1,42	0,55	3,69
Anormal	33	11,3	35	18,1	13	24,1		0,39	0,19	0,82	0,74	0,35	1,55

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. *Aplicação do Teste Exato de Fisher. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

A análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis estudar e defasagem escolar encontram-se na tabela 18.

A respeito da análise bivariada entre estudar ou não com as alterações na saúde mental, observou-se associação significante com o total de dificuldade, a hiperatividade, os problemas emocionais, o relacionamentos com os colegas e a escala de impacto. Pela razão de chances, constatou-se que os adolescente que não estudam apresentaram mais chances para serem categorizados como limítrofes e anormais para o escore total de dificuldades e problemas emocionais, assim como anormais para a hiperatividade, para os problemas de relacionamento com os colegas e para a alteração na escala de impacto.

Não houve associação significante com o comportamento pró-social (p=0,197) e os problemas de conduta (p=0,146). O grupo de adolescentes que não está inserido na escola classificou-se em maior proporção na categoria anormal, em todos os domínios do SDQ.

Houve associação significante (p<0,001) entre o total de dificuldade, a hiperatividade, os problemas de conduta e os problemas de relacionamento com os colegas, a escala de impacto e a defasagem série-ano. Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes que estão com defasagem escolar apresentaram mais chances para serem classificados como anormais no escore total de dificuldade (OR=3,6), de hiperatividade (OR=3,16), de problemas de conduta (OR=2,8), de problemas de relacionamento com os colegas (OR=3,91) e na escala de impacto (OR=2,77).

Não foram encontradas associações entre a defasagem escolar e o comportamento pró-social e os problemas emocionais (p>0,05). As classificações limítrofe e anormal tiveram uma porcentagem maior de adolescentes que apresentaram defasagem escolar em todos os domínios avaliados pelo SDQ.

Tabela 18 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental do adolescente e às variáveis relacionadas estudar e a defasagem escolar, Alfenas - MG, 2014.

Variáveis	***Estudar***								***[1]Defasagem escolar***							
	Sim		***Não***		***Valor-p***	***OR***	***IC***		***Sim***		***Não***		***Valor-p***	***OR***	***IC***	
SDQ	***n=464***	***%***	***n=75***	***%***					***n=215***	***%***	***n=320***	***%***				
Total de dificuldade																
Normal	320	69,0	29	38,7		1,00			115	53,5	232	72,5		1,00		
Limítrofe	87	18,8	22	29,3	**<0,001**	0,36	0,12	0,40	48	22,3	59	18,4	**<0,001**	1,60	1,06	2,55
Anormal	57	12,2	24	32,0		0,22	0,20	0,65	52	24,2	29	9,1		3,60	2,22	6,00
Pró-social																
Normal	410	88,4	66	88,0		1,00			183	85,1	289	90,3		1,00		
Limítrofe	30	6,5	2	2,7	0,197*	2,41	0,56	10,34	17	7,9	15	4,7	0,175	1,80	0,90	3,70
Anormal	24	5,1	7	9,3		0,55	0,23	1,33	15	7,0	16	5,0		1,50	0,71	3,07
Hiperatividade																
Normal	352	75,9	39	52,0		1,00			131	60,9	257	80,3		1,00		
Limítrofe	48	10,3	6	8,0	**<0,001**	0,89	0,36	2,20	26	12,1	27	8,5	**<0,001**	1,89	1,06	3,37
Anormal	64	13,8	30	40,0		0,24	0,14	0,41	58	27,0	36	11,2		3,16	1,99	5,04
Problemas conduta																
Normal	333	71,8	46	61,3		1,00			130	60,5	245	76,6		1,00		
Limítrofe	58	12,5	11	14,7	0,146	0,72	0,31	1,02	31	14,4	38	11,9	**<0,001***	1,54	0,91	2,60
Anormal	73	15,7	18	24,0		0,56	0,36	1,49	54	25,1	37	11,5		2,80	1,72	4,40
Problemas emocionais																
Normal	342	98,0	43	57,3		1,00			143	66,5	240	75,0		1,00		
Limítrofe	49	10,6	13	17,3	**0,014**	0,47	0,24	0,94	30	14,0	31	9,7	0,096	1,62	0,90	2,28
Anormal	73	15,7	19	25,3		0,48	0,27	0,88	42	19,5	49	15,3		1,44	0,94	2,80
Problemas colegas																
Normal	335	72,2	41	54,6		1,00			132	61,4	242	75,6		1,00		
Limítrofe	97	20,9	18	24,0	**<0,001**	0,66	0,36	1,20	51	23,7	63	19,7	**<0,001**	1,50	0,97	2,28
Anormal	32	6,9	16	21,4		0,24	0,12	0,48	32	14,9	15	4,7		3,91	2,04	7,48
Impacto																
Normal	342	73,7	45	60,0		1,00			132	61,4	251	78,5		1,00		
Limítrofe	58	12,5	13	17,3	**0,045**	0,59	0,30	1,16	35	16,3	36	11,3	**<0,001**	1,84	1,11	3,08
Anormal	64	13,8	17	22,7		0,50	0,27	0,92	48	22,3	33	10,2		2,77	1,69	4,51

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. *Aplicação do Teste Exato de Fisher. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Os resultados das análises bivariadas da relação entre a de saúde mental e as variáveis classificação econômica e a variável trabalhar são exibidos na tabela 19.

Quanto à associação entre a classe econômica e a demanda de saúde mental, detectou-se valor significante apenas para a hiperatividade (p=0,023). Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes pertencentes ao estrato C e D tiveram mais chances de serem classificados como anormais para o escore total de dificuldades e de hiperatividade.

Apesar de não ter havido outras associações significantes entre os demais problemas de saúde mental e a classe econômica, observa-se que um contingente maior de adolescentes categorizados como anormais pertencentes às classes C e D.

Não houve associação estatística significante entre os domínios investigados pelo SDQ e a variável trabalhar ou não (p>0,05). Apesar disso, constata-se que o fato de não exercer atividade laboral contribui para um percentual maior em todas as áreas investigadas nas categorias limítrofe e anormal, exceto para os problemas de relacionamento com os colegas desviantes.

Tabela 19 - Análise bivariada da relação entre à saúde mental do adolescente e as variáveis classe econômica e trabalhar, Alfenas-MG, 2014.

Variáveis / SDQ	Classe econômica								Trabalhar							
	A e B		C e D		Valor-p	OR	IC		Sim		Não		Valor- p	OR	IC	
	n= 195	%	n=344	%					n= 96	%	n= 443	%				
Total de dificuldade																
Normal	138	70,8	211	61,3		1,00			67	69,8	282	63,6		1,00		
Limítrofe	36	18,5	73	21,2	0,053	0,75	0,48	1,19	17	17,7	92	20,7	0,517	0,77	0,43	1,39
Anormal	21	10,7	60	17,5		0,54	0,31	0,92	12	12,5	69	15,7		0,73	0,38	1,43
Pró-social																
Normal	173	88,7	303	88,1		1,00			88	91,7	388	87,6		1,00		
Limítrofe	10	5,1	22	6,4	0,807	0,80	0,37	1,72	5	5,2	27	6,1	0,519	0,82	0,31	2,18
Anormal	12	6,2	19	5,5		1,11	0,52	2,33	3	3,2	28	6,3		0,47	0,14	1,59
Hiperatividade																
Normal	154	79,0	237	68,9		1,00			72	75,0	319	72,0		1,00		
Limítrofe	18	9,2	36	10,4	**0,023**	0,77	0,42	1,40	8	8,3	46	10,4	0,791	0,77	0,34	1,70
Anormal	23	11,8	71	20,7		0,50	0,30	0,83	16	16,7	78	17,6		0,90	0,50	1,66
Conduta																
Normal	139	71,3	240	69,8		1,00			75	78,1	304	68,6		1,00		
Limítrofe	25	12,8	44	8,9	0,897	0,98	0,58	1,67	10	10,4	59	13,3	0,168	0,69	0,34	1,41
Anormal	31	15,9	60	17,4		0,89	0,55	1,44	11	11,5	80	18,1		0,56	0,29	1,10
Emocionais																
Normal	142	72,9	243	70,6		1,00			72	75,0	313	70,7		1,00		
Limítrofe	20	10,2	42	12,2	0,779	0,81	0,46	1,44	8	8,3	54	12,2	0,538	0,64	0,29	1,41
Anormal	33	16,9	59	17,2		0,96	0,60	1,54	16	16,6	76	17,1		0,92	0,50	1,66
Problemas com colegas																
Normal	148	75,9	228	66,3		1,00			67	69,8	309	69,8		1,00		
Limítrofe	35	17,9	80	23,3	0,053	0,67	0,43	1,05	20	20,8	95	21,4	0,979	0,97	0,56	1,68
Anormal	12	6,2	36	10,4		0,51	0,26	1,02	9	9,4	39	8,8		1,06	0,49	2,30
Impacto																
Normal	149	76,4	238	69,2		1,00			75	78,1	312	70,0		1,00		
Limítrofe	23	11,8	48	13,9	0,176	0,77	0,45	1,31	10	10,4	61	13,8	0,314	0,68	0,33	1,39
Anormal	23	11,8	58	16,9		0,63	0,37	1,07	11	11,5	70	15,8		0,65	0,33	1,30

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. *Aplicação do Teste Exato de Fisher. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

A análise bivariada da relação entre a demanda de saúde mental e as variáveis crença em Deus e a filiação religiosa estão disponível na tabela 20.

A relação entre a variável crença em Deus e a saúde mental apresentou associação significativa apenas com o comportamento pró-social (p=0,002) e com os problemas de relacionamento com os colegas (p=0,025). Pela razão de chances, verificou-se que os adolescentes que não têm uma crença religiosa apresentaram mais chances para serem classificados como limítrofes no comportamento pró-social e serem categorizados como anormais nos problemas de relacionamento com os colegas desviantes.

Ter ou não ter uma filiação religiosa apresentou associação significativa para o comportamento pró-social e para problemas de conduta. Pela razão de chances, verificou-se que o adolescente que refere não ter uma filiação religiosa apresentou maiores chances para ser categorizado como anormais para os problemas de comportamento pró-social (OR=5,17) e para problemas de conduta (OR=2,47). Não se observou diferença estatisticamente significante em relação aos demais domínios.

Tabela 20 - Análise bivariada da relação entre à saúde mental e as variáveis crença em Deus e filiação religiosa com a saúde mental, Alfenas-MG, 2014.

Variáveis / Domínio do SDQ	[1] Crença em Deus								Filiação religiosa							
	Sim		Não		Valor- p	OR	IC		Não têm		Tem		Valor –p	OR	IC	
	n=525	%	n=13	%					n= 41	%	n=498	%				
[1]Total de dificuldade																
Normal	342	65,1	7	53,8		1,00			20	48,8	329	66,1		1,00		
Limítrofe	106	20,2	2	15,4	0,314*	1,08	0,22	5,30	12	29,2	97	19,5	0,084	2,04	0,96	4,31
Anormal	77	14,7	4	30,8		0,39	0,11	1,38	9	22,0	72	14,5		2,06	0,90	4,70
Pró-social																
Normal	468	89,1	7	53,8		1,00			30	73,2	446	89,6		1,00		
Limítrofe	28	5,3	4	30,8	**0,002***	0,10	0,03	0,38	3	7,3	29	5,8	**0,001***	1,54	0,44	5,34
Anormal	29	5,6	2	15,8		0,22	0,04	1,09	8	19,5	23	4,6		5,17	2,13	12,53
Hiperatividade																
Normal	383	73,0	8	61,5		1,00			29	70,7	362	72,7		1,00		
Limítrofe	53	10,0	1	7,7	0,358*	1,10	0,14	9,03	5	12,2	49	9,8	0,890	1,27	0,47	3,44
Anormal	89	17,0	4	30,8		0,46	0,14	1,58	7	17,1	87	17,5		1,00	0,43	2,37
Conduta																
Normal	367	69,9	11	84,6		1,00			26	63,4	353	70,9		1,00		
Limítrofe	69	13,1	0	0,0	0,495*	4,34	0,25	74,70	1	24,4	68	13,7	**0,003***	0,20	0,03	1,50
Anormal	89	17,0	2	15,4		1,12	0,28	4,48	14	34,1	77	15,4		2,47	1,23	4,95
Emocionais																
Normal	375	71,4	9	69,2		1,00			28	68,3	357	71,7		1,00		
Limítrofe	60	11,4	2	15,4	0,899*	0,72	0,15	3,41	5	12,2	57	11,4	0,889	1,12	0,41	3,02
Anormal	90	17,2	2	15,4		1,08	0,23	5,09	8	19,5	84	16,9		1,21	0,53	2,76
Problemas com colegas																
Normal	369	70,3	6	46,1		1,00			24	58,5	352	70,7		1,00		
Limítrofe	112	21,3	3	23,1	**0,025***	0,61	0,15	2,47	13	31,7	102	20,5	0,204*	1,87	0,92	3,80
Anormal	44	8,4	4	30,8		0,18	0,05	0,66	4	9,8	44	8,8		1,33	0,44	4,02
Impacto																
Normal	378	72,0	8	61,5		1,00			26	63,4	361	72,5		1,00		
Limítrofe	69	13,1	2	15,8	0,589*	0,73	0,15	3,51	6	14,6	65	13,1	0,383	1,28	0,51	3,24
Anormal	78	14,9	3	23,1		0,55	0,14	2,12	9	22,0	72	14,4		1,74	0,78	3,86

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. *Aplicação do Teste Exato de Fisher. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Na tabela 21 encontra-se a análise bivariada da relação entre à saúde mental e a variável praticar a religião.

Praticar a religião apresentou associação estatisticamente significante com escore total de dificuldade; problemas de comportamento pró-social; hiperatividade; problemas de conduta; de relacionamento com os colegas e na escala de impacto. Pela razão de chances, observou-se que os adolescentes que referem não praticar uma religião apresentaram mais chances de serem classificados como anormais para o escore total de dificuldades; problemas de comportamento pró-social; hiperatividade; problemas de conduta e de relacionamento com os colegas. Na escala de impacto, apresentaram mais chances de serem categorizados como limítrofes.

Ainda dentro do contexto religiosidade, verifica-se que a análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis rezar ou orar em situações-problema e a participação de grupo religioso encontra-se na tabela 22.

Na amostra pesquisada, identificou-se que houve associação estatisticamente significante entre rezar ou orar em situações de problemas em relação ao comportamento pró-social ($p=0,001$) e à hiperatividade ($p=0,045$). Os adolescentes que referem rezar ou orar apresentaram menor chance de alterações na classificação anormal em relação ao comportamento pró-social ($OR=0,24$) e à hiperatividade ($OR=0,47$).

Ao comparar a participação em grupo religioso, constatou-se que não existe associação significante ($p>0,005$) com nenhuma das áreas do SDQ. Observa-se que proporções maiores de adolescentes se enquadraram na categoria anormal no total de dificuldades e nos domínios comportamento pró-social, hiperatividade, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os colegas referiram não participar de grupo religioso.

Tabela 21 - Análise bivariada da relação entre à saúde mental do adolescente e a variável praticar a religião, Alfenas - MG, 2014.

Variáveis / ***Domínio do SDQ***	***Praticar a religião***							
	Sim		***Não***		***Valor- p***	***OR***	***IC***	
	n= 369	***%***	***n= 170***	***%***				
[1]Total de dificuldade								
Normal	255	69,1	94	55,3		1,00		
Limítrofe	73	19,8	36	21,2	**<0,001**	0,75	0,47	1,20
Anormal	41	11,1	40	23,5		0,38	0,23	0,62
Pró-social								
Normal	335	90,8	141	82,9		1,00		
Limítrofe	20	5,4	12	7,1	**0,010**	0,70	0,33	1,47
Anormal	14	3,8	17	10,0		0,35	0,17	0,72
Hiperatividade								
Normal	279	75,6	112	65,9		1,00		
Limítrofe	36	9,8	18	10,6	**0,032**	0,80	0,44	1,47
Anormal	54	14,6	40	23,5		0,54	0,34	0,86
Conduta								
Normal	275	74,5	104	61,2		1,00		
Limítrofe	45	12,2	24	14,1	**0,002**	0,71	0,41	1,22
Anormal	49	13,3	42	24,7		0,44	0,28	0,71
Emocionais								
Normal	267	72,4	118	69,4		1,00		
Limítrofe	40	10,8	22	12,9	0,727	0,80	0,46	1,41
Anormal	62	16,8	30	17,7		0,91	0,56	1,49
Problemas com colegas								
Normal	265	71,8	111	65,3		1,00		
Limítrofe	79	21,4	36	21,2	**0,036**	0,92	0,58	1,45
Anormal	25	6,8	23	13,5		0,46	0,25	0,84
Impacto								
Normal	276	74,8	111	65,3		1,00		
Limítrofe	40	10,8	31	18,2	**0,036**	0,52	0,31	0,87
Anormal	53	14,4	28	16,5		0,76	0,46	1,27

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance). IC= Intervalo de Confiança

Tabela 22 - Análise bivariada da relação entre a saúde mental e as variáveis rezar ou orar e participar de grupo religiosos, Alfenas - MG, 2014.

Variáveis / Domínios do SDQ	Rezar ou orar em situações-problema								Participa de grupo religioso							
	Sim		Não		Valor-p	OR	IC 95%		Sim		Não		Valor-p	OR	IC 95%	
	n=476	%	n = 63	%					n=162	%	n = 377	%				
Totais de dificuldades																
Normal	313	65,8	36	57,1		1,00			108	66,7	241	63,9		1,00		
Limítrofe	94	19,7	15	23,8	0,395	0,72	0,38	1,38	34	21,0	75	19,9	0,520	1,01	0,64	1,60
Anormal	69	14,5	12	19,1		0,66	0,33	1,34	20	12,3	61	16,2		0,73	0,73	1,27
Pro-social																
Normal	428	89,9	48	76,2		1,00			148	91,3	328	87,0		1,00		
Limítrofe	27	5,7	5	7,9	**0,001**	0,61	0,22	1,65	10	6,2	22	5,8	0,091*	1,01	0,47	2,20
Anormal	21	4,4	10	15,9		0,24	0,10	0,53	4	2,5	27	7,2		0,33	0,11	0,96
Hiperatividade																
Normal	352	73,9	39	61,9		1,00			118	72,8	273	72,4		1,00		
Limítrofe	48	10,1	6	9,5	**0,045**	0,89	0,36	2,20	19	11,7	35	9,3	0,545	1,26	0,69	2,29
Anormal	76	16,0	18	28,6		0,47	0,25	0,86	25	15,5	69	18,3		0,84	0,51	1,40
Conduta																
Normal	337	70,8	42	66,7		1,00			116	71,6	263	69,8		1,00		
Limítrofe	62	13,0	7	11,1	0,473	1,10	0,48	2,57	26	16,0	43	11,4	0,091	1,38	0,80	2,34
Anormal	77	16,2	14	22,2		0,69	0,36	1,32	20	12,3	71	18,8		0,64	0,37	1,10
Emocionais																
Normal	339	71,2	46	73,0		1,00			116	71,6	269	71,4		1,00		
Limítrofe	54	11,3	8	12,7	0,804	0,92	0,41	2,05	18	11,1	44	11,7	0,981	0,95	0,53	1,71
Anormal	83	17,4	9	14,3		1,30	0,59	2,66	28	17,3	64	16,9		1,01	0,62	1,66
Problemas com colegas																
Normal	339	71,2	37	58,7		1,00			119	73,5	257	68,2		1,00		
Limítrofe	98	20,6	17	27,0	0,099	0,63	0,34	1,17	30	18,5	85	22,5	0,468	0,76	0,48	1,22
Anormal	39	8,2	9	14,3		0,47	0,21	1,05	13	8,0	35	9,3		0,80	0,41	1,57
Impacto																
Normal	345	72,5	42	66,7		1,00			116	71,6	271	71,9		1,00		
Limítrofe	58	12,2	13	20,6	0,171	0,54	0,27	1,07	20	12,3	51	13,5	0,868	0,92	0,52	1,61
Anormal	73	15,3	8	12,7		1,11	0,50	2,46	26	16,1	55	14,6		1,10	0,66	1,85

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. *Aplicação do Teste Exato de Fisher. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

7.2.3. Análise bivariada da relação entre a densidade global e as variáveis sociodemográficas

A análise bivariada entre a densidade global dos problemas na vida do adolescente em relação às variáveis sociodemográficas está apresentada na tabela 23.

Na comparação entre as variáveis sociodemográficas e densidade global de problemas enfrentados pelo adolescente, encontrou-se associação estatisticamente significante entre a faixa etária ($p<0,001$); a classe econômica ($p=0,001$); os pais viverem juntos ($p<0,001$); estudar ($p<0,001$); defasagem escolar ($p<0,001$) e praticar a religião ($p <0,001$). Observa-se que a média e a mediana são superiores para os adolescentes mais velhos, que não vivem com os pais, pertencentes a classe econômica C e D, que não estudam, que apresentam defasagem escolar e que não praticam a religião.

No que concerne à relação entre a densidade global dos problemas e as variáveis sexo; trabalhar; crença em Deus; ter uma filiação religiosa; participar de grupo religioso e rezar ou orar em situações-problema não se encontrou associação estatisticamente significante ($p>0,05$). Cabe salientar que a média e a mediana foram superiores para as variáveis ser do sexo feminino; não trabalhar; não acreditar em Deus; não estar filiado a uma religião; não participar de grupo religiosos e não ter como hábito orar ou rezar em situações-problema.

Tabela 23 - Relação entre densidade global e as variáveis sociodemográficas, Alfenas-MG, 2014.

Variáveis sociodemográficas	***Densidade Global***					
	Média	***Mediana***	***DP***	***Mínimo***	***Máximo***	***Valor-p***
Sexo						
Masculino	23,5	22,8	11,7	3,4	64,4	0,059
Feminino	25,6	24,2	12,2	3,4	63,1	
Faixa etária						
12 a 14 anos	21,4	20,8	12,1	3,4	58,4	**<0,001**
15 a 17 anos	26,4	24,8	11,6	4,7	64,4	
Classificação econômica						
A e B	22,5	20,8	11,2	4,0	64,4	**0,001**
C e D	26,0	24,8	12,3	3,4	63,1	
Pais viverem juntos						
Sim	22,7	22,1	11,0	3,0	60,4	**<0,001**
Não	27,1	24,8	12,8	4,0	64,4	
****Com quem vive***						
Pai e Mãe	22,9	22,8	11,1	3,4	60,4	
Pai ou Mãe	25,8	24,2	13,0	4,0	63,1	**<0,001**
Outros	27,7	25,2	12,1	3,4	64,4	
Estudar						
Sim	33,9	34,2	12,9	6,7	63,1	**<0,001**
Não	23,2	22,8	11,2	3,4	64,4	
Trabalhar						
Sim	24,0	22,8	10,2	6,0	55,0	0,660
Não	24,9	24,2	12,4	3,4	64,5	
Crença em Deus						
Não	26,2	21,5	17,0	4,7	60,0	0,886
Sim	24,7	23,5	11,9	3,4	64,4	
Filiação religiosa						
Sim	24,5	23,5	12,0	3,4	64,4	0,263
Não	27,0	24,2	12,5	4,7	57,1	
Praticar a religião						
Sim	23,0	22,2	11,8	3,4	64,4	**<0,001**
Não	28,5	27,5	12,7	3,4	60,4	
Participação de grupo religioso						
Sim	23,4	23,5	11,4	3,4	64,4	0,150
Não	25,3	24,1	12,2	3,4	63,1	
Rezar ou orar						
Sim	24,4	23,5	11,9	3,4	64,4	
Não	27,1	26,2	12,4	3,4	52,4	0,075

Aplicação do Teste Mann-Whitney. *Aplicação do teste Kruskal Wallis [1] Missing

7.2.4. Análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis sociodemográficas

Finalizando, os últimos resultados referentes aos objetivos investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas com a percepção do suporte familiar entre os adolescentes estão elucidados nas tabelas 24 a 32.

A análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis sexo e faixa etária estão apresentados na tabela 24.

No que concerne às diferenças entre o sexo e avaliação do suporte familiar pelos adolescentes, constatou-se que não existe diferença estatisticamente significante ($p>0,05$) para nenhum dos domínios avaliados nem para a escala total do IPSF. Verifica-se que a avaliação do suporte familiar entre os adolescentes de ambos os sexos é bastante homogênea; a maioria dos adolescentes da amostra classificou o suporte familiar como baixo, exceto para o domínio adaptação familiar, em que 57,2% dos adolescentes do sexo feminino o categorizaram como alto.

No intuito de comparar a faixa etária com a percepção do suporte familiar encontrou-se uma associação estatisticamente significante no domínio autonomia ($p<0,001$). Pela razão de chances, constatou-se que a faixa etária de 12 a 14 anos apresentou 2,42 vezes mais chances de classificar o domínio autonomia como baixo.

Quanto aos domínios afetivo-consistente, adaptação familiar e a pontuação total do IPSF, não se encontrou associação estatística com a faixa etária. O domínio afetivo-consistente e o IPSF total receberam avaliação que os qualificaram como baixo. O domínio adaptação familiar foi o único a ter maior proporção de avaliações que o qualificaram como alto.

Tabela 24 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte familiar (IPSF) com sexo e faixa etária, Alfenas-MG, 2014.

Variável / Domínio do IPSF	Sexo								Faixa etária (anos)							
	Masculino		Feminino		Valor- p	OR	IC 95%		12 a 14		15 a 17		Valor-p	OR	IC 95%	
	n= 235	%	n= 304	%					n= 183	%	n= 356	%				
Afetivo-Consistente																
Baixo	123	52,3	181	59,5	0,095	0,75	0,52	1,07	101	55,2	203	57,0	0,685	0,93	0,64	1,35
Alto	112	47,7	123	40,5		1,00			82	44,8	153	43,0		1,00		
Autonomia																
Baixo	180	76,6	244	80,3	0,303	0,80	0,52	1,24	160	87,4	264	74,2	**<0,001**	2,42	1,45	4,18
Alto	55	23,4	60	19,7		1,00			23	12,6	92	25,8		1,00		
Adaptação																
Baixo	120	51,1	130	42,8	0,055	1,40	0,98	2,00	160	83,0	45,4	167	0,732	46,9	0,94	1,00
Alto	115	48,9	174	57,2		1,00			23	100	54,6	189		53,1		
Total do IPSF																
Baixo	151	64,3	213	70,1	0,153	0,77	0,53	1,12	128	69,9	236	66,3	0,391	1,18	0,79	1,78
Alto	84	35,7	91	29,9		1,00			55	30,1	120	33,7		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Na tabela 25, encontram-se os resultados da análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e os pais viverem juntos.

Na análise da associação entre as variáveis os pais viverem ou não juntos com a avaliação do suporte familiar, detectou-se uma associação estatisticamente significante entre a dimensão afetivo-consistente ($p<0,001$), a adaptação familiar ($p=0,005$) e a pontuação total do IPSF ($p<0,001$). Nesses domínios, verificou-se que os adolescentes cujos os pais não vivem juntos apresentaram maiores chances de classificar o suporte familiar como baixo.

Não houve associação estatisticamente significante com o domínio autonomia ($p=0,416$). Entretanto, observou-se maior porcentagem dos respondentes, cujos pais não vivem juntos, que classificaram o suporte familiar como baixo.

A análise bivariada da relação entre o suporte familiar e com quem o adolescente vive encontra-se na tabela 26.

Com relação à avaliação da percepção do suporte familiar e das variáveis com quem o adolescente vive, verificou-se associação significativa com os domínios afetivo-consistente ($p=0,001$), adaptação familiar ($p= 0,017$) e a pontuação total do IPSF ($p<0,001$). Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes que vivem com outros membros familiares em relação a viver com ambos os pais apresentaram maiores chances para classificarem o suporte familiar baixo no domínio afetivo- consistente e na pontuação total do IPSF.

Ressalta-se que uma porcentagem maior de adolescentes que vivem com outras pessoas classificaram o suporte familiar como sendo baixo em comparação àqueles que vivem com apenas o pai e ou mãe.

Tabela 25 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte familiar (IPSF) com a variável os pais viverem juntos, Alfenas-MG, 2014.

Domínio do IPSF	***Pais viverem juntos***							
	Sim		***Não***		***Valor-p***	***OR***	***IC***	
	n= 296	***%***	***n= 243***	***%***				
Afetivo-consistente								
Baixo	146	49,3	158	65,0	**<0,001**	0,52	0,36	0,75
Alto	150	50,7	85	35,0		1,00		
Autonomia								
Baixo	229	77,4	195	80,2	0,416	0,84	0,54	1,30
Alto	67	22,7	48	19,8		1,00		
Adaptação								
Baixo	121	40,9	129	53,1	**0,005**	0,61	0,43	0,87
Alto	175	59,1	114	46,9		1,00		
Total do IPSF								
Baixo	176	59,5	188	77,4	**<0,001**	0,43	0,29	0,64
Alto	120	40,5	55	22,6		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson.
OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Tabela 26 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte familiar (IPSF) e com a variável com quem o adolescente vive, Alfenas - MG, 2014.

Domínio do IPSF	***Adolescente vive com***												
	Pais		***Mãe ou Pai***		***Outros***		***Valor- p***	***Pais X Outros***			***Pai ou mãe X Outros***		
	n=292	***%***	***n=193***	***%***	***n=54***	***%***		***OR***	***IC 95 %***		***OR***	***IC 95%***	
Afetivo-consistente													
Baixo	144	49,3	121	62,7	39	72,2	**0,001**	0,37	0,20	0,71	0,64	0,33	1,25
Alto	148	50,7	72	37,3	15	27,8		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	225	77,1	154	78,2	45	83,3	0,522	0,67	0,31	1,44	0,79	0,36	1,75
Alto	67	22,9	39	20,2	9	16,7		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	119	40,8	102	52,8	29	53,7	**0,017**	0,59	0,33	1,06	0,97	0,53	1,77
Alto	173	59,2	91	47,2	25	46,3		1,00			1,00		
Total do IPSF													
Baixo	174	59,6	145	75,1	45	83,3	**<0,001**	0,29	0,14	0,62	0,60	0,28	1,32
Alto	118	40,4	48	24,9	9	16,7		1,00			1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson.
OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Na tabela a seguir (Tabela 27), visualiza-se a análise da relação entre as variáveis estudar e defasagem escolar e os domínios do IPSF.

No que diz respeito à comparação entre as variáveis estudar ou não e a avaliação do suporte familiar entre os adolescentes, percebe-se que apenas o domínio adaptação familiar (p=0,011) apresentou associação significante. Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes que não estão estudando apresentaram mais chances para classificar o suporte familiar como baixo, nesse domínio.

De forma semelhante, observa-se um número maior de adolescentes que não estão inseridos no sistema escolar rotulando como baixos os domínios afetivo-consistente, autonomia e o total de avaliação do IPSF.

Identificou-se associação significante entre a defasagem escolar e os domínios afetivo-consistente (p<0,001), adaptação familiar (p<0,001) e o escore total do IPSF (p <0,001). Nesses domínios constatou-se que a presença de defasagem escolar apresentou maiores chances de os participantes classificarem o suporte familiar como baixo.

Tabela 27 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e as variáveis estudar e defasagem escolar, Alfenas - MG, 2014.

Variável / Domínio do IPSF	Estudar								[1]Defasagem Escolar							
	Sim		Não		Valor-p	OR	IC 95%		Sim		Não		Valor-p	OR	IC 95%	
	n = 464	%	n = 75	%					n = 215	%	n = 320	%				
Afetivo-consistente	257	55,4	47	62,7	0,238	0,74	0,43	1,25	150	69,8	153	47,8	**<0,001**	2,51	1,72	3,70
Baixo	207	44,6	28	37,3		1,00			65	30,2	167	52,2		1,00		
Alto																
Autonomia																
Baixo	363	78,2	61	81,3	0,543	0,83	0,41	1,57	171	79,5	249	77,8	0,634	1,11	0,71	1,74
Alto	101	21,8	14	18,7		1,00			44	20,5	71	22,2		1,00		
Adaptação																
Baixo	205	44,2	45	60,0	**0,011**	0,52	0,31	0,89	127	59,1	121	37,8	**<0,001**	2,37	1,64	3,43
Alto	259	55,8	30	40,0		1,00			88	40,9	199	62,2		1,00		
Total do IPSF																
Baixo	307	66,2	57	76,0	0,091	0,62	0,33	1,11	175	81,4	187	58,4	**<0,001**	3,11	2,03	4,81
Alto	157	33,8	18	24,0		1,00			40	18,6	133	41,6		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance). IC= Intervalo de Confiança. [1] Presença de Missing.

A análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis classe econômica e trabalhar estão descritos na tabela 28.

Constatou-se que classe econômica mostrou associação significante com os domínios afetivo-consistente e com a pontuação total do IPSF. Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes pertencentes ao estrato econômico C e D apresentaram mais chances de classificarem o suporte familiar como baixo na afetividade e no escore total do IPSF.

Ainda, em relação a classe econômica, verifica-se que de modo geral a maioria dos participantes classificaram como baixo o domínio autonomia, 145 (74,4%) para as classe A e B e 279 (81,1%) para as classes C e D. Em relação à adaptação, familiar pouco mais que 50% dos adolescentes, de ambas as classes econômicas, o categorizaram como sendo alto.

Independentemente de exercer ou não uma atividade remunerada, a maioria dos adolescentes classificou o suporte familiar como baixo em todas as dimensões, inclusive no total do IPSF. Vale notar que não houve associação significante entre o trabalho e a percepção do suporte familiar.

Tabela 28 - Análise bivariada da relação entre a o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e classe econômica e trabalhar, Alfenas-MG, 2014.

Variável / Domínio do IPSF	Classe econômica								Trabalhar							
	A e B		C e D		Valor- p	OR	IC		Sim		Não		Valor- p	OR	IC	
	n= 195	%	n= 344	%					n= 96	%	n= 443	%				
Afetivo-Consistente																
Baixo	97	49,7	207	60,2	**0,019**	0,66	0,45	0,95	50	52,1	254	57,3	0,347	0,81	0,51	1,29
Alto	98	50,3	137	39,8		1,00			46	47,9	189	42,7		1,00		
Autonomia																
Baixo	145	74,4	279	81,1	0,066	0,68	0,44	1,05	70	72,9	354	79,9	0,129*	0,68	0,40	1,17
Alto	50	25,6	65	18,9		1,00			26	27,1	89	20,1		1,00		
Adaptação																
Baixo	85	43,6	165	48,0	0,328	0,84	0,58	1,21	50	52,1	200	45,1	0,217	1,32	0,82	2,11
Alto	110	56,4	179	52,0		1,00			46	47,9	243	54,9		1,00		
Total do IPSF																
Baixo	117	60,0	247	71,8	**0,005**	0,59	0,40	0,87	59	61,5	305	68,9	0,161	0,72	0,45	1,18
Alto	78	40,0	97	28,2		1,00			37	38,5	138	31,1		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

A análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e a variável crença em Deus, encontram-se na tabela 29. Observou-se que a variável crença em Deus não apresentou associação significativa com nenhum domínio e nem com o total do IPSF.

Na tabela 30, encontra-se a análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e a variável filiação religiosa. Na relação entre estar ou não filiado a uma religião e percepção do suporte familiar, verificou-se que a afetividade familiar e a adaptação apresentaram significância ($p < 0,05$), sendo que, em ambos os domínios, os participantes que não eram filiados a nenhuma religião apresentaram maiores chances de pontuarem como baixo o suporte familiar.

A análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis praticar a religião e participar de grupo religioso encontra-se na tabela 31.

Praticar a religião foi uma variável que apresentou associação significativa ($p<0,05$) entre os domínios afetivo-consistente, adaptação e a pontuação total do IPSF. Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes que não praticam uma religião têm maiores chances de categorizar o suporte familiar como baixo nesses domínios e no IPSF total.

A participação ou não do adolescente em um grupo religioso não apresentou associação significante com a percepção do suporte familiar; nota-se que os participantes foram semelhantes em classificar o suporte familiar como baixo.

Tabela 29 - Análise bivariada da relação entre a Percepção do Suporte familiar (IPSF) e a variável crença em Deus, Alfenas - MG, 2014.

Domínio do IPSF	***[1]Crença em Deus***							
	Sim		***Não***		***Valor- p***	***OR***	***IC***	
	n = 525	***%***	***n = 13***	***%***				
Afetivo-consistente								
Baixo	294	56,0	9	69,2	0,407*	0,57	0,13	2,06
Alto	231	44,0	4	30,7		1,00		
Autonomia								
Baixo	415	79,0	8	61,5	0,128	2,36	0,59	8,35
Alto	110	20,1	5	38,4		1,00		
Adaptação								
Baixo	242	46,1	7	53,8	0,580	0,73	0,20	2,59
Alto	283	35,3	6	46,2		1,00		
Total do IPSF								
Baixo	355	67,6	8	61,5	0,644	1,30	0,33	4,60
Alto	170	32,4	5	38,5		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. [1]Missing.
OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança.

Tabela 30 - Análise bivariada da relação entre a Percepção do Suporte familiar (IPSF) e a variável filiação religiosa, Alfenas-MG, 2014.

Domínio do IPSF	***Filiação religiosa***							
	Não tem		***Tem***		***Valor-p***	***OR***	***IC***	
	n = 41	***%***	***n = 498***	***%***				
Afetivo-consistente								
Baixo	32	78,0	272	54,7	**0,004**	2,95	1,34	7,18
Alto	9	22,0	226	45,4		1,00		
Autonomia								
Baixo	33	80,5	391	78,5	0,767	1,13	0,49	2,91
Alto	8	19,5	107	21,5		1,00		
Adaptação								
Baixo	26	63,4	224	45,0	**0,023**	2,12	1,05	4,41
Alto	15	36,5	274	55,0		1,00		
Total do IPSF								
Baixo	33	80,5	331	66,5	0,065	2,08	0,91	5,32
Alto	8	19,5	167	33,5		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Tabela 31 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e as variáveis praticar a religião e participar de grupo religioso, Alfenas - MG, 2014.

Domínio do IPSF	*Praticar a religião*								*Participar de Grupos ligados à religião*							
	Sim		*Não*		*Valor- p*	*OR*	*IC*		*Sim*		*Não*		*Valor- p*	*OR*	*IC*	
	n= 369	*%*	*n= 170*	*%*					*n = 162*	*%*	*n = 377*	*%*				
Afetivo-consistente																
Baixo	193	52,3	111	65,3	**0,005**	0,58	0,39	0,86	89	54,9	215	57,0	0,654	0,92	0,62	1,36
Alto	176	47,7	59	34,7		1,00			73	45,1	162	43,0		1,00		
Autonomia																
Baixo	286	77,5	138	81,2	0,334	0,79	0,49	1,28	128	79,0	296	78,5	0,979	1,03	0,64	1,67
Alto	83	22,5	32	18,8		1,00			34	20,1	81	21,5		1,00		
Adaptação																
Baixo	158	42,8	92	54,1	**0,015**	0,64	0,43	0,93	75	46,3	175	46,4	0,824	1,00	0,68	1,47
Alto	211	57,2	78	45,9		1,00			87	53,7	202	53,6		1,00		
Total do IPSF																
Baixo	238	64,5	126	74,1	**0,027**	0,64	0,41	0,97	114	70,4	250	66,3	0,356	1,21	0,80	1,84
Alto	131	35,5	44	25,9		1,00			48	29,6	127	33,7		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Na tabela 32 encontram-se os resultados referentes análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e a variável rezar ou orar em situações-problema. O domínio afetivo-consistente e a adaptação familiar apresentou associação significativa com a variável rezar ou orar em situações problemáticas. Nesses domínios, observa-se que os adolescentes que não têm como hábito de rezar ou orar em situações-problema tiveram mais chances para categorizaram o suporte familiar como baixo.

Tabela 32 - Análise bivariada da relação entre o resultado dos escores total e das dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) e a variável rezar ou orar, Alfenas - MG, 2014.

Domínio do IPSF	***Rezar ou Orar em situações-problema***							
	Sim		***Não***		***Valor- p***	***OR***	***IC 95%***	
	n = 476	***%***	***n = 63***	***%***				
Afetivo-consistente								
Baixo	258	54,2	46	68,3	**0,005**	0,44	0,23	0,81
Alto	218	45,8	17	26,7		1,00		
Autonomia								
Baixo	376	79,0	48	76,2	0,610	1,17	0,59	2,24
Alto	100	21,0	15	23,8		1,00		
Adaptação								
Baixo	213	44,7	37	58,7	**0,036**	0,57	0,33	0,97
Alto	263	55,3	26	41,3		1,00		
Total do IPSF								
Baixo	317	66,6	47	74,6	0,202	0,68	0,35	1,27
Alto	159	33,4	16	25,4		1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio* (Razão de Chance) IC= Intervalo de Confiança

Nos quadros 5 a 7 estão apresentados o resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas, a saúde mental, a percepção do suporte familiar e as variáveis sociodemográficas que apresentaram resultados significantes, a fim de melhor visualizar e compreender os resultados obtidos.

Quadro 5 - Resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e as variáveis sociodemográficas, Alfenas - MG, 2015.

Variáveis sociodemográficas	***Drogas lícitas***	***Drogas ilícitas e/ou lícitas***
Sexo masculino		x
Faixa etária de 15 a 17 anos	x	x
Pais não viverem juntos	x	x
Viver com outro membro familiar/pais		x
Não estudar	x	x
Defasagem escolar	x	x
Não estar filiado à religião	x	x
Não praticar religião	x	x
Não participar de grupo religioso	x	x
Não rezar ou orar em situações-problema		x

x – Estatisticamente significante e com maiores chances para o consumo de drogas.

Quadro 6 - Resumo da análise bivariada da relação entre à saúde mental e as variáveis sociodemográficas, Alfenas - MG, 2015.

Variáveis	***SDQ Total***		***Pró-social***		***Hiperatividade***		***Conduta***		***Emocionais***		***Colegas***		***Impacto***	
	L	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***
Feminino		x							x	x				x
Pais não vivem juntos		x		x				x						x
Viver com outro membro/pais		x			x	x								x
Viver com outro membro/pai ou mãe		x			x								x	
Não estudar	x	x				x			x	x		x		x
Defasagem escolar		x				x		x				x		x
Classe C e D						x								
Não ter crença religiosa			x									x		
Não estar filiado a religião				x				x						
Não praticar religião		x		x		x		x				x	x	
Não rezar ou orar				x		x								

x –Estatisticamente significante e maiores chances para serem categorizados como limítrofe (L) e anormal (A).

Quadro 7 - Resumo da análise bivariada da relação entre a percepção do suporte familiar e as variáveis sociodemográficas, Alfenas - MG, 2015.

Variáveis sociodemográficas	***IPSF***			
	Afetivo-consistente	***Autonomia***	***Adaptação***	***IPSF Total***
12 a 14 anos		x		
Pais não vivem juntos	x		x	x
Viver com outro membro/pais	x			x
Não estudar			x	
Defasagem escolar	x		x	x
Classe C e D	x			x
Não estar filiado à religião	x		x	
Não praticar religião			x	x
Não rezar ou orar	x		x	

x - Estatisticamente significante e maiores a chances para classificarem o suporte familiar como baixo.

Os resultados referentes ao objetivo 8 identificar associação entre o consumo de drogas e as alterações na saúde mental, os problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar apresentam-se nas tabelas 33 a 36.

7.2.5. Análise bivariada da relação entre consumo de drogas e as alterações na saúde mental

Verificam-se na tabela 33 os dados da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e a saúde mental do adolescente.

Tabela 33 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e a saúde mental, Alfenas-MG, 2014.

Consumo de drogas / Domínios SDQ	Não ou ocasional		Drogas lícitas		Drogas ilícitas e/ou lícitas		Valor- p	Drogas Lícitas X Não consome ou ocasional			Drogas Ilícitas e/ou lícita X Não consome ou ocasional		
	n = 403	%	n =90	%	n =46	%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Total de dificuldade													
Normal	280	69,5	48	53,3	21	45,6		1,00			1,00		
Limítrofe	74	18,4	25	27,8	10	21,7	**< 0,001**	1,97	1,14	3,41	1,80	0,81	3,99
Anormal	49	12,1	17	18,9	15	32,6		2,02	1,08	3,80	4,08	1,97	8,46
Pró-social													
Normal	363	90,1	74	82,2	39	84,8		1,00			1,00		
Limítrofe	21	5,2	8	8,9	3	6,5	0,184	1,87	0,80	4,38	1,33	0,38	4,66
Anormal	19	4,7	8	8,9	4	8,7		2,07	0,87	4,90	1,96	0,63	6,05
Hiperatividade													
Normal	304	75,5	64	71,1	23	50,0		1,00			1,00		
Limítrofe	40	9,9	7	7,8	7	15,2	**0,003**	0,83	0,36	1,94	2,31	0,93	5,73
Anormal	59	14,6	19	21,1	16	34,8		1,53	0,85	2,74	3,58	1,79	7,19
Conduta													
Normal	304	75,4	53	58,9	22	47,8		1,00			1,00		
Limítrofe	48	11,9	13	14,4	8	17,4	**<0,001**	1,55	0,79	3,06	2,30	0,97	5,47
Anormal	51	12,7	24	26,7	16	34,8		2,70	1,53	4,75	4,33	2,13	8,81
Emocionais													
Normal	291	72,2	60	66,7	34	73,9		1,00			1,00		
Limítrofe	42	10,4	17	18,9	3	6,5	0,194*	1,96	1,05	3,68	0,61	0,18	2,08
Anormal	70	17,4	13	14,4	9	19,6		0,90	0,47	1,73	1,10	0,50	2,40
Problemas com colegas													
Normal	288	71,5	62	68,9	26	56,5		1,00			1,00		
Limítrofe	85	21,1	19	21,1	11	23,9	0,077	1,04	0,59	1,83	1,43	0,68	3,02
Anormal	30	7,4	9	8,2	9	19,6		1,40	0,63	3,08	3,32	1,43	7,74
Impacto													
Normal	307	76,2	58	64,4	22	47,8		1,00			1,00		
Limítrofe	42	10,4	17	18,8	12	26,1	**<0,001**	2,14	1,14	4,02	3,99	1,84	8,64
Anormal	54	13,4	15	16,6	12	26,1		1,47	0,78	2,78	3,10	1,45	6,63

Aplicação do teste Qui-Quadrado de Pearson * Aplicação do Teste Exato de Fisher OR= *Odds Ratio (Razão de Chance); IC= Intervalo de Confiança*

Verifica-se associação significante entre o consumo de drogas e a pontuação total de dificuldades (p<0,001); hiperatividade (p=0,003); problemas de conduta (p<0,001) e o suplemento de impacto (<0,001). Tanto na pontuação total de dificuldades, no suplemento de impacto como nos dois outros domínios, a classificação anormal para adolescentes usuários de drogas ilícitas e/ou lícitas apresentou uma porcentagem maior em relação ao não usuário e ao usuário de drogas lícitas.

Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes que consomem substâncias lícitas apresentaram maiores chances para serem categorizados como limítrofes para o escore total de dificuldades (OR=1,97); problemas emocionais (OR=1,96) e escala de impacto (OR=2,14) e anormal para a pontuação total de dificuldades (OR=2,02) e problemas de conduta (OR=2,70).

Os adolescentes que consomem drogas ilícitas e/ou lícitas apresentaram 3,99 e 3,10 vezes mais chances para serem categorizados como limítrofes e anormais, na escala de impacto, e anormal para o escore total de dificuldades (OR=4,08); hiperatividade (OR=3,58); problemas de conduta (OR=4,32) e problemas de relacionamento com os colegas (OR=3,32).

Não houve associação significativa (p>0,05) para os domínios comportamento pró-social, problemas emocionais e problemas com os colegas. Entretanto, a porcentagem de adolescentes categorizados como anormais é maior no grupo de adolescentes usuários de drogas ilícitas e ou lícitas.

7.2.6. Análise bivariada da relação entre consumo de drogas e os problemas enfrentados na vida

A relação entre o consumo de drogas e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas na vida do adolescente (comportamento; saúde; desordens psiquiátricas; competência social; sistema familiar; escola; trabalho; relação com os colegas desviantes e o lazer e a recreação) está disponível na tabela 34.

Tabela 34 - Relação entre o consumo de drogas e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas na vida do adolescente, Alfenas – MG, 2014.

Área do DUSI	***Consumo de drogas***	***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***
Comportamento	*Não/ocasional*	28,7	25,0	16,7	0,0	75,0		13,4	13,6	6,1	0,0	34,0	
	Lícitas	38,4	40,0	18,1	0,0	80,0	**< 0,001**	12,8	13,2	4,8	0,0	24,7	**0,041**
	Ilícitas e/ou lícitas	44,4	45,0	17,1	0,0	80,0		11,6	11,5	4,8	2,2	25,9	
Saúde	*Não/ocasional*	25,1	20,0	16,1	0,0	80,0		12,3	11,7	7,2	0,0	40,1	
	Lícitas	31,9	30,0	16,6	0,0	80,0	**<0,001**	10,9	11,5	4,9	0,0	23,2	**0,006**
	Ilícitas e/ou lícitas	35,9	30,0	17,7	0,0	80,0		9,7	9,1	5,9	0,0	35,7	
Desordens psiquiátricas	*Não/ocasional*	25,6	25,0	16,9	0,0	85,0		11,5	11,7	5,8	0,0	36,1	
	Lícitas	30,6	30,0	18,0	0,0	75,0	**<0,001**	9,6	10,1	4,4	0,0	20,1	**<0,001**
	Ilícitas e/ou lícitas	36,5	32,5	15,9	0,0	80,0		9,3	9,4	2,9	0,0	15,2	
Competência social	*Não/ocasional*	27,5	21,4	17,9	0,0	100,0		13,3	13,3	7,0	0,0	45,5	
	Lícitas	28,8	21,4	16,6	0,0	78,6	0,334	10,0	8,8	5,2	0,0	27,0	**<0,001**
	Ilícitas e/ou lícitas	30,1	28,6	16,1	7,1	64,3		7,9	8,1	4,0	1,6	18,6	
Sistema Familiar	*Não/ocasional*	21,7	14,3	17,8	0,0	92,9		9,6	9,2	6,8	0,0	32,0	
	Lícitas	31,6	28,6	19,8	0,0	85,7	**< 0,001**	10,0	9,3	4,9	0,0	21,3	0,247
	Ilícitas e/ou lícitas	41,6	42,9	22,1	0,0	92,9		10,5	10,7	5,0	0,0	21,7	
Escola	*Não/ocasional*	20,6	20,0	15,5	0,0	75,0		9,6	8,8	6,0	0,0	37,6	
	Lícitas	33,7	35,0	17,7	0,0	80,0	**< 0,001**	11,4	11,2	5,0	0,0	24,7	**<0,001**
	Ilícitas e/ou lícitas	47,5	45,0	17,0	10,0	85,0		12,4	12,2	3,6	6,0	26,2	
Trabalho	*Não/ocasional*	4,1	0,0	6,7	0,0	40,0		1,9	0,0	3,3	0,0	25,0	
	Lícitas	7,9	0,0	10,3	0,0	40,0	**< 0,001**	2,5	0,0	3,4	0,0	19,0	**<0,001**
	Ilícitas e/ou lícitas	17,4	10,0	16,5	0,0	70,0		4,4	3,9	3,9	0,0	15,0	
Relação com amigos	*Não/ocasional*	24,7	21,4	16,6	0,0	85,7		12,2	10,9	7,5	0,0	46,5	
	Lícitas	39,4	35,7	19,7	0,0	100,0	**< 0,001**	13,1	12,9	5,1	0,0	29,5	**<0,001**
	Ilícitas e/ou lícitas	55,9	57,1	18,2	7,1	85,7		14,5	15,0	4,1	4,3	22,6	
Lazer e recreação	*Não/ocasional*	32,1	33,3	16,9	0,0	83,3		16,0	15,1	8,1	0,0	55,7	
	Lícitas	41,1	41,7	18,9	0,0	83,3	**< 0,001**	13,8	13,5	5,1	0,0	32,7	**0,015**
	Ilícitas e/ou lícitas	52,4	58,3	19,3	8,3	83,3		13,8	13,6	5,2	2,5	27,1	

Aplicação do teste Kruskal Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín.(Mínimo). Máx. (Máximo).

Os resultados apontam uma associação significante (p<0,001) entre a densidade absoluta de problemas relacionados ao comportamento do adolescente; à saúde; a desordens psiquiátricas; aos problemas escolares; ao trabalho; à relação com os pares desviantes e às atividades de lazer e recreação e ao consumo de drogas. Ao comparar os adolescentes que não consumem ou que referem um consumo ocasional, verifica-se que a média e a mediana são inferiores às do grupo que consome drogas ilícitas.

Ao analisar a problemática do uso de drogas entre os adolescentes com a densidade relativa, observa-se que existe uma associação estatisticamente significante entre os problemas de comportamento (p=0,041), de saúde (p=0,006), de desordens psiquiátricas (p<0,001), competência social (p<0,001), escola (p<0,001), trabalho (p<0,001), relação com os pares desviantes (p<0,001) e atividades de lazer e recreação (p=0,015). Não houve diferença significante apenas entre os problemas relacionados ao sistema familiar (p=0,247).

Constata-se, ao avaliar a contribuição de cada problema em relação ao todo (densidade relativa corrigida) com consumo ou não de drogas, que os adolescentes que não referem consumir drogas ou que o consumo é ocasional apresentam médias e medianas superior para os problemas de comportamento, de saúde, desordens psiquiátricas, competência social e lazer em relação aos demais grupos.

Contudo, o grupo de adolescentes que consome drogas ilícitas e ou lícitas apresentaram médias e medianas elevada para os problemas no sistema familiar, escolares, no trabalho e no relacionamento com os amigos desviantes em relação ao grupo de usuários de drogas lícitas e os não usuários.

Na tabela 35 encontra os resultados da relação entre o consumo de drogas e a densidade global de problemas.

Tabela 35 - Relação entre consumo de drogas e a densidade Global dos problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014.

Consumo de drogas	***Densidade global***					
	Média	***Mediana***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor- p***
Não ou ocasional	21,6	20,8	10,3	3,4	57,7	
Lícitas	30,9	29,9	11,8	8,1	63,1	**< 0,001**
Ilícitas e/ou lícitas	39,6	40,3	10,9	14,8	64,4	

Aplicação do teste Kruskal Wallis. DP (Desvio Padrão). Min (Mínimo). Max (Máximo).

Destaca-se a presença de uma associação significativa entre o consumo de drogas com a densidade global de problemas (p<0,001), sendo que a média, mediana e a amplitude dos dados é maior para o grupo de adolescentes que consome drogas ilícitas e/ou lícitas. Não sendo diferente para o grupo de adolescentes que consume drogas lícitas em relação aos adolescentes que não consome.

7.2.7. Análise bivariada da relação entre consumo de drogas e a percepção do suporte familiar

Observa-se na tabela 36 os dados da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e a percepção do suporte familiar em adolescentes.

Tabela 36 - Análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e o escore total e os domínios do Inventário de Percepção do suporte familiar, Alfenas - MG, 2014.

Consumo de Drogas / *IPSF*	*Não ou ocasional*		*Drogas lícitas*		*Drogas ilícitas e/ou lícitas*		*Valor-p*	*Drogas lícitas X Não consome*			*Drogas Ilícitas e/ou lícitas X Não consome*		
	n= 403	*%*	*n=90*	*%*	*n=46*	*%*		*OR*	*IC 95%*		*OR*	*IC 95%*	
Afetivo-consistente													
Baixo	207	51,4	61	67,8	36	78,3	**<0,001**	1,99	1,23	3,23	3,41	1,65	7,05
Alto	196	48,7	29	32,2	10	21,7		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	325	80,6	60	66,7	39	84,8	**0,008**	0,48	0,29	0,79	1,34	0,58	3,10
Alto	78	19,4	30	33,3	7	15,2		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	160	39,7	52	57,8	38	82,6	**<0,001**	2,08	1,31	3,30	7,21	3,28	15,86
Alto	243	60,3	38	42,2	8	17,4		1,00			1,00		
Total do IPSF	254	63,0	70	77,8	40	87,0	**<0,001**	2,05	1,20	3,51	3,91	1,62	9,44
Baixo	149	37,0	20	22,2	6	13,0		1,00			1,00		
Alto													

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson. OR= *Odds Ratio (Razão de Chance); IC= Intervalo de Confiança.*

Das variáveis analisada (não consome drogas, consome drogas lícitas e consome drogas ilícitas e/ou lícitas) teve associação significativa com a afetividade (p<0,001), a autonomia (p=0,008), a adaptação (p<0,001) e o escore total do IPSF (p<0,001). Nota-se um contingente

maior de adolescentes usuários de drogas ilícitas e/ou lícitas que avaliaram o suporte familiar como sendo baixo em todos os domínios e no escore total do IPSF.

Pela razão de chances, observou-se que os adolescentes que consomem substâncias lícitas tiveram mais chances de considerar o suporte familiar como baixo nos domínios afetivo-consistente (OR=1,99), adaptação (OR=2,08) e a pontuação total do IPSF (OR=2,05). Contudo, os adolescentes que não consomem drogas lícitas tiveram maiores chances de classificar o domínio autonomia como baixo.

Os adolescentes que consomem drogas ilícitas e/ou lícitas apresentaram maiores chances para classificar negativamente o suporte familiar nos domínios afetividade (OR=3,41), adaptação familiar (OR=7,21) e a pontuação total do IPSF (OR=3,91).

A seguir, nos quadro 8 a 9, está apresentado o resumo das análises bivariada da relação entre o consumo de drogas com a saúde mental, a percepção do suporte familiar e os problemas enfrentados na vida que apresentaram resultados significantes, a fim de melhor visualizar e compreender os resultados obtidos.

Quadro 8 - Resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e saúde mental, Alfenas-MG,2014.

Domínios do SDQ	***Consumo de drogas***			
	Drogas Lícitas		***Drogas Ilícitas ou lícitas***	
	Limítrofe	***Anormal***	***Limítrofe***	***Anormal***
Total de dificuldade	x	x		x
Pró-social				
Hiperatividade				x
Problema de Conduta		x		x
Problemas emocionais				
Problemas Colegas				
Impacto	x		x	x

x – Estatisticamente significante e maiores chances para o consumo de drogas e alteração na saúde mental.

Quadro 9 - Resumo da relação entre o consumo de drogas e a densidade absoluta e corrigida dos problemas enfrentados na vida, Alfenas - MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Consumo de drogas***	
	Densidade Absoluta	***Densidade Relativa Corrigida***
Comportamento	**x**	**x***
Saúde	**x**	**x***
Desordens psiquiátricas	**x**	**x***
Competência social		**x***
Sistema Familiar	**x**	
Escola	**x**	**x**
Trabalho	**x**	**x**
Relação com amigos	**x**	**x**
Lazer e recreação	**x**	**x***

x - Estatisticamente significantes, com médias e medianas superiores para os adolescentes que consomem drogas;
x* - Estatisticamente significantes, com média e mediana superior para os adolescentes que não consomem drogas;

Quadro 10 - Resumo da análise bivariada da relação entre o consumo de drogas e a percepção do suporte familiar, que apresentaram associação significante, Alfenas - MG, 2014.

IPSF	***Consumo de drogas***	
	Drogas Lícitas	***Drogas Ilícitas ou lícitas***
Afetivo- consistente	**x**	**x**
Autonomia	**x***	
Adaptação	**x**	**x**
Total do IPSF	**x**	**x**

x - Associação estatisticamente significante e maiores chances para o consumo de drogas e percepção do suporte familiar baixa;
x* - Associação estatisticamente significante e maiores chances para o consumo de drogas e percepção do suporte familiar alta.

No que se refere ao objetivo 8, avaliar a associação entre os problemas de saúde mental, os problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar os resultados estão organizados na tabela 37 a 48.

7.2.8. Análise da relação entre a saúde mental e os problemas enfrentados na vida

A associação entre o escore total de dificuldade com a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas na vida do adolescente (comportamento, saúde, desordens psiquiátricas, competência social, sistema familiar, escola, trabalho, relação com os colegas desviantes e o lazer e a recreação) está apresentada na tabela 37.

Constata-se uma associação significativa ($p<0,001$) entre o escore total de dificuldade com os todos os problemas avaliados pelo DUSI, sendo que as médias e as medianas foram mais altas para os adolescentes classificados como anormais em comparação com o normal.

Outro fato que merece destaque é que o grupo considerado anormal para o escore total de dificuldades obteve maior média e mediana (53 e 50) na área de comportamento quando se avalia a densidade absoluta dos problemas. Na classificação normal e limítrofe para a pontuação total de dificuldade a área com média superior entre os problemas foi a atividade de lazer e recreação.

Entre os problemas totais de dificuldade e a DRC observa-se uma associação significativa ($p<0,05$) com os problemas comportamentais, desordens psiquiátricas, problemas de competência social, escolares, sistema familiar, no trabalho e problemas relacionados à atividade de lazer e recreação. Ao comparar à média e a mediana no grupo de adolescentes classificados como normal e anormal verifica-se que a média e a mediana tem uma tendência semelhante da densidade absoluta, onde são mais altas no grupo categorizado como anormal para os problemas comportamentais, a desordens psiquiátricas, os problemas na escola, os problemas no sistema familiar e os problemas no trabalho. Contudo, nas áreas relacionadas aos problemas de competência social e de lazer e recreação as médias e as medianas da densidade relativa são maiores no grupo considerado normal.

Tabela 37 - Relação entre o escore total de dificuldade e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Total de dificuldade***	***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***
Comportamento	*Normal*	24,8	25,0	15,2	0,0	70,0		12,8	12,8	6,5	0,0	34,1	
	Limítrofe	37,7	40,0	13,2	0,0	65,0	**<0,001**	13,3	13,0	4,3	0,0	25,7	0,028
	Anormal	53,0	50,0	13,5	20,0	80,0		14,5	13,9	4,0	8,0	32,1	
Saúde	*Normal*	22,5	20,0	14,7	0,0	60,0		12,1	11,7	7,6	0,0	40,6	
	Limítrofe	31,4	30,0	14,8	0,0	70,0	**<0,001**	11,2	10,7	5,2	0,0	25,7	0,509
	Anormal	41,7	40,0	17,4	10,0	80,0		11,4	11,4	4,6	2,4	23,9	
Desordens psiquiátricas	*Normal*	19,9	20,0	13,3	0,0	60,0		10,0	9,9	5,9	0,0	36,1	
	Limítrofe	36,7	40,0	13,3	5,0	65,0	**<0,001**	13,0	12,8	4,4	2,7	23,8	**<0,001**
	Anormal	47,3	45,0	15,5	5,0	85,0		12,7	13,0	3,5	4,2	24,6	
Competência social	*Normal*	23,5	21,4	14,7	0,0	92,9		12,9	12,6	7,5	0,0	45,5	
	Limítrofe	31,7	28,6	17,5	0,0	85,7	**<0,001**	11,1	10,8	5,2	0,0	21,6	**0,048**
	Anormal	42,0	42,9	20,3	7,1	100,0		11,2	10,9	4,4	1,7	20,9	
Sistema Familiar	*Normal*	19,5	14,3	17,4	0,0	92,9		9,3	8,6	7,2	0,0	32,0	
	Limítrofe	30,2	28,6	17,4	0,0	78,6	**<0,001**	10,1	10,0	4,8	0,0	22,8	**0,005**
	Anormal	42,0	42,9	19,4	7,1	85,7		10,9	11,3	3,9	2,2	20,5	
Escola	*Normal*	19,4	15,0	14,6	0,0	75,0		9,8	9,1	6,2	0,0	37,6	
	Limítrofe	30,8	30,0	17,5	0,0	80,0	**<0,001**	10,4	10,6	5,3	0,0	32,9	**0,030**
	Anormal	42,0	40,0	19,2	5,0	85,0		11,0	10,9	4,1	1,7	21,1	
Trabalho	*Normal*	4,3	0,0	8,2	0,0	70,0		1,9	0,0	3,4	0,0	21,0	
	Limítrofe	7,7	10,0	10,1	0,0	50,0	**<0,001**	2,5	2,2	3,4	0,0	18,5	**0,002**
	Anormal	10,2	10,0	11,5	0,0	40,0		2,7	2,4	3,6	0,0	25,3	
Relação com amigos	*Normal*	25,4	21,4	18,1	0,0	100,0		13,2	11,9	7,8	0,0	46,5	
	Limítrofe	34,3	28,6	18,3	0,0	78,6	**<0,001**	11,6	11,9	5,1	0,0	26,9	0,084
	Anormal	42,7	42,9	21,7	0,0	85,7		10,9	10,9	4,8	0,0	23,4	
Lazer e recreação	*Normal*	30,8	33,3	16,9	0,0	75,0		16,5	15,9	8,4	0,0	55,7	
	Limítrofe	41,3	41,7	17,5	8,3	83,3	**<0,001**	14,4	14,2	5,1	3,3	27,4	**<0,001**
	Anormal	46,9	50,0	19,0	0,0	83,3		12,2	12,2	3,9	0,0	21,4	

*Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx (Máximo).

Na tabela 38 encontra-se o resultado da associação entre o comportamento pró-social e a densidade absoluta e relativa corrigida nas áreas avaliadas pelo DUSI.

Observa-se a presença de uma associação estatisticamente significante entre a densidade absoluta dos problemas escolares (p=0,002) e do trabalho (p=0,035) com o comportamento pró-social. Nestes dois domínios, pode se inferir que os adolescentes com alteração no comportamento pró-social apresentam problemas escolares e nas atividades laborais, uma vez que as médias foram superiores entre aqueles que se enquadraram na classificação anormal.

Na análise da relação entre a densidade relativa corrigida e a escala de comportamento pró-social, verifica-se uma associação significativa com os problemas escolares (p=0,009), com média e mediana maiores para o grupo de adolescentes considerados desviantes ou anormais; dados semelhantes foram encontrados para essa relação na densidade absoluta. Outra área que apresentou associação significante entre a escala de comportamento pró-social e a densidade relativa corrigida foi a de desordens psiquiátricas, entretanto a média e a mediana foram altas para o grupo normal em relação à classificação limítrofe e anormal.

Os participantes classificados normais e anormais para os problemas de comportamento pró-social apresentaram maior perturbação nas áreas de lazer e de recreação, uma vez que a média foi superior em ambas às densidades nessa área. Os limítrofes para os problemas de comportamento pró-social apresentaram média superior para os problemas de relacionamento com os colegas nas densidades absoluta e relativa corrigida.

Tabela 38 - Relação entre a variável comportamento pró-social e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 201

Áreas do DUSI	***Comportamento Pró-social***	***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	**Valor-p**
Comportamento	*Normal*	31,2	30,0	17,6	0,0	80,0		13,1	13,2	5,9	0,0	34,1	
	Limítrofe	30,9	25,0	22,1	0,0	80,0	0,069	12,1	13,2	5,1	0,0	20,5	0,507
	Anormal	38,2	35,0	15,4	5,0	65,0		14,2	14,0	5,3	5,8	28,9	
Saúde	*Normal*	27,3	30,0	16,6	0,0	80,0		12,0	11,6	6,7	0,0	35,7	
	Limítrofe	24,4	20,0	16,4	0,0	50,0	0,678	11,3	10,0	9,2	0,0	40,6	0,150
	Anormal	28,4	30,0	19,3	0,0	60,0		9,9	9,8	5,9	0,0	23,2	
Desordens psiquiátricas	*Normal*	27,7	25,0	17,4	0,0	85,0		11,2	11,3	5,4	0,0	29,9	
	Limítrofe	22,2	20,0	14,7	0,0	55,0	0,260	8,7	9,1	5,0	0,0	20,4	**0,003**
	Anormal	28,0	25,0	17,7	5,0	65,0		9,4	8,6	6,4	2,8	36,1	
Competência social	*Normal*	27,9	28,6	17,4	0,0	100,0		12,4	11,9	6,8	0,0	45,5	
	Limítrofe	24,3	21,4	14,9	7,1	64,3	0,287	11,9	11,0	7,6	2,5	41,1	0,552
	Anormal	32,5	28,6	21,5	0,0	85,7		11,1	11,3	5,2	0,0	20,6	
Sistema Familiar	*Normal*	24,5	21,4	19,2	0,0	92,9		9,6	9,3	6,3	0,0	32,0	
	Limítrofe	26,4	25,0	22,4	0,0	71,4	0,079	9,7	9,3	7,0	0,0	24,9	0,531
	Anormal	32,3	28,6	20,1	0,0	78,6		11,0	10,1	6,3	0,0	29,3	
Escola	*Normal*	24,3	20,0	18,0	0,0	85,0		9,8	9,6	5,6	0,0	37,6	
	Limítrofe	28,3	27,5	17,5	0,0	75,0	**0,002**	12,2	10,8	6,8	0,0	32,9	**0,009**
	Anormal	34,5	30,0	17,1	0,0	70,0		12,5	12,1	6,0	0,0	33,5	
Trabalho	*Normal*	5,4	0,0	8,7	0,0	70,0		2,0	0,0	3,4	0,0	25,3	
	Limítrofe	8,8	10,0	11,0	0,0	40,0	**0,035**	3,3	2,7	4,2	0,0	16,2	0,071
	Anormal	11,0	0,0	14,9	0,0	40,0		2,9	0,0	3,6	0,0	10,2	
Relação com amigos	*Normal*	29,5	28,6	19,4	0,0	100,0		12,6	11,8	6,9	0,0	46,5	
	Limítrofe	33,3	25,0	25,0	0,0	85,7	0,779	13,9	12,3	8,4	0,0	40,0	0,252
	Anormal	31,1	28,6	19,8	0,0	78,6		10,5	9,4	5,3	0,0	21,5	
Lazer e recreação	*Normal*	35,0	33,3	18,3	0,0	83,3		15,6	14,8	7,6	0,0	55,7	
	Limítrofe	32,3	33,3	18,7	0,0	83,3	0,055	13,6	12,9	7,3	0,0	30,6	0,335
	Anormal	42,7	41,7	19,0	0,0	83,3		15,4	14,8	6,4	0,0	28,9	

*Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

A relação entre a escala de hiperatividade e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas do adolescente encontra-se na tabela 39.

A escala de hiperatividade apresentou associação significante ($p<0,05$) em todas as áreas da densidade absoluta do DUSI, sendo que as médias e as medianas são mais altas na classificação anormal.

Na relação entre a densidade relativa corrigida de problemas e a escala de hiperatividade, existe associação significativa no domínio problemas de comportamento ($p=0,021$); desordens psiquiátricas ($p<0,001$); problemas no sistema familiar ($p=0,045$), na competência social ($p=0,004$), na escola ($p=0,002$), no trabalho ($p=0,017$) e nas atividades de lazer e de recreação ($p=0,002$). Por outro lado, as médias e as mediana são maiores, entre os indivíduos que se enquadram na classificação anormal para a hiperatividade, apenas em relação aos domínios problema escolar e no trabalho.

Nas áreas de comportamento, de desordens psiquiátricas e de sistema familiar as médias e as medianas da densidade relativa corrigida são elevadas no grupo limítrofe. Nas áreas de competência social e de problemas de lazer e de recreação, há uma inversão, uma vez que as médias e as medianas elevada apresentam-se no grupo de adolescentes classificados como normais.

Os adolescentes que foram classificados como normais e limítrofes para a hiperatividade apresentaram maior comprometimento nas áreas de lazer e de recreação, nas duas densidades. Para os participantes considerados como anormais para a hiperatividade, o principal problema foi o comportamento, apontado tanto pela densidade absoluta quanto pela densidade relativa corrigida.

Tabela 39 - Relação entre a variável hiperatividade e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI		***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
	Hiperatividade	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***
Comportamento	*Normal*	26,7	25,0	15,8	0,0	70,0		12,8	12,8	6,2	0,0	34,1	
	Limítrofe	38,6	40,0	16,9	5,0	75,0	**<0,001**	14,3	14,5	5,1	2,5	28,0	**0,021**
	Anormal	48,0	47,5	15,1	20,0	80,0		14,1	14,0	4,0	6,9	32,1	
	Normal	24,1	20,0	15,5	0,0	70,0		12,0	11,4	7,4	0,0	40,6	
Saúde	*Limítrofe*	30,2	30,0	16,4	0,0	60,0	**<0,001**	11,0	11,8	5,1	0,0	21,0	0,588
	Anormal	38,4	40,0	16,9	10,0	80,0		11,3	11,3	4,6	2,4	23,9	
Desordens psiquiátricas	*Normal*	22,8	20,0	15,3	0,0	65,0		10,5	10,5	5,8	0,0	36,1	
	Limítrofe	34,3	35,0	14,6	5,0	65,0	**<0,001**	12,7	12,4	4,7	4,2	23,6	**<0,001**
	Anormal	42,5	42,5	16,8	5,0	85,0		12,1	12,3	3,7	2,7	24,6	
Competência social	*Normal*	25,7	21,4	16,6	0,0	92,9		12,9	12,6	7,3	0,0	45,5	
	Limítrofe	28,3	28,6	14,4	0,0	64,3	**<0,001**	10,6	10,7	5,0	0,0	23,6	**0,004**
	Anormal	36,9	35,7	20,3	7,1	100,0		10,6	10,7	4,9	2,0	21,5	
Sistema Familiar	*Normal*	21,4	14,3	17,9	0,0	92,9		9,5	8,8	6,8	0,0	32,0	**0,045**
	Limítrofe	30,8	28,6	19,7	0,0	92,9	**<0,001**	10,6	10,7	5,0	0,0	20,9	
	Anormal	36,9	35,7	20,5	0,0	85,7		10,1	10,4	4,8	0,0	20,5	
Escola	*Normal*	20,7	20,0	15,9	0,0	75,0		9,7	9,1	6,1	0,0	37,4	
	Limítrofe	30,5	30,0	16,7	0,0	70,0	**<0,001**	11,1	10,6	5,4	3,3	37,6	**0,002**
	Anormal	40,2	35,0	18,7	0,0	85,0		11,3	11,0	3,8	3,5	20,6	
Trabalho	*Normal*	4,8	0,0	8,1	0,0	40,0		2,0	0,0	3,5	0,0	25,3	
	Limítrofe	5,7	0,0	8,1	0,0	40,0	**<0,001**	2,1	0,0	2,8	0,0	11,3	**0,017**
	Anormal	10,4	10,0	13,3	0,0	70,0		2,8	2,4	3,4	0,0	16,2	
Relação com amigos	*Normal*	26,8	21,4	18,5	0,0	100,0		13,0	11,9	7,6	0,0	46,5	
	Limítrofe	31,3	28,6	18,8	0,0	71,4	**<0,001**	11,2	10,7	5,1	0,0	27,1	0,225
	Anormal	41,3	42,9	21,5	0,0	85,7		11,5	11,4	4,8	0,0	23,4	
Lazer e recreação	*Normal*	32,2	33,3	18,0	0,0	83,3		16,1	15,4	8,2	0,0	55,7	
	Limítrofe	38,7	41,7	15,3	8,3	75,0	**<0,001**	14,9	13,9	6,3	3,9	39,3	**0,002**
	Anormal	46,5	50,0	17,5	8,3	83,3		13,3	13,3	4,0	4,3	25,8	

Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

Na tabela 40, encontram-se as associações entre a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas do adolescente com o domínio de problemas de conduta.

Os problemas de conduta apresentaram associação estatisticamente significante entre todas as áreas da densidade absoluta do DUSI ($p<0,05$), sendo que a média e a mediana foram maiores na classificação anormal em todas as áreas do DUSI em relação à categorização normal.

Com relação à densidade relativa corrigida entre os problemas de comportamento; de saúde; de competência social; do sistema familiar; do trabalho e de atividades lazer e de recreação observou uma associação com os problemas de conduta. As médias e a medianas foram superiores para os adolescentes classificados como anormais entre a escala de conduta e os problemas de comportamento, o sistema familiar e o trabalho. Entretanto, a média e a mediana foram menores para a classificação anormal e limítrofe entre os problemas de conduta e os problemas de saúde, a competência social e as atividades de lazer e de recreação.

Os problemas relacionados às atividades de lazer e de recreação apresentaram médias e medianas superiores entre todas as áreas investigadas para ambas as densidades em adolescentes sem problemas de conduta. Entretanto, os adolescentes classificados como limítrofes e anormais para os problemas de conduta apresentaram maior comprometimento em ambas as densidades para as alterações comportamentais.

Tabela 40 - Relação entre a variável problema de conduta e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Conduta***	***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***
Comportamento	*Normal*	25,8	25,0	15,1	0,0	70,0		12,3	12,5	5,9	0,0	31,2	
	Limítrofe	38,3	40,0	15,1	5,0	70,0	**<0,001**	14,3	13,9	5,5	3,7	34,1	**<0,001**
	Anormal	50,9	50,0	14,8	10,0	80,0		15,8	15,1	4,7	7,9	33,3	
Saúde	*Normal*	24,8	20,0	15,9	0,0	80,0		12,2	12,0	7,3	0,0	40,1	
	Limítrofe	28,8	30,0	16,3	0,0	70,0	**<0,001**	10,4	10,3	5,3	0,0	25,7	**0,039**
	Anormal	35,9	30,0	17,3	0,0	80,0		11,2	10,5	4,2	0,0	35,7	
Desordens psiquiátricas	*Normal*	23,8	20,0	16,4	0,0	75,0		10,8	10,9	5,8	0,0	29,9	
	Limítrofe	32,0	30,0	13,1	5,0	60,0	**<0,001**	12,0	11,2	5,3	4,9	38,1	0,406
	Anormal	38,8	40,0	18,2	0,0	85,0		11,2	11,8	4,2	0,0	24,6	
Competência social	*Normal*	25,9	21,4	16,2	0,0	85,7		12,9	12,6	7,1	0,0	45,5	
	Limítrofe	32,8	28,6	18,7	7,1	92,9	**0,001**	12,2	11,2	6,0	4,9	36,1	**<0,001**
	Anormal	32,5	28,6	20,5	0,0	100,0		9,5	9,0	5,0	0,0	19,3	
Sistema Familiar	*Normal*	20,4	14,3	17,2	0,0	92,9		9,1	8,7	6,8	0,0	32,0	
	Limítrofe	30,4	28,6	17,7	0,0	64,3	**<0,001**	10,4	9,9	4,9	0,0	24,9	**<0,001**
	Anormal	40,2	35,7	21,2	0,0	85,7		11,5	11,5	4,9	0,0	25,0	
Escola	*Normal*	21,0	20,0	15,5	0,0	80,0		9,8	9,2	6,0	0,0	37,4	
	Limítrofe	31,1	30,0	19,7	0,0	80,0	**<0,001**	10,6	9,9	6,1	0,0	37,6	0,064
	Anormal	37,5	35,0	19,5	5,0	85,0		10,8	11,0	4,1	1,7	19,7	
Trabalho	*Normal*	4,4	0,0	8,1	0,0	70,0		1,9	0,0	3,4	0,0	21,0	
	Limítrofe	8,8	0,0	11,1	0,0	40,0	**<0,001**	2,6	0,0	3,1	0,0	11,3	**<0,001**
	Anormal	9,9	10,0	11,4	0,0	40,0		3,0	2,5	3,7	0,0	25,3	
Relação com amigos	*Normal*	26,3	21,4	17,5	0,0	100,0		13,0	11,8	7,4	0,0	46,5	
	Limítrofe	35,8	28,6	21,9	0,0	78,6	**<0,001**	12,3	12,1	6,3	0,0	27,7	0,318
	Anormal	39,9	42,9	22,5	0,0	85,7		11,1	11,3	5,5	0,0	27,1	
Lazer e recreação	*Normal*	32,9	33,3	17,4	0,0	75,0		16,5	15,8	8,0	0,0	55,7	
	Limítrofe	37,2	33,3	19,9	0,0	75,0	**<0,001**	12,9	12,9	5,6	0,0	26,9	**<0,001**
	Anormal	43,9	41,7	19,2	0,0	83,3		13,1	12,5	4,9	0,0	32,7	

Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

Na tabela 41, encontra-se a relação entre a área de problemas emocionais e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente.

Na análise da relação entre os problemas emocionais e a densidade absoluta do DUSI, detectou-se uma associação estatisticamente significante entre as áreas relacionadas ao comportamento do adolescente; à saúde, à competência social, a desordens psiquiátricas, ao sistema familiar, relação com amigos e atividades de lazer e recreação, com médias e medianas elevadas na classificação anormal ou desviante em relação ao normal. Não se observou associação significante apenas entre os problemas emocionais e o trabalho, com média mais alta na categoria limítrofe.

Os problemas emocionais apresentaram associação significativa com a densidade relativa corrigida apenas nas desordens psiquiátricas ($p<0,001$), na relação com os pares desviantes ($p=0,012$) e nas atividades de lazer e de recreação ($p=0,001$). Encontrou-se que a média e a mediana são maiores para a densidade relativa corrigida entre as desordens psiquiátricas e a classificação anormal para os problemas emocionais. Para os problemas de relacionamento com os pares desviantes e as atividades de lazer, a média e a mediana são mais altas para os adolescentes normais em relação aos problemas emocionais.

Os problemas de lazer foram a alteração com médias e medianas mais altas na densidade absoluta e relativa corrigida entre os problemas enfrentados pelos adolescentes do estudo categorizados como normais e limítrofes na escala de problemas emocionais. Para os adolescentes classificados como desviantes para os problemas emocionais, apresentaram-se médias e medianas superiores para a desordens psiquiátricas nas densidades absoluta e relativa.

Tabela 41 - Relação entre a variável problemas emocionais e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Problemas Emocionais***	***Densidade absoluta***						***Densidade relativa corrigida***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***
Comportamento	*Normal*	27,6	25,0	16,9	0,0	70,0		12,8	13,0	6,2	0,0	34,1	
	Limítrofe	38,1	37,5	16,7	0,0	80,0	**<0,001**	14,0	13,9	4,5	3,7	24,4	0,101
	Anormal	43,9	45,0	15,7	10,0	80,0		14,0	13,3	4,4	6,5	32,1	
Saúde	*Normal*	24,0	20,0	15,2	0,0	80,0		11,9	11,5	7,4	0,0	40,6	
	Limítrofe	31,0	30,0	16,9	0,0	70,0	**<0,001**	11,0	11,6	5,3	0,0	25,2	0,810
	Anormal	37,8	40,0	17,8	0,0	80,0		11,9	11,4	5,1	0,0	23,9	
Desordens psiquiátricas	*Normal*	22,0	20,0	14,8	0,0	75,0		9,9	10,0	5,5	0,0	36,1	
	Limítrofe	35,7	35,0	15,4	5,0	80,0	**<0,001**	13,4	13,5	5,0	2,7	27,2	**<0,001**
	Anormal	44,4	45,0	15,2	5,0	85,0		14,1	14,2	3,8	4,2	23,6	
Competência social	*Normal*	24,5	21,4	15,7	0,0	92,9		12,3	11,8	7,4	0,0	45,5	
	Limítrofe	29,8	28,6	17,5	0,0	85,7	**<0,001**	11,1	10,6	5,2	0,0	21,5	0,142
	Anormal	40,7	35,7	19,0	7,1	100,0		12,9	13,1	4,8	3,0	23,5	
Sistema Familiar	*Normal*	22,5	21,4	18,6	0,0	92,9		9,7	9,3	6,9	0,0	32,0	
	Limítrofe	28,1	21,4	20,7	0,0	85,7	**<0,001**	9,2	9,2	5,2	0,0	20,8	0,639
	Anormal	33,4	28,6	19,9	0,0	92,9		10,0	9,8	4,6	0,0	21,2	
Escola	*Normal*	22,7	20,0	17,3	0,0	80,0		10,1	9,8	6,2	0,0	37,6	
	Limítrofe	29,8	28,0	19,0	0,0	85,0	**<0,001**	10,4	10,6	4,5	0,0	24,4	0,450
	Anormal	31,9	30,0	18,2	0,0	80,0		9,6	9,5	4,5	0,0	23,4	
Trabalho	*Normal*	5,4	0,0	9,3	0,0	70,0		2,2	0,0	3,5	0,0	21,0	
	Limítrofe	7,4	0,0	10,2	0,0	40,0	0,105	2,4	0,0	3,2	0,0	16,2	0,550
	Anormal	6,7	0,0	9,2	0,0	40,0		2,1	0,0	3,4	0,0	25,0	
Relação com amigos	*Normal*	27,8	21,4	19,3	0,0	100,0		13,0	12,3	7,2	0,0	46,5	
	Limítrofe	33,6	28,6	20,2	0,0	85,7	**0,001**	12,2	10,7	6,6	0,0	29,5	**0,012**
	Anormal	35,4	35,7	20,5	0,0	85,7		10,8	10,4	5,7	0,0	37,2	
Lazer e recreação	*Normal*	33,2	33,3	18,1	0,0	83,3		16,2	15,4	8,1	0,0	55,7	
	Limítrofe	39,0	41,7	17,7	0,0	83,3	**<0,001**	14,4	14,5	5,6	0,0	26,0	**0,001**
	Anormal	41,9	41,7	18,7	0,0	83,3		12,9	13,2	4,8	0,0	26,0	

Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

A relação entre a variável problemas de relacionamento com os colegas e a relação entre a densidade absoluta e relativa de problemas estão descritos na tabela 42.

Constatou-se que existe uma correlação estatisticamente significante ($p<0,05$) entre os problemas de relacionamento com os colegas e a densidade absoluta nas áreas de comportamento; saúde; desordens psiquiátricas; competência social; sistema familiar; escola; trabalho; relação com amigos desviantes e lazer, com médias e medianas mais elevadas para a classificação anormal.

Os adolescentes categorizados como normais, limítrofes e anormais para os problemas de relacionamento com os colegas apresentaram maior comprometimento na densidade absoluta para as atividades de lazer e de recreação, o que não difere em relação à densidade relativa corrigida.

Não houve associação significativa entre os problemas de relacionamento com os colegas e a densidade relativa corrigida com os problemas enfrentados pelos adolescentes. Os problemas investigados se distribuíram de maneira convergente entre os adolescentes classificados normais, limítrofes e anormais no domínio de relacionamento com os colegas.

Tabela 42 - Relação entre a variável problemas com os colegas e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Problemas com os colegas***	***Densidade absoluta***						***Densidade relativa***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***
Comportamento	*Normal*	29,6	25,0	17,6	0,0	80,0		13,3	13,5	6,1	0,0	34,1	
	Limítrofe	34,5	35,0	16,5	0,0	75,0	**<0,001**	13,0	12,7	5,1	0,0	28,6	0,328
	Anormal	40,8	40,0	18,9	5,0	75,0		12,2	11,8	4,3	2,7	25,7	
Saúde	*Normal*	25,9	20,0	16,6	0,0	80,0		12,1	11,8	7,1	0,0	37,3	
	Limítrofe	28,3	30,0	15,7	0,0	70,0	**0,003**	11,1	10,5	6,1	0,0	40,6	0,196
	Anormal	34,8	30,0	17,7	0,0	70,0		11,0	10,2	5,6	0,0	25,7	
Desordens psiquiátricas	*Normal*	24,7	25,0	16,5	0,0	75,0		10,7	10,9	5,7	0,0	36,1	
	Limítrofe	31,0	30,0	15,5	0,0	70,0	**<0,001**	11,7	11,3	5,0	0,0	27,2	0,172
	Anormal	39,6	40,0	21,1	0,0	85,0		11,7	12,3	4,5	0,0	23,8	
Competência social	*Normal*	25,1	21,4	15,7	0,0	92,9		12,3	11,7	7,2	0,0	45,5	
	Limítrofe	31,9	28,6	18,9	0,0	78,6	**<0,001**	12,2	12,7	6,0	0,0	33,2	0,883
	Anormal	40,5	42,9	20,7	7,1	100,0		12,3	11,8	4,5	1,7	21,6	
Sistema Familiar	*Normal*	23,0	21,4	19,7	0,0	92,9		9,6	9,3	6,9	0,0	32,0	
	Limítrofe	27,9	28,6	17,3	0,0	78,6	**<0,001**	10,1	9,8	6,9	0,0	32,0	0,595
	Anormal	33,8	35,0	20,0	0,0	85,7		9,8	9,7	4,1	0,0	19,9	
Escola	*Normal*	22,5	20,0	16,7	0,0	80,0		9,9	9,6	5,9	0,0	37,6	
	Limítrofe	27,4	25,0	17,0	0,0	75,0	**<0,001**	9,9	10,0	5,1	0,0	23,4	0,216
	Anormal	39,4	35,0	23,1	0,0	85,0		11,6	11,2	6,3	0,0	32,9	
Trabalho	*Normal*	5,2	0,0	8,9	0,0	50,0		2,1	0,0	3,4	0,0	21,0	
	Limítrofe	6,4	0,0	9,7	0,0	70,0	**0,004**	2,4	0,0	3,8	0,0	25,3	0,123
	Anormal	9,8	10,0	11,4	0,0	40,0		2,5	2,4	2,9	0,0	11,3	
Relação com amigos	*Normal*	27,0	21,4	18,7	0,0	100,0		12,5	11,5	7,0	0,0	46,2	
	Limítrofe	34,2	28,6	20,5	0,0	85,7	**<0,001**	12,9	12,1	7,4	0,0	46,5	0,701
	Anormal	41,1	42,9	20,8	7,1	78,6		12,6	12,6	5,4	1,4	30,3	
Lazer e recreação	*Normal*	32,9	33,3	17,9	0,0	83,3		15,8	15,1	7,9	0,0	55,7	
	Limítrofe	39,1	41,7	17,5	0,0	75,0	**<0,001**	15,0	14,8	6,6	0,0	37,1	0,160
	Anormal	45,0	41,7	20,7	8,3	83,3		14,0	12,8	5,8	3,9	27,8	

Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

A escala de impacto e a relação entre as densidades absoluta e relativa corrigida dos problemas enfrentados na vida estão apresentadas na tabela 43.

Os resultados da escala de impacto em relação à densidade absoluta dos problemas enfrentados pelo adolescente apresentou associação significativa com todas as nove áreas ($p<0,001$). Nota-se que nas áreas de problemas de comportamento; de saúde; de desordens psiquiátricas; de competência social; de sistema familiar; problemas escolares e de trabalho a média foi progressiva, ou seja, a média foi aumentando do normal para o limítrofe e do limítrofe para o anormal.

A densidade relativa corrigida apresentou associação significativa entre a desordens psiquiátricas ($p=0,002$), os problemas no sistema familiar ($p=0,022$), escolares ($p=0,037$), no trabalho ($p=0,010$) e nas atividades de lazer e de recreação ($p<0,001$). No que diz respeito às desordens psiquiátricas, os problemas no sistema familiar, escolares e no trabalho, as médias e medianas são superiores nos adolescentes que foram categorizados como anormais. Nos problemas de lazer e de recreação a média (16,5) e a mediana (15,5) são maiores para os adolescentes categorizados como normais na escala de impacto.

Ao avaliar a escala de impacto, verifica-se que, para os adolescentes que referem não apresentar nenhuma alteração. O principal problema enfrentado pelos adolescentes em ambas as densidades foram as atividades de lazer e de recreação. Nos adolescentes classificados como limítrofes e anormais, o principal problema foi a alteração de comportamento.

A seguir, encontra-se o quadro (Quadro 11) referente ao resumo da análise bivariada da relação entre a saúde mental e os problemas enfrentados na vida, que apresentaram resultados significantes, a fim de melhor visualizar e compreender os resultados obtidos.

Tabela 43 - Relação entre a escala de impacto e a densidade absoluta e relativa corrigida áreas de problemas na vida do adolescente, Alfenas - MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Escala de Impacto***	***Densidade absoluta***						***Densidade relativa Corrigida***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor-p***	***Média***	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	**Valor-p**
Comportamento	*Normal*	26,7	25,0	16,1	0,0	70,0		12,8	12,8	6,4	0,0	34,1	
	Limítrofe	43,2	45,0	15,7	15,0	80,0	**<0,001**	14,0	13,9	6,8	0,0	25,9	0,109
	Anormal	44,9	45,0	16,3	15,0	80,0		13,8	13,6	4,1	6,1	28,3	
	Normal	24,2	20,0	15,0	0,0	70,0		12,2	11,8	6,4	0,0	34,1	
Saúde	*Limítrofe*	33,8	30,0	17,3	0,0	80,0	**<0,001**	11,1	10,5	5,5	0,0	23,2	0,121
	Anormal	35,7	30,0	19,5	0,0	80,0		10,6	9,9	5,4	0,0	23,5	
Desordens	*Normal*	22,6	20,0	15,0	0,0	75,0		10,5	10,7	5,7	0,0	36,1	
psiquiátricas	*Limítrofe*	37,3	40,0	14,6	5,0	70,0	**<0,001**	12,1	12,2	4,3	2,2	22,0	**0,002**
	Anormal	41,4	45,0	18,5	5,0	85,0		12,4	12,5	4,7	3,7	27,2	
Competência social	*Normal*	23,8	21,4	14,4	0,0	78,6		12,4	11,9	7,2	0,0	45,5	
	Limítrofe	35,7	35,7	19,4	0,0	93,0	**<0,001**	11,8	11,5	6,2	0,0	23,5	0,863
	Anormal	40,5	35,7	21,1	7,1	100,0		12,3	11,6	4,8	3,2	24,5	
Sistema Familiar	*Normal*	20,9	14,3	17,5	0,0	93,0		9,4	8,9	6,9	0,0	32,0	
	Limítrofe	33,5	28,6	19,0	0,0	93,0	**<0,001**	10,3	10,3	4,5	0,0	21,3	**0,022**
	Anormal	37,3	35,7	21,5	0,0	85,7		10,8	10,9	5,2	0,0	25,0	
Escola	*Normal*	21,2	20,0	16,3	0,0	80,0		9,9	9,2	6,3	0,0	37,6	
	Limítrofe	31,6	30,0	15,2	0,0	75,0	**<0,001**	10,1	9,7	4,0	0,0	23,4	**0,037**
	Anormal	38,2	35,0	20,5	0,0	85,0		10,9	11,6	4,0	0,0	21,2	
Trabalho	*Normal*	4,8	0,0	8,6	0,0	70,0		2,0	0,0	3,5	0,0	21,0	**0,010**
	Limítrofe	7,6	10,0	10,2	0,0	50,0	**<0,001**	2,3	2,3	2,7	0,0	11,0	
	Anormal	9,5	10,0	11,2	0,0	40,0		2,8	2,4	3,7	0,0	25,0	
Relação com amigos	*Normal*	26,4	21,4	17,9	0,0	85,7		13,0	11,9	7,5	0,0	46,5	
	Limítrofe	38,9	35,7	22,4	7,1	100,0	**<0,001**	11,9	11,9	4,9	2,3	29,0	0,176
	Anormal	38,1	35,7	21,1	0,0	78,6		11,0	11,0	5,7	0,0	36,8	
Lazer e recreação	*Normal*	32,4	33,3	17,1	0,0	75,0		16,5	15,5	8,1	0,0	55,7	
	Limítrofe	43,1	41,7	18,3	0,0	83,3	**<0,001**	13,7	13,5	4,7	0,0	23,7	**<0,001**
	Anormal	42,4	41,7	21,1	0,0	83,3		12,3	12,1	5,1	0,0	27,1	

Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

Quadro 11 – Resumo da análise bivariada da relação entre o perfil emocional e comportamental dos adolescentes segundo a classificação do SDQ e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas enfrentados pelo adolescente, Alfenas, MG, 2014.

SDQ / DUSI	Densidade Absoluta							Densidade Relativa Corrigida						
	SDQ Total	Pró-social	Hiperatividade	Conduta	Emocionais	Colegas	Impacto	SDQ Total	Pró-social	Hiperatividade	Conduta	Emocionais	Colegas	Impacto
Comportamento	x		x	x	x	x	x	x		x**	x			
Saúde	x		x	x	x	x	x				x*			
Desordens psiquiátricas	x		x	x	x	x	x	x	x*	x**		x		x
Competência social	x		x	x	x	x	x	x*		x*	x*			
Sistema Familiar	x		x	x	x	x	x	x		x**	x			x
Escola	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x
Trabalho	x	x	x	x		x	x	x		x	x			x
Relação com amigos	x		x	x	x	x	x					x*		
Lazer e recreação	x		x	x	x	x	x	x*		x*	x*	x*		x*

x* - Estatisticamente significante; médias superiores na classificação normal;
x**- Estatisticamente significante; nédias superiores na classificação limítrofe;
x - Estatisticamente significante; médias superiores na classificação anormal.

A tabela 44 apresenta a análise da relação entre os escores totais e os domínios do SDQ com densidade global dos problemas investigados.

Tabela 44 - Relação entre o perfil emocional e comportamental dos adolescentes, segundo a classificação do SDQ e a densidade global dos problemas, Alfenas - MG, 2014.

Domínios do SDQ	***Densidade Global***					
	Média	***Mediana***	***DP***	***Mín.***	***Máx.***	***Valor- p***
Total de dificuldade						
Normal	19,7	18,8	9,3	3,4	53,7	
Limítrofe	29,9	29,5	9,1	10,7	54,1	**<0,001**
Anormal	39,4	39,6	10,9	11,4	64,4	
Comportamento pró- social						
Normal	24,4	23,5	11,8	3,4	64,4	0,102
Limítrofe	24,5	24,5	12,9	3,4	60,4	
Anormal	29,7	28,9	13,0	8,0	57,7	
Hiperatividade						
Normal	21,3	20,8	10,4	3,4	57,7	**<0,001**
Limítrofe	28,4	27,2	9,4	8,0	50,3	
Anormal	36,7	35,6	11,5	14,1	64,4	
Problemas de conduta						
Normal	21,3	20,8	10,1	3,4	53,0	**< 0,001**
Limítrofe	29,3	28,9	11,3	8,1	55,0	
Anormal	35,3	35,6	12,5	10,7	64,4	
Problemas emocionais						
Normal	22,0	20,8	11,0	3,4	57,7	
Limítrofe	28,8	26,9	12,0	7,4	64,4	**< 0,001**
Anormal	33,5	31,9	11,0	11,4	63,1	
Problemas com colegas						
Normal	22,7	22,2	11,5	3,4	60,4	**<0,001**
Limítrofe	27,4	27,5	10,1	4,7	47,0	
Anormal	34,5	32,2	14,0	12,1	64,4	
Impacto						
Normal	21,1	20,1	9,9	3,4	55,0	
Limítrofe	32,5	32,2	10,5	10,7	60,4	**<0,001**
Anormal	35,1	34,9	13,7	10,7	64,4	

Aplicação do Teste Kruskal-Wallis. DP (Desvio Padrão). Mín. (Mínimo). Máx. (Máximo).

Pôde-se observar associação significante (p<0,001) entre a DG de problemas e o escore total de dificuldade; a hiperatividade; os problemas de conduta; emocionais; problemas com os colegas e escala de impacto. Verifica-se que, para todos esses domínios, a média e a mediana seguiram uma tendência crescente para aumento entre a classificação normal, limítrofe e anormal, sendo que, na classificação anormal, a média e mediana foram superiores.

7.2.9. Análise bivariada entre à saúde mental e a percepção do suporte familiar

Na tabela 45 a 48, serão apresentados os dados referentes à investigação sobre a saúde mental e a percepção do suporte familiar.

A seguir, observa-se a análise bivariada entre o total de dificuldade e o comportamento pró-social com a percepção do suporte familiar (IPSF).

No tocante à relação entre o escore total de dificuldade e o suporte familiar, encontrou-se uma associação significativa com todos os domínios do IPSF, inclusive com a pontuação total. Detectou-se que existe uma relação inversa entre o escore total de dificuldade e a percepção do suporte familiar, ou seja, com progressão entre o normal para o limítrofe, e entre o limítrofe para anormal, maior é a taxa de adolescentes classificando o suporte como baixo.

Pela razão de chances, identificou-se que os adolescentes classificados como limítrofes para o escore total de dificuldade apresentaram maiores chances para classificar o suporte familiar como baixo, nos domínios afetividade (OR= 3,04); adaptação familiar (OR=2,68); autonomia (OR=2,18) e a pontuação total do IPSF (OR=2,81). O adolescente que foi classificado como anormal para o escore total de dificuldade apresentou maiores chances para classificar o suporte negativamente nos domínios afetivo (OR=2,78); adaptação (OR=7,66); autonomia (OR=2,47) e o IFSF total (OR=6,49).

Na sequência, observa-se que o comportamento pró-social apresentou associação com a afetividade e o escore total do IPSF ($p<0,001$). Pela razão de chances, constatou-se que o adolescente classificado como anormal para o comportamento pró-social tem 26,4 vezes mais chances de classificar o suporte familiar como baixo no domínio afetivo-consistente e 7,84 vezes mais chances para apresentar pontuação total do IPSF indicativa de avaliação negativa.

Não foi verificada diferença entre o comportamento pró-social e a adaptação familiar e a autonomia. No domínio autonomia, observa-se que maior taxa de adolescentes categorizados como anormais para o comportamento pró-social classificaram o suporte familiar negativamente.

Tabela 45 - Análise bivariada da relação entre o escore total de dificuldade, comportamento pró-social e o suporte familiar, Alfenas-MG, 2014.

SDQ / ***IPSF***	***Totais de dificuldades***												
	Normal		***Limítrofe***		***Anormal***		***Valor-p***	***Limítrofe x Normal***			***Anormal X Normal***		
	n=349	***%***	***n=109***	***%***	***n=81***	***%***		***OR***	***IC 95%***		***OR***	***IC 95%***	
Afetivo-consistente	166	47,6	80	73,4	58	71,6	**<0,001**	3,04	1,89	4,89	2,78	1,64	4,71
Baixo	183	52,4	29	26,6	23	28,4		1,00			1,00		
Alto													
Adaptação													
Baixo	121	34,7	64	58,7	65	80,2	**<0,001**	2,68	1,73	4,16	7,66	4,24	13,80
Alto	228	65,3	45	41,3	16	19,8		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	259	74,2	94	86,2	71	87,7	**0,003**	2,18	1,20	3,95	2,47	1,22	4,99
Alto	90	25,8	15	13,7	10	12,3		1,00			1,00		
Total													
Baixo	204	58,5	87	79,8	73	90,1	**<0,001**	2,81	1,68	4,70	6,49	3,03	13,87
Alto	145	41,5	22	20,2	8	9,9		1,00			1,00		

SDQ / ***IPSF***	***Comportamento pró-social***												
	Normal		***Limítrofe***		***Anormal***		***Valor-p***	***Limítrofe x Normal***			***Anormal X Normal***		
	n= 476	***%***	***n= 32***	***%***	***n=31***	***%***		***OR***	***IC 95%***		***OR***	***IC 95%***	
Afetivo - consistente													
Baixo	253	53,2	21	65,6	30	96,8	**<0,001***	1,68	0,79	3,57	26,44	3,58	195,48
Alto	223	46,8	11	34,4	1	3,2		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	216	45,4	18	56,2	16	51,6	0,409	1,55	0,75	3,18	1,28	0,62	2,66
Alto	260	74,5	14	43,8	15	48,4		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	374	78,6	22	68,8	28	90,3	0,107*	0,60	0,28	1,31	2,55	0,76	8,54
Alto	102	21,4	10	31,2	3	9,7		1,00			1,00		
Total													
Baixo	309	64,9	26	81,2	29	93,5	**<0,001***	2,34	0,95	5,80	7,84	1,84	33,24
Alto	167	35,1	6	18,8	2	6,5		1,00			1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson * Aplicação do Teste exato de Fisher.
OR= *Odds Ratio (Razão de Chance); IC= Intervalo de Confiança*

Na tabela 46, estão a análise bivariada da relação entre a hiperatividade e os problemas de conduta e os domínios e a pontuação total da percepção do suporte familiar.

Entre a hiperatividade, e os domínios afetividade (p=0,041); adaptação familiar (p<0,001); e o escore total do IPSF (p<0,001), verificou-se associação significativa. Constatou-se que os adolescentes que eram classificados como limítrofes para hiperatividade apresentavam mais chances de considerar o suporte familiar como baixo nos domínios afetivo-consistente (OR=1,91) e no IPSF total (OR=3,01). Os adolescentes categorizados como anormais para a hiperatividade tiveram mais chances para classificar o suporte familiar como baixo na adaptação familiar (OR=4,70) e na pontuação total do IPSF (OR=2,38).

Na correlação entre os problemas de conduta e a percepção do suporte familiar, verificou-se que existe uma associação significativa com a afetividade, com a adaptação e com o total do IPSF (p<0,001). Nesses domínios, observa-se uma relação inversa; na presença de alteração conduta (limítrofe ou anormal), maior é a chance de classificar o suporte familiar como baixo.

Tabela 46 - Analise bivariada da relação entre a hiperatividade, problemas de conduta e a percepção do suporte familiar, Alfenas-MG, 2014.

SDQ / IPSF	Hiperatividade												
	Normal		Limítrofe		Anormal		Valor-p	Limítrofe X Normal			Anormal X Normal		
	n=391	%	n=54	%	n=94	%		OR	IC 95%		OR	IC	
Afetivo-consistente													
Baixo	208	53,2	37	68,5	59	62,8	**0,041**	1,91	1,04	3,52	1,48	0,93	2,36
Alto	183	46,8	17	31,5	35	37,2		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	155	39,6	24	44,4	71	75,5	**<0,001**	1,22	0,69	2,16	4,70	2,82	7,84
Alto	236	60,4	30	55,6	23	24,5		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	299	76,5	44	81,5	81	86,2	0,104	1,35	0,66	2,80	1,92	1,02	3,60
Alto	92	23,5	10	18,5	13	13,8		1,00			1,00		
Total													
Baixo	244	62,4	45	83,3	75	79,8	**<0,001**	3,01	1,43	6,34	2,38	1,38	4,09
Alto	147	37,6	9	16,7	19	20,2		1,00			1,00		

SDQ / IPSF	Problemas de conduta												
	Normal		Limítrofe		Anormal		Valor-p	Limítrofe X Normal			Anormal X Normal		
	n=379	%	n=69	%	n=91	%		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Afetivo-consistente													
Baixo	192	50,7	46	66,6	66	72,5	**<0,001**	1,95	1,14		2,57	1,56	4,25
Alto	187	49,3	23	33,4	25	27,5		1,00	3,34		1,00		
Adaptação													
Baixo	137	36,1	42	60,9	71	78,0	**<0,001**	2,75	1,62		6,27	3,66	10,75
Alto	242	63,9	27	39,1	20	22,0		1,00	4,65		1,00		
Autonomia													
Baixo	295	77,8	52	75,4	77	84,6	0,283	0,87	0,48		1,57	0,84	2,91
Alto	84	22,2	17	24,6	14	15,4		1,00	1,59		1,00		
Total													
Baixo	233	61,5	54	78,3	77	84,5	**<0,001**	2,26	1,23		3,45	1,89	6,32
Alto	146	38,5	15	21,7	14	15,4		1,00	4,14		1,00		

Aplicação do Teste qui-quadrado de Pearson * Aplicação do Teste exato de Fisher.
OR= *Odds Ratio (Razão de Chance); IC= Intervalo de Confiança*

Na tabela 47, estão a análise bivariada entre os problemas emocionais e de relacionamento com os colegas e os domínios e a pontuação total da percepção do suporte familiar.

Os problemas emocionais estão associados estatisticamente ($p<0,05$) com a adaptação familiar, a autonomia e o IPSF total. Os adolescentes que apresentavam alterações emocionais tinham mais chances de considerar o suporte familiar negativamente em relação à adaptação (OR=2,29) e o IPSF total (OR=1,76).

A análise bivariada entre os problemas de relacionamento com os colegas mostrou associação com os domínios afetividade, adaptação e o escore total do IPSF ($p<0,001$), sendo que os adolescentes que se apresentaram como limítrofes e anormais para esse problema, apresentaram mais chances de classificarem o suporte familiar como baixo.

Tabela 47 - Análise bivariada da relação entre a escala de problemas emocionais e de relacionamento com os colegas e a percepção do suporte familiar, Alfenas-MG, 2014.

Domínio SDQ / ***IPSF***	***Problemas emocionais***												
	Normal		***Limítrofe***		***Anormal***		***Valor-p***	***Limítrofe X Normal***			***Anormal X Normal***		
	n= 385	***%***	***n= 62***	***%***	***n=92***	***%***		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Afetivo-consistente													
Baixo	211	54,8	43	69,4	50	54,3	0,091	1,87	1,05	3,32	0,98	0,62	1,55
Alto	174	45,2	19	30,6	42	45,7		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	160	41,6	33	53,2	57	62,0	**0,001**	1,60	0,93	2,74	2,29	1,43	3,65
Alto	225	58,4	29	46,8	35	38,0		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	292	75,8	54	87,1	78	84,8	**0,039**	2,15	0,99	4,68	1,77	0,96	3,28
Alto	93	24,2	8	12,9	14	15,2		1,00			1,00		
Total													
Baixo	248	64,4	46	74,2	70	76,1	**0,049**	1,59	0,87	2,91	1,76	1,04	2,96
Alto	137	35,6	16	25,8	22	23,9		1,00			1,00		

Domínio SDQ / ***IPSF***	***Problemas com os colegas***												
	Normal		***Limítrofe***		***Anormal***		***Valor-p***	***Limítrofe X Normal***			***Anormal X Normal***		
	n=376	***%***	***n=115***	***%***	***n=48***	***%***		***OR***	***IC 95%***		***OR***	***IC 95%***	
Afetivo-consistente													
Baixo	191	50,8	74	64,3	39	81,3	**<0,001**	1,75	1,14	2,69	4,20	1,98	8,91
Alto	185	49,2	41	35,6	9	18,7		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	154	41,0	63	54,8	33	68,8	**<0,001**	1,75	1,15	2,66	3,17	1,67	6,04
Alto	222	59,0	52	45,2	15	31,2		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	291	77,4	93	80,9	40	83,3	0,517	1,23	0,73	2,08	1,46	0,66	3,23
Alto	85	22,6	22	19,1	8	16,7		1,00			1,00		
Total													
Baixo	231	61,4	90	78,3	43	89,6	**<0,001**	2,26	1,39	3,69	5,40	2,09	13,95
Alto	145	38,6	25	21,7	5	10,4		1,00			1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson * Aplicação do Teste exato de Fisher.
OR= *Odds Ratio (Razão de Chance); IC= Intervalo de Confiança*

A seguir, encontram-se as informações referentes à análise bivariada da relação entre a escala de impacto e a percepção do suporte familiar.

A análise da relação entre o suplemento de impacto e a percepção do suporte familiar apresentou resultados estatisticamente significantes na afetividade (p=0,001); na adaptação (p<0,001); na autonomia familiar (p=0,049) e na pontuação total do IPSF (p<0,001).

Pela razão de chances, constatou-se que os adolescentes classificados como limítrofes e anormais na escala de impacto apresentaram maiores chances de considerar o suporte familiar como baixo nos domínios afetividade, adaptação e o IPSF total. Os adolescentes categorizados como anormais na escala de impacto apresentaram maiores chances de considerar o suporte familiar baixo no domínio autonomia.

Tabela 48 - Análise bivariada da relação entre a escala de suplemento de impacto e a percepção do suporte familiar, em Alfenas – MG, 2014.

SDQ / ***IPSF***	***Suplemento de Impacto***												
	Normal		***Limítrofe***		***Anormal***		***Valor-p***	***Limítrofe X Normal***			***Anormal X Normal***		
	n= 387	***%***	***n= 71***	***%***	***n=81***	***%***		OR	IC 95%		OR	IC 95%	
Afetivo-consistente													
Baixo	199	51,4	51	71,8	54	66,6	**0,001**	2,41	1,38	4,19	1,89	1,14	3,13
Alto	188	48,6	20	28,2	27	33,4		1,00			1,00		
Adaptação													
Baixo	143	37,0	45	63,4	62	76,5	**<0,001**	2,95	1,75	4,99	5,57	3,20	9,69
Alto	244	63,0	26	36,6	19	23,5		1,00			1,00		
Autonomia													
Baixo	294	76,0	60	84,5	70	86,4	**0,049**	1,73	0,87	3,42	2,01	1,02	3,96
Alto	93	24,0	11	15,5	11	13,6		1,00			1,00		
Total													
Baixo	236	61,0	60	84,5	68	84,0	**<0,001**	2,95	1,75	4,99	5,57	3,20	9,69
Alto	151	39,0	11	15,5	13	16,0		1,00			1,00		

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson * Aplicação do Teste exato de Fisher.
OR= *Odds Ratio (Razão de Chance); IC= Intervalo de Confiança*

7.2.10. Análise da relação entre a percepção do suporte familiar os problemas enfrentados na vida

Finalizando, as tabela 49 a 53 apresentam a correlação entre a percepção do suporte familiar e a densidade absoluta, relativa corrigida e global com os problemas do adolescente, com o objetivo de identificar associação entre a percepção do suporte familiar e a presença de problemas na vida dos adolescentes.

Análise da relação entre o domínio afetivo-consistente do IPSF e a densidade absoluta e relativa de problemas na vida do adolescente (comportamento; saúde; desordens psiquiátricas; competência social; sistema familiar; escola; trabalho; relação com os colegas e lazer e recreação) está disponível na tabela 49.

Tabela 49 - Análise da relação entre o domínio afetivo-consistente do Inventário de Percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas enfrentados na vida, Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI	*Afetivo*	*Densidade absoluta*						*Densidade Relativa Corrigida*					
		$\bar{x}$	*Md*	*DP*	*Min*	*Max*	*Valor-p*	$\bar{x}$	*Md*	*DP*	*Min*	*Max*	*Valor-p*
Comportamento	*Baixo*	36,2	35,0	17,2	0,0	80,0	**<0,001**	13,8	13,9	5,4	0,0	33,0	**0,006**
	Alto	25,7	25,0	17,0	0,0	80,0		12,3	12,6	6,2	0,0	34,1	
Saúde	*Baixo*	28,0	30,0	16,5	0,0	80,0	0,108	10,7	10,6	6,0	0,0	40,6	**<0,001**
	Alto	26,1	20,0	17,0	0,0	80,0		13,2	13,2	7,5	0,0	37,3	
Desordens psiquiátricas	*Baixo*	30,4	30,0	17,0	0,0	85,0	**<0,001**	11,1	11,2	5,2	0,0	32,3	0,665
	Alto	23,5	20,0	16,9	0,0	70,0		10,9	10,9	5,9	0,0	29,9	
Competência social	*Baixo*	29,6	28,6	18,9	0,0	100,0	**0,042**	11,1	10,6	5,8	0,0	32,3	**<0,001**
	Alto	25,7	21,4	15,4	0,0	78,6		13,7	13,3	7,6	0,0	45,0	
Sistema Familiar	*Baixo*	31,2	28,6	20,3	0,0	92,9	**<0,001**	11,1	11,0	6,1	0,0	32,0	**<0,001**
	Alto	17,1	14,3	15,2	0,0	71,4		7,8	7,5	6,3	0,0	30,5	
Escola	*Baixo*	29,3	25,0	18,1	0,0	85,0	**<0,001**	10,8	10,6	5,7	0,0	37,4	**<0,001**
	Alto	19,6	15,0	16,5	0,0	80,0		9,2	8,9	5,8	0,0	37,6	
Trabalho	*Baixo*	6,9	0,0	9,9	0,0	50,0	**0,001**	2,4	0,0	3,5	0,0	25,0	**0,007**
	Alto	4,5	0,0	8,5	0,0	70,0		1,9	0,0	3,4	0,0	21,0	
Relação com amigos	*Baixo*	32,9	28,6	20,1	0,0	85,7	**<0,001**	12,1	11,6	6,5	0,0	46,2	0,445
	Alto	25,8	21,4	18,6	0,0	100,0		13,1	11,8	7,6	0,0	46,5	
Lazer e recreação	*Baixo*	38,1	33,3	19,1	0,0	83,3	**<0,001**	14,3	14,1	6,4	0,0	55,7	**0,002**
	Alto	31,7	33,3	17,0	0,0	83,3		16,9	15,4	8,5	0,0	46,4	

Aplicação do Teste Mann-Whitney. $\bar{x}$ (Média). DP (Desvio Padrão). Min (Mínimo). Max (Máximo).

Na análise da relação entre a densidade absoluta do DUSI e a dimensão afetivo-consistente, observa-se que existe uma correlação estatisticamente significante entre todos os problemas investigados, exceto para os problemas de saúde. Constatou-se uma média e uma mediana maiores na classificação baixo no domínio afetivo-consistente em todas os problemas investigados, exceto para o trabalho, em que as medianas foram semelhantes. Portanto, todos os adolescentes que apresentam problemas na vida classificaram a afetividade como baixa.

A densidade relativa corrigida e a dimensão afetividade apresentaram associação significativa com os problemas de comportamento (p=0,006); com a saúde (p=<0,001); com a competência social (p=<0,001); com a escola (p<0,001); com o sistema familiar (p<0,001); com o trabalho (p=<0,001) e com as atividades de lazer e de recreação (p<0,002). Verificou-se que as médias apresentaram uma tendência semelhante à da densidade absoluta para os problemas de comportamento, sistema familiar, escola e trabalho, as quais são superiores para os adolescentes que pontuaram o domínio afetividade como baixo.

Na tabela 50, encontram-se os resultados referentes à relação entre o domínio adaptação familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas enfrentados na vida.

Na correlação entre a densidade absoluta do DUSI e a dimensão adaptação familiar do IPSF, detectou-se a presença de associação estatisticamente significante em todas as áreas do DUSI. Ressalta-se que, ao comparar as áreas do DUSI com o domínio adaptação familiar, as médias e as medianas foram maiores na classificação baixo em todas as áreas do DUSI.

Ao se analisar a densidade relativa corrigida, constatou-se que existe uma associação entre a adaptação familiar e os domínios saúde; competência social; sistema familiar; problemas escolares; no trabalho; atividades de lazer e de recreação. Observar que nas áreas relacionadas à saúde, à competência social e a atividades de lazer e de recreação, a média e mediana são maiores para os adolescentes que consideram o suporte familiar alto. Nos domínios sistema familiar, problemas escolares e de trabalho, as médias e as medianas são superiores para a categorização baixo para a adaptação familiar, o que não difere da densidade absoluta.

Tabela 50 - Análise da relação entre o domínio adaptação familiar do Inventário de percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas, Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Adaptação***	***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
		$\bar{x}$	***Md***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***	$\bar{x}$	***Md***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***
Comportamento	*Baixo*	38,9	40,0	18,5	0,0	80,0	**<0,001**	13,3	13,2	5,2	0,0	33,0	
	Alto	25,4	25,0	14,7	0,0	70,0		13,0	13,3	6,2	0,0	34,1	0,675
Saúde	*Baixo*	31,6	30,0	17,3	0,0	80,0	**<0,001**	11,3	10,9	6,0	0,0	34,4	
	Alto	23,4	20,0	15,0	0,0	80,0		12,3	12,3	7,4	0,0	40,6	**0,049**
Desordens psiquiátricas	*Baixo*	32,3	30,0	17,8	0,0	85,0	**<0,001**	10,9	11,0	4,4	0,0	24,0	
	Alto	22,5	20,0	15,3	0,0	70,0		11,1	11,2	6,2	0,0	36,1	0,627
Competência social	*Baixo*	30,8	28,6	19,8	0,0	100,0	**0,006**	10,5	10,0	5,6	0,0	24,6	
	Alto	25,4	21,4	14,9	0,0	78,6		13,8	13,4	7,4	0,0	45,5	**<0,001**
Sistema Familiar	*Baixo*	34,1	35,7	20,7	0,0	92,9	**<0,001**	11,2	11,2	5,8	0,0	32,0	
	Alto	17,2	14,3	14,5	0,0	71,5		8,4	7,7	6,6	0,0	31,0	**<0,001**
Escola	*Baixo*	32,3	30,0	18,8	0,0	85,0	**<0,001**	11,0	10,8	5,4	0,0	37,6	
	Alto	18,8	15,0	14,5	0,0	75,0		9,3	8,4	5,9	0,0	33,5	**<0,001**
Trabalho	*Baixo*	8,6	5,0	11,5	0,0	70,0	**<0,001**	2,7	0,8	3,7	0,0	25,0	
	Alto	3,6	0,0	6,4	0,0	40,0		1,7	0,0	3,1	0,0	21,0	**<0,001**
Relação com amigos	Baixo	37,0	35,7	21,0	0,0	100,0	**<0,001**	12,6	12,1	6,2	6,2	46,2	
	Alto	23,6	21,4	16,4	0,0	78,6		12,5	11,2	7,6	7,6	46,5	0,294
Lazer e recreação	Baixo	40,3	41,7	19,3	0,0	83,3	**<0,001**	14,0	13,6	6,0	0,0	39,3	
	Alto	31,0	33,3	16,6	0,0	75,0		16,7	16,0	8,4	0,0	55,7	**<0,001**

Aplicação do Teste Mann-Whitney. $\bar{x}$ (Média). DP (Desvio Padrão). Min (Mínimo). Max (Máximo).

Tabela 51 - Análise bivariada da relação o domínio autonomia do Inventário de Percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas, Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Autonomia***	***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***					
		$\bar{x}$	***Md***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***	$\bar{x}$	***Md***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***
Comportamento	*Baixo*	32,5	30,0	17,8	0,0	80,0	**0,034**	13,2	13,4	5,5	0,0	33,0	0,263
	Alto	28,5	25,0	17,9	0,0	75,0		12,8	12,3	6,6	0,0	34,1	
Saúde	*Baixo*	27,6	30,0	16,9	0,0	80,0	0,336	11,6	11,3	6,6	0,0	37,3	0,224
	Alto	25,8	20,0	15,9	0,0	70,0		12,6	12,0	7,5	0,0	40,6	
Desordens psiquiátricas	*Baixo*	28,6	25,0	17,7	0,0	85,0	**0,005**	11,3	11,3	5,4	0,0	36,1	**0,036**
	Alto	23,1	20,0	15,4	0,0	60,0		10,0	10,7	5,6	0,0	23,4	
Competência social	*Baixo*	29,0	28,6	18,4	0,0	100,0	**0,034**	12,2	12,0	6,5	0,0	45,5	0,682
	Alto	24,0	21,4	13,1	0,0	64,3		12,5	10,8	7,8	0,0	44,9	
Sistema Familiar	*Baixo*	26,0	21,4	19,8	0,0	92,3	**0,021**	9,9	9,7	6,2	0,0	32,0	0,154
	Alto	21,4	14,3	18,2	0,0	85,8		9,2	8,2	6,9	0,0	31,0	
Escola	*Baixo*	26,0	21,4	19,8	0,0	92,9	0,188	10,1	9,8	5,5	0,0	37,4	0,928
	Alto	21,4	14,3	14,3	0,0	85,7		10,2	9,7	6,7	0,0	37,6	
Trabalho	*Baixo*	6,2	0,0	9,7	0,0	70,0	0,115	2,3	0,0	3,5	0,0	25,0	0,146
	Alto	5,0	0,0	8,2	0,0	30,0		1,8	0,0	3,0	0,0	12,0	
Relação com amigos	*Baixo*	29,9	28,6	20,1	0,0	100,0	0,898	12,3	11,3	7,2	0,0	46,5	**0,047**
	Alto	29,2	28,6	18,6	0,0	71,4		13,2	12,6	6,1	0,0	30,3	
Lazer e recreação	*Baixo*	35,9	33,3	18,6	0,0	83,3	0,155	15,4	14,7	7,5	0,0	55,7	0,868
	Alto	33,0	33,3	17,8	0,0	75,0		15,5	14,7	7,5	0,0	37,6	

Aplicação do Teste Mann-Whitney. $\bar{x}$ (Média). DP (Desvio Padrão). Min (Mínimo). Max (Máximo).

A relação entre a dimensão autonomia e a densidade absoluta do DUSI encontrou uma correlação significante entre problemas de comportamento (p=0,034); desordens psiquiátricas (p=0,005); competência social (p=0,035) e o sistema familiar (p=0,021). A média e a mediana desses problemas foram superiores para a classificação da dimensão autonomia como baixo.

Os únicos problemas que apresentaram associação estatisticamente significante entre a densidade relativa e o domínio autonomia familiar foram às desordens psiquiátricas (p=0,036) e a relação com os pares desviantes (p=0,047). Observou-se uma relação inversa entre o domínio autonomia e desordens psiquiátricas. Adolescentes que categorizaram esse domínio como baixo apresentaram média e mediana superiores para as desordens psiquiátricas. Entretanto, na relação com os pares desviantes, a média e a mediana são altas para os adolescentes que classificaram a autonomia como sendo alta.

A seguir, encontram-se as informações da relação entre escore total de percepção do suporte familiar e à densidade absoluta e relativa corrigida de problemas.

Tabela 52 - Análise bivariada entre a densidade absoluta e relativa corrigida dos problemas e o escore total do Inventário de Percepção do suporte familiar (IPSF), Alfenas-MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Total do IPSF***		***Densidade absoluta***						***Densidade Relativa Corrigida***				
		$\bar{x}$	***Md***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***	$\bar{x}$	***Md***	***DP***	Min	***Max***	***Valor-p***
Comportamento	*Baixo*	36,0	35,0	17,6	0,0	80,0	**<0,001**	13,6	13,7	5,4	0,0	33,0	**0,008**
	Alto	22,6	20,0	14,7	0,0	70,0		12,1	12,4	6,4	0,0	34,1	
Saúde	*Baixo*	28,8	30,0	17,0	0,0	80,0	**0,001**	11,0	10,8	5,9	0,0	32,8	**0,001**
	Alto	23,8	20,0	15,7	0,0	80,0		13,4	13,7	8,2	0,0	40,6	
Desordens psiquiátricas	*Baixo*	30,8	30,0	17,3	0,0	85,0	**<0,001**	11,3	11,2	5,0	0,0	36,1	0,129
	Alto	20,3	20,0	15,2	0,0	60,0		10,4	10,8	6,3	0,0	29,9	
Competência social	*Baixo*	30,0	28,6	18,8	0,0	100,0	**0,001**	11,4	10,9	5,9	0,0	41,1	**<0,001**
	Alto	23,5	21,4	13,6	0,0	64,3		14,1	13,4	8,0	0,0	45,5	
Sistema Familiar	*Baixo*	30,0	28,6	20,1	0,0	92,9	**<0,001**	10,7	10,3	6,0	0,0	32,0	**<0,001**
	Alto	14,7	14,3	13,2	0,0	50,0		7,7	7,3	6,7	0,0	30,5	
Escola	*Baixo*	28,5	25,0	18,0	0,0	85,0	**<0,001**	10,5	10,1	5,6	0,0	37,4	**0,017**
	Alto	15,0	15,0	16,1	0,0	80,0		9,3	9,0	6,1	0,0	37,6	
Trabalho	*Baixo*	6,8	0,0	9,6	0,0	50,0	**<0,001**	2,4	0,0	3,3	0,0	25,0	**<0,001**
	Alto	3,9	0,0	8,8	0,0	70,0		1,8	0,0	3,6	0,0	21,0	
Relação com amigos	*Baixo*	32,7	28,6	20,0	0,0	100,0	**<0,001**	12,3	11,6	6,6	0,0	46,2	0,325
	Alto	23,7	21,4	17,9	0,0	78,6		13,1	11,9	7,6	0,0	46,5	
Lazer e recreação	*Baixo*	38,4	33,3	18,8	0,0	83,3	**<0,001**	14,7	14,4	6,5	0,0	55,7	**0,011**
	Alto	29,0	25,0	16,1	0,0			17,0	15,9	9,0	0,0	46,4	

Aplicação do Teste Mann-Whitney. $\bar{x}$ (Média). DP (Desvio Padrão). Min (Mínimo). Max (Máximo).

O escore total do IPSF e a densidade absoluta do DUSI apresentaram correlação significante em todas as áreas do DUSI. Verificou-se que a média e a mediana dos problemas foram mais altas na categoria baixo em todas as áreas do DUSI, exceto no domínio trabalho, sendo que, neste domínio, apenas a média foi maior na classificação baixo.

Quanto à densidade relativa corrigida e ao escore total do IPSF, mostrou-se associação significativa com os problemas de comportamento (p=0,008); a saúde (p=0,001); a competência social (p<0,001); o sistema familiar (p<0,001); a escola (p=0,017); o trabalho (p<0,001) e as atividades de lazer e de recreação (p=0,011). Constatou-se que a média e a mediana são superiores para os problemas de comportamento, para desordens psiquiátricas, para sistema familiar e para escola na classificação baixa para o IPSF total. Enquanto o trabalho apresenta apenas média alta em relação a essa variável. Para os problemas de saúde, para a competência social e para as atividades de lazer as médias e as medianas são inferiores para a pontuação baixo do IPSF.

A correlação entre os domínios e o escore total do IPSF e a densidade global de problemas e estão descritos na tabela 53.

Observou-se uma correlação estatisticamente significante entre a densidade global do DUSI e a dimensão adaptação familiar (p<0,001); a afetividade (p<0,001); a autonomia familiar (p=0,028) e a pontuação total do IPSF (p<0,001). Ressalta-se, que na relação com a densidade global e o suporte familiar, a média e a mediana foram superiores na classificação baixo em todos os domínios do IPSF.

A seguir (Quadro 12), encontra-se o resumo da análise bivariada da relação entre à saúde mental e a percepção do suporte familiar. No quadro 13, encontra-se o resumo da relação entre a percepção do suporte familiar e a densidade absoluta e relativa corrigida de problemas.

Tabela 53 - Relação entre o Inventário de Percepção do suporte familiar (IPSF) e a densidade global de problemas do adolescente, Alfenas-MG, 2014.

Domínios do IPSF		***Densidade Global***					
		Média	***Mediana***	***DP***	***Min***	***Max***	***Valor-p***
Afetivo-consistente	*Baixo*	27,9	26,9	11,9	4,0	64,5	**<0,001**
	Alto	20,6	19,5	10,9	3,4	63,1	
Adaptação	*Baixo*	30,4	29,5	12,4	4,7	64,4	**<0,001**
	Alto	19,8	19,5	9,2	3,4	50,3	
Autonomia	*Baixo*	25,4	24,2	12,2	3,4	64,4	**0,028**
	Alto	22,4	20,1	10,9	4,7	50,3	
Total do IPSF	*Baixo*	27,7	26,9	11,8	3,3	64,4	**<0,001**
	Alto	18,5	16,8	9,8	3,3	55,0	

Aplicação do Teste Mann-Whitney. DP (Desvio Padrão). Min (Mínimo). Max (Máximo).

Quadro 12 - Resumo da análise bivariada da relação entre o perfil emocional e comportamental dos adolescentes segundo a classificação do SDQ e a percepção do suporte familiar, Alfenas - MG, 2014.

Domínios SDQ / ***IPSF***	***Total SDQ***		***Pró-social***		***Hiperatividade***		***Conduta***		***Emocionais***		***Problemas Colegas***		***Impacto***	
	L	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***	***L***	***A***
Afetivo-consistente	**x**	**x**		**x**	**x**			**x**			**x**	**x**	**x**	**x**
Adaptação	**x**	**x**				**x**	**x**	**x**		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**
Autonomia	**x**	**x**												
Total	**x**	**x**		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**		**x**	**x**	**x**	**x**	**x**

x - Estatisticamente significante; com maiores chances para serem categorizados como limítrofe (L) e anormal (A) para a saúde mental e classificar o suporte familiar como baixo;

Quadro 13 - Resumo da relação entre a percepção do suporte familiar e as densidades absoluta e relativa corrigida de problemas, Alfenas - MG, 2014.

Áreas do DUSI	***Densidade absoluta***				***Densidade relativa***			
	IPSF				***IPSF***			
	Afetivo-consistente	*Adaptação*	*Autonomia*	*Total*	*Afetivo-consistente*	*Adaptação*	*Autonomia*	*Total*
Comportamento	x	x	x	x	x			x
Saúde		x		x	x*	x*	x	x*
Desordens psiquiátricas	x	x	x	x				
Competência social	x	x	x	x	x*	x*		x*
Sistema familiar	x	x	x	x	x	x		x
Escola	x	x		x	x	x		x
Trabalho	x	x		x	x	x		x
Relação com amigos	x	x		x			x*	
Lazer e recreação	x	x		x	x*	x*		x*

x* - Estatisticamente significante, com médias elevadas para a classificação do suporte familiar alto;
x - Estatisticamente significante, com médias elevadas para a classificação do suporte familiar baixo.

7.3. Análise regressão logística múltipla

Todas as variáveis sociodemográficas (sexo; estudar; defasagem escolar; trabalhar; acreditar em Deus; filiação religiosa; participação de grupo religioso; rezar ou orar em situações- problema; os pais viverem juntos; com quem o adolescente vive e nível socioeconômico), entraram na análise, independentemente da presença de associação, tendo como desfecho o escore total de problemas de saúde mental avaliados pelo SDQ. Além dessas variáveis, o consumo de drogas, a percepção do suporte familiar (IPSF) e a densidade global dos problemas foram consideradas variáveis independentes.

A densidade global foi retirada do modelo porque os resultados de sua análise ficaram inconsistentes. Permaneceram no modelo final da análise de regressão logística múltipla apenas as variáveis suporte familiar e consumo de drogas, que estão apresentadas na tabela 54.

Tabela 54 - Análise de regressão logística múltipla avaliando os fatores associados aos resultados de alteração na saúde mental da escala do SDQ, Alfenas-Minas Gerais, 2014.

Parâmetros do modelo	Valor-p	OR	IC	
IPSF Total Baixo: 1	**0,002**	2,6	1,6	4,4
IPSF Total Baixo: 2	**<0,001**	5,7	2,7	12,3
Consumo de drogas lícitas: 1	**0,045**	1,8	1,1	3,1
Consumo de drogas lícitas: 2	0,100	1,7	0,9	3,3
Consumo de drogas ilícitas e ou lícitas:1	0,329	1,5	0,7	3,4
Consumo de drogas ilícitas e ou lícitas: 2	**0,003**	3,1	1,5	6,6

Pela análise de regressão logística múltipla pôde-se observar que os adolescentes categorizados como limítrofes em relação à alteração na saúde mental no total de dificuldades apresentaram 2,6 vezes mais chances de classificar o suporte familiar como baixo, e os que foram categorizados como anormais apresentaram 5,7 vezes as chances de pontuarem o suporte familiar como baixo. Esses dados vêm ao encontro do resultado da análise bivariada da avaliação dos problemas de saúde mental e da percepção do suporte familiar.

Os adolescentes categorizados como desviante para a escala total de dificuldades apresentaram 3,1 vezes mais chances para o consumo de drogas ilícitas e ou lícitas, o que não difere dos resultados encontrados na análise bivariada dessas variáveis.

8. Discussão

No presente estudo, com relação à caracterização da amostra, verifica-se um predomínio de adolescentes de 17 anos; do sexo feminino; solteiros e pertencentes a famílias das classes econômicas B2 e C1. Em relação ao estado civil, esses dados são congruentes com a pesquisa que detectou que a união estável entre adolescentes menores de 17 anos é de 5% (ABRAMO, 2005).

Ainda no que se refere a essas variáveis, os achados estão semelhantes aos da literatura, uma vez que estudo conduzido em uma amostra de adolescentes escolares da cidade de Pelotas, no Rio Grande do Sul (RS), quanto ao consumo de drogas detectou que mais da metade era do sexo feminino e a maioria deles eram solteiros, e pertencentes às classes sociais B e C (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004). Estudo com adolescentes da cidade de São Paulo, com o intuito de avaliar a qualidade de vida, detectou que a maioria está inserida nas classes econômica B2 e C1 (BENINCASA; CUSTÓDIO, 2011).

Contudo, o estudo de Horta et al (2007), realizado com adolescentes entre 15 e 18 anos sobre o consumo de drogas, detectou que 36% dos adolescentes pertenciam a famílias das classes socioeconômicas A ou B. Outra pesquisa que investigou o uso de cigarro em adolescentes da cidade de Londrina, Paraná, detectou que 63% dos adolescentes eram da classe B (MENEZES et al., 2014). Na região de Minas Gerais, estado onde o presente estudo foi conduzido, observou-se que um inquérito epidemiológico, realizado com adolescentes escolares da cidade de Passos–MG, detectou que a maioria dos adolescentes é proveniente dos estratos C, D e E (CAMPOS et al, 2011). É necessário fazer uma ressalva que os estudos de Tavares; Béria; Lima (2004), Horta et al (2007), Benincasa; Custódio (2011) e Menezes et al (2014) também foram conduzidos no cenário escolar privado e público.

Para Neri (2008), a classe C, é a nova classe média que é o reflexo da sociedade brasileira. Portanto os adolescentes do estudo fazem parte do universo da classe média brasileira. Em consonância com a proposta do SUS, a ESF tem como diretrizes a universalização, a integralidade e a equidade da assistência à família (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; DIAS et al., 2014), que tem como objetivo ações especiais para o atendimento à população mais carente e vulnerável, com o intuito de garantir a equidade no acesso aos serviços e às ações de saúde, e assim diminuir as desigualdades sociais e de saúde (MARSIGLIA; SILVEIRA; CARNEIRO JÚNIOR, 2005; VIANA; DAL POZ, 2005).

Com relação à inserção de adolescentes na escola, o presente estudo encontrou uma taxa de 86,1%. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa realizada em 2008 que observou

uma taxa de 97,9 % e 84,1%, respectivamente, de adolescentes menores de 14 anos e de 15 a 17 anos matriculados na escola (IBGE, 2009).

Observa-se no presente estudo que 11,1 % dos respondentes não estão inseridos no sistema de ensino. Pesquisa desenvolvida com amostra de 2004 adolescentes da Pensilvânia nos Estados Unidos, com idades entre 11 a 18, detectou que 3,9% não estavam inseridos na escola (SINHA; CNAAN; GELLES, 2007). É importante enfatizar que a inserção do adolescente na escola envolve muito mais que a aquisição de conhecimento, permite a formação de redes sociais e afetivas fundamentais neste período de desenvolvimento. Dessa forma, os adolescentes que estão fora desse espaço são marcados por exclusão social (COUTINHO, 2011).

Ao avaliar a idade do adolescente e o ano escolar, observa-se no estudo atual um contingente de adolescentes (39,5%) com defasagem escolar. O estudo de Castro, Cunha e Souza (2011) constatou que 51,6% dos adolescentes da cidade de Barra do Garças – Mato Grosso (MT) apresentavam essa situação. Tal resultado também foi encontrado em um estudo realizado com adolescentes do ensino fundamental e médio de Goianá-MG, no qual foi detectado que 24,3% apresentavam defasagem escolar, com atraso entre 1 a 3 anos (TEIXEIRA et al., 2009).

Esses dados corroboram a investigação realizada com adolescentes escolares do 7° ao 9° ano do ensino fundamental e do 1° e 2° ano do ensino médio de 12 municípios de Minas Gerais, a qual encontrou que 73% dos participantes estavam matriculados no ensino fundamental, uma vez que eles estavam em séries abaixo daquela esperada para a sua idade (BERTONI et al. 2009). Entretanto, no estudo não há o número de adolescentes com defasagem escolar. Os autores apontam que a defasagem escolar pode ser decorrente da entrada tardia na escola, da evasão ou repetência escolar (RIBEIRO; CACCIAMALI, 2012; UNICEF, 2012).

O grupo de adolescentes entre 15 e 17 anos é o mais mascarado pelo processo de exclusão escolar, uma vez que evade mais e apresenta altos índices de reprovação; os adolescentes que persistem na escola ainda continuam no ensino fundamental (UNICEF, 2009; CORTI et al. 2011).

Em decorrência do abandono e das repetências escolares, pesquisa evidenciou que o tempo de estudos dos adolescentes brasileiros de 15 a 17 anos é de 7,5, tempo insuficiente para se concluir o ensino fundamental obrigatório (UNICEF, 2009; IBGE, 2010).

Portanto, a exclusão na escola é uma das realidades dos adolescentes brasileiros e que em média após um curto período de tempo nas escolas, estes abandonam a sala de aula em

detrimento de outras funções para ingressarem na vida adulta (DE VARGAS GIL, 2012). O autor ainda pontua que o desencanto do adolescente com a escola se fundamenta nas próprias condições de vida, na qualidade de ensino e na falta de diálogo entre os sujeitos envolvidos nesse processo. Além do mais, a escolaridade não se afigura como um elemento de inclusão no mercado do trabalho nem mesmo de melhoria da qualidade de vida (SPOSITO, 2005; ASMUS et al., 2005). No entanto, a baixa escolaridade inibe o desenvolvimento pessoal e social e também contribui para manter a pobreza (UNICEF, 2011).

Outro fato que chama atenção no estudo atual e já vem sendo reforçado pela literatura é a participação do adolescente no trabalho, uma vez que se constatou que 17,8% dos adolescentes referiram exercer uma atividade laboral, sendo que essas atividades são remuneradas.

Verifica-se que o trabalho entre adolescentes é evidente em outros estudos brasileiros, uma vez que Benvegnu et al (2005) encontraram uma taxa de 13,8% de adolescentes trabalhando em Pelotas-RS. Monteiro, Medeiros e Oliveira (2007) observaram que 11% da amostra de adolescentes assistidos em uma ESF do munícipio de Natal estavam exercendo atividades laborais. Estudo realizado com adolescentes escolares em Florianópolis observou que 16,2% afirmaram ter um trabalho (GIACOMOZZI et al., 2012). Em Minas Gerais, o estudo de Reis e Oliveira (2015) detectou uma taxa de 13,9% de adolescentes exercendo atividade laboral. Pesquisa com adolescentes que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2012, detectou que 13,1% exerciam algum trabalho na ocasião da pesquisa, sendo que 8% recebiam uma remuneração para essa atividade (GIATTI et al., 2014).

Existem muitos questionamentos a respeito das vantagens e das desvantagens do trabalho precoce para os adolescentes. Giatti et al (2014) concluíram que o trabalho precoce pode impactar negativamente a saúde e a atividade escolar. Entretanto, esses adolescentes têm a oportunidade de conviver com pares, o que contribui para seu desenvolvimento psicoemocional (GUIMARÃES; ROMANELLI, 2002). Além do mais, é senso comum entre pais e professores que o trabalho afasta o adolescente da rua, o que pode prevenir o consumo de drogas e de outros problemas em que são vulneráveis (OLIVEIRA et al., 2001).

Estudo sobre atividade laboral de adolescentes dos Estados Unidos conduzidos com os pais, com o objetivo de analisar as atitudes e as crenças dos pais frente a esse processo, concluíram que os pais são favoráveis ao trabalho nesse período da vida. Mas também se preocupavam com as consequências, como a fadiga, a dificuldade em concluir os trabalhos escolares, o pouco tempo para realizar atividades extracurriculares, o tempo insuficiente para

passar com a família e a segurança do filho. Uma pequena parcela de pais acreditava que o trabalho poderia contribuir para que o adolescente se envolvesse com o consumo de drogas (RUNYAN et al., 2009).

Muitas vezes, a busca pelo trabalho não está relacionada apenas ao suporte econômico na família, mas à conquista da autonomia financeira e ao próprio consumo do adolescente (OLIVEIRA; ROBAZZI, 2001; GUIMARÃES; ROMANELLI, 2002; TORRES et al., 2010).

É interessante considerar que a maioria das atividades exercidas entre os adolescentes do estudo é bastante diversificada. Nota-se que todas apresentam similaridade em relação ao tipo de trabalho. Dados semelhantes foram observados em inquérito realizado com adolescentes em Pelotas-RS, em que a maioria realizava atividades como assistente de pedreiro, mercearia, restaurantes, vendas, babá e empregada doméstica (BENVEGNU et al., 2005). Estudo com o objetivo de avaliar os acidentes de trabalho nessa população na cidade de Salvador encontrou que 15,3% exerciam alguma atividade remunerada, sendo que, destes, a maioria das adolescentes realizava serviços gerais e atividades em comércio, enquanto o sexo masculino, atividades de comércio e de administração (SANTANA et al., 2003). Oliveira e Robazzi (2001), Torres et al (2010) mencionam que o trabalho exercido pelos adolescentes limita-se ao desenvolvimento de tarefas de apoio e com a mão-de-obra barata.

Branco (2005) já argumentava que as atividades laborais exercidas pelos adolescentes são relegadas a ocupações de baixa qualidade e com menor remuneração, além de comprometer a escolarização. A literatura complementa que uma pequena parcela desses adolescentes terá oportunidades de ingressar em bons empregos. Normalmente esses sacrificam o seu futuro uma vez que trabalham e estudam ao mesmo tempo, ou deixam a escola por causa do trabalho (OLIVEIRA et al., 2001; OLIVEIRA; ROBAZZI, 2001).

Torres et al (2010) ressaltam que muitos dos adolescentes trabalhadores se encontram em situações de vulnerabilidade mediante as atividades laborais exercidas. Esses dados são evidentes no estudo uma vez que se detectou que esses adolescentes desempenham ações em bar/restaurante, como gesseiro, como servente, como vidraceiro, com reciclagem e em outras. Pode-se apontar que essas ações podem gerar danos a sua saúde, em decorrência da exposição a riscos ocupacionais graves. Muitas vezes, esses danos são decorrentes do nexo entre a exposição ambiental insalubre e a própria atividade exercida (ASMUS et al., 2005).

No Brasil, existem leis e diretrizes que regulamentam que o trabalho do adolescente só é permitido para maiores de 14 anos, sendo fundamental o aprendizado técnico-profissional, a continuidade do estudo, o desenvolvimento físico, psicológico e moral, além da garantia de

todos os direitos dos trabalhadores empregados (MATTOS; CHAVES, 2006; TORRES et al., 2010). Essas informações são retratadas no ECA (BRASIL, 2012) e na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho, 2001). Contudo, verifica-se que a maioria dos adolescentes participantes da pesquisa estão exercendo atividades laborais em desacordo ao disposto nas leis, uma vez que 7,3% têm idades entre 12 e 13 anos e uma grande parcela realiza atividades em locais insalubres e perigosos.

No presente estudo, foram investigados também aspectos referentes à religiosidade. Detectou-se que um número significativo de adolescentes (97,4%) confiam em Deus, sendo que 92,4% referem ter uma filiação religiosa, prevalecendo a religião católica. Vários estudos do contexto nacional confirmam que um número expressivo de adolescentes refere ter uma filiação religiosa, sendo prevalente a católica (DALGALARRONDO et al., 2004; BEZERRA et al., 2009; MORENO; VENTURA; BRÊTAS, 2010; BRAGA; MOLINA; FIGUEIREDO, 2010; MENEZES et al., 2014). Já no contexto internacional, em relação a estar filiado a uma religião, não se modifica, mas os adolescentes nesses estudos mencionam que a principal religião professada é a protestante (MOLOCK et al., 2006; SINHA; CNAAN; GELLES, 2007; KIM-SPOON; LONGO; MCCULLOUGH, 2012).

Também foi observado no estudo um percentual significativo de adolescentes que relatam praticar a sua religião e que utilizam a oração em ocasiões difíceis, mas poucos referem participar de grupos religiosos. Em outras investigações realizadas no Brasil, a participação do adolescente em serviços religiosos foi inferior a 60% (STRAUCH et al., 2009; BEZERRA et al., 2009). Investigação realizada com adolescentes menores de 17 anos dos Estados Unidos, que teve como objetivo avaliar a prática religiosa, detectou que 30,4% relataram participar do serviço religioso mais de duas vezes por semana e 62,5% participaram de algum grupo religioso (SALAS-WRIGHT; VAUGHN; MAYNARD, 2014).

Com referência ao contexto familiar, observou-se que apenas metade dos adolescentes vive com ambos os pais (51,8%), seguida por adolescentes que vivem apenas com a mãe e com a mãe e o padrasto. Verifica-se em outros países que realizaram investigação com adolescentes nessa faixa etária um número maior de adolescentes vivendo com ambos os pais (63, 7% em Chicago, 76% na Holanda e 89% na Itália) (SKEER et al.,2009; REIJNEVELD et al., 2014; SCALESE et al., 2014). Contudo, inquérito realizado com adolescentes de Nova York constatou que a 47,6% das adolescentes vivem com agregados familiares monoparentais (SCHINKE; FANG; COLE, 2008).

O presente estudo também difere em relação a dados encontrados sobre essas variáveis no contexto nacional, uma vez que investigação com adolescentes escolares da cidade de Porto Alegre detectou que 75,6% vivem em uma família nuclear (REICHERT; WAGNER, 2007). Costa et al (2007) constataram que 63,2% dos adolescentes coabitavam com ambos os pais. A pesquisa PeNSE observou em todas as capitais e no DF que 58,3% dos adolescentes vivem com o pai e com a mãe, e que a menor incidência de adolescentes vivendo sem os pais foi em Belo Horizonte- MG com taxa de 3,5% (IBGE, 2009). No estudo atual, constatou-se uma taxa maior, uma vez que 10% dos adolescentes vivem com outros membros familiares.

Com relação à avaliação da saúde mental, constatou-se uma quantidade bastante expressiva de adolescentes categorizados como limítrofes (20,2%) e anormais (15,2%) para o escore total de dificuldade, sendo que 15,4% dos adolescentes considerados dentro da faixa de anormalidade apresentavam duas ou mais alterações. Nessa direção, a OMS (2001) descreve no relatório sobre a saúde no mundo que, apesar da prevalência de alteração na saúde mental variar entre os estudos e o contexto onde foram desenvolvidos, observa-se que de 10 a 20% das crianças e dos adolescentes têm um ou mais problemas mentais. Investigação com adolescentes dos EUA que utilizou como instrumento os critérios DSM-IV detectou que 25% apresentavam duas alterações importantes na saúde mental (MERIKANGAS et al., 2010). Os dados do estudo são condizentes com a literatura a qual aponta que a presença de comorbidade na saúde mental é uma ocorrência comum na adolescência (HILDEBRAND et al., 2015).

O presente estudo constatou resultados superiores às taxas encontradas nos estudos no contexto nacional e no internacional, em relação à classificação limítrofe e anormal, confirmando a primeira hipótese. Tal constatação é observada em pesquisa desenvolvida na Finlândia com jovens de 12 a 17 anos, utilizando a versão de autorelato do SDQ, a qual encontrou uma taxa de 9,4% de adolescentes classificados como anormais na pontuação total de dificuldades, sendo que as principais alterações foram os problemas de condutas (12,4%), problemas emocionais (12,1%) e os problemas de comportamento pró-social (10,8%) (KOSKELAINEN; SOURANDER; VAURAS, 2001).

Dados semelhantes a esses, foram encontrados em pesquisa conduzida no cenário internacional com o objetivo de investigar a saúde mental de adolescentes escolares da Índia, da Servia, da Nigéria, da Turquia e da Indonésia, a qual constatou que 10,5% dos adolescentes apresentavam alterações no escore total de dificuldades; os problemas mais evidentes foram alterações de conduta (18,4%) e emocionais (11,5%) (ATIOLA et al., 2013). Investigação também conduzida na Índia, com adolescentes entre 11 e 16 anos, encontrou uma taxa de 8,7%

e 15,3%, respectivamente, foram classificados como anormais e limítrofes para a pontuação total do SDQ. Sendo que 16,7 % dos adolescentes classificados como anormais para a escala de conduta; 12,4%, para alterações emocionais; 12,1 %, para a hiperatividade; 6,2%, para os problemas de relacionamento com amigos e 4,4%, para as alterações nos comportamentos pró-social (REDDY; BISWAS; RAO, 2011). Flouri et al (2010), em estudo realizado na Inglaterra e do País de Gales com escolares encontraram uma taxa de 18,9% de adolescentes entre 11 a 16 anos classificados como limítrofes ou anormais para o total de dificuldade, sendo que as alterações mais evidentes nas categorias limítrofe e anormal foram a hiperatividade (22%) e os problemas de comportamento pró-social (16,9%).

Perera et al (2013), com o objetivo de avaliar a estrutura e a consistência interna da versão de autorrelato do SDQ para adolescentes oriundos do Ceilão, o qual realizou o estudo com adolescentes escolares, detectaram que 8,6% e 7,8%, respectivamente, foram classificados como limítrofes e anormais para o total de dificuldades. Na classificação limítrofe, as principais alterações foram a hiperatividade (13,8%) e o comportamento pró-social (10,7%); na categorização anormal, foram os problemas emocionais (9,4%) e o comportamento pró-social (9,1%). Outro estudo realizado com adolescentes de 15 anos na Eslovênia detectou 11,8% limítrofes e 8,1% anormais, o qual não definiu os tipos de problemas apresentados (KLANSCEK et al., 2014).

Estudo com adolescentes da Noruega, com idades entre 11 a 16 anos, detectou que o total de dificuldades foi de 8,9% e 9,0%, respectivamente, para as categorias limítrofe e anormal. Os principais problemas na categoria limítrofe foram os problemas de comportamento pró-social e a hiperatividade e, na categoria anormal, foram a hiperatividade e os problemas com os amigos (RONNING et al., 2004).

Pesquisa no cenário nacional, realizada na cidade de Campinas-SP, com adolescentes entre 10 a 16 anos, investigou problemas de saúde mental utilizando as versões do SDQ para os professores e o autorrelato. O estudo identificou uma taxa de 10,1 % de adolescentes com algum provável problema na saúde mental, sendo que 6,5% tinham problemas de conduta; 3,1%, problemas emocionais e 0,4%, hiperatividade (CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2007). Em 2010, uma pesquisa realizada no Sul do país, com pré-adolescentes entre 11 e 12 anos e com seus pais, também constatou uma prevalência de 10,8% que apresentavam pelo menos um distúrbio psiquiátrico (ANSELMI et al., 2010).

Com referência à média dos escores nos domínios do SDQ, a literatura reporta 3,6, para a hiperatividade e 3,0, para os problemas emocionais, em investigação realizada com

adolescentes escolares da Grécia, com idades entre 11 e 16 anos (GIANNAKOPOULOS et al., 2009). Outro estudo realizado com adolescentes chineses encontrou para a hiperatividade média 3,2 e para os problemas emocionais, média 2,8; para o escore total de dificuldades, média 11, 3 (WANG; LIU; WANG et al., 2014). Estudo longitudinal realizado com adolescentes finlandeses detectou que, entre os problemas avaliados pelo SDQ, a média maior foi para a hiperatividade nos anos de 1998 (3,5 e 3,7) e 2008 (3,4 e 3,4), respectivamente, para o sexo masculino e feminino (SOURANDER et al., 2012).

Da mesma forma, estudo realizado no Brasil com jovens entre 14 e 20 anos da cidade de Belo Horizonte-MG, teve como objetivo avaliar a saúde mental de adolescentes com asma e sem asma. Nele, foram encontradas médias semelhantes para a hiperatividade e para os problemas emocionais (Média=3,0); mediana de 12 para o escore total de dificuldades para os adolescentes saudáveis (ALVIM et al., 2008).

No presente estudo, encontrou-se mediana de 13 para o total de dificuldades; a média foi de 4,0 para a hiperatividade e 4,1, para os problemas emocionais; as médias são superiores às que vêm sendo referidas nos outros estudos. Dentro da categoria anormal ou desviante, as principais alterações foram a hiperatividade e os problemas emocionais e, na classificação limítrofe, foram os problemas de relacionamento com os colegas e os de conduta. Os dados do presente estudo diferem quanto às taxas de prevalência, sugerindo diferenças metodológicas e socioculturais.

Em relação à percepção de alguma dificuldade pelo adolescente do estudo, verifica-se que a maioria deles as percebe e as classifica como pequenas. Com relação à cronicidade, verifica-se que 47,2% dos adolescentes referem que essas dificuldades existem por um período maior de um ano, mas que pouco os incomodam. Os adolescentes mencionaram que essas dificuldades atrapalham pouco o seu dia-dia em casa, na amizade e no lazer. A dificuldade que mais perturba o adolescente é a de aprendizagem.

Tais dados são convergentes com aqueles do estudo de Ronning et al (2004) que observaram que 1,5% dos adolescentes relataram menor dificuldade e apenas 0,9% as classificaram como dificuldades graves. Com relação ao tempo em que essas dificuldades existem, os autores verificaram que 42,2% referiram que era superior a um ano. A dificuldade que mais perturbava os adolescentes era também de aprendizagem. Na escala de suplemento de impacto, constataram que 13% foram classificados como anormais. Van Roy et al (2006) observaram que as principais dificuldades referidas pelos adolescentes foram a aprendizagem

e as atividades do dia-dia em casa, constataram também que 11% foram categorizados como desviantes na escala de impacto.

Ainda no que se refere ao resultado da escala de impacto no estudo atual, constatou-se uma taxa de 15% dos adolescentes que referiram apresentar algum sofrimento psíquico. Fleitlich e Goodman (2000) referiram que o índice de relato de sofrimento psíquico variou de 5% a 15%.

Nessa perspectiva, cabe ainda ressaltar que são poucos os estudos que utilizaram a escala de impacto na avaliação da saúde mental do adolescente, mas esta tem um valor fundamental nesse processo para identificar a presença de alterações que requerem encaminhamento e intervenção (FERRIOLLI; MARTURANO; PINTEL, 2007; STRINGARIS; GOODMAN, 2013). Os sintomas muitas vezes podem ser detectados, mas nem todos são percebidos como perturbadores e causadores de sofrimento psíquico que culmina com interferência em suas vidas (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

Quanto ao consumo de drogas, encontrou-se que as drogas mais consumidas no ultimo mês, independentemente do número de vezes em que foi consumida pelos adolescentes do estudo, foram o álcool, a maconha e o tabaco. Salas-Wright et al (2012), ao avaliarem o consumo de drogas no período de 12 meses em adolescentes com idade entre 12 a 17 anos dos EUA, encontraram que as substâncias mais consumidas foram o álcool (30,49 %), o tabaco (19,16%), a maconha (13, 61%) e o uso das demais drogas ilícitas como a cocaína/crack, o ecstasy, o alucinógenos e os inalantes foi inferior a 4%. No presente inquérito, o consumo desse conjunto de drogas ilícitas pelos adolescentes foi de 6,5%.

Mason, Schmidt, Mennis (2012), em sua pesquisa que também avaliou o consumo de drogas em 301 adolescentes, identificaram que a droga mais consumida na vida foi o álcool, seguida pelo tabaco e a maconha, o que corrobora estudos realizados em outras localidades (ERNST et al., 2006; MARSIGLIA et al.,2014).

Atiola, Ayinde, Adeitan (2013), em estudo descritivo, de tipo corte transversal, realizados com 538 estudantes de escolas públicas em Ibadan na Nigéria, por meio da utilização de um instrumento de autorrelato, encontraram que o consumo de drogas nos últimos 12 meses foram de 21,4% para o consumo do álcool e de qualquer outra substância; 11,55% consumiam apenas bebida alcoólica; 7%, tabaco e 1%, maconha. Atiola et al (2014) investigaram uma amostra de 2454 adolescentes de sete países da Ásia, da África e da Europa, e encontraram que quase metade da amostra mencionou consumir álcool e outras drogas. As drogas mais consumidas pelos adolescentes foram o álcool (37,8%), o tabaco (14,5%) e a maconha (8,6%) nos últimos

12 meses. Outro estudo com adolescentes entre 14 a 19 anos constatou que as drogas mais consumidas no período da coleta de dados e durante a vida foi o álcool e o tabaco (BIRHANU; BISETEGN; WOLDEYOHANNES, 2014).

A partir dos resultados apresentados, pode se inferir que o consumo de substância na amostra pesquisada apresenta uma taxa bastante expressiva, uma vez que o consumo foi referido em relação ao último mês. Estudo realizado com adolescentes de diversas etnias com a idade entre 15 a 19 anos, com o objetivo de avaliar o consumo de substâncias psicoativas durante o ultimo mês, encontrou que 44,6% mencionaram consumir bebidas alcoólicas; 26,2 %, tabaco e 17,9% usaram a maconha (OLUMIDE et al., 2014).

Investigação realizada nos municípios de Jacareí e de Diadema-SP com adolescentes observou que a droga mais consumida no último mês entre os adolescentes foi o álcool, em 38,4%; o tabaco, 14,0 % e o uso de drogas ilícitas foi de 6,4% (MALBERGIER et al., 2012). Ainda nesse contexto, Menezes et al (2014) detectaram que o consumo de tabaco e álcool entre adolescentes de 13 a 19 anos nos 30 dias que antecederam a pesquisa, respectivamente, foi de 8,9% e 47%.

A PeNSE, realizada em 2012 com escolares do 9° ano de escolas públicas e privadas do Brasil, detectou que a prevalência de consumo de álcool foi de 26,1%; tabagismo foi de 5,1% e o uso de outras drogas foi de 7,1%. È importante destacar que a pesquisa se refere ao consumo de tabaco e álcool nos últimos 30 dias e, quanto às outras drogas, o questionamento se referia ao uso na vida (MALTA et al.,2014).

Quanto ao consumo de drogas ilícitas entre adolescentes de 15 a 18 anos, Horta et al (2007) encontraram que o consumo da cocaína, da maconha e dos solventes foi de 9%. Silva et al (2007) conduziram uma pesquisa com estudantes do ensino médio das escolas da rede pública da cidade de São José do Rio Preto, SP, e constataram a prevalência de consumo de 1,1% para alucinógeno; 1%, para anfetamina e 0,7%, para o consumo de cocaína e de crack no último mês. Na presente investigação, detectou-se que o consumo de cocaína e de crack foi superior enquanto que o uso de alucinógeno e de anfetamina foi inferior à pesquisa referida anteriormente.

Um aspecto que merece a atenção dos profissionais de saúde, de pais e de gestores do país, além do número relevante de adolescentes que consome álcool e outras drogas, verifica-se que 59,2% e 2,6 % apontam o consumo de analgésicos e tranquilizantes sem a prescrição médica. Com relação ao consumo de tranquilizante estudo conduzido com adolescentes

escolares da cidade de Maceió-AL, observaram uma taxa de 2,5% de uso no último mês (LOPES; REZENDE, 2013).

O consumo de analgésico por adolescentes entre 15 e 16 anos em investigação realizada na Noruega encontrou que 26% da amostra faziam uso deste medicamento diário ou semanalmente no período de quatro semanas. Os adolescentes que faziam uso excessivo desse medicamento apresentavam outras alterações além da dor, baixa autoestima, dormiam pouco, consumiam mais bebidas alcóolicas e faltavam mais à escola (SKARSTEIN et al., 2014). Os sintomas depressivos também contribuíram para o uso de medicamentos sem prescrição em adolescentes, principalmente os tranquilizantes (OBANDO et al., 2004).

O consumo de psicotrópicos na vida, em uma amostra de adolescentes, foi de 5,5% e está relacionado à cultura familiar de automedicação; à pronta prescrição de medicamentos pelos profissionais; à disponibilidade desses medicamentos e ao déficit de conhecimento sobre o prejuízo de seu uso de forma indiscriminada (MORIHISA; BARROSO; SCIVOLETTO, 2007). Realizar atividades educativas entre os adolescentes para prevenir o consumo desses medicamentos deve, portanto, ser incluída na agenda de promoção de saúde no contexto escolar (DAL PIZZOL et al., 2006). Assim, intervenções que aumentam a capacidade dos adolescentes de lidar com eventos estressantes da vida e pressões emocionais poderão minimizar o uso desses medicamentos (SKARSTEIN et al., 2014).

O presente atual confirma que o consumo de álcool entre os adolescentes é uma realidade convergente com vários outros estudos nacionais e internacionais. Pesquisa sobre o comportamento de risco de adolescentes escolares na Flórida detectou que 39,8% destes consumiram álcool no último mês (PELEG-OREN et al., 2013). Outro estudo epidemiológico transversal conduzido na Argentina com adolescentes escolares entre 13 e 15 anos de idade, os quais preencheram um questionário de autorrelato, detectou que 51,9% dos participantes informaram consumir álcool no último mês (PIEROBON et al., 2013).

Estudo epidemiológico de corte transversal com adolescentes escolares de Cuiabá/Mato Grosso, cursando o primeiro ano do ensino médio, detectou que 49,5% dos participantes fizeram uso de bebida alcóolica (JESUS et al., 2011). Dado semelhante foi encontrado na atual pesquisa. Contudo, estudos ainda realizados no Brasil com uma amostra representativa de adolescentes constataram um consumo inferior de álcool no último mês; 23% na cidade de Pelotas-RS e 27,3%, para o conjunto das capitais brasileiras e DF (STRAUCH et al., 2009; MALTA et al., 2011). Outra pesquisa foi realizada com adolescentes adscritos em uma unidade de ESF no município de Curitiba-Paraná, e identificou que 28,6% dos entrevistados consumiam

álcool e, destes, 10% faziam o consumo abusivo e nocivo da substância (ROZIN; ZAGONEL, 2013).

Em relação ao padrão do consumo de drogas, verifica-se neste estudo que a substância mais consumida foi o álcool. Constatou-se que 26% referiram que o consumo dessa substância ocorreu entre 1 a 2 vezes no último mês. Chisolm (2014) encontrou que 12% dos adolescentes dos EUA entre 14 a 19 anos relataram beber pelo menos uma vez por mês. O consumo do álcool uma vez por mês também predominou em estudo com adolescentes mexicanos (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009).

O I Levantamento Nacional sobre o Consumo de Álcool na população brasileira observou que 35 % dos adolescentes de 14 a 17 anos consomem bebidas alcoólicas ao menos uma vez ao ano e 24% bebem pelo menos uma vez ao mês (LARANJEIRA et al., 2007). Destaca-se que o consumo de bebidas alcoólicas, mesmo que seja uma vez ao mês, é considerado um comportamento de risco (SANCHEZ et al., 2011).

O resultado do estudo atual observou que 7,4% dos adolescentes ingerem bebida alcoólica mais de 20 vezes ao mês. O uso pesado dessa substância por adolescentes é retratado na literatura, uma vez que pesquisa com esse grupo detectou que 11,9% consumiam mais de 20 vezes ao mês (SOLDERA et al., 2004).

Apesar de o consumo do álcool ser referido por um número significante de adolescentes do estudo (44,2%), apenas 3,4% consideraram essa droga como predileta, o que difere do resultado encontrado no estudo de Frade et al (2013), o qual detectou que 30% dos adolescentes relataram que o álcool é a droga predileta.

Lopes e Rezende (2013) e Olumide et al (2014) referem que maior consumo de bebidas alcoólicas na adolescência ocorre pela sua disponibilidade, associado ao fato da crença de que o álcool não é uma droga (VIEIRA et al., 2008; MIOZZO et al., 2013), está vinculada à mídia, à sedução e ao sucesso profissional (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009)

Deve-se levar em conta também que as primeiras experiências de oferta e do ambiente de consumo do álcool entre os adolescentes são com os familiares e com o grupo de pares (ALMEIDA et al., 2014). Esses resultados não diferem dos encontrados em estudos internacionais, como na Austrália onde foi encontrado que, de 55% dos participantes que relataram o consumo dessa substância, 34% informaram que havia sido oferecida pelos pais e 20%, pelos amigos (ROWLAND et al., 2014).

Outro fato que merece destaque é a influência da mídia que pode fortalecer o consumo de bebida alcoólica. Realizou-se investigação com 390 filmes produzidos entre 1980 a 2010, com

o objetivo de avaliar a presença de uma personagem que se envolvia com o consumo de álcool, de cigarro e com comportamento violento e de risco. Foi constatado que 90% da amostra dos filmes tinham uma personagem que se envolvia com comportamento de risco independentemente da sua classificação ou não para maiores de 12 anos, sendo que o ato violento estava associado ao consumo de álcool (BLEAKLEY; ROMER; JAMIESON, 2014).

Um novo estudo que analisou e comparou os filmes produzidos no Brasil, no México, na Argentina e nos EUA, classificados para o público jovem, entre 2002 a 2005 e entre 2006 a 2009, detectou um aumento significativo de imagens com o consumo moderado ou extremo de álcool (THRASHER et al.,2014). Pesquisa realizada no Brasil, em São Bernardo do Campo-SP, com 133 adolescentes de 14 a 17 anos, investigou a relação entre o grau de apreciação das propagandas de cerveja, a exposição a estas e o consumo de bebida alcoólica. Seus resultados mostraram que 82,7% já haviam experimentado uma bebida alcoólica, e destes, 79% já haviam assistido pelo menos uma das 32 propagandas (VENDRAME et al., 2009).

Esses dados também são evidentes em uma pesquisa que teve como objetivo analisar a propaganda de álcool no Facebook, no Youtube e no Twitter, em que se detectou que muitos adolescentes podem ter acesso aos conteúdos relacionados à comercialização do álcool (WINPENNY; MARTEAU; NOLTE, 2014). Desse modo, faz-se necessário o desenvolvimento de política que restrinja o retrato do consumo dessa substância na mídia (VENDRAME et al., 2009; THRASHER et al., 2014).

Apesar de ser uma droga lícita, o consumo do álcool é um problema de saúde de pública. Outro fato que a literatura ressalta é a sequência da progressão do uso de drogas. Os adolescentes iniciam o consumo com substâncias lícitas (álcool e tabaco) e posteriormente fazem o uso de drogas ilícitas (maconha e outras) (MORIHISA; BARROSO; SCIVOLETTO, 2007).

Os autores ainda fazem uma ressalva de que toda essa problemática em torno do consumo de álcool em adolescentes está relacionada à falha do poder público que fiscalize comércio e o consumo dessa substância por menores de 18 anos e à própria tolerância da sociedade em relação ao álcool (COSTA et al., 2007; PRATTA, SANTOS; 2013). Partindo desse pressuposto, estudo conduzido em Minas Gerais encontrou que uma grande parcela de adolescentes que tentaram comprar bebidas alcoólicas referiram ter conseguido (REIS; OLIVEIRA, 2015).

A maconha (8,2%) e o tabaco (6,0%) foram as drogas mais consumidas depois do álcool entre os adolescentes do estudo. Silva, Soares e Oliveira (2014) encontraram um consumo de

6,6% para o cigarro e 2,4%, para a maconha, no último mês, em investigação com adolescentes de Aracaju–SE. Em Belo Horizonte, estudo conduzido com adolescentes escolares, verificou-se que 7,4% dos adolescentes referiram usar maconha na vida (SILVA-OLIVEIRA et al., 2014).

Como se pode observar a partir dos resultados encontrados nesta pesquisa e na literatura investigada que o consumo de drogas é uma realidade dos adolescentes brasileiros mesmo em municípios com uma população pequena, uma vez que se detectou que 25,2% são considerados usuários de drogas; 16,7%, de substâncias lícitas e 8,5%, de substâncias ilícitas e/ou lícitas.

Outra questão avaliada no presente estudo foram os problemas que os adolescentes enfrentam em seu cotidiano. Nesse sentido, 73,6% da amostra tiveram uma pontuação acima de 15% para densidade global de problemas. A literatura refere que uma densidade global acima de 15% representa perturbações significativas na vida do adolescente (NDETEI et al., 2009).

Estudo realizado com adolescentes da cidade de Nairobi, no Quênia, detectou que 72,7% da amostra apresentaram valores superiores a 15% na DG (NDETEI et al.,2009). Ainda neste estudo, verifica-se que a densidade absoluta e relativa corrigida teve média menor para o trabalho (DA=8,5 e DRC=1,2) e média maior para os problemas relacionados a atividade de lazer e de recreação (DA=39,7 e DRC=11,0) e a problemas de comportamento (DA=35,6 e DRC=17,2).

Dados epidemiológicos de uma pesquisa nacional com adolescentes adscritos em uma ESF do município de Divinópolis-MG, com idade entre 10 a 19 anos, encontrou que, em ambas as densidades, o menor problema foi o trabalho, e as áreas de maior intensidade de problemas foram as atividades de lazer e de recreação, de competência social e de problemas comportamentais (FERREIRA; MACHADO, 2013). Esses dados são bastante semelhantes aos da presente investigação, uma vez que a participação no trabalho foi à área com média menor; as áreas com maior alteração foram o lazer e o comportamento.

É valido salientar que uma parcela de 17,8% de adolescentes do estudo referem trabalhar, o que justifica menor média em ambas as densidades relacionadas a esse domínio. Estudo realizado com adolescentes com problema jurídico e outro grupo sem, verificou também que o problema com média menor foi o trabalho, contudo a média foi mais alta do que o presente estudo, variando de 17,8 para o sexo masculino e 17,4, para o sexo feminino, em adolescentes que não apresentaram problemas com a lei (TARTER et al., 2011).

Da mesma forma, pode-se inferir que na adolescência são poucas as atividades de lazer e de recreação o que contribui para esse resultado. Quanto à atividade de lazer e suas relações,

serão discutidas posteriormente, cabendo aqui apenas sinalizar a frequência de ocorrência dessa condição na vida dos adolescentes.

Cabe ainda refletir em relação aos problemas comportamentais que se apresentaram como uma das principais alterações enfrentadas pelos adolescentes. Benvegnu et al (2005) evidenciaram que, em uma amostra de adolescentes residentes em Pelotas-RS, 13,5% exibiram problemas comportamentais. Estudo conduzido com adolescentes de 13 a 18 anos dos EUA constatou que os problemas comportamentais foram uma das alterações na saúde mental mais evidente (MERIKANGAS, et al., 2010). A literatura refere que os problemas externalizantes são facilmente evidenciados (ROCHA; FERRARI; SILVARES, 2011), o que pode ter contribuído para os resultados do estudo.

Spear (2000) ressalta que as mudanças na maturação do cérebro dos adolescentes são responsáveis por características comportamentais dessa população, sendo que uma delas diz respeito à impulsividade traduzida por um agir sem pensar nas consequências (ALMEIDA et al., 2014). A adolescência constitui em si mesmo um período de estresse psicossocial e, somado à aproximação aos pares, marcam este período de busca por autonomia, distanciamento dos pais e fortalecimento da individualidade (COSTA; MOTA, 2012). O processo de desenvolvimento é tão complexo e dependente de tantos fatores que assumir que um determinado comportamento é normal ou não exige que se faça análise não apenas dele mesmo, mas do contexto onde se expressa (OMS, 2001).

Assim, os problemas vivenciados pelos adolescentes se tornam complexos, uma vez que os problemas se inter-relacionam. Em outras palavras, além das alterações comportamentais, emocionais, da hiperatividade, da carência de atividades lazer e de recreação, o consumo de drogas em alguns casos, associa-se também ao fato de que a interpretação equivocada dos pais frente a tais alterações favorece a presença de conflitos entre o adolescente e sua família.

Todo esse processo vivido pelo adolescente colabora para que a maioria categorize o suporte familiar no domínio autonomia, no afetivo-consistente e no escore total como baixo e médio-baixo. Apenas o domínio adaptação familiar foi mais bem categorizado pelos participantes. Portanto, os adolescentes do estudo percebem que na relação familiar existe pouco interesse; proximidade; acolhimento; comunicação; interação; empatia; clareza nas regras; confiança, liberdade e privacidade. Contudo, na relação familiar, há pouca ou nenhuma raiva, isolamento, sentimentos de vergonha e agressão (BAPTISTA; SOUZA; ALVES, 2008).

Salienta-se que investigação conduzida com adolescentes do ensino médio da cidade de Campinas - SP, em relação ao presente estudo, encontrou média mais alta para o domínio

afetivo-consistente, semelhança para a adaptação e mais baixa para autonomia familiar (VENTURA; NORONHA, 2014). Pode-se inferir que a avaliação do suporte familiar como médio baixo e baixo pode ser decorrente da própria fase em que o adolescente está vivendo.

No estudo atual, detectou-se uma associação positiva entre o consumo de drogas e o sexo; a faixa etária; os pais viverem juntos; com quem o adolescente vive; estudar e a defasagem escolar. Observou-se que o consumo de drogas lícitas e ilícitas e/ou lícitas foi maior no sexo masculino; com faixa etária entre 15 a 17 anos; em adolescentes em que os pais não vivem juntos; não estudam e apresentam defasagem série-ano. Constatou-se que os adolescentes que vivem com apenas um dos pais têm maior probabilidade de se envolver com drogas lícitas e os adolescentes que vivem com outros familiares têm uma chance maior de se envolver com drogas ilícitas e/ou lícitas.

No que se refere ao sexo, encontrou-se que existem estudos no cenário internacional e nacional que retratam não existir diferença de sexo em relação ao consumo de drogas (DE MICHELI; FORMIGONI, 2000; SCHWINN; SCHINKE; TRENT, 2010; BRANSTETTER; LOW; FURMAN, 2011; MALBERGIER et al., 2012; FRADE et al., 2013). Contudo, há estudos que corroboram os resultados do atual inquérito, uma vez que há relatos na literatura sobre diferenças estatísticas significantes quanto ao consumo de drogas entre adolescentes do sexo masculino e feminino. Em geral, os estudos apontam para maior consumo entre indivíduos do sexo masculino (GUIMARÃES et al., 2004; HAAS et al., 2004; BEZERRA et al., 2009; CARVALHO et al, 2011b; MADRUGA et al., 2012).

Verifica-se, em estudo epidemiológico conduzido com adolescentes de cinco países diferentes, o consumo de álcool foi maior entre os adolescentes do sexo masculino em todos os países. O que não difere em relação ao tabaco em Joanesburgo-África do Sul e Xangai-China (OLUMIDE et al., 2014), o que vem ao encontro dos resultados de uma investigação com adolescentes entre 14 a 19 anos, em que indivíduos do sexo masculino eram 1,52 vezes mais propensos para o consumo de álcool e tabaco (BIRHANU; BISETEGN; WOLDEYOHANNES, 2014). Porém, estudo conduzido com adolescentes do Chile encontrou que os homens eram mais propensos a relatar maior consumo de álcool e o consumo em excesso, enquanto que os adolescentes do sexo feminino relataram maior predisposição a ser fumante (MASON-JONES; CABIESES, 2015).

Marsiglia et al (2014) constataram, em relação ao consumo de álcool, de cigarro e de maconha, que a única droga que apresentou associação significativa foi a maconha, com maior uso na vida para os adolescentes do sexo masculino. Outro estudo com adolescentes da Suécia

encontrou que o tabagismo era mais comum no sexo feminino e o consumo de drogas ilícitas no sexo masculino (ÂSLUND; NILSSON; 2013). Van Gastel et al (2013) encontraram que ser adolescente do sexo masculino, mais velho, que vive separado de um dos pais ou de ambos eram fatores de risco para o consumo de maconha.

Pesquisa realizada no contexto nacional em escolas brasileiras detectou consumo de álcool mais elevado entre as meninas (MORENO; VENTURA; BRÊTAS, 2010; PRATTA; SANTOS, 2013; MALTA et al., 2014) e de outras drogas entre os meninos (MALTA et al.,2014). A mesma prevalência para o consumo de álcool e de tabaco foi encontrada para ambos os sexos, contudo os meninos consumiam a maconha quase duas vezes mais que as meninas, em uma amostra representativa de adolescentes da cidade de Aracaju-SE (SILVA; SOARES; OLIVEIRA, 2014). Ainda no contexto nacional, estudo conduzido com adolescentes em Florianópolis detectou diferença estatística entre o sexo e o consumo de álcool e de maconha, sendo que o consumo foi maior no sexo masculino para ambas as substâncias (GIACOMOZZI et al., 2012). Sanchez et al (2011) e Morrison; Smith; Akers (2014) observaram também que o consumo de álcool foi maior em adolescentes do sexo masculino, o que se mostrou associação significante.

Tal condição pode ser explicada pelas questões biológicas e sociais construídas, pela própria impulsividade do sexo masculino, além do baixo monitoramento dos pais e do relacionamento com amigos desviantes (HAAS et al., 2004; ASPY et al., 2014).

Embora haja diferenças entre adolescentes do sexo masculino e do sexo feminino, o consumo de drogas segue uma tendência social de aumento do consumo para ambos os sexos (VIEIRA et al., 2008; MALBERGIER et al., 2012; ASPY et al., 2014). A literatura aponta, que apesar de as adolescentes do sexo feminino iniciarem o consumo de substâncias psicoativas mais tarde, a progressão para a dependência é mais rápida que no sexo masculino (SCHINKE; FANG; COLE, 2008). Essa tendência também é justificada pelo fato de que os adolescentes fazem parte de um grupo e assim adotam os mesmos comportamentos (VIEIRA et al., 2008).

O final da adolescência está associado a maior consumo de drogas lícitas e ilícitas, na presente investigação. Merikangas et al (2010) evidenciaram que os adolescentes americanos tinham uma progressão para o consumo de drogas depois dos 15 anos. Na Espanha, estudo com adolescentes entre 15 e 19 anos também encontrou que o consumo de drogas é maior no final da adolescência (SCALESE et al., 2014). Estudo conduzido no cenário nacional pela PeNSE encontrou que o consumo de drogas lícitas e ilícitas é maior em maiores de 16 anos (HORTA et al., 2014; MALTA et al., 2014), o que corrobora os dados de investigação realizada com

adolescentes de 41 municípios de MG, com base na pesquisa de avaliação do PEAS, uma vez que constatou que a proporção de adolescentes que referiam consumir, às vezes ou sempre, independentemente do tipo de substância, foi mais elevada na faixa etária de 15 a 19 anos (BERTONI et al., 2009).

Malbergier et al (2012), Mason, Schmidt, Mennis (2012) também encontraram que na adolescência tardia eles tendem a consumir mais drogas lícitas e ilícitas. Frade et al (2013), detectaram que o consumo de drogas após os 16 anos é mais de onze vezes superior que na faixa etária entre 11 a 13 anos. Nesse momento, o consumo de substâncias psicoativas serve como um "rito de passagem" (FRADE et al., 2013), e que também funciona como uma fonte de socialização (PRATTA; SANTOS, 2012; CARDOSO; MALBERGIER, 2013), e de aprovação e autoafirmação dos pares (SILVA-OLIVEIRA et al., 20014).

No estudo atual, a classe econômica e a variável trabalhar não mostraram estar associadas ao consumo de drogas, embora percentual de consumo seja maior nas classes C e D, e os adolescentes que trabalhavam referiram maior consumo de drogas lícitas. Pratta, Santos et al (2007a) detectaram um consumo maior de substâncias psicoativas em adolescentes da classe C, principalmente de drogas lícitas. Em estudo realizado por Vieira et al (2008), em adolescentes escolares, não foi encontrada diferença significativa entre o consumo e a classe econômica. Os autores fazem uma observação de que esse resultado pode ser explicado pelo fato de não ter nenhum adolescente da amostra pertencente ao estrato social A, o que difere do presente estudo.

Com relação à atividade laboral e ao consumo de drogas, estudo conduzido no Brasil detectou que os adolescentes que trabalhavam apresentaram 2,2 vezes mais chances de consumir álcool (SOLDERA et al., 2004). Outro estudo, realizado em Passos-MG, também observou que os adolescentes que trabalhavam tiveram 1,36 vezes mais chances para o consumo de bebidas alcoólicas (CAMPOS et al, 2011). Os autores Soldera et al (2004) justificaram que esse resultado pode ser decorrência do estresse do trabalho, do próprio recurso financeiro para comprar a bebida e da socialização. Estudo desenvolvido pela PeNSE detectou que os adolescentes que trabalhavam apresentaram maior frequência para o consumo de drogas lícitas e ilícitas (GIATTI et al., 2014), o que está relacionada a independência financeira facilitando o processo de compra (DIETZ et al., 2011). Pode-se aventar a hipótese de que o consumo de drogas lícitas é maior nos adolescentes que exercem atividade laboral pelas mesmas condições já ressaltadas na literatura.

Pais viverem juntos e viver com ambos os pais foi um fator protetor para o consumo de drogas, o que é confirmado pela literatura que viver com um dos pais contribui para a prevenção

do consumo de drogas (MALTA et al., 2014). Os filhos de pais separados referiram maior consumo de drogas, em decorrência da alteração do bem-estar pelas brigas e pela infelicidade conjugal anterior à separação (TAVARES; BÉRIA; LIMA, 2004).

Não morar com a mãe foi uma variável que se associou significativamente com beber pesado, independentemente de os pais estarem ou não vivendo juntos, uma vez que as mães têm mais controle das ações dos adolescentes e aqueles que não vivem com mãe podem ser menos disciplinados (SANCHEZ et al., 2011).

Ter uma família nuclear intacta está relacionado o menor consumo de álcool (RÜÜTEL et al., 2014; EWING et al., 2015). Viver com ambos os pais é um dos mecanismos de proteção ao uso de substâncias psicoativas pelo apoio nesse processo do adolescer (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009; SCALESE et al., 2014). Não viver com pai ou com mãe aumentou 2,4 vezes a probabilidade de se envolver com drogas ilícitas (CARDOSO; MALBERGIER, 2013).

Famílias monoparentais podem aumentar as vulnerabilidades dos adolescentes ao uso de drogas lícitas e ilícitas em decorrência de poder haver em seu funcionamento menor nível de vigilância e de monitoramento destes (HEMOVICH; LAC; CRANO, 2011). Quando os pais exercem constante supervisão, os filhos tendem a ser menos propensos ao envolvimento com drogas (LOPES-QUINTERO; NEUMARK, 2015).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas foi mais comum entre os participantes que não estão inseridos em uma rede de ensino, o que vem sendo reportado pela literatura que aponta taxas maiores em relação ao grupo que estava na escola (HORTA et al., 2007; BYCK et al., 2013). Horta et al (2007) ainda chamam a atenção para a exclusão dos adolescentes em relação às políticas preventivas frente ao consumo de drogas para os que não estão inseridos na rede de ensino.

Os adolescentes que apresentaram defasagem escolar tiveram maior risco de consumir drogas, sendo 2,29 vezes mais chances de consumir drogas lícitas e 4,48 mais chances de consumir de drogas ilícitas e ou lícitas, o que já vem sendo descrito na literatura (TEIXEIRA et al., 2009). Os adolescentes que consumiram drogas, independentemente de quais substâncias, apresentaram maiores problemas escolares (CARDOSO; MALBERGIER, 2014a; BIRHANU; BISETEGN; WOLDEYOHANNES, 2014; ATIOLA et al., 2014). A reprovação escolar aumentou 2,3 vezes mais chances de consumir drogas (CARDOSO; MALBERGIER, 2013).

Já foi descrito sobre a importância de os adolescentes estarem inseridos em uma rede de ensino, uma vez que a escola é um lugar privilegiado onde várias são as iniciativas para a promoção da saúde, que são fundamentais para o processo do adolescer saudável. A escola é

um local que pode contribuir para a interação entre pares da mesma idade e com características mais normativas, assim mantém o adolescente fora do contexto de risco (BENJET et al., 2012). A escola pode contribuir para a promoção de fatores protetivos e para a detecção de riscos e para a redução de agravos psicossociais a essa população, e ainda auxilia no desenvolvimento dos princípios de autonomia e de emancipação (BRASIL, 2014). Um contraponto importante é que apenas a inclusão do adolescente na escola não o exclui da vulnerabilidade para o consumo de drogas, mas pode contribuir para a prevenção de vários problemas associados a esse período.

Estudo conduzido com adolescentes colombianos observou que aqueles que foram incluídos em um programa de prevenção do uso de drogas no contexto escolar apresentaram maior resistência ao consumo de drogas (LOPES-QUINTERO; NEUMARK, 2015).

Os resultados demonstram que ter uma filiação religiosa, praticar a religião e participar de um grupo religioso foram fatores protetores para o consumo de drogas, o que não difere de outros estudos que encontraram que a religiosidade e a participação religiosa dos adolescentes estão associadas a comportamentos mais saúdaveis e menos arriscados como o consumo de drogas (DALGALARRONDO et al., 2004; SINHA; CNAAN; GELLES, 2007; MELLOR; FREEBORN, 2011; SALAS-WRIGHT et al., 2012; PITEL et al., 2012; BIRHANU; BISETEGN; WOLDEYOHANNES, 2014). Ter pouca confiança em Deus esteve associado ao consumo de beber pesado em adolescentes (SANCHEZ et al., 2011).

Outro fato que merece destaque é que no presente estudo observaram-se diferentes filiações religiosas. Contudo, o importante é o adolescente estar filiado a uma religião, uma vez que o benefício na prevenção do uso e do abuso de drogas foi positivo entre aqueles envolvidos com uma religião, independentemente de qual (BEZERRA et al., 2009; FELIPE; CARVALHO; ANDRADE, 2015).

Ao lado da importância de ter uma filiação religiosa, praticar a religião e participar de um grupo religioso colaboram para que os adolescentes se envolvam com outros que compartilham as mesmas crenças e ideais (BRECHTING; GIANCOLA, 2006; FORD; HILL, 2012). A religiosidade está correlacionada indiretamente com o uso de substância sendo mediada pelo autocontrole do adolescente e pela rejeição a atitudes desviantes (WALKER et al., 2007). Acredita-se que a religiosidade promova no adolescente recursos pessoais e os exponha a maior controle social que inibe o uso dessas substâncias (BUTTON et al., 2010; MELLOR; FREEBORN, 2011).

A demanda em saúde mental nesta investigação apresentou diferença estatisticamente significante entre o sexo e o escore total de dificuldades, os problemas emocionais e a escala

de impacto. Apesar de não ter tido associação significativa com os demais problemas, verifica-se um percentual maior de alterações no sexo feminino, com exceção aos problemas de comportamento pró-social e de hiperatividade que foram mais evidentes no sexo masculino.

Há relatos na literatura enfocando que a saúde mental se apresenta diferenciada entre os sexos; as garotas normalmente classificam sua saúde mental significativamente pior que os garotos (REDDY; BISWAS; RAO, 2011; HUTTON et al., 2014; KLANSCEK et al., 2014). Tais diferenças na autoavaliação podem ser justificadas por fatores biológicos, genéticos, hormonais, reatividade endócrina ao estresse; traços de personalidade e fatores psicossociais e socioculturais (GRANT; WEISSMAN, 2009).

Ronning et al (2004) e Giannakopoulos et al (2009) também encontraram associação entre sexo e saúde mental, sendo que as adolescentes apresentavam maior índice de problemas emocionais e melhor nível de funcionamento pró-social. Ronning et al (2004) ainda observaram que os meninos relataram um nível mais elevado de problemas relacionados com os amigos, de hiperatividade e de conduta. Os autores não encontraram diferença entre o sexo, a idade e a escala de impacto. Ainda nessa direção, Van Roy et al (2006) observaram uma associação estatisticamente significante entre o sexo e a escala de impacto, sendo que o sexo feminino apresentou maior alteração em relação a esse domínio.

Os problemas emocionais também estiveram associados significativamente com o sexo feminino (VAN ROY et al., 2006; YAO et al.,2009; MURIS et al., 2011; MOHAMMADI et al., 2013; ATIOLA et al., 2013; CARVALHO; MATOS, 2014), enquanto o sexo masculino apresentou maiores porcentagem para problemas de conduta e de relacionamento com os pares (YAO et al.,2009), o que difere dos dados encontrados em estudo conduzido com adolescentes da Zâmbia, uma vez que não detectaram diferença significativa entre o sexo e a pontuação total do SDQ, problemas emocionais, hiperatividade e problemas de relacionamento com os amigos. Contudo, observaram que os garotos apresentavam maiores escores na escala de comportamento pró-social, indicado mais comportamento positivo, e as garotas maiores escores para os problemas de conduta, sendo estatisticamente significantes (MENON,2014).

Yao et al (2009) encontraram no início da adolescência (11 a 14 anos) a presença de escores significativamente mais baixos para hiperatividade, para comportamento pró-social e maior pontuação paras os problemas de relacionamento com os pares que na adolescência tardia (15 a 18 anos). O estudo Singh et al (2015) detectou que os adolescentes indianos de 12 a 14 anos relataram maiores escores de dificuldades no SDQ e menor pontuação para o comportamento pró-social do que os adolescentes mais velhos. Wang, Liu e Wang (2014)

encontraram que no período entre 15 a 18 anos as alterações comportamentais e emocionais são mais evidentes.

Investigação realizada com adolescentes holandeses encontrou que as meninas classificaram a sua saúde mental como mais pobre ou moderada em relação ao sexo masculino, e que adolescentes mais velhos apresentavam mais alterações na saúde mental (THEUNISSEN; JANSEN; VAN GESTEL, 2011). Os resultados apurados nesta pesquisa não mostraram diferença estatisticamente significante entre as alterações na saúde mental e a faixa etária. Há que se comentar que se detectou maior prevalência de alterações entre os adolescentes mais velhos, exceto em relação aos problemas de conduta e à escala de impacto que foram mais evidentes entre os adolescentes mais jovens.

Outro estudo revelou que as meninas apresentaram maior alteração no comportamento pró-social e emocional, além de que os problemas emocionais aumentavam com a idade no sexo feminino. Os adolescentes mais velhos (15 a 17 anos), independentemente do sexo relataram mais problemas de hiperatividade e de conduta (GIANNAKOPOULOS et al., 2009).

Arman et al (2012), que avaliaram a saúde mental de crianças e adolescentes do Iran reportados pelos pais, concluíram que os problemas emocionais foram mais frequentes entres as adolescentes, enquanto que a anormalidade relativa à escala de impacto teve índice semelhante para ambos os sexos. Reforçam que os problemas de impacto tiveram associação significativa com a idade mais elevada, e que as alterações na saúde mental nessa idade causam mais sofrimento pessoal. Tal resultado diverge daquele encontrado no presente estudo.

Pode-se inferir com os resultados encontrados no presente estudo e pela literatura apresentada que os problemas emocionais são mais evidentes no sexo feminino, e que a adolescência tardia apresenta maiores alterações na saúde mental. As adolescentes do sexo feminino compõem um grupo vulnerável para as alterações psicológicas, em decorrência das diferenças hormonais e dos aspectos culturais (GORDIA et al., 2010).

Estudo conduzido com adolescentes entre 15 a 20 anos do Chile constatou que o sexo feminino era mais propenso a relatar menos satisfação com a vida, e se sentir sempre ou quase sempre deprimido e muito ansioso. Assim, ser do sexo feminino foi associado a sinais e a sintomas autorreferidos de depressão (MASON-JONES; CABIESES, 2015). Carvalho et al (2011a) apontam que as adolescentes têm maior facilidade para reconhecerem os sentimentos de solidão, de tristeza ou de desesperança. Esses dados podem justificar a quantidade maior de adolescentes do sexo feminino no estudo atual que apresentaram maiores escores no total de dificuldades, problemas emocionais e alteração na escala de impacto.

Na investigação atual, observou-se associação entre o escore total de dificuldades, comportamento pró-social, problemas de conduta e a escala de impacto em adolescentes cujos pais não estão juntos. Viver com outro membro familiar contribuiu para maior ocorrência de classificação anormal para todas as alterações avaliadas pelo SDQ. Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014), em uma revisão sistemática da literatura, observou uma associação entre alterações na saúde mental e a variável morar apenas com um dos pais ou com nenhum.

O divórcio dos pais foi um fator de risco para alteração na saúde mental de adolescentes (BANNINK et al., 2013), o que é confirmado também em um estudo longitudinal com adolescentes, o qual detectou que o divórcio precoce dos pais foi associado a problemas internalizantes e externalizantes (ZERATSION et al., 2013).

Os adolescentes do estudo que não estão inseridos em uma rede de ensino apresentaram maiores índices de alterações na escala de hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas, no total de dificuldades e na escala de impacto. Byck et al (2013) encontraram que adolescentes que não estão frequentando a escola ou que já haviam concluído o programa regular da escola exibiram maior prevalência para problemas de conduta, para problemas de internalização e externalização, exceto para a depressão.

Na presente investigação, além da exclusão do ambiente escolar, observou-se que a defasagem escolar também foi um fator preditivo para alterações na saúde mental do adolescente, com exceção do comportamento pró-social e dos problemas emocionais, o que vem ao encontro dos resultados do estudo de Tempelaar et al (2014) que constataram que o atraso escolar é um indicador de risco para problema na saúde mental. Benetti et al (2010) salientam que essa problemática são situações graves no processo de individualização e de socialização do adolescente.

Quanto ao estrato socioeconômico observou-se associação significante com a hiperatividade, sendo que um número maior de adolescentes classificados como anormais eram pertencentes aos estratos C e D. Klanscek et al (2014) detectaram que a posição econômica mais baixa foi fator de risco para a alteração na saúde mental em adolescentes da Eslôvenia. Por outro lado, Merikangas et al (2010) não constataram essa associação em estudo realizado com adolescentes dos Estados Unidos.

Quando analisada a relação entre saúde mental e atividade laboral, não se observou associação significativa. Tal resultado é diferente de investigação conduzida por Carvalho et al (2011a), o qual detectou que o trabalho foi identificado como fator negativo para a saúde mental, expressa por sentimentos de tristeza e de ideação suicida. Giatti et al (2014) também

encontraram associação entre essas variáveis, com maiores índices de se sentir sozinho, de dificuldade de dormir, de menor chance de ter amigos e de realizar atividades de lazer. A diferença entre os dados atuais e a literatura pode ser decorrente do componente metodológico, uma vez que o SDQ não avalia os aspectos relacionados à ideação suicida e ao sono. A literatura vem reforçar que algumas alterações na saúde mental podem não ser capturadas pelo SDQ como desordens alimentares, transtorno invasivo do desenvolvimento e consumo de drogas (ATIOLA et al., 2013).

Ainda, estudo conduzido com mães de adolescentes trabalhadores entre 10 a 17 anos, utilizando como instrumento o CBCL (Child Behavior checklist), evidenciou que os problemas comportamentais eram 2,7 vezes mais frequentes no grupo de adolescentes com idade entre 10 a 13 anos, que trabalhavam. Contudo, para os adolescentes entre 14 a 17 anos, trabalhar foi identificado como fator protetor para a saúde mental. Os autores justificam esse resultado, argumentando que o trabalho significa ascensão, à vida econômica e o desenvolvimento de habilidades e de experiências e também um viés de seleção, pois os adolescentes com alterações comportamentais teriam dificuldade de entrar no mercado de trabalho (BENVEGNU et al., 2005).

A esse respeito, em um estudo qualitativo com adolescentes que frequentavam curso profissionalizante, encontrou-se que os adolescentes vislumbravam no trabalho a felicidade e um caminho para uma vida melhor (SARRIERA et al., 2001). Tais achados nos conduzem a refletir sobre o fato de que os adolescentes que estão exercendo uma atividade laboral apresentam maior segurança e autonomia, o que contribui para o seu bem-estar.

A religiosidade já foi descrita como um fator protetor para o consumo de drogas em adolescentes, o que não difere em relação à saúde mental, uma vez que se constatou que os adolescentes os quais referem acreditar em Deus, ter uma filiação religiosa, praticar a religião e rezar ou orar em situações-problema, apresentaram menor pontuação para a classificação limítrofe e anormal em todas as escalas do SDQ.

Esses dados estão em concordância com a literatura, ao referirem que a presença da oração, de práticas e de rituais religiosos estão associados ao melhor controle dos impulsos, da raiva, do estresse e da agressão, além de contribuir para que os conflitos da adolescência sejam superados (PAJEVIC; HASANOVIC; DELIC, 2007). Participar ativamente da igreja e apresentar maiores crenças religiosas permite um mecanismo mais saudável no adolescente e mais eficiente de autocontrole, ajuda no crescimento, no desenvolvimento e na socialização, modela o comportamento pró-social, proporcionando uma melhor saúde mental (MOLOCK et

al., 2006; PAJEVIC; HASANOVIC; DELIC, 2007; SALAS-WRIGHT; VAUGHN; MAYNARD, 2014).

Na amostra investigada, a densidade global de problemas enfrentados na vida mostrou-se bastante semelhante com relação à análise bivariada da alteração na saúde mental e às questões socioeconômicas que envolvem o adolescente. Verificou-se associação significante com a classe econômica, os pais viverem juntos, com quem o adolescente vive, estudar, defasagem escolar, e praticar a religião. Observa-se que a média e a mediana são superiores para os adolescentes mais velhos, pertencentes aos estratos econômicos C e D, pais não viverem juntos, não vivem com os pais, não estudam e que apresentam defasagem escolar.

O sexo não apresentou associação com a densidade global e os problemas do adolescente, mas a média de problemas é superior para o sexo feminino. Tarter et al (2011) encontram que a densidade global dos problemas foi estatisticamente, com média maior para as meninas.

Quanto à percepção do suporte familiar, não existe associação estatística com relação a variável sexo. Pesquisa realizada com participantes entre 8 a 17 anos constatou diferença entre os sexos e a dimensão autonomia, sendo que o sexo masculino apresentou maior percepção nesse domínio (BAPTISTA; CREMASCO, 2013).

Na pesquisa atual, observou associação entre a faixa etária e o domínio autonomia, sendo que a os adolescentes mais jovens (12 a 14 anos) têm 2,4 vezes mais chances de classificaram esse domínio como baixo. Assim, os adolescentes mais jovens sentem que têm pouca liberdade e autonomia para realizar suas atividades, vestir-se como quiserem e têm pouca privacidade. Cabe ressaltar que a autonomia é desenvolvida gradualmente e se consolida na adolescência intermediária, sendo esta a capacidade de direcionar seus objetivos, suas metas e suas ações, está relacionada às práticas educativas adotadas pelos pais (REICHERT; WAGNER, 2007).

A relação entre as variáveis os pais viverem ou não juntos e com quem o adolescente vive, com a percepção do suporte familiar, mostrou associação com a dimensão afetivo-consistente, a adaptação familiar e a pontuação total do IPSF. Os pais não viverem juntos e o adolescente viver com outro membro familiar foi um fator preditivo para que a percepção do suporte familiar fosse negativa. Pode-se supor que a família nuclear tenham condições de promover maior relação com os filhos, comunicação e interação positiva, o que contribuiu para que os adolescentes pertencentes a esse modelo de família avaliassem o suporte familiar como alto.

A percepção do suporte familiar com a relação entre estudar ou não teve associação apenas com a adaptação familiar, sendo que mais da metade dos que não estavam estudando

categorizou esse domínio como baixo. A defasagem escolar esteve associada negativamente com os domínios afetivo-consistente, com a adaptação familiar e com o escore total do IPSF, sendo que os adolescentes que apresentaram defasagem escolar avaliaram o suporte familiar como baixo. Benetti et al (2010) apontam que os adolescentes com problemas escolares indicavam que as práticas parentais eram percebidas como menos apoiadoras.

A classe econômica mostrou associação significante com os domínios afetivo-consistente e com a pontuação total do IPSF. Maiores foram as chances de os adolescentes do estrato socioeconômico C e D avaliarem o suporte familiar negativamente, o que corrobora os resultados do estudo de Lemos, Baptista, Carneiro (2011), os quais detectaram que os jovens de baixa renda percebiam menor suporte familiar. Para esses autores, a família de baixa renda, em decorrência de questões culturais, pode ter menor sensibilidade a aspectos afetivos e menos tempo com os filhos.

A variável religião também interfere na percepção do suporte familiar pelos adolescentes. Os participantes que não eram filiados, não praticavam uma religião e não têm como hábito rezar ou orar apresentaram maiores chances de pontuarem como baixo o suporte familiar na afetividade e na adaptação familiar. A literatura aponta que os adolescentes que estão inseridos em práticas religiosas e que têm como rotina a oração apresentam maior resiliência, bem-estar e emoções positivas como amor, perdão e maior autoestima (RITT-OLSON et al., 2004; COTTON et al., 2005). Esse equilíbrio emocional pode auxiliar no enfrentamento do processo do adolescer e das relações divergentes que podem surgir no meio familiar, o que poderia justificar o presente resultado. Lins, Nunes e Vasconcelo (2010) reportam que os adolescentes emocionalmente instáveis adotam a religião como forma de manter o bem-estar e de evitar conflitos com a família.

Mediante os resultados, pode-se concluir que a segunda hipótese do estudo é parcialmente aceita, uma vez viver com outro membro familiar, não estudar, apresentar defasagem escolar e não praticar a religião são os fatores que apresentaram associação significante com alteração na saúde mental, no consumo de drogas, nos problemas enfrentados na vida e na percepção negativa do suporte familiar.

A pesquisa evidencia uma associação entre o consumo de drogas e escore total de dificuldades, a hiperatividade e os problemas de conduta. Os adolescentes que consomem drogas lícitas apresentaram duas vezes mais chances para serem categorizados como limítrofes quanto ao total de dificuldades, a problemas emocionais e à escala de impacto e anormal, na pontuação total de dificuldade e de problemas de conduta. Esses dados diferem do estudo de

Vilela, Macho e Almeida (2011), os quais constataram associação significante apenas entre a hiperatividade e o consumo de álcool em adolescentes.

Os adolescentes que consomem drogas ilícitas e/ou lícitas apresentaram mais chances para serem categorizados como limítrofes e anormais, na escala de impacto, e anormais para o escore total de dificuldade, de hiperatividade, de problemas de conduta e de problemas de relacionamento com os colegas.

Esses resultados são convergentes com os de Shrier et al (2003) que evidenciaram que o consumo de substâncias psicoativas era mais frequente entre os adolescentes com hiperatividade e com problemas de conduta e que relataram maior número de alterações psiquiátricas. Estudo realizado no Brasil com adolescentes do sexo masculino encontrou que os adolescentes com hiperatividade tinham maiores chances para o consumo de drogas. Os autores reforçam que o consumo de drogas nesses adolescentes pode ser explicado pelo fato de que os adolescentes com hiperatividade atingem a adolescência sem estratégias de enfrentamento suficientes para lidar com essas condições (SZOBOT et al., 2007).

Na investigação de Skogen et al (2014), o consumo de álcool e de drogas esteve associado com a ansiedade, com a hiperatividade e com a depressão em adolescentes da Noruega. Atiola et al (2014) também constataram que a ausência de hiperatividade e de problemas de conduta esteve associado com menor chance de consumo de drogas em adolescentes.

Estudo longitudinal com avaliação realizada entre 1998 e 2008 em adolescentes, utilizando a versão de autorrelato do SDQ, encontrou que o consumo de substâncias psicoativas, o absenteísmo na escola, a avaliação desfavorável da escola e o baixo nível de escolaridade estão diretamente relacionadas com pontuação clínica para o escore total de dificuldade em adolescentes entre 11 a 16 anos, além da presença de uma relação causal direta entre o uso de maconha e as alterações na saúde mental (VAN GASTEL et al., 2013).

Korhonen et al (2012) investigaram gêmeos adolescentes com o objetivo de avaliar a influência ambiental e genética comuns aos comportamentos externalizantes e o consumo de substâncias psicoativas. Para avaliar os problemas externalizantes, os professores responderam a um instrumento denominado Multidimensional Peer Nomination Inventory (MPNI), e os adolescentes responderam as questões referentes ao consumo de drogas. Encontraram que os problemas externalizantes sofrem influências genéticas e ambientais e estão associados ao consumo de drogas.

O transtorno de conduta também é um fator de risco para o uso de álcool e preditivo para o consumo de drogas (MOSS; LYNCH, 2001; NIETHAMMER; FRANK, 2007). O transtorno depressivo, de conduta, e a hiperatividade e transtornos psicóticos foram diagnosticados em adolescentes usuários de drogas (MORIHISA; BARROSO; SCIVOLETTO, 2007).

O consumo de álcool e drogas também estiveram associados com o transtorno de conduta em uma investigação conduzida com adolescentes afro-americanos (BYCK et al., 2013). Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa longitudinal conduzida com participantes do Reino Unido, a qual detectou que adolescentes com problemas de conduta investigados pelo SDQ tiveram maior probabilidade de consumo de álcool (HERON et al., 2013).

A literatura aponta que adolescentes do sexo feminino com depressão apresentaram associação significativa para o consumo de álcool e de drogas ilícitas (SCHINKE; FANG; COLE, 2008), o que não difere do estudo de Obando et al (2004) que detectaram que a depressão contribuiu significativamente para o consumo de drogas. O sofrimento mental como a depressão, a ansiedade e a hostilidade estão diretamente associados ao uso de drogas (SCHWINN; SCHINKE; TRENT, 2010).

Menezes et al (2011) constataram uma associação significativa entre o tabagismo e o escore geral do SDQ em adolescentes de Pelotas-RS. Os achados de Ernst et al (2006) mostram que os adolescentes usuários de tabaco apresentavam mais sintomas externalizantes, eram mais agressivos, hiperativos e tinham dificuldade de aprendizagem e de atenção sendo que os usuários de álcool apresentavam mais sintomas externalizantes e impulsividade; os usuários de maconha apresentavam mais sintomas externalizantes e história de autoagressão, em relação aos não usuários. Os autores também encontraram que os problemas internalizantes e os problemas sociais não foram fatores coadjuvantes para o consumo de drogas. Adolescentes com alteração na saúde mental tinham maior risco para o consumo excessivo de álcool do que seus pares (THEUNISSEN; JANSEN; VAN GESTEL, 2011; PIEROBON et al., 2013).

Pesquisa realizada pela PeNSE (2012) constatou que os adolescentes com sentimentos de solidão e com insônia têm maior risco para o consumo de drogas ilícitas, e que não ter amigo próximo está associado ao consumo de tabaco e de drogas lícitas (MALTA et al., 2014). Também em estudo realizado em Uberaba–MG foi verificado que os adolescentes referem que o consumo de álcool ocorre em decorrência de vários fatores, como interação com os pares; timidez; ansiedade; solidão e tristeza (REIS; OLIVEIRA, 2015).

Com base na literatura investigada e nos resultados do presente estudo, pode-se comentar que o consumo de drogas associa-se às alterações na saúde mental, mas não há como definir a

relação causal entre essas variáveis uma vez que o estudo utilizou delineamento transversal. Outra observação digna de nota é o fato de os estudos não identificarem as mesmas relações entre problemas internalizantes, externalizantes e uso de drogas.

Os dados que relacionam saúde mental e o consumo de drogas também são congruentes com os resultados da densidade absoluta dos problemas, uma vez que aqueles que consomem substâncias psicoativas apresentam média maior para problemas de comportamento; saúde; desordens psiquiátricas; competência social; escola; sistema familiar; trabalho; relação com os pares desviantes e atividades de lazer e recreação, o que não difere em relação ao adolescente que consome drogas lícitas para os quais as médias são inferiores às do grupo de adolescentes usuários de drogas ilícitas e ou lícitas, mas superiores às daqueles que não consomem. Essa observação é válida também para a densidade global de problemas.

Os resultados anteriores se assemelham à investigação com 90 adolescentes em tratamento para uso de substâncias psicoativas e 68 adolescentes da comunidade, na Turquia. Esses detectaram diferença estatisticamente significante entre os grupos quanto à densidade absoluta dos problemas em todas as áreas do DUSI e a densidade global. Ressalta-se que em todos os problemas a média da densidade absoluta foi superior para os adolescentes usuários de substâncias psicoativas (AYTACLAR et al., 2003).

De Micheli e Formigoni (2000) compararam três grupos de adolescentes da cidade de SP, (não usuário de drogas, usuários com dependência moderada e usuários com dependência severa) com relação aos problemas investigados pelo DUSI. Detectaram que o grupo de não usuário e o de dependência moderada apresentaram medianas semelhantes na densidade absoluta em relação às áreas de saúde e de desordens psiquiátricas. A área relacionada a problemas no sistema familiar apresentou diferença significativa entre os grupos, sendo que o grupo de dependência grave apresentava mediana superior em relação aos outros. Nos problemas escolares, observaram mediana semelhante entre os grupos de dependência moderada e grave, sendo que esta era de 2 a 3 vezes superior para os adolescentes não usuários. Em relação aos problemas no trabalho, relação com os pares e as atividades de lazer e de recreação detectaram associação significante entre os grupos, sendo que os problemas aumentam diretamente com o consumo de drogas. Não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos e a competência social. Nos problemas de comportamento, verificaram associação significativa, com mediana semelhante entre os não usuários de drogas e o de dependência moderada, e que ambos apresentavam mediana menor que o grupo com dependência severa.

Estudo transversal com adolescentes mexicanos, também utilizando o DUSI, constatou uma diferença estatisticamente significante entre os usuários de substâncias ilícitas e os não usuários nos oito domínios avaliados. O grupo de adolescentes usuários de drogas ilícitas apresentou índice geral de transtorno de ajuste psicossocial maior do que os não usuários, além de que o primeiro grupo apresentou alterações significativas em relação aos problemas escolares, os pares desviantes, os problemas de conduta e as relações familiares disfuncionais (DÍAZ NEGRETE; GARCÍA-AURRECOECHEA, 2008).

Os adolescentes que consomem drogas apresentam outras comorbidades como comportamentos antissociais e alteração na saúde mental (FONSECA, 2013). Há que se comentar que os adolescentes que relatavam comportamentos problemáticos apresentaram maior probabilidade para não resistir ao consumo de drogas em investigação realizada com adolescentes escolares de Bogotá na Colômbia (LOPES-QUINTERO; NEUMARK, 2015). Dória et al (2015) referem que os problemas de comportamento e o consumo de drogas andam de mãos dadas na adolescência.

Os adolescentes que consomem drogas ilícitas apresentam maior risco para o envolvimento em atos infracionais, para mau desempenho ou para evasão escolar, e alterações físicas e psicológicas (FALCK et al., 2012). Além dessas alterações, o adolescente pode apresentar prejuízos nos aspectos cognitivos e nas habilidades sociais, principalmente nas relações interpessoais que são muitas vezes permeadas por agressividade e violência, o que ocasionará mais prejuízos às suas relações interpessoais (WAGNER; OLIVEIRA, 2007). Os problemas referentes à competência social estão associados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas (CARDOSO; MALBERGIER, 2013).

Segundo Ndetei et al (2009), a gravidade dos problemas na densidade global e absoluta também foi superior em relação aos usuários de substâncias psicoativas e ao não usuário. Com relação à densidade absoluta, os problemas foram estatisticamente significantes em todas as áreas (NDETEI et al, 2009). Os autores explicam que existe uma relação causal direta em ambas as direções, o consumo gera o problema ou o problema gera o consumo de drogas, sugerindo que tal fenômeno é bastante complexo e de difícil compreensão.

No que tange à densidade relativa corrigida de problemas, De Micheli e Formigoni (2000) constataram uma associação significativa entre os dois níveis de dependência (moderada e severa) e as áreas de competência social, do sistema familiar, das desordens psiquiátricas e do comportamento. Verificou-se que os adolescentes com dependência severa apresentaram maiores taxas na densidade relativa corrigida em relação ao problema escolar, no sistema

familiar e no trabalho. Os autores ainda mencionam que esses são os domínios mais comprometidos entre os adolescentes consumidores de drogas.

No atual estudo observou-se que a densidade relativa corrigida apresentou associação estatística entre todos os problemas investigados na vida do adolescente, com exceção apenas ao sistema familiar. Os dados do estudo vêm ao encontro do resultado descrito anteriormente no estudo de De Micheli e Formigoni (2000) em relação a essa densidade, uma vez que os principais problemas enfrentados pelos adolescentes que consomem drogas são problemas escolares e no trabalho, ressaltando que no presente estudo observou-se também que esses adolescentes apresentam média elevada para o relacionamento com os colegas desviantes. Esses problemas também apresentam média superior para o grupo de adolescentes que referem o consumo de drogas lícitas em relação ao grupo que não as consome.

Jinez (2007), em estudo realizado com adolescentes mexicanos, também encontrou associação entre o consumo de drogas e a densidade relativa corrigida dos problemas de saúde, escolares, no trabalho e na relação com os pares. Contudo a mediana foi superior para os adolescentes usuários de drogas apenas com os problemas de saúde e na relação com os pares desviantes. Os adolescentes que têm relação com pares desviantes, que estão envolvidos com a lei, que roubam e que vendem drogas têm maior prevalência para o consumo de drogas lícitas e ou de ilícitas (MORIHISA; BARROSO; SCIVOLETTO, 2007; CARDOSO; MALBERGIER 2014b).

Observa-se, ainda que os adolescentes que consomem álcool selecionam pares que apresentam níveis semelhantes no consumo dessa substância (SCHINKE; FANG; COLE, 2008; WANG et al., 2015). Pertencer a um grupo faz com que os adolescentes modifiquem seu comportamento de acordo com o modo de ser e de viver deste grupo, portanto, se os integrantes forem consumidores de drogas, maiores serão as chances de ocorrer o uso e o abuso destas substâncias (BRANSTETTER; LOW; FURMAN, 2011; ZEITOUNE et al., 2012).

Como já foi referido, o relacionamento com os pares desviantes, os problemas escolares e o consumo de drogas apresentam influências mútuas e recíprocas. Uma das alternativas referidas na literatura para minimizar a problemática do consumo de drogas é reduzir a interação com os pares desviantes (SILVA; MORGADO; MAROCO, 2012).

Morihisa; Barroso e Scivoletto (2007) afirmam que os problemas escolares como absenteísmo escolar, atraso, repetição, expulsão e evasão escolar foram associados ao consumo de drogas em adolescentes brasileiros. Na mesma linha de pensamento, Nascimento e Avallone (2013) conduziram estudo com adolescentes escolares em São Paulo e encontraram que 92 %

dos adolescentes usuários de substâncias psicoativas apresentavam alta pontuação na densidade absoluta relacionada a problemas escolares. Os autores ainda observaram que uma porcentagem significante de adolescentes têm aversão à escola, o que pode estar está relacionado aos limites e às regras impostas pela escola que são fundamentais para um bom convívio entre os jovens.

O consumo de drogas, principalmente da maconha, está intimamente associado com problemas no trabalho, na escola, com alterações psicológicas, com relacionamento inadequado com pais e com professores e com o envolvimento com a polícia em comparação ao uso de álcool. Contudo, o uso de álcool foi associado a relações prejudicadas com amigos e a problemas emocionais (PALAMAR et al., 2014).

Portanto, aceita-se a hipótese de que existe uma associação entre o consumo de drogas, a alteração na saúde mental e os problemas enfrentados na vida do adolescente. Seria lícito afirmar que o consumo de drogas relaciona-se a um padrão geral de insatisfação no contexto educacional, pessoal e social do adolescente.

Isso se potencializa pelo fato das próprias angústias vivenciadas nesse período, a necessidade de socialização, a aceitação dos pares e sentimentos de invulnerabilidade do adolescente (JINEZ; SOUZA; PILLON, 2009). Nesse aspecto, a intervenção precoce pode prevenir o desenvolvimento de morbidades relacionadas ao consumo da droga e a outras comorbidades psiquiátricas (SHRIER et al., 2003).

Não se pode deixar de refletir sobre os resultados referentes à relação entre as variáveis consumo de drogas ou não com a densidade relativa corrigida de problemas nos domínios comportamento, saúde, desordens psiquiátricas, competência social e atividades de lazer e de recreação, uma vez que observou associação significante entre esses problemas, mas com média superior para os adolescentes não usuários ou usuários ocasionais de drogas.

Fato que pode tentar elucidar esses resultados é que os adolescentes que consomem drogas apresentam maiores comprometimentos nas áreas relacionados à escola, ao trabalho e à relação com os pares desviantes. Toda essa problemática pode ser justificada pelo fato de que, entre os diversos prejuízos ocasionados pelo uso de drogas, ocorre a presença de rompimento de laços sociais (BRASIL, 2004).

Diante dos indicadores relativos a fatores de vulnerabilidade na adolescência, pode-se inferir também que esses resultados são decorrentes do processo vivenciado pelo próprio adolescente em seu contexto sociopolítico, econômico, cultural e interpessoal. Díaz Negrete e García-Aurrecoechea (2008) também apoiam que a presença de alteração nos domínios afetivos, de isolamento social e de problemas de conduta apresentam média elevada mesmo no

grupo de adolescentes não usuários de drogas, que reflete as alterações próprias da adolescência.

No que diz respeito aos domínios comportamentais e nas atividades lazer e de recreação, estes foram os problemas mais evidenciados nos adolescentes do estudo, o que pode justificar média elevada no grupo de adolescentes que não consomem drogas.

A atividade de lazer e de recreação é um dos domínios mais prejudicados nos adolescentes do estudo, o que pode ser justificado pela indisponibilidade de acesso a essas atividades no cenário de investigação e no próprio contexto brasileiro. É por meio das atividades de lazer que os adolescentes constroem suas próprias normas, expressões culturais e ritos, diferenciando-se do mundo adulto. O lazer é espaço de aprendizagem das relações sociais que permite a satisfação das necessidades pessoais e a construção de vínculos sociais, afetivos e espirituais (BRENNER; DAYRELL; CARRANO, 2005).

Sarriera et al (2007) alertam que os adolescentes não estão envolvidos com atividades culturais, artísticas e esportivas, pela falta de recurso familiar, da comunidade e da escola em ofertar essas possibilidades. Abramo (2005) também menciona que um número expressivo de adolescentes sofrem pelas limitações de acesso e pela possibilidade de escolha para gozar desse prazer em decorrência da falta de dinheiro, de recursos e do próprio controle dos pais.

Por sua vez, com a necessidade de usufruir do seu tempo livre e sem muitas possibilidades, os adolescentes vão para a rua, o que contribui para a interação social junto à comunidade (COCCO; LOPES, 2010). Esse tipo de atividade expõe os adolescentes aos riscos, como o envolvimento com drogas e com a violência (SARRIERA et al., 2007), o que pode justificar uma média inferior em adolescentes que consomem drogas neste domínio na investigação atual.

Partindo da premissa da importância das atividades de lazer para o público adolescente, é necessário fazer uma ressalva sobre a importância da qualidade dessa atividade, uma vez que estudo conduzido com adolescentes, conclui que as atividades de lazer em bares aumentam a chance para o consumo de álcool (PRATTA; SANTOS, 2013). O adolescente que sai todas as noites para a balada tem até 33,88 vezes mais chances de beber pesado e aquele que sai uma vez por semana tem 12,09 vezes mais chances para beber do que aqueles que não saem para esse tipo de atividade (SANCHEZ et al., 2011).

Pratta e Santos (2007c) encontraram em estudo com adolescentes que as atividades de sair com amigos e de namorar no tempo livre também são fatores que aumentam a chance para o consumo de álcool, enquanto que o aumento do consumo do tabaco relaciona-se a sair com

os amigos e praticar menos esporte. A atividade relacionada a frequentar bar também é uma das atividades de lazer encontrada em adolescentes usuários de drogas ilícitas.

Outras atividades de lazer como atividades artísticas, uso da internet e leitura não foram associadas a bebedeira (SANCHEZ et al., 2011). Entretanto, estudo conduzido com adolescentes coreanos com idade entre 12 a 19 anos constatou que o uso excessivo da internet pelo adolescente pode ocasionar ideação suicida, depressão, estresse subjetivo, baixo senso de felicidade e maior risco de consumo de drogas (YOO; CHO; CHA, 2014).

Desse modo, faz se necessário investimento de politicas públicas para desenvolver locais e estratégias de lazer que sejam algo prazeroso e saudável e assim contribuir para o desenvolvimento pleno do adolescente (PRATTA; SANTOS, 2007c; GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011). É o que vem sendo referido pelo ECA, que estabelece que o adolescente tem direito à saúde, à educação, ao esporte, ao lazer e à cultura, à formação para o trabalho, à convivência familiar e comunitária e à proteção especial (BRASIL, 2012). Para enfatizar um aspecto importante, os próprios adolescentes, apesar de considerarem o lazer como campo de desejo, não o consideram como tema de direito e de resolução pública (ABRAMO, 2005).

Ainda nessa perspectiva, os problemas familiares avaliados pelo DUSI na densidade relativa corrigida não apresentaram associação significante com as variáveis relacionadas ao consumo de drogas, mas a média foi mais alta entre os consumidores, seguindo uma progressão em relação ao consumo de drogas lícitas para o consumo de drogas ilícitas e/ou lícitas. Pode-se inferir que esse resultado seja em decorrência da avaliação negativa da percepção do suporte familiar pela maioria dos adolescentes do estudo de acordo com o IPSF.

Mas fica claro, com a presente investigação, que existe uma associação entre os domínios autonomia, a adaptação e o escore total de percepção do suporte familiar com o consumo de drogas. Há uma porcentagem maior de adolescentes que consomem drogas lícitas e uma porcentagem maior ainda de adolescentes que consomem drogas ilícitas e ou lícitas que percebem que na família há pouco carinho, comunicação, coesão, amizade e proteção.

Assim, aceita-se a hipótese de que os adolescentes que referem percepção de um melhor suporte familiar apresentam menor incidência de consumo de drogas. Entretanto, os adolescentes que referem que o relacionamento familiar não é bom são mais propensos a consumir drogas ilícitas (MALBERGIER; CARDOSO; AMARAL, 2012).

Há uma concordância com o estudo realizado na cidade de Santos-SP, com pacientes dependentes de álcool ou de drogas e um grupo controle, com idade entre 18 a 59 anos, que detectaram que o grupo de dependentes de álcool e de drogas apresentaram escores inferiores

em relação a todos os domínios e a pontuação total do IPSF em relação ao grupo controle (LEMOS et al., 2012). Os autores ainda comentam que esse processo pode ser decorrente do estigma social que o dependente de álcool e drogas sofre pela família ou o baixo apoio familiar pode ser um *feedback* para a dependência. Há que se comentar que a comparação foi realizada com o grupo de adultos pela escassez de estudos que envolvem essa problemática.

Estudo longitudinal conduzido com adolescentes que utilizaram os instrumentos *Family Environment Scale* e *Parental Support Scal*e, com o objetivo de investigar o funcionamento familiar, o apoio dos pais e sua relação com o consumo de drogas constataram que o funcionamento familiar ruim e baixo apoio dos pais estão associados ao consumo de maconha (CORDOVA et al., 2014). A comunicação, o apoio adequado dos pais e a parentalidade positiva estão associados à redução do uso de álcool (RYAN; JORM; LUBMAN, 2010), de cigarro e de maconha nessa população (MARSIGLIA ET al., 2014).

Wang et al (2015) constataram que o monitoramento parental, a presença de regras familiares e de disciplinas ajudam a reduzir o consumo de drogas nesse período, assim como o envolvimento, a comunicação adequada foram associados negativamente com o consumo de álcool (SCHINKE; FANG; COLE, 2008; FANG; BARNES-CEENEY; SCHINKE, 2011).

Rozin e Zagonel (2013) perceberam em seu estudo qualitativo com adolescentes usuários de drogas que a relação familiar é permeada por conflitos, por pouca proximidade, por carência de afetividade, por negligência e por rejeição. Nesse sentido, a literatura tem apontado que a presença de alcoolismo e o consumo de drogas ilícitas entre os membros familiares, a situação familiar conflituosa e a carência de afetos entre os membros são fatores de risco para o consumo de drogas em adolescentes (DÍAZ NEGRETE; GARCÍA-AURRECOECHEA, 2008; PIRKOLA et al., 2011). Sublinhe-se também que a família cuidadora, amorosa e afetiva oferece recursos para a prevenção do consumo de drogas (SCHENKER; MINAYO, 2005). Mesmo na adolescência, a família é um eixo de referência, uma vez que representa o lugar onde se encontra apoio físico, emocional e educacional, proteção, segurança e afeto (PAIANO et al., 2007; SANTOS; PRATTA, 2012).

Seguindo com a tentativa de elucidar os fatores associados à saúde mental e aos problemas enfrentados na vida, observa-se em consonância com os resultados que o escore total de dificuldade, a hiperatividade, os problemas de conduta, os emocionais, de relacionamento com os colegas e a escala de impacto tiveram associação com a densidade global dos problemas, ou seja, os adolescentes que foram categorizados como anormais quanto à saúde mental apresentaram médias superiores na densidade global.

Nesse sentido, pode-se dizer que a qualidade da saúde mental é uma peça fundamental para a saúde geral, uma vez que permite ao ser humano estabelecer adequadamente suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas necessárias para o gozo de sua vida (SOUZA; BAPTISTA; ALVES, 2008). Fleitlich e Goodman (2000) e Patel et al (2007) apontam que os problemas na saúde mental em adolescentes se relacionam com o prejuízo no rendimento escolar, no relacionamento social, no trabalho e com o abuso de álcool e de drogas. As alterações na saúde mental estão associadas a outras comorbidades como insucesso nas habilidades sociais, delinquência e um risco elevado de suicídio (JAYCOX et al.,2009). Além disso, têm um impacto negativo na vida do adolescente, resultando em sofrimentos e prejuízos (STRINGARIS; GOODMAN; 2013).

Considerando-se a relevância que essas alterações provocam na vida do adolescente e da família, estudo longitudinal com o objetivo de avaliar a assistência dos adolescentes com problemas comportamentais e emocionais, detectou que a maioria dos adolescentes com essas alterações estavam sendo assistidos em unidade de atendimento geral e não em um local de atendimento especializado para a saúde mental (REIJNEVELD et al., 2014).

Hipotetiza-se que, mediante os resultados do estudo e da literatura investigada, que esses adolescentes, por apresentarem outros problemas, acabam não procurando o serviço de saúde mental, uma vez que as combinações dos problemas enfrentados dificultam a percepção de alterações relacionadas à saúde mental. Portanto, faz-se necessário que o diagnóstico de alteração na saúde mental seja realizado o mais precoce possível para melhoria da qualidade de vida desses adolescentes (MENEZES; MELO, 2010). Na assistência à saúde do adolescente, devem ser consideradas as dimensões biológicas, psíquicas e sociais do adolescente (BRASIL, 2014).

No presente estudo, também se observou que o total de dificuldades, a hiperatividade, os problemas emocionais, os problemas de conduta, de relacionamento com os colegas, a escala de impacto apresentaram associação com a densidade absoluta em todas as áreas de problemas investigadas pelo DUSI, exceto para os problemas emocionais e de trabalho. As médias foram superiores em todos os problemas para os adolescentes classificados como anormais e limítrofes em comparação com os normais.

A esse respeito, há que se comentar que era esperado encontrar alguns desses resultados uma vez que o SDQ e o DUSI avaliam construtos da saúde mental que são semelhantes, entre eles à hiperatividade, os problemas de conduta e o sintomas emocionais.

O adolescente com hiperatividade pode apresentar alteração no desempenho acadêmico, no relacionamento familiar e social e no ajustamento psicossocial (ROHDE et al., 2004). Na literatura, há relatos enfocando a existência de um nexo entre a hiperatividade e o relacionamento com pares desviantes, a labilidade emocional, a raiva, a delinquência e a atitudes violentas (GUDJONSSON et al., 2014).

Reforçando tais considerações, Machado et al (2014) constataram que as principais comorbidades em adolescentes com hiperatividade foram o transtorno de conduta, o transtorno desafiador e de oposição, o episódio depressivo e o transtorno de ansiedade. A presença de hiperatividade e transtorno de conduta combinada com a presença de desvantagens sociais, com baixo nível educacional, com evasão escolar, com família monoparental e como uso de drogas são fatores de risco para outras situações como a delinquência juvenil (DÓRIA et al., 2015).

Conforme mencionado anteriormente, a presença de problemas de conduta esteve associada significativamente a todos os problemas avaliados pelo DUSI. A literatura refere que os problemas de conduta estão associados à conduta antissocial e ao comportamento desafiador (WHO, 2003). Normalmente, os adolescentes que apresentam alteração de conduta e de comportamento são aqueles que se referem menos apoio social dos colegas (SILVA; MORGADO; MAROCO, 2012), o que pode ser decorrente do seu próprio comportamento hostil e agressivo. Ao mesmo tempo, esses adolescentes com problemas de conduta apresentam maior associação com pares desviantes, uma vez que tendem a filiar-se a pares que apresentam comportamentos e atitudes semelhantes (GLASER et al., 2010).

Destaca-se também a associação entre reprovação escolar e transtornos de conduta (CRUZEIRO et al., 2008). Esses adolescentes apresentam dificuldade no ambiente escolar, uma vez que resistem a frequentar a escola e apresentam manifestações agressivas com os colegas e com os professores (NUNES; WERLANG, 2008).

Na adolescência, a relação com os pares também pode desempenhar um papel protetor quando as normas e os valores positivos são reforçados, uma vez os adolescentes que têm proximidade com pares se sentem mais capazes de expressar suas emoções, ideais e se sentem mais seguros (COSTA; MOTA, 2012; VÉRONNEAU; TREMPE; PAIVA, 2014). A relação com os colegas em atividades de lazer e o apoio social entre os pares foram elementos identificados como protetores para o sofrimento psíquico (MYKLESTAD; ROYSAMB; TAMBS, 2012). Há que se considerar também a qualidade dessas relações na construção de estratégias adaptativas perante as situações de estresse vivenciadas nesse período (COSTA; MOTA, 2012).

Os resultados do presente estudo não diferem em relação a esses aspectos, uma vez que detectaram que os adolescentes com presença de alteração no domínio de relacionamento com os colegas apresentavam médias superiores na densidade absoluta em todas as áreas de problemas investigadas no DUSI. Pode-se inferir que esses adolescentes não compartilham o sofrimento com o grupo de pares o que os torna mais susceptíveis a outros problemas. Sabe-se que nesse momento a busca pela identidade pessoal é um dos compromissos mais decisivos, uma vez que o adolescente tem necessidade de encontrar o seu lugar na sociedade em que vive (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Os adolescentes com alteração no comportamento pró-social apresentaram problemas escolares e nas atividades laborais, o que pode ser justificado pela dificuldade de compartilhar e de estabelecer relações interpessoais. Como já referido, os adolescentes que apresentam comportamento empático têm maior facilidade nas relações com os pares, o que contribui para maior extensão da rede, facilitando a expressão de afetos com consequente proteção à saúde mental (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014).

Stringaris e Goodman (2013) sublinham que a avaliação por intermédio da escala de impacto mostrou uma forte associação com absenteísmo escolar, presença de automutilação, de atendimento em serviços psiquiátricos e de problemas com a lei, o que reforça os dados encontrados no estudo atual.

Na correlação entre as alterações na saúde mental e a densidade relativa corrigida, observa-se que há diferenças nas médias de distribuição dos problemas enfrentados na vida, os quais se distribuem independentemente dos adolescentes serem categorizados como normais, limítrofes ou anormais em relação à saúde mental. Singh et al (2015) afirmam que apesar de existir uma correlação entre a saúde mental e o sofrimento no adolescente, esses nem sempre se encontram em extremidades opostas de um mesmo continuum. Assim, Keyes (2015) complementa que a ausência de alteração na saúde mental não significa doença mental, mas a presença de alteração na saúde mental não implica a ausência de um bom nível de saúde mental.

Dentro dessa perspectiva é importante ressaltar que os adolescentes categorizados como limítrofes e anormais no escore total de dificuldade, na hiperatividade, nos problemas emocionais, de conduta e na escala de impacto, apresentaram médias superiores para os problemas de comportamento, de desordens psiquiátricas, para os problemas escolares, de trabalho e no sistema familiar, independentemente de apresentar associação significante ou não. Os adolescentes que apresentam maiores problemas na vida são aqueles categorizados como

limítrofes e anormais para o total de dificuldades, de hiperatividade, de problemas de conduta e de escala de impacto.

A relação entre alterações na saúde mental e problemas escolares já foi apontada na discussão. Mas, é importante fazer uma ressalva que uma grande parcela de adolescentes que consideraram apresentar algum problema na saúde mental referiram que a aprendizagem foi a alteração mais comprometida em suas vidas. A literatura refere que a alteração na saúde mental tem uma forte associação com os problemas escolares na adolescência (MYKLESTAD; ROYSAMB; TAMBS, 2012). McLeod; Uemura e Rohrman (2012) referem que os participantes que apresentavam problemas de atenção, de conduta e de consumo de drogas encontravam-se atrasados no processo de escolarização. Pesquisadores conduziram um estudo longitudinal, com amostra de adolescentes e de seus responsáveis, e observaram que os problemas de externalização e de atenção aos 11 anos previram baixo nível de escolaridade aos 19 anos (VELDMAN et al., 2014). Outro fator preditivo para os problemas escolares em adolescentes é a relação com os pares desviantes (HENRY; HUIZINGA, 2007).

É importante salientar que muitos adolescentes com problemas na saúde mental têm problemas relacionados ao ambiente escolar em decorrência de vários fatores; um deles refere-se à própria escola, a qual tem dificuldade de assistir os adolescentes com comportamentos efetivamente desafiadores e com problemas de conduta (SHERYL et al., 2014). Há evidência de que esses adolescentes são propensos a abandonar a educação escolar (BENJET et al., 2012). A escola pode contribuir na promoção de fatores protetivos e na detecção de riscos e na redução de agravos psicossociais a essa população; pode, ainda auxiliar no desenvolvimento dos princípios de autonomia e emancipação (BRASIL, 2014).

Os adolescentes categorizados como normais para todos os domínios do SDQ apresentavam média elevada na densidade relativa para os problemas relacionados às atividade de lazer e de recreação. Portanto, pode-se inferir que os problemas que mais afligem os adolescentes categorizados como normais da presente investigação referem-se às atividades de lazer e de recreação. Esse dado corrobora as discussões fomentadas no estudo em relação às necessidade das atividades de lazer e de recreação para os adolescentes.

Aceita-se a hipótese de que os adolescentes com alterações na saúde mental apresentam problemas nas áreas avaliadas pelo DUSI. Embora haja poucos estudos utilizando os dois instrumentos, a convergência dos resultados obtidos por meio de um e de outro sinaliza que ambos são úteis na identificação de problemas nesse grupo.

Discutindo, ainda, sobre a demanda de saúde mental na adolescência e a relação com a percepção do suporte familiar entre os adolescentes, observa-se que um número maior de adolescentes categorizados como limítrofes ou anormais no escore total de dificuldades, de hiperatividade, de problemas de conduta, de relacionamento com os colegas e da escala de impacto, perceberam o suporte familiar baixo nos domínios afetivo-consistente, de adaptação e no total do IPSF, os quais apresentaram associação estatisticamente significante.

Assim, é sabido que um ambiente familiar com relações de suporte e de afetividade entre os membros oferece elementos protetores à saúde mental. Estudo prospectivo conduzido com adolescentes em Chicago observou que os adolescentes que viviam em família com maiores níveis de conflito familiar apresentaram uma incidência maior de problemas externalizantes (SKEER et al., 2009). A qualidade de relacionamento familiar inadequada foi relacionada a mais sintomas internalizantes e externalizantes em adolescentes do Sul da Virgínia (KIM-SPOON; LONGO; MCCULLOUGH, 2012).

Os adolescentes que apresentaram comprometimento na escala de comportamento pró-social apresentaram maiores chances de perceber negativamente o suporte familiar no domínio afetividade e no IPSF total. Buschgens et al (2010) encontraram que adolescentes que percebiam menos calor emocional e alto nível de rejeição, nas relações com os pais, apresentavam mais problemas comportamentais como desatenção e agressividade. Nesse período o adolescente precisa de afetividade e de um ambiente favorável para o seu pleno desenvolvimento, caso contrário poderá surgir a agressividade e o comportamento antissocial (CASARIN; RAMOS, 2007).

Quanto aos problemas emocionais, observa-se uma associação com o suporte familiar baixo nos domínios adaptação, autonomia e no IPSF total. A esse respeito, Wang, Liu e Wang (2014) encontraram que uma relação familiar percebida pelos adolescentes como ruim oferecia maiores probabilidade para a presença de alterações emocionais e comportamentais e, por outro lado, a presença de problemas emocionais pode levar à dificuldade na comunicação familiar (CARVALHO; MATOS, 2014). Assim, considera-se que a hipótese apresentada referentemente à demanda de saúde mental e a percepção do suporte familiar, no presente estudo, foi confirmada.

No tocante à percepção do suporte familiar e aos problemas enfrentados na vida, encontrou-se que os adolescentes que percebiam negativamente o suporte familiar tinham médias mais elevadas de problemas na densidade global, o que não difere em relação à densidade absoluta.

Assim, para os adolescentes que percebem que em suas famílias há coesão, apoio, menores taxas de conflitos, presença de pais carinhosos, atenciosos e que têm regras e papéis bem definidos, tendem apresentar mais motivação na escola e menos probabilidade de alteração na saúde mental (SBICIGO; DELL'AGLIO, 2012). A qualidade de relacionamento familiar, a presença de comunicação, de afeto, de reciprocidade, de estabilidade e de confiança são fatores relevantes no processo de desenvolvimento saudável (AMAZARRAY et al., 2009; DIETZ et al.,2011).

Isso pode ser também verificado no presente estudo, uma vez que os adolescentes que perceberam pouco interesse, pouca proximidade, pouco acolhimento, falta de comunicação, de interação, de respeito e de empatia da família apresentaram piores resultados na densidade absoluta dos problemas relacionados ao comportamento, à saúde, às desordens psiquiátricas, ao sistema familiar e ao trabalho.

No estudo de Bannink et al (2013) os adolescentes cujos pais eram usuários de substâncias psicoativas e vivenciavam conflitos entre pais e filhos foram categorizados com alteração na saúde mental. A literatura tem discutido amplamente sobre o benefício do suporte familiar na vida do adolescente para o enfrentamento das diversidades, o que se percebe na atual investigação no qual os sentimentos e comportamentos negativos em relação à família tiveram média superior nas densidades absoluta em todas as áreas do DUSI, havendo correlação entre esses domínios e a dimensão adaptação familiar.

O apoio parental torna o adolescente capaz de desenvolver competências sociais necessárias (WANG et al., 2015). Esses dados vêm ao encontro do relato de Pratta e Santos (2007b), os quais referiram que o apoio, o diálogo, a compreensão, e o estabelecimento de laços de confiança entre os membros da família são requisitos fundamentais para o bem-estar e a saúde psíquica do adolescente, principalmente para os problemas emocionais (CARVALHO; MATOS, 2014).

Os dados encontrados no estudo de Souza, Baptista, Alves (2008) desenvolvido com estudantes de uma universidade no estado de SP, os quais detectaram que a presença de afeto, de carinho, de habilidades na resolução de problemas, de sentimentos positivos, de estabelecimento de relações de confiança, de liberdade e de privacidade entre os membros da família, estavam associados a menor estresse psíquico, de ideação suicida e de desconfiança na sua capacidade.

Os adolescentes que percebem relações familiares com pouca confiança, pouca liberdade e pouca privacidade, ou seja, têm pouca autonomia entre os membros apresentaram médias

superiores para a densidade absoluta nos domínios desordens psiquiátricas, competência social e sistema familiar. Observou-se correlação significante entre o IPSF total e a densidade absoluta em todos os domínios DUSI, indicando que o suporte familiar baixo está associado a vários problemas de ordem emocional, comportamental, física e social.

Estudo de caso, conduzido com três adolescentes em conflito com a lei com idade entre 15 e 18 anos, observou que a baixa coesão contribuiu para o distanciamento entre os membros familiares, assim como o pouco monitoramento e a supervisão sobre o adolescente (NARDI; DELL'AGLIO, 2012). Destaca-se, então, que o suporte familiar está positivamente associado ao bem-estar psíquico e social (SOUZA; BAPTISTA, 2008).

Ao analisar a densidade relativa, constatou–se que existe uma associação entre a afetividade, a adaptação familiar e o IPSF com os domínios saúde, competência social, sistema familiar, problemas escolares, no trabalho, atividades de lazer e de recreação, sendo que as médias foram maiores nos domínios comportamento, sistema familiar, problemas escolares e trabalho nos adolescentes que classificaram o suporte familiar como baixo.

Pode-se hipotetizar, com os resultados da presente investigação que a percepção negativa de suporte familiar, ou seja, a falta de apoio, de comunicação, de carinho e de respeito está relacionada a alterações físicas e psíquicas na adolescência. O que vem confirmar a hipótese que os adolescentes que referem maior percepção de suporte familiar apresentam menor índices de problemas em suas vidas.

Diante do exposto, cabe ressaltar, que na análise de regressão logística os adolescentes categorizados como limítrofes e anormais para o total de dificuldade apresentaram maiores chances de classificar o suporte familiar negativamente e de consumir drogas ilícitas e ou lícitas. A última hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que os problemas na saúde mental estão associados ao consumo de drogas e à percepção do suporte familiar.

Isso corrobora os resultados da investigação de Skeer et al (2009) os quais apontam que a presença de conflitos familiares aumenta o risco para o transtorno por uso de drogas em decorrência de alterações na saúde mental, principalmente os problemas externalizantes. Atiola et al (2014) explicam que a relação entre esses problemas podem estar relacionada à teoria do apego, uma vez que o conflito e a falta de apoio nos relacionamentos familiares aumentam o risco de alteração na saúde mental e no consumo de substâncias psicoativas.

Na investigação atual, não se pôde concluir qual situação gerou o problema, uma vez que o estudo tem o delineamento transversal, mas os resultados sugerem aspectos que devem ser

considerados na assistência ao adolescente em relação à tríade saúde mental, consumo de drogas e suporte familiar.

9. Conclusões

Nesta seção, serão apresentadas as conclusões baseadas nos objetivos propostos para o estudo.

Referente ao objetivo específico identificar os principais problemas de saúde mental; o consumo de drogas; os principais problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar, conclui-se que:

- ✓ 20,1% e 15,1% dos adolescentes apresentaram problemas relativos à saúde mental. Os problemas com os colegas e de conduta foram os mais evidentes na classificação limítrofe e a hiperatividade e os problemas emocionais na classificação anormal;
- ✓ 62,2% dos adolescentes percebiam a presença de alteração na saúde mental, e metade deles classificaram que suas dificuldades são pequenas;
- ✓ A dificuldade que mais atrapalhava os adolescentes no dia-dia foi a de aprendizagem;
- ✓ 15 % e 13,2% foram classificados como anormais e limítrofes na escala de suplemento de impacto;
- ✓ 25,2% dos adolescentes foram classificados como usuários de drogas, sendo que 16,7% consomem drogas lícitas e 8,5% consomem drogas ilícitas e/ou lícitas;
- ✓ As drogas mais consumidas entre os participantes foram o álcool, a maconha e o tabaco;
- ✓ 73,6% da amostra enfrentavam problemas significativos na vida;
- ✓ Em relação à densidade absoluta e a densidade relativa corrigida dos problemas, os mais evidentes nos participantes foram às atividades de lazer e de recreação e o problema de comportamento;
- ✓ Verificou-se que a maioria dos adolescentes classificou o suporte familiar como baixo e médio-baixo, na pontuação total do IPSF e nas demais dimensões.

Quanto ao objetivo analisar as relações entre as variáveis sociodemográficas e o consumo de drogas; a saúde mental; os problemas enfrentados e a percepção do suporte familiar, conclui-se que:

- ✓ Os fatores de risco para a alteração na saúde mental foram ser do sexo feminino; os pais não viverem juntos; viverem com outro membro familiar; não estudar; apresentar defasagem escolar; pertencer ao estrato econômico C e D e não praticar uma religião;

- ✓ Os fatores protetores para o consumo de drogas lícitas foram ter idade entre 12 a14 anos; pais viverem juntos e estar estudando. Os fatores de risco para o consumo dessa droga foram apresentar defasagem escolar e não ter uma filiação religiosa;
- ✓ Para o consumo de drogas ilícitas e/ou lícitas; foram fatores protetores ter idade entre 12 a 14 anos; pais viverem juntos; viverem com ambos os pais e estudar. Os fatores de risco para o consumo dessas drogas foram ser do sexo masculino; apresentarem defasagem escolar; não praticar e não participar de um grupo religioso;
- ✓ Com relação à densidade global de problemas enfrentados pelo adolescente, observa-se que a média e a mediana são superiores para os adolescentes mais velhos; viver com outro membro familiar, pertencentes à classe econômica C e D; que não estudam; com defasagem escolar e que não praticam a religião;
- ✓ Os pais não viverem juntos, viverem com outro membro familiar, defasagem escolar e não praticar uma religião foram os fatores que contribuíram para que os adolescentes classificassem o suporte familiar como baixo, independentemente do sexo.

Em relação ao objetivo específico, identificar associação entre o consumo de drogas e as alterações na saúde mental; os problemas enfrentados e a percepção do suporte familiar, concluiu-se que:

- ✓ Os adolescentes que consomem substâncias lícitas apresentaram mais chances de serem categorizados como anormais para a pontuação total de dificuldade e problemas de conduta;
- ✓ Os adolescentes que consomem drogas ilícitas e/ou lícitas apresentaram mais chances para serem categorizados como anormais na escala de impacto, no total de dificuldades, de hiperatividade, de problemas de conduta e de problemas de relacionamento com os colegas;
- ✓ Quanto à densidade global, verificaram-se médias e medianas elevadas para os que consumiam drogas ilícitas e/ou lícitas;
- ✓ Na densidade absoluta, todas as áreas, exceto a competência social apresentaram associação significativa com o consumo de drogas, com média e mediana elevada para os usuários de droga ilícita e/ou lícita;

- ✓ Na densidade relativa corrigida, as áreas relacionadas a problema escolar, trabalho e relação com os amigos apresentaram-se médias e medianas superiores para os adolescentes que consomem drogas;
- ✓ A área de lazer e de recreação foi o domínio mais comprometido em adolescentes não usuários de drogas;
- ✓ Os adolescentes que consumiam drogas tiveram mais chances de considerar o suporte familiar como baixo nos domínios afetivo-consistente, de adaptação e no total do IPSF.

De acordo com o objetivo, avaliar a associação entre as alterações na saúde mental com os problemas enfrentados pelos adolescentes e a percepção do suporte familiar, constatou-se que:

- ✓ Presença de associação significante entre as alterações na saúde mental no escore total de dificuldade, na hiperatividade, nos problemas de conduta, emocionais, de relacionamento com os colegas e na escala de impacto com a densidade global, assim como na densidade absoluta em todas as áreas de problemas, exceto os problemas emocionais e o trabalho. As médias são superiores nos adolescentes categorizados como anormais;
- ✓ Os adolescentes categorizados como limítrofes ou anormais para o total de dificuldade, de hiperatividade, de problemas emocionais, de conduta e na escala de impacto, apresentaram na densidade relativa corrigida médias e medianas superiores para problemas de comportamento, desordens psiquiátricas, problemas escolares, trabalho e sistema familiar;
- ✓ O lazer e atividade de recreação foi o domínio que mais comprometeu os adolescentes categorizados como normais para a saúde mental;
- ✓ Os adolescentes com alteração na saúde mental apresentaram maiores chances para classificar o suporte familiar negativamente.

No que se refere ao objetivo, identificar associação entre a percepção do suporte familiar e os problemas enfrentados pelo adolescente, pôde-se concluir que:

- ✓ Os adolescentes que percebem o suporte familiar negativamente no IPSF total, na afetividade, na adaptação familiar, apresentaram associação significativa com a densidade global, densidade absoluta e densidade relativa corrigida de problemas, com médias elevadas para os problemas enfrentados na vida;

- ✓ Os problemas que mais afligiram os adolescentes que percebem o suporte familiar negativamente são as alterações comportamentais, o próprio sistema familiar, os problemas escolares e o trabalho.

Por fim, quanto ao objetivo de analisar a associação entre a saúde mental e as variáveis sociodemográficas, o consumo de drogas e a percepção do suporte familiar, conclui-se que:

- ✓ Adolescentes categorizados como limítrofes e anormais em relação à alteração na saúde mental apresentaram mais chances de classificar o suporte familiar como baixo;
- ✓ Participantes categorizados como desviante para os problemas gerais de saúde mental apresentaram mais chances para o consumo de drogas ilícitas e/ou lícitas.

O estudo apresentou limitações que precisam ser consideradas. Primeiramente, refere-se ao desenho transversal, não permitindo estabelecer uma relação de causa e efeito entre as variáveis (estudadas) alterações na saúde mental, sociodemográficas, consumo de drogas, problemas enfrentados na vida e suporte familiar. Pesquisas longitudinais são necessárias para se identificar a direção dessas relações e confirmar os resultados da presente investigação.

Outra limitação do estudo foi o uso apenas do autorrelato dos adolescentes frente ao desfecho da demanda em saúde mental e do consumo de drogas. O autorrelato dessas informações pode não representar a realidade, em relação ao consumo de drogas, podendo haver uma subnotificação. Apesar disso, o autorrelato é uma ferramenta útil e amplamente utilizada como uma medida para investigar problemas de saúde mental, informações complementares por parte dos professores e dos pais, melhoraria a sensibilidade e especificidade, o que não difere em relação à percepção do suporte familiar.

Mesmo com as limitações apontadas, o estudo procurou acrescentar e avançar na compreensão da saúde mental, no consumo de drogas, nos problemas enfrentados na vida e percepção do suporte familiar. Há que se cometar que este estudo apresentar a contribuição de ter sido realizada com base na comunidade, evitando os pontos fracos de estudor realizados com amostras de escolares que podem não captar adolescentes que estão fora do espaço escolar, além de diminuir a influência e a interferência dos pares durante o preenchimento dos instrumentos.

A partir de o presente estudo pode constatar que uma incidência relevante de adolescentes com alteração na saúde mental e que consomem drogas, estes constituem uma categoria com

mais problemas e comprometimentos, que tendem impactar negativamente suas vidas. Não se pode afirmar a relação causal dessas alterações nem que sejam responsáveis por esses processos, uma vez que se observa que essa cadeia multifacetada é decorrente do processo vivenciado pelo próprio adolescente em seu contexto sociopolítico, econômico, cultural e interpessoal.

Entretanto, os adolescentes que não estão inseridos nesses grupos não estão totalmente livres de alterações, uma vez que estão confrontados com o próprio processo de desenvolvimento, com a percepção negativa do suporte familiar, com a falta de atividade de lazer e recreação, com a dificuldade de aprendizagem, com a presença de colegas desviantes nos espaços de convivência e com a oferta e a estimulação ao consumo de drogas pela mídia, que poderão contribuir para a alteração do bem-estar e para a iniciação ao consumo de drogas.

Nesta perspectiva são fundamentais políticas públicas que contribuem para maior inserção e manutenção dos adolescentes na escola, e que o processo de aprendizagem seja algo prazeroso e que contribua para auxiliá-los nas adaptações desse período, e na promoção da autonomia necessária para o seu pleno desenvolvimento. É importante que esses profissionais estejam preparados para assistir os adolescentes com alterações comportamentais, emocionais, ou de conduta, evitando sua exclusão nesse espaço e a inclusão em um mundo de violência, do tráfico e do consumo de drogas. Outro ponto a ser considerado pelas políticas públicas é a necessidade de se criar espaços e oportunidades de lazer e de recreação para os adolescentes, com atividades supervisionadas por profissionais capacitados para desenvolver oportunidades de maior integração social.

Referências[1]

ABRAMO, H. W. Condição juvenil no Brasil contemporâneo. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Orgs.). **Retrato da juventude brasileira.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Instituto Cidadania, 2005. p. 37-72.

ALMEIDA, R. M. M. et al. Uso de álcool, drogas, níveis de impulsividade e agressividade em adolescentes do Rio Grande do Sul. **Psico.**, Rio Grande do Sul, v. 45, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/ revistapsico/article/view/12727>. Acesso em: 23 jan. 2015.

ALVIM, C.G. et al. Prevalência de transtornos emocionais e comportamentais em adolescentes com asma. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v.34, n.4, p.196-204, Abril. 2008. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 set 2012.

AMAZARRAY, M. R. et al. Aprendiz versus trabalhador: adolescentes em processo de aprendizagem. **Psic.: Teor. Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 329-338, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3772200 9000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2015.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.

ANSELMI, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Soc. Psychiat. Epidemiol.**, Berlin, v. 45, n. 1, p. 135-142, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1938142>. Acesso em: 20 jun. 2011.

ANTUNES, H. M.; CAMPOS, C. J. G. Pais e responsáveis do adolescente deprimido: buscando conhecer experiências que levaram à procura de atendimento especializado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 205-212, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200005&lng=en&nrm=iso Acesso em: 12 Jan. 2013.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica:** um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2004.

---

[1] Referências apresentadas de acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – NBR 6023- Informação e documentação: referências e elaboração. Rio de Janeiro, 2000.

ARANGO, C. Physical comorbidity in mental illness in paediatric population: need for an integrated health care approach to paediatrics and child psychiatry. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 20, n. 8, p. 379-380, Aug. 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-011-0197-x>. Acesso em: 05 fev. 2015.

ARAÚJO, A. C. et al. Relacionamentos e interações no adolescer saudável. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 136-142, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000100019 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2013.

ARMAN, S. et al. Epidemiological study of youth mental health using strengths and difficulties questionnaire (SDQ). **Iran Red Crescent Med. J.**, Dubain, v.14, n.6, p.371-375, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3420028/>. Acesso em: 15 Jan. 2015.

ÂSLUND, C.; NILSSON, K.W. Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. **Int. J. Equity Heath**, London, v.12, n.33, p.2-11, 2013. Disponível em:< http://www.equityhealthj.com/content/12/1/33> Acesso em: 1° fev.2012.

ASMUS, C.I.R.F. et al. Atenção integral à saúde de adolescentes em situação de trabalho: lições aprendidas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 953-960. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 14 abr. 2015.

ASPY, C. B. et al. The influence of assets and environmental factors on gender differences in adolescent drug use. **J. Adolesc.**, London, v. 37, n. 6, p. 827-837, June 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014019711400 0803>. Acesso em: 18 jan. 2012.

ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141 3-81232009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério padrão de classificação econômica Brasil**. 2012. Disponível em: <abep@abep.org>. Acesso em: 10 jun. 2013.

ASSUNÇÃO, M. C. F. Tornar-se obeso na adolescência pode trazer consequências à saúde mental? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1859-1866, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 nov. 2013.

ATIOLA, O.; AYINDE, O.; ADEITAN, O. Beyond prevalence and pattern: problematic extent of alcohol and substance use among adolescents in Ibadan South-west Nigeria. **Afr. Health Sci.**, Kampala, v.13, n.3, p. 777-84, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24250321> Acesso: 12 maio 2015.

ATIOLA, O. et al. Self-reported mental health problems among adolescents in developing countries: results from an international pilot sample. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, Baltimore, v. 34, n. 2, p. 129-137, Fev. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23369959>. Acesso em: 10 out. 2014.

ATIOLA, O. et al. Role of personal and family factors in alcohol and substance use among adolescents: an international study with focus on developing countries. **J. Psychiatr. Ment. Health Nurs**., Oxford, v.21, n.7, p.609-617, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24612213>. Acesso em: 18 abr. 2015.

AVANCI, J. Q. et al. Fatores associados aos problemas de saúde mental em Adolescentes. **Psic.: Teor. e Pesq.,** Brasília, v. 23, n. 3, p. 287-289, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2011.

AYTACLAR, S. et al. Substance abuse and associated psychosocial risk factors among Turkish male adolescents. **Addict. Behav.**, Oxford, v. 28, n. 8, p.1419-1429, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14512064>. Acesso em: 26 out. 2011

BANNINK, R. et al. Associations between parent-adolescent attachment relationship quality, negative life events and mental health. **PloS One**, San Franscisco, v. 8, n. 11, p.1-7, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24312244>. Acesso em: 26 maio 2015.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA DAHER, A. S.; DIAS, R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, p.52-61,jun. 2001. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 junho 2013.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv**. **Hu.**, São Paulo, v. 14,n.3, p. 58-67, 2004. Disponível em: < http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/40168/43034>. Acesso em: 12 fev. 2012.

BAPTISTA, M.N. Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. **Psico-USF**, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 11-19, jan./jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a03.pdf >. Acesso em: 25 set. 2012.

BAPTISTA, M.N. Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudo Componencial em duas Configurações. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n.3, p.496-509, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932007000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 set 2012.

BAPTISTA, M.N.; SOUZA, M.S.; ALVES, G.A.S. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba , v. 13, n. 2, p. 211-220, Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Agost. 2015.

BAPTISTA, M.N. **Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)**. Editora Vetor, v. 1, 2009, 95 p.

BAPTISTA, M. N.; CREMASCO, G. S. Propriedades psicométricas da Escala Baptista de Depressão Infanto-Juvenil (EBADEP-IJ). **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p.198-213, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S1809-52672013000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BASTOS, J. L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Sc Med.**, Porto Alegre, v.17, n.4, p.229-232, out./dez., 2007.

BECKER, A. et al. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? **Eur. Child. & Adolesc. Psychiatry.**, Toronto, v. 13, n. 3, p. 17-24, July 2004. Supplement 2. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00787-004-2004-4>. Acesso em: 20 fev. 2011.

BENETTI, S. P. C. et al. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artete xt&pid=S0102-311X2007000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2011.

BENETTI, S. P. C. et al. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 3, p. 321-332, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a06.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2012.

BENINCASA, M.; CUSTODIO, E. M. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes do Município de São Paulo. **Bol. Psicol. (online)**, São Paulo, v. 61, n. 134, p. 31-42, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0006-59432011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BENJET, C. et al. Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. **Addiction.**, Abingdon, v. 102, n. 8, p. 1261-1268, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih. gov/pubmed/17624976>. Acesso em: 1º set. 2012.

BENJET, C. et al. The association of chronic adversity with psychiatric disorder and disorder severity in adolescents. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.**, Toronto, v. 20, n. 9, p. 459-468, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21769607>. Acesso em: 22 jan. 2014.

BENJET, C. et al. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. **Salud Pública Méx.**, Cuernavaca, v. 54, n. 4, p. 410-417, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2014.

BENVEGNU, L. A. et al. Work and behavioural problems in children and adolescents. **Int. J. Epidemiol.**, London, v. 34, n.6, p. 1417-1424, 2005. Disponóvel em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16144859>. Acesso em: 22 out. 2013.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt ext&pid=S0102-311X2009000600017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2013.

BEZERRA, J. et al. Religiosidade, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo em adolescentes. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 26, n. 5, p. 440-446, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/09.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

BIRHANU, A. M.; BISETEGN, T. A.; WOLDEYOHANNES, S. M. High prevalence of substance use and associated factors among high school adolescents in Woreta Town, Northwest Ethiopia: multi-domain factor analysis. **BMC Public Health**, London, v. 14, n.1186, p.2-11, 2014. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1186>. Acesso em: 16 fev. 2015.

BIZARRO, L. O bem-estar psicológico de adolescente com insuficiência renal crônica. **Psicol Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 2, n. 2, p. 55-67, 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220204>. Acesso em: 12 abr. 2011.

BLEAKLEY, A.; ROMER, D.; JAMIESON, P. E. Violent film characters' portrayal of alcohol, sex, and tobacco-related behaviors. **Pediatrics**, Springfield, v. 133, n. 1, p. 71-77, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24323997?dopt=Abstr act>. Acesso em: 22 fev. 2015.

BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 26-43, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artte xt&pid=S0101-32622004000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2012.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicol. Esc. Educ. (Impr.)**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85 572007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2014.

BRAGA, P. D.; MOLINA, M. D. C. B.; FIGUEIREDO, T. A. M. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 87-95, 2010. Disponível em: <http://www.scielo. br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2011.

BRANCO, P. P. M. Juventude e trabalho: desafios e perspectivas para as políticas públicas. In: ABRAMO, H. W. e BRANCO, P. P. M. (orgs.) (2005). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, p. 129-148.

BRAND, S.; KIROV, R. Sleep and its importance in adolescence and in common adolescent somatic and psychiatric conditions. **Int. J. Gen. Med.**, Auckland, v. 4, p. p. 425-442, June 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC311 9585/>. Acesso em: 22 fev. 2012.

BRANSTETTER, S. A.; LOW, S.; FURMAN, W. The influence of parents and friends on adolescent substance use: a multidimensional approach. **J. Subst. Use**, Abingdon, v. 16, n. 2, p. 150-160, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21747 736>. Acesso em: 22 maio 2015.

BRASIL. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília: Ministerio do Trabalho e Emprego, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>. Acesso em: 18 set. 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Lei 8.069, de 13 de Julho de 1990. 9 ed. Versão atualizada. Brasília: Ministério da Justiça, 2012. 207 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS**: tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012.** Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 22 fev. 2013.

BRECHTING, E. H.; GIANCOLA, P. R. Longitudinal study of coping strategies and substance use in adolescent boys. **J. Child. Adolesc. Subst. Abuse**, Binghampton, v. 16, n. 2, p. 51-67, 2006. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J029v 16n02_03#.Vaj5aLVdLGs>. Acesso em: 18 maio 2015.

BRENNER, A. K.; DAYRELL, J.; CARRANO, P. Culturas do lazer e do tempo livre dos jovens brasileiros. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Org.). **Retratos da juventude brasileira:** análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Instituto Cidadania, 2005.

BRÊTAS, J. R. S. et al. Os rituais de passagem segundo adolescentes. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 404-411, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php ?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BUSCHGENS, C. J. M. et al. Externalizing behaviors in preadolescents: familial risk to externalizing behaviors and perceived parenting styles. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.**, Toronto, v. 19, n. 7, p. 567-575, July 2010. Disponível em: <http://www.nc bi.nlm.nih.gov/pubmed/20041337>. Acesso em: 12 abr. 2015.

BUTTON, T. M. M. et al. The moderating effect of religiosity on the genetic variance of problem alcohol use. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, New York, v. 34, n. 9, p. 1619-1624, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20569244>. Acesso em: 12 fev. 2013.

BYCK, G. R. et al. Prevalence of mental health disorders among low-income African Americam adolescentes. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 48, n. 10, p. 1555-1567, Oct. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2338580 3>. Acesso em: 25 fev. 2015.

CAMPOS, J. A. D. B. et al. Consumo de álcool entre estudantes do ensino médio do município de Passos - MG. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4745-4754, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex t&pid=S1413-81232011001300023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 fev. 2015

CAMPOS, J.R.; DEL PRETTE, A. DEL PRETTE Z.A.P. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/ proteção. **Estudo e Pesquisa em Psicologia,** Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 408-428, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/12645/9820>. Acesso em: 22 jan. 2015.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não-grávidas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 573-581, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007 000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2015.

CARDOSO, L. R. D.; MALBERGIER, A. Habilidades sociais e uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas em adolescentes. **Psicol Argum.**, Paraná, v. 31, n. 75, p. 761-768, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=12643& dd99=view&dd98=pb>. Acesso em: 20 set. 2015.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A. Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. **Psicol. Esc. Educ**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 27-34, jun. 2014a. Disponível em: http:<//www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000100003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 29 maio 2015.

CARDOSO, L.R.D.; MALBERGIER, A. A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 65-74, mar. 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2014000100007&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 6 Jul. 2015.

CARLINI, E.L.A. et al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – 2010. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid); Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad); Ministério da Justiça; Governo Federal. 2010.

CARVALHO, P.D. de et al. Prevalência e fatores associados a indicadores negativos de saúde mental em adolescentes estudantes do ensino médio em Pernambuco, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant. (online).**, Recife, v.11, n. 3, p.227-232, sept. 2011a.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 ago. 2015.

CARVALHO, P. D. et al. Condutas de risco à saúde e indicadores de estresse psicossocial em adolescentes estudantes do Ensino Médio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2095-2105, nov. 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/s cielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100003&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 07 set. 2013.

CARVALHO, M.; MATOS, M. G. Psychosocial determinants of mental health and risk behaviours in adolescents. **Glob. J. Health. Sci.**, Toronto, v. 6, n. 4, p. 22-35, Apr. 2014. Disponível em: <ww.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001551>. Acesso em: 23 mar. 2015.

CASARIN, N.E.F; RAMOS, M.B.J. Família e aprendizagem escolar. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 24, n. 74, p.182-201, 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862007000200009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 11 ago. 2015.

CASTRO, M. L.; CUNHA, S. S.; SOUZA, D. P. O. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1054-1061, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?sc ript=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2015.

CHISOLM, D.J. et al. Health literacy, alcohol expectancies, and alcohol use behaviors in tens. **Patient Educ. Couns.**, Princeton,v.97, n.2, P.291-296, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25085549>. Acesso em: 16 Jan. 2015.

COCCO, M.; LOPES, M. J. M. Violência entre jovens: dinâmicas sociais e situações de vulnerabilidade. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 151-159, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jan. 2015.

CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO (CLT). São Paulo: Saraiva. 2° ed. 2001.

CORDOVA, D. et al. Family functioning and parent support trajectories and substance use and misuse among minority urban adolescents: a latent class growth analysis. **Subst. Use Misuse**, London, v. 49, n. 14, p. 1908-1919, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25033377>. Acesso em: 06 fev. 2015.

CORTI, A. P. et al. **Caderno de reflexões** - jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental. Brasília: Via Comunicação, 2011.

COSTA, M.; MOTA, C. P. Configuração familiar, género e coping em adolescentes: papel dos pares. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 17, n. 4, p. 567-575, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722012000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2014.

COSTA, M. C. O. et al. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1143-1154, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2012.

COTTON, S. et al. The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 36, n. 6, p. 529e7-529e14, June 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15909358>. Acesso em: 18 ago. 2013.

COUTINHO, L. G. Pesquisa-intervenção na escola: adolescência, educação e inclusão social. **Arq. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1,p.2-10, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2015.

CREWS, F. T.; VETRENO, R. P. Addiction, adolescence, and innate immune gene induction. **Front Psychiatry**, Lausanne, v. 2, n. 19, p. 1-7, abr. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21629837>. Acesso em: 20 maio 2012.

CRIVELATTI, M. M. B.; DURMAN, S.; HOFSTATTER, L. M. Sofrimento psíquico na adolescência. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, p. 64-70, 2006. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago. 2012.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2013-2020, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2015.

CUCCHIARO, G.; DALGALARRONDO, P. Mental health and quality of life in pre- and early adolescents: a school-based study in two contrasting urban áreas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 213-221, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462007000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2012.

DALGALARRONDO, P. et al. Religião e uso de drogas por adolescentes. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 82-90, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000200004&lng=em>. Acesso em: 12 ago. 2012.

DALLA-DEA, H. R. F.; DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Effects of identification and usefulness of the lie scale of the Drug Use Screening Inventory (DUSI-R) in the assessment of adolescent drug use. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 72, n. 3, p. 215-223, dez. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14643938>. Acesso em: 25 maio 2012.

DAL PIZZOL, T. S. et al. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 109-115, jan. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2015.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Screening of drug use in a teenage brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). **Addict. Behav.**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 683-691, Sept./Oct. 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/pubmed/11023011>. Acesso em: 22 jan. 2012.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Psychometrics properties of the Brazilian version of DUSI (Drug Use Screening Inventory). **Alcohol Clin. Exp. Res.**, New York, v. 26, n.10, p. 1523-1528, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12 394285>. Acesso em: 23 jan. 2012.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction.**, Abingdon, v. 99, n. 5, p. 570-558, May 2004. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/15078231>. Acesso em: 22 jan. 2012.

DE VARGAS GIL, C. Z. Participação juvenil e escola: os jovens estão fora de cena? **Ultima Décad.**, Santiago, v. 20, n. 37, p. 87-109, dez. 2012. Disponível em: <http://www .scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822362012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 abr. 2015.

DIAS, M. S. A. et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4371-4382, nov. 2014. Disponível em:<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104371&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2015.

DÍAZ NEGRETE, B.; GARCÍA-AURRECOECHEA, R. Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 24, n. 4, p. 223-232, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892 008001000001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2015.

DIETZ, G. et al. As relações interpessoais e o consumo de drogas por adolescentes. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog.**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 85-91, ago. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/49577>. Acesso em: 08 jul. 2012.

DOMINGUES, C. M. A. S.; ALVARENGA, A. T. Identidade e sexualidade no discurso adolescente. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 32-68, 1997.

DÓRIA, M.S. et al. Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.61, n.1, p.51-57, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v61n1/0104-4230-ramb-61-01-0051.pdf> Acesso em: 6 jun. 2015.

DRUG USE SCREENING INVENTORY – Revised © (DUSI-R). Disponível em: <http://www.yourhealthcheck.org/sites/default/files/docs/DUSI-R%20Brochure.pdf>. Acesso em: 22 set. 2014.

ELGAR, F. J.; GRAIG, W.; TRITES, S. J. Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. **J. Adolesc. Health.**, New York, v. 52, n. 4, p. 433-438, abr. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299005>. Acesso em: 23 jan. 2015.
ERIKSON, E. **Identidade, juventude e crise.** Rio de Janeiro. Zahar. 1976.

ERNST, M. et al. Behavioral predictors of substance-use initiation in adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, Springfield, v. 117, n. 6, p. 2030-2039, June 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16740 845>. Acesso em: 23 mar. 2015.

EWING, B. A. et al. Longitudinal family effects on substance use among an at-risk adolescent sample. **Addict Behav.**, Oxford, v. 41, p. 185-191, fev. 2015. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460314003499>. Acesso em: 02 jun. 2015.

FALCK, R. S. et al. Surveying teens in school to assess the prevalence of problematic drug use. **J. Sch. Health**, Columbus, v. 82, n. 5, p. 217-224, maio 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22494092>. Acesso em: 22 mar. 2015.

FANG, L.; BARNES-CEENEY, K.; SCHINKE, S. P. Substance use behavior among early-adolescent Asian American girls: the impact of psychological and family factors. **Women Health**, Philadelphia, v. 51, n. 7, p. 632-642, Nov. 2011. Disponível em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22082244>. Acesso em: 27 abr. 2015.

FELIPE, A. O. B.; CARVALHO, A. M. P.; ANDRADE, C. U. B. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescente. **SMAD. Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool e Drog.**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, mar. 2015. Disponível em: <http://www.rev istas.usp.br/smad/article/view/98751/97305>. Acesso em: 06 jul. 2015.

FERREIRA, S. C.; MACHADO, R. M. Equipe de saúde da família e o uso de drogas entre adolescentes. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 18, n. 3, p. 482-489, jul./set. 2013. Disponível em:< http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/33560>.Acesso em: 23 jan.2015.

FERRIOLLI, S. H.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scr ipt=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200012>. Acesso em: 07 maio 2012.

FIGLIE, N. et al. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. Psiquiatria. Clín.**, São Paulo, v. 31, n.2, p. 53-62, 2004. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol31/n2/pdf/53.pdf>. Acesso em: 07 maio 2011.

FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). Infanto Rev. Neuropsiquiatr. Infan. Adolesc., v. 8, n. 1, p. 44-40, 2000.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, p.2-6, dez. 2000. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?sc ript=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2015.

FLOURI, E. et al. Adverse life events, area socio-economic disadvantage, and adolescent psychopathology: the role of closeness to grandparents in moderating the effect of contextual stress. **Stress**, Amsterdans, v. 13, n. 5, p. 402-412, set. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20666637>. Acesso em: 25 abr. 2015.

FLOURI, E.; TZAVIDIS, N. Psychopathology and prosocial behavior in adolescents from socio-economically disadvantaged families: the role of proximal and distal adverse life events. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 17, n. 8, p. 498-506, dez. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18431535>. Acesso em: 12 mar. 2015.

FONSECA, A.C.; Consumo de drogas e comportamentos antissociais na adolescência: que relação?. **Revista Portug Ped**, 2013. p. 157-176.

FORD, J.A; HILL, T. Religiosity and adolescent substance use: evidence from the National survey on drug use and health. **Subst. Use Misuse,** London,v.47, n.7, p.787-798, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22443107>. Acesso em: 18 Fev. 2013.

FRADE, I. F. et al. Relationship between stress symptoms and drug use among secondary students. **Span. J. Psychol.**, Madrid,v. 16, n. 4, p. 1-12, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23866235>. Acesso em: 23 mar. 2015.

FROTA, A. M. M. C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia,** UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/10956>. Acesso em: 22 set. 2013.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da infância e da adolescência**. Direito de aprender: potencializar avanços e reduzir desigualdades. Brasília, DF: UNICEF, 2009.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Adolescência Brasileira 2011 O direito de ser adolescente:** Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: UNICEF, 2011.

FUNDAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Acesso, permanência, aprendizagem e conclusão da educação básica na idade certa** - direito de todas e de cada uma das crianças e dos adolescentes. Brasília, DF: UNICEF, 2012.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, p. 753-761, jun. 2011. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2012.

GIACOMOZZI, A. I. et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do Programa Saúde do Escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 612-622, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2015.

GIANNAKOPOULOS, G. et al. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. **Ann. Gen. Psychiatry**, London, v. 8, n. 20, p.1-7, Aug. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2744914/>. Acesso em: 22 fev. 2015.

GIATTI, L. et al. Trabalho precoce, marcador de vulnerabilidades para saúde em escolares brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 17-30, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000500017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2015.

GIEDD, J. N.; KESHAVAN, M.; PAUS, T. Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence? **Nat. Rev. Neurosci.**, London, v. 9, n. 12, p. 947-957, dez. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2762785/pdf/nihms67026.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2012.

GLASER, B. et al. The moderating role of close friends in the relationship between conduct problems and adolescent substance use. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 47, n. 1, p. 35-42, July 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20547 290>. Acesso em: 27 fev. 2012.

GOODMAN, R. The strenghts and difficulties questionnaire: a research note. **J. Child. Psychol. Psychiatry.**, New York, v. 38, n. 5, p. 581-586, Jul. 1997.

GOODMAN, R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. **Child. Psychol. Psychiatry.**, New York, v. 40, n. 5, p. 791-799, 1999.

GOODMAN, R.; MELTZER, H.; BAILEY, V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, Toroton, v. 7, n. 3, p. 125-130, Oct. 1998.

GOODMAN, A.; JOYCE, R.; SMITH, J. P. The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. **Proc. Natl. Acad. Sci. USA**, Washington, v. 108, n. 15, p. 6032-6037, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC30768 63/>. Acesso em: 25 abr. 2011.

GORDIA, A. P. et al. Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 29-35, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2013.

GRANT, B. F.; WEISSMAN, M. M. Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. In: NARROW, M. B. et al. **Agenda de investigación para el DSM-V**. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico. Madrid: Elsevier Masson, 2009.

GUDJONSSON, G. H. et al. A national epidemiological study of offending and its relationship with ADHD symptoms and associated risk factors. **J. Atten. Disord.**, Toronto, v. 18, n. 1, p. 3-13, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/22522573>. Acesso em: 25 mar. 2015.

GUIMARÃES, R. M.; ROMANELLI, G. A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 117-126, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722002000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 jul. 2015.

GUIMARÃES, J. L. et al. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 130-132, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200-4000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2011.

HAAS, K. Relationship of gender to licit and illicit drug use among adolescents. **Chrestomathy Undergraduate Res. College Charleston**, Charleston, v. 3, p. 92-100, 2004. Disponível em: <http://chrestomathy.cofc.edu/documents/vol3/hass.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2014.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0021-75572004000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2011.

HEMOVICH, V.; LAC, A.; CRANO, W.D. Understanding early-onset drug and alcohol outcomes among youth: The role of family structure, social factors, and interpersonal perceptions of use. **Psychol. Health Med.**, Abingdon, v.16, n.3, p.249-267, May, 2011. Disponível em: http:<//www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3088114/>. Acesso em: 10 dez. 2013.

HENRY, K. L.; HUIZINGA, D. H. School-related risk and protective factors associated with truancy among urban youth placed at risk. **J. Prim. Prev.**, New York, v. 28, n. 6, p. 505-519, Nov. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18004658>. Acesso em: 18 jan. 2013.

HERON, J. et al. Conduct problem trajectories and alcohol use and misuse in mid to late adolescence. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 133, n. 1, p. 100-107, Nov. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23787037>. Acesso em: 22 jan. 2015.

HILDEBRAND, N. A. et al. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 28, n. 2, p. 213 221, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S pid=S0102-79722015000200213&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2015.

HÖLLING, H. et al. Assessing psychopathological problems of children and adolescents from 3 to 17 years in a nationwide representative sample: results of the German health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 17, p. 34-41, Dec. 2008. Supplement 1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19132302>. Acesso em: 27 jan. 2011.

HORTA, R. L. et al. Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 775-783, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mar. 2011.

HORTA, R. L. et al. Uso na vida de substâncias ilícitas e fatores associados entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 31-45, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000500031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mar. 2015.

HUTTON, K. et al. Self-rated mental health and socio-economic background: a study of adolescents in Sweden. **BMC Public Health**, London, v. 23, n. 14, p.1-8, abr. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24758209>. Acesso em: 25 abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica. uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. p.317

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo populacional 2014**. (28 agosto 2014). Disponível em: < http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310160>. Acesso em: 14 fev. 2015.

JAYCOX, L. H. et al. Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. **Pediatrics**, Springfield, v. 124, n. 4, p. 596-605, Oct. 2009.

JESUS, F. B. et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-367, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983144720-11000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2013.

JINEZ, M. L.; SOUZA, J. R. M.; PILLON, S. C. Drug use and risk factors among secondary students. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, Apr. 2009. Disponivel em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2012.

JINEZ, M.L J.; **Intervenção preventiva do uso de drogas entre estudantes de ensino médio em uma amostra mexicana**. 2007. 126 p. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

JUSTO, L. P. Práticas em saúde baseadas em evidências: sua aplicação ao uso de álcool e outras drogas na adolescência. In: SILVA, E. A. S.; DE MICHELI, D. **Adolescência uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2011. p. 51-69.

KEYES, C.L.M. Human flourishing and salutogenetics. In: PLUES, M. **Genetics of psychological well-being.** New York. 2015. p.3-19.

KHAJEHDALUEE, M. et al. The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. **Iran Red Crescent. Med. J.**, Dubai, v. 15, n. 11, p.1-7, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3971778/>. Acesso em: 30 jan. 2015.

KIM-SPOON, J.; LONGO, G. S.; MCCULLOUGH, M. E. Adolescents who are less religious than their parents are at risk for externalizing and internalizing symptoms: the mediating role of parent-adolescent relationship quality. **J. Fam. Psychol.**, Washington, v. 26, n. 4, p. 636-641, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22888785>. Acesso em: 27 fev. 2015.

KIRBY, T.; BARRY, A. E. Alcohol as a gateway drug: a study of us 12th graders. **J. Sch. Health.**, Columbus, v. 82, n. 8, p. 371-379, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/22712674>. Acesso em: 27 out. 2013.

KIRISCI, L. et al. Screening current and future diagnosis of psychiatric disorders using the Revised Drug Use Screening Inventory. **Am J Drug Alcohol Abuse**, New York, v.34, n.5, p.653-665, 2008. Disponível em:< http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18821459>. Acesso em: 12 Set. 2013.

KIRISCI, L. et al. Quick screen to detect current substance use disorder in adolescents and the likelihood of future disorder. **Drug and Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 128, n,1-2, p. 116-22, Feb. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22999041>. Acesso em: 12 mar. 2014.

KLANSCEK, H. J. et al. Mental health inequalities in Slovenian 15-year-old adolescents explained by personal social position and family socioeconomic status. **Int. J. Equity Health.**, London, v.13, n.26, p. 2-10, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.equityhealt hj.com/content/pdf/1475-9276-13-26.pdf>. Acesso em: 12 set. 2015.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. p. 24-61.

KORHONEN, T. et al. Genetic and environmental influences underlying externalizing behaviors, cigarette smoking and illicit drug use across adolescence. **Behav. Genet.**, New York.v. 42, n. 4, p. 614-625, July 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/22350186>. Acesso em: 30 maio 2015.

KOSKELAINEN, M.; SOURANDER, A.; VAURAS, M. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry.**, Toronto, v.10, n.3, p.180-185, Sept. 2001. Disponível em: http:<//www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11596818> Acesso em: 4 jan. 2015.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEMOS, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M. Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 20-29, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo. php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2012.

LEMOS, V. A. et al. Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 52-59, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15164446201-2000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, dez. 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2015.

LINS, S.L.B.; NUNES, A.V.L.; VASCONCELO, I. Escala de emoções vivenciadas em ambiente familiar – BEAF. **Arquivo Brasileiro de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.62, n.2, p. 156-168, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2290/229016553014.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2015.

LOOSLI, L.; LOUREIRO, S. R. Associação entre depressão materna e diferenças de gênero no comportamento de crianças: uma revisão sistemática. **Rev. Psiquiatr.**, Rio Grande do Sul, v. 32, n. 3, p. 94-101, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v32n 3/1289.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2011.

LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 30, n. 1, p. 49-56, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2013000100006 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 out. 2013.

LOPES-QUINTERO, C.; NEUMARK, Y. Prevalence and determinants of resistance to use drugs among adolescents who had an opportunity to use drugs. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 1, n. 149, p. 55-62, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/25659896>. Acesso em: 1º jun. 2015.

LUIS, M. A. V. et al. Pattern of psychoactive substance use by students - Ribeirão Preto. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 515-525, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000300515&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2015.

LUIZ, A. M. A. G.; GORAYEB, R.; LIBERATORE JUNIOR, R. D. R. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 27, n. 1, p. 41-48, mar. 2010. Disponível em: <http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2010000100005&lng=en&nrm= iso>. Acesso em: 12 jan. 2011.

MACHADO, C. M. et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.53-62, ago. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S1516-36872014000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2015.

MADRUGA, C.S. et al. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil--a national survey. **Addict Behav.**, Oxford, v.37, n.10, p.1171-5, Out. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22703876>. Acesso em: 25 agost. 2014.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0102-311X2012000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º fev. 2013.

MALBERGIER, A. et al. Gender parity and drug use: are girls catching up with boys? **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 16-23, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462012000100005&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2015.

MALTA, D. C. et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, p. 136-146, set. 2011. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2011000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2014.

MALTA, D. C. et al. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 17, p. 46-61, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00046.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2015.

MARTINS, P. O.; TRINDADE, Z. A.; ALMEIDA, A. M. O. O ter e o ser: representações sociais da adolescência entre adolescentes de inserção urbana e rural. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 555-568, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MASON-JONES, A. J.; CABIESES, B. Alcohol, binge drinking and associated mental health problems in young urban Chileans. **Plos One**, San Francisco, v. 10, n. 4, p.1-12, abr. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25830508>. Acesso em: 15 jun. 2015.

MASON, J.; SCHMIDT, C.; MENNIS, J. Dimensions of religiosity and access to religious social capital: correlates with substance use among urban adolescents. **J. Primary Prevent.**, New York, v. 33, n. 5-6, p. 229-237, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23139081>. Acesso em: 24 jan. 2015.

MATHEWS, I. S.; PILLON, S. C. Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 359-368, 2004. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jun. 2012.

MATOS, M.; FÉRES-CARNEIRO,T.; JABLONSKI, B. Adolescência e relações amorosas: um estudo sobre jovens das camadas populares cariocas. **Interação em Psicologia,** v.9, n.1, p.21-33, 2005.

MARCEAU, K. et al. Individual differences in boys' and girls' timing and tempo of puberty: modeling development with nonlinear growth models. **Dev. Psychol.**, Washington, v. 47, n. 5, p. 1389-1409, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21639623>. Acesso em: 22 jul. 2015.

MARSIGLIA, F. F. et al. The effects of parental acculturation and parenting practices on the substance use of mexican-heritage adolescents from southwestern Mexican neighborhoods. **J. Ethn. Subst. Abuse**, London, v. 13, n. 3, p. 288-311, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25176121>. Acesso em: 12 jan. 2015.

MARSIGLIA, R.M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO JÚNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 14, n. 2, p. 69-76, Ago. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2014.

MATTOS, E.; CHAVES, A. M. As representações sociais do trabalho entre adolescentes aprendizes: um estudo piloto. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.66-75, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2015.

MCLAUGHLIN, K. A. et al. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 49, n. 9, p. 544-545, Sept. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21718967>. Acesso em: 23 maio 2011.

MELLOR, J. M.; FREEBORN, B. A. Religious participation and risky health behaviors among adolescents. **Health Econ.**, Oxford, v. 20, n. 10, p. 1226-1240, Oct. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20882576>. Acesso em: 18 ago. 2013.

MENEZES, A. M. B. et al. Problemas de saúde mental e tabagismo em adolescentes do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 700-705, maio 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 nov. 2012.

MENEZES, A. H. R. et al. Fatores associados ao uso regular de cigarros por adolescentes estudantes de escolas públicas de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 774-784, abr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000400774&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jul. 2015.

MENEZES, T.; MELO, V. O pediatra e a percepção dos transtornos mentais na infância e adolescência. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 38-46, jul. 2010. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=234>. Acesso em: 25 fev. 2015.

MENON, A. The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the reliability and validity of the self-report version to measure the mental health of Zambian adolescents. **J Adolesc Health**, Lusaka, v.2, p.127-134, 2014.

MENSAH, F. K. et al. Early puberty and childhood social and behavioral adjustment. **J. Adolescent Health**, New York, v. 53, n. 1, p. 118-124, July 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23558038>. Acesso em: 18 jan. 2015.

MERIKANGAS, K. R. et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication - Adolescent Supplement (NCS-A). **J. Am. Child. Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 49, n. 10, p. 980-989, Oct. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20855043>. Acesso em: 07 fev. 2013.

MERIKANGAS, K. R.; NAKAMURA, E. F.; KESSLER, R. C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. **Dialogues Clin. Neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 11, n. 1, p. 7-20, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19432384>. Acesso em: 25 set. 2011.

MCLEOD, J.; UEMURA, R.; ROHRMAN, S. Adolescent mental health, behavior problems, and academic achievement. **J. Health Soc. Behav.**, Thousand Oaks, v. 53, n. 4, p. 482-497, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23197485>. Acesso em: 02 maio 2013.

MIOZZO, L. et al. Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p.93-100, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000200001&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 02 nov. 2013.

MOHAMMADI, A. et al. Psychological problems in Iranian adolescents: application of the self report form of strengths and difficulties questionnaire. **Iran. J. Psychiatry**, Theran, v. 8, n. 4, p.152-159, out. 2013. Disponível em: <http://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/648>. Acesso em: 22 jan. 2012.

MOLOCK, S. D. et al. Relationship between religious coping and suicidal behaviors among African American adolescents. **J. Black Psychol.**, Washington, v. 32, n. 3, p. 366-389, Aug. 2006. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17080183>. Acesso em: 05 fev. 2013.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Adolescentes e o uso de drogas ilícitas: um estudo transversal. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 344-348, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/ 4105>. Acesso em: 21 maio 2013.

MONTEIRO, A.I.; MEDEIROS, J. D,; OLIVEIRA, J. R. Estilo de vida e vulnerabilidade social dos adolescentes no Bairro de Felipe Camarão, Natal/RN, 2005. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v.9, n.1, p.176-190, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a14.htm> Acesso em: 24 fev. 2013.

MORENO, R. S.; VENTURA, R. N.; BRETAS, J. R. S. O uso de álcool e tabaco por adolescentes do município de Embu, São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 969-977, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2011.

MORIHISA, R.S.; BARROSO, L.P.; SCIVOLETTO, S. Labeling disorder: the relationship between conduct problems and drug use in adolescents. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 29, n. 4, p. 308-14, Dec. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.ph p?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abril 2013.

MORRISON, P.; SMITH, A. E.; AKERS, A. Substance use and sexual risk among at-risk adolescents in Juiz de Fora, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 794-804, abr. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24 896054>. Acesso em: 26 jan. 2015.

MOSS, H. B.; LYNCH, K. G. Comorbid disruptive behavior disorder symptoms and their relationship to adolescent alcohol use disorders. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 1, n. 64, p. 75-83, Sept. 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11470 343>. Acesso em: 07 maio 2015.

MURIS, P.; MEESTERS, C.; BERG, F. V. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 12, n. 1, p. 1-8, Jan. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12601558>. Acesso em: 12 fev. 2012.

MURIS, P. et al. Person-related protective and vulnerability factors of psychopathology symptoms in non-clinical adolescents. **Community Ment. Health J.**, New York, v. 47, n. 1, p. 47-60, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19816772>. Acesso em: 18 ago. 2012.

MYKLESTAD, L.; ROYSAMB, E.; TAMBS, k. Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trondelag Health Study. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol**., Berlin, v. 47, n.5, p.771-82. maio 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21499806>. Acesso em: 27 ago. 2014.

NARDI, F. L.; DELL'AGLIO, D. D. Adolescentes em conflito com a lei: percepções sobre família. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 181-192, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722012000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2015.

NASCIMENTO, M. O.; AVALLONE, D. D. M. Prevalência do uso de drogas entre adolescentes nos diferentes turnos escolares**. Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 41-49, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=424#>. Acesso em: 02 fev. 2013.

NDETEI, D. M. et al. Psychosocial and health aspects of drug use by students in public secondary schools in Nairobi, Kenya. **Subst. Abus.**, Philadelphia, v. 30, n. 1, p. 61-68, Jan./Mar. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19197782>. Acesso em: 07 out. 2011.

NEGRIFF, S.; HILLMAN, J. B.; DORN, L. D. Does competence mediate the associations between puberty and internalizing or externalizing problems in adolescent girls? **J. Adolesc. Heath**, New York, v. 49, n. 4, p. 350-356, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21939864>. Acesso em: 04 maio 2013.

NERI, M. C. **A nova classe média**. Rio de Janeiro: FGV/ IBRE, CPS, 2008. Disponível em: <http://www3.fgv.br/ibrecps/M3/M3_ ANovaClasseMedia_Port_2.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

NEUMANN, A. et al. Emotional dynamics in the development of early adolescent psychopathology: a one-year longitudinal study. **Abnorm. Child. Psychol.**, New York, v. 39, n.6, p. 657-669, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494863>. Acesso em: 15 set. 2012.

NIETHAMMER, O.; FRANK, R. Prevalence of use, abuse and dependence on legal and illegal psychotropic substances in an adolescent inpatient psychiatric population. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 16, n. 4, p. 254-259, June 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17171573>. Acesso em: 15 ago. 2013.

NOTO, A.R. et al. **Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situações de rua nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo, 2003. Disponível em: <http://200.144.91.102/ site novo/conteudo.aspx?cd=644>. Acesso em: 10 de agosto 2013.

NUNES, M. M. S.; WERLANG, B. S. G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. **ConScientiae Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 207-216, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92970209>. Acesso em: 12 fev. 2015.

OBANDO, P. et al. The comorbidity of substance abuse and depressive symptoms in Costa Rican adolescents. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 75, n. 1, p. 37-44, Oct. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15380287>. Acesso em: 09 jan. 2015.

OLIVEIRA, A. S.; ANTONIO, P. S. Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 8, n. 1, p. 30-41, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.b r/revista/revista8_1/original_04.htm>. Acesso em: 02 abr. 2011.

OLIVEIRA, B. R.G.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. **Revista Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 83-89, maio 2001. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/ article/view/1572>. Acesso em: 19 jan. 2015.

OLIVEIRA, D. C. et al. Futuro e liberdade: o trabalho e a instituição escolar nas representações sociais de adolescentes. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 6, n. 2, p. 245-258, jan./abr. 2001. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/261/26160212.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2015.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, set. 2013. Número especial. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2015.

OLUMIDE, A. O. et al. Predictors of substance use among vulnerable adolescents in five cities: findings from the well-being of adolescents in vulnerable environments study. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 55, n. 6, p. 39-47, dez. 2014. Supplement. Disponível em: <http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25454001>. Acesso em: 25 fev. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: saúde mental – nova concepção, nova esperança. Genebra, 2001.

OSORIO, L. C. **O adolescente hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas.1992.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 133, p. 97-125, jan./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2011

PAIANO, M. et al. Distúrbios de conduta em crianças do ensino fundamental e sua relação com a estrutura familiar. **Rev. Bras. Cresc. Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 111-127, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v17n2/12.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2011.

PAJEVIC, L.; HASANOVIC, M.; DELIC, A. The influence of religious moral beliefs on adolescents' mental stability. **Psychiatr. Danub.**, Zagreb, v. 19, n. 3, p. 178-183, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17914316>. Acesso em: 12 jan. 2011.

PALAMAR, J.J. et al. Adverse psychosocial outcomes associated with drug use among US high school seniors: a comparison of alcohol and marijuana. **Am. J. Drug Alcohol Abuse**, New York, v.40, n.6, p.438-446, Nov. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25169838>. Acesso em: 22 Mar. 2013.

PATEL, V. et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. **Lancet**, London, v. 369, n. 9569, p. 1302-1313, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.n cbi.nlm.nih.gov/pubmed/17434406>. Acesso em: 24 ago. 2012.

PAULA, C. S. et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p.524-528, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200 8000300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2012.

PELEG-OREN, N. et al. Exploratory study on the association between interpersonal violence experiences and alcohol use among adolescents. **Social Work Research**, Cary, v. 37, n. 3, p. 277-285, 2013. Disponível em: <http://swr.oxfordjournals.org/content/37/3/277.short>. Acesso em: 15 nov. 2014

PELTONEN, K. et al. Parental violence and adolescent mental health. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 19, n.11, p. 813-822, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20821263>. Acesso em: 11 dez. 2012.

PERERA, S. et al. Factor structure and normative data of the Sinhalese version of self reported Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) for adolescents. **Ceylon Med. J.**, Colombo, v. 58, n. 2, p. 66-71, June 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23817936>. Acesso em: 08 jan. 2015.

PIEROBON, M. et al. Alcohol consumption and violence among Argentine adolescents. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v.89, n.1, p.100-107, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23544817> Acesso em: 12 Dez. 2014.

PINHEIRO, K. A. T. et al. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 241-245, Sept. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jul. 2013.

PIRKOLA, T. et al. Differences in characteristics and treatment received among depressed adolescent psychiatric outpatients with and without co-occuring alcohol misuse: a 1-year follow-up study. **Depression Res. Treat.**, New York, v.2011, p. 1-9, 2011. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/drt/2011/140868/cta/>. Acesso em: 18 ago. 2012.

PITEL, L. et al. Gender differences in the relationship between religios-ity and health-related behaviour among adolescents. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 66, n. 12, p. 1122-1128, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/225 69749>. Acesso em: 02 fev. 2013. 8892-7547

PIZETA, F. A. et al. Depressão materna e riscos para o comportamento e a saúde mental das crianças: uma revisão. **Estud. Psicol. (Natal)**, Natal, v. 18, n. 3, p. 429-437, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S 1413-294X2013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2015.

PRATTA, E.; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p.0-0, ago. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180 6-69762006000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2012.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Adolescência e uso de substâncias psicoativas: o impacto do nível socioeconômico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, p. 806-811, out. 2007a. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/sciel o.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000700015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2012.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007b. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttex t&pid=S1413-73722007000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jan. 2012.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 43-52, mar. 2007c. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S0102-37722007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 mar. 2015.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Fatores de risco para o uso na vida e no ano de álcool entre adolescentes do ensino médio. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drog.**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 18-24, abr. 2013. Disponível em: <http://www.revis tas.usp.br/smad/article/view/77410>. Acesso em: 12 jul. 2015.

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2013. Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: 23 jan. 2015.

REDDY, B. K.; BISWAS, A.; RAO, H. Assessment of mental health of Indian adolescents studying inurban schools. **MJPCH Online Early**, Kuala Lumpur, v. 17, n. 2, p.1-6, 2011.Disponível em: <http://mjpch.com/index.php/mjpch/article/view/276>. Acesso em: 25 nov. 2014.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. **Psico**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, p. 292-299, set./dez. 2007.

REIJNEVELD, S. et al. Adolescents' use of care for behavioral and emotional problems: types, trends, and determinants. **PlosOne**, San Franscisco, v. 9, n. 4, p. e3526, Apr. 2013. Disponivel em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3974777/>. Acesso em: 18 jan. 2015.

REIS, T. G.; OLIVEIRA, L. C. Pattern of alcohol consumption and associated factors among adolescents students of public schools in an inner city in Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 13-24, Jan./Mar. 2015. Disponível em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651008>. Acesso em: 08 jun. 2015.

REIS, C. D. et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 586-594, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692013000200586&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 maio 2015.

RIBEIRO, R.; CACCIAMALI, M. C. Defasagem idade-série a partir de distintas perspectivas teóricas. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p.497-512, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-3157201 2000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2015.

RITT-OLSON, A. et al. The protective influence of spirituality and "healthas-a-value" against monthly substance use among adolescents varying in risk. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 34, n. 3, p. 192-199, Mar. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/14967342>. Acesso em: 15 maio 2013.

ROCHA, M.M.; FERRARI, R.A.; SILVARES, E.F.M et al. Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. **Estud. Pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.948-964, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 jul. 2015.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MAFTUM, M. A. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2,p.353-357, jun. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script =sci_arttext&pid=S1414-81452008000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2011.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci _arttext&pid=S0101-60832004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2015.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 124-131, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci _arttext&pid=S0101-60832004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2015.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. A. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória-ES. **Psic. Teor. Prat.**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 71-84, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S1516-36872010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2011.

RONNING, J. A. et al. The strengths and difficulties self-report questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, Toronto, v. 13, n. 2, p. 73-82, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/15103532>. Acesso em: 10 ago. 2011.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

ROWLAND, B. et al. The relationship between the density of alcohol outlets and parental supply of alcohol to adolescents. **Addict Behav.**, Oxford, v. 39, n. 12, p. 1898-1903, Dec. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25150657>. Acesso em: 02 fev. 2015.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. Adolescentes que fazem uso nocivo/abusivo de álcool: percepção de risco e proteção para dependência. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 3, p. 687-695, jul./set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19658>. Acesso em: 18 nov. 2014.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

RUNYAN, C. W. et al. Attitudes and beliefs about adolescent work and workplace safety among parents of working adolescents. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 44, n. 4, p. 349-355, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19306793>. Acesso em: 25 jan. 2015.

RÜÜTEL, E. et al. Alcohol consumption patterns among adolescents are related to family structure and exposure to drunkenness within the family: results from the SEYLE project. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 11, n. 12, p. 12700-12715, Dec. 2014.

RYAN, S. M.; JORM, A. F.; LUBMAN, D. I. Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. **Aust. NZJ Psychiatry**, London, v. 44, n. 9, p. 774-783, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20815663>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SALAS-WRIGHT, C. et al. Religiosity profiles of American youth in relation to substance use, violence, and delinquency. **J. Youth Adolescence**, New York, v. 41, n. 12, p. 1560-1575, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22476727>. Acesso em: 18 set. 2013.

SALAS-WRIGHT, C.P.; VAUGHN, M.G.; MAYNARD, B.R. Religiosity and violence among adolescents in the United States: findings from the national survey on drug use and health 2006-2010. **J. Interpers Violence**, Beverly Hills, v. 29, n. 7, p. 1178-1200, May 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24288193>. Acesso em: 19 abr. 2015.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estud. Psicol.**, Campinas, v.22, n.1, p.33-41, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 abr. 2011.

SANCHEZ, Z. V. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de dolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciênc. Saúde. Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 ago. 2013.

SANCHEZ, Z. V. M. et al. O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 699-708, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2013.

SANCHEZ, Z. M. et al. Social factors associated to binge drinking: a cross-sectional survey among Brazilian students in private high schools. **BMC Public Heath**, London, v. 31, n. 11, p. 201, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21453510>. Acesso em: 19 out. 2012.

SANTANA, V. et al. Acidentes de trabalho não fatais em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 407-420, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2015.

SANTOS, M. A.; PRATTA, E. M. M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. **Tempo Psicanal.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 167-182, jun. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2013.

SARRIERA, J. C. et al. Formação da identidade ocupacional em adolescentes. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 6, n. 1, p. 27-32, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2001000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º maio 2015.

SARRIERA, J.C. et al . Uso do tempo livre por adolescentes de classe popular. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 361-367, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jan. 2015.

SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Qualidade psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 619-629, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid =S0103-166X2012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2013.

SBICIGO, J. B.; DELL'AGLIO, D. D. Family environment and psychological adaptation in adolescents. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 615-622, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102797220 12000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2013.

SCALESE, M. et al. Links between psychotropic substance use and sensation seeking in a prevalence study: the role of some features of parenting style in a large sample of adolescents. **J. Addict.**, Cairo, v.2014, p.1-14, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25332837>. Acesso em: 02 maio 2015.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003 000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2011.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707-717, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413 81232005000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 maio 2011.

SCHEPMAN, K. et al. Do changes in parent mental health explain trends in youth emotional problems? **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 73, n. 2, p. 293-300, July 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21683490>. Acesso em: 1º abr. 2011.

SCHINKE, S. P.; FANG, L.; COLE, K. C. Substance use among early adolescent girls: risk and protective factors. **J. Adolesc. Health**, New York, v. 43, n. 2, p. 191-194, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18639794>. Acesso em: 18 set. 2014.

SCHMID, B. et al. Quality of early mother-child interaction associated with depressive psychopathology in the offspring: a prospective study from infancy to adulthood. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 45, n. 10, p. 1387-1394, Oct. 2011. Disponível em: <http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21683371>. Acesso em: 12 nov. 2011.

SCHWINN, T. M.; SCHINKE, S. P.; TRENT, D. N. Substance use among late adolescent urban youths: mental health and gender influences. **Addict Behav.**, Oxford, v. 35, n. 1, p. 30-34, Jan. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19716660>. Acesso em: 06 out. 2013.

SCIVOLETTO, S. Mudanças psicológicas na adolescência e o uso de drogas nesta faixa etária. In: SILVA, E. A. S.; DE MICHELI, D. **Adolescência uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2011. p. 71-90.

SHRIER, L. A. et al. Substance use problems and associated psychiatric symptoms among adolescents in primary care. **Pediatrics**, Springfield, v. 111, p. e699-705, June 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12777588>. Acesso em: 12 fev. 2015.

SHERYL. A.H. et al. Student and school factors associated with school suspension: a multilevel analysis of students in Victoria, Australia and Washington State, United States. **Child Youth Serv. Rev.**, New York, v. 36, n. 1, p. 187-194, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740913003782>. Acesso em: 23 maio 2015.

SILVA, E. A. S. Mudanças no ciclo vital familiar na adolescência e abuso de drogas. In: SILVA, E. A. S.; DE MICHELI, D. **Adolescência uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2011. p. 51-69.

SILVA, E. F. et al. Caracterização do consumo de drogas ilícitas entre escolares do ensino médio do município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 3, p. 135-139, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 nov. 2013.

SILVA, A. S.; DEUS, A. A. Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. **Aná. Psicológica,** Lisboa,v. 23, n. 2, p. 151-172, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a07.pdf>. Acesso em: 2 set. 2012.

SILVA, J. C.; MORGADO, J.; MAROCO, J. The relationship between Portuguese adolescent perception of parental styles, social support, and school behavior. **Psych.**, Irvine, v. 3, n. 7, p. 513-517, July 2012. Disponível em: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=19752#.VbAxvLVdLGs>. Acesso em: 05 maio 2015.

SILVA-OLIVEIRA, F. et al. The prevalence of inhalant use and associated factors among adolescents in Belo Horizonte, Brazil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 881-890, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24714902>. Acesso em: 08 maio 2015.

SILVA, R. J. S.; SOARES, N. M. M.; OLIVEIRA, A. C. C. Factors associated with violent behavior among adolescents in northeastern Brazil. **Scientific World J.**, New York, v. 2014,p.1-7, 2014. Disponível em: <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/863918/cta/>. Acesso em: 17 abr. 2015.

SINGH, K. et al. Mental health and psychosocial functioning in adolescence: an investigation among Indian students from Delhi. **J. Adolesc.**, London, v. 39, n. 59, p.59-69, Feb. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25588610>. Acesso em: 02 jul. 2015.

SINHA, J. W.; CNAAN, R. A.; GELLES, R. J. Adolescent risk behaviors and religion: findings from a national study. **J. Adolesc.**, London, v. 30, n. 2, p. 231-249, May 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16677701>. Acesso em: 12 maio 2015.

SISK, C. L.; ZEHR, J. L. Pubertal hormones organize the adolescent brain and behavior. **Front. Neuroendocrinol.**, New York, v. 26, n. 3-4, p. 163-174, Oct./Dec. 2005. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16309736>. Acesso em: 27 set. 2011.

SKARSTEIN, S. et al. High-frequency use of over-the-counter analgesics among adolescents: reflections of an emerging difficult life, a cross-sectional study. **Scand. J. Caring Sci.**, Stockholm, v. 28, n. 1, p. 49-56, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/23517110>. Acesso em: 08 fev. 2013.

SKEER, M. et al. A prospective study of familial conflict, psychological stress, and the development of substance use disorders in adolescence. **Drug Alcohol Depend.**, Lausanne, v. 104, n. 1-2, p. 65-72, Sept. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728005/>. Acesso em: 12 ago. 2013.

SKEK, D. T.; YU, L. Longitudinal impact of the project PATHS on adolescent risk behavior: what happened after five years? **Scientific World J.**, New York, v. 2012, p. 1-13, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22649287>. Acesso em: 28 abr. 2015.

SKOGEN, J. C. et al. Alcohol and drug use among adolescents: and the co-occurrence of mental health problems. Ung@hordaland, a population-based study. **BMJ Open**, London, v. 4, n.9, p. e005357, 2014. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/ 4/9/e005357.full.pdf+html>. Acesso em: 05 fev. 2015.

SMITH, M. Care of adolescents who have mental health and substance misuse problems. **Mental Health Practice**, London, v. 16, n. 5, p. 32-36, Feb. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7748/mhp2013.02.16.5.32.s9542>. Acesso em: 15 ago. 2013.

SOLDERA, M. et al. Uso pesado de álcool por estudantes dos ensinos fundamental e médio de escolas centrais e periféricas de Campinas (SP): prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p,174-179, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462004000300007 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2011.

SOURANDER, A. et al. Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry.**, Toronto, v. 21, n. 12, p. 665-671, Dec. 2012. Disponível em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22782292>. Acesso em: 13 fev. 2015.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 26, n. 54, p. 207-215, jul./set. 2008.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, Canoas, n. 28, p. 45-59, dez. 2008.Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 set. 2013

SPEAR, L. P. The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, Fayetteville, v. 24, n. 4, p. 417-463, June 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10817843>. Acesso em: 25 out. 2013.

SPOSITO, M. P. Algumas reflexões e muitas indagações sobre as relações entre juventude e escola no Brasil. In: ABRAMO, H.; BRANCO, P. P. (Orgs.). **Retratos da juventude brasileira**. Análises de uma pesquisa nacional. São Paulo: Instituto da Cidadania/Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 129-148.

SQUEGLIA, L. M.; JACOBUS, J.; TAPERT, S. F. The influence of substance use on adolescent brain development. **Clin. EEG Neurosci.**, Thoudand Oaks, v. 40, n. 1, p. 31-38, Jan. 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827693/>. Acesso em: 25 fev. 2015.

STAHL-PEHE, A. et al. Mental health problems among adolescents with early-onset and long-duration type 1 diabetes and their association with quality of life: a population-based survey. **Plos One**, San Franscisco, v.9, n.3, p.1-9, 2014. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3956941/>. Acesso em: 23 jul. 2015.

STONE, L. L. et al. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the strengths and difficulties questionnaire for 4- to 12-year-olds: a review. **Clin. Child Fam. Psychol. Rev.**, New York, v. 13, n.3, p. 254-274, Sept. 2010. Disponível em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919684/>. Acesso em: 21 fev. 2012.

STRAUCH, E. S. et al. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 647-655, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000400011&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 22 set. 2011.

STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE (SDQ). Disponível em: <http://sdqinfo.org/a0.html>. Acesso em: 22 jun.2012.

STRINGARIS, A.; GOODMAN, R. The value of measuring impact along side symptoms in children and adolescents: a longitudinal assessment in a community sample. **J. Abnorm. Child Psychol.**, New York, v. 41, n. 7, p. 1109-1120, May 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755220/>. Acesso em: 20 dez. 2014.

SZOBOT, C. M. et al. Is attention-deficit/hyperactivity disorder associated with illicit substance use disorders in male adolescents? A community-based case-control study. **Addiction**, Abingdon, v. 102, n. 7, p. 1122-1130, July 2007. Disponível em: <http://www. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17567400>. Acesso em: 02 ago. 2013.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Cienc. Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2011.

TARTER, R.E. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: A decision tree method. **Am. J. Drug and Alcohol Abuse, cidade,** v.16, p.1-46, 1990.

TARTER, R. E. et al. Multivariate comparison of male and female adolescent substance abusers with accompanying legal problems. **J. Crim. Justice**, New York, v. 29, n.207-211, p. 207-211, May/June 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3113474/>. Acesso em: 18 ago. 2013.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 787-796, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 fev. 2012.

TEIXEIRA, A. F. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. **Est. de Psicol.**, Natal, v. 14, n. 1, p. 51-57, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www. scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 maio 2011.

TEMPELAAR, W. M. et al. Delayed school progression and mental health problems in adolescence: a population-based study in 10,803 adolescents. **BMC Psychiatry**, London, v. 14, n. 224, Sept. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ articles/PMC4177435/>. Acesso em: 06 abr. 2015.

THEUNISSEN, M. J.; JANSEN, M.; VAN GESTEL, A. V. Are mental health and binge drinking associated in Dutch adolescents? Cross-sectional public health study. **BMC Res Notes**, London, v. 4, n. 100, p.1-7, Apr. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078867/>. Acesso em: 10 out. 2012.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-372, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852014000400360&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 02 maio 2015.

THRASHER, J. F. et al. Are movies with tobacco, alcohol, drugs, sex, and violence rated for youth? A comparison of rating systems in Argentina, Brazil, Mexico, and the United States. **Int. J. Drug Policy**, Liverpool, v. 25, n. 2, p. 267-275, Mar. 2014.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A.; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 133-147, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822002 000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2013.

TORRES, C. A. et al. Adolescência e trabalho: significados, dificuldades e repercussões na saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 839-850, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010 000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1º jun. 2011.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

VAN GASTEL, W. A. et al. Cannabis use as an indicator of risk for mental health problems in adolescents: a population-based study at secondary schools. **Psychol. Med.**, London, v. 43, n. 9, p. 1849-1856, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi. nlm.nih.gov/pubmed/23200103>. Acesso em: 18 out. 2014.

VAN ROY, B.V. et al.Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10–19 years. Age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry,** Toronto, v.15, n.4, p.189-198, June 2006. Disponível em:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16724172>. Acesso em: 4 nov. 2013.

VAN OORT, F. V. A. V. et al. Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. **Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 46, n. 2, p. 167-172, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20165830>. Acesso em: 20 fev. 2011.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.1-8, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

VELDMAN, K. et al. Mental health problems and educational attainment in adolescence: 9-year follow-up of the trails study. **PloS One**, San Franscisco, v. 9, n. 7, p.1-7, July 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25047692>. Acesso em: 12 jun. 2015.

VENDRAME, A. et al. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 359-365, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102 311X200900 0200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2013.

VENTURA, C. D.; NORONHA, A. P. P. Autoeficácia para escolha profissional, suporte familiar e estilos parentais em adolescentes. **Aval. Psicol.**, Itatiba, v. 13, n. 3, p.317,324, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1677-04712014000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 jul. 2015.

VÉRONNEAU, M. H.; TREMPE, S. C.; PAIVA, A. O. Risk and protection factors in the peer context: how do other children contribute to the psychosocial adjustment of the adolescent? **Cienc. Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-705, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24714885>. Acesso em: 05 fev. 2015.

VIANA, A.L.D.; DAL POZ, M. R.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 225- 264, 2005. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11>. Acesso em: 26 nov. 2013.

VIDAIR, H. B. et al. Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.**, Baltimore, v. 50, n. 5, p. 441-450, 2011. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub med/21515193>. Acesso em: 25 out. 2012.

VIEIRA, P. C. et al. Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p.2487-2498, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2013.

VIEIRA, D. L. Adolescência, gênero e uso de substâncias. In: SILVA, E. A. S.; DE MICHELI, D. **Adolescência uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2011. p. 51-69.

VILELA, L.; MACHO, P.; ALMEIDA, G. Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. **Toxicodependências**, Lisboa, v. 17, n. 1, p. 43-52, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08744890 2011000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2015.

VITALLE, M. S. S. Vulnerabilidade e risco na adolescência. In: SILVA, E. A. S.; DE MICHELI, D. **Adolescência uso e abuso de drogas**: uma visão integrativa. São Paulo: Fap-UNIFESP, 2011. p. 51-69.

ZEITOUNE, R. C. G. et al. O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 57-63, mar. 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2012.

ZERATSION, H. et al. Parental divorce in late adolescence does not seem to increase mental health problems: a population study from Norway. **BMC Public Health**, London, v. 13, n.413, p.1-5. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/14712458/13/413>. Acesso em: 22 fev. 2015.

WAGNER, M. F.; OLIVEIRA, M. S. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 101-116, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010356652007000200008 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jan. 2015

WALKER, C. et al. Religiosity and substance use: test of an indirect-effect model in early and middle adolescence. **Psychol. Addict. Behav.**, Indianapolis, v.21, n.1, p.84-96, 2007. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17385958>. Acesso em: 20 nov. 2013.

WANG, C. et al. Alcohol use among adolescent youth: the role of friendship networks and family factors in multiple school studies. **PloS One**, San Franscisco, v. 10, n. 3, p.1-19, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25756364>. Acesso em: 20 jun. 2015.

WANG, J.N.; LIU, L.; WANG, L. Prevalence and associated factors of emotional and behavioural problems in Chinese school adolescents: a cross-sectional survey. **Child Care Health Dev.**, Oxford, v.40, n.3, p.319-326, May, 2014. Disponível em: http:<//www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23952583>. Acesso em: 20 Dez. 2014.

WINPENNY, E. M.; MARTEAU, T. M.; NOLTE, E. Exposure of children and adolescents to alcohol marketing on social media websites. **Alcohol Alcohol**, Oxford, v. 49, n. 2, p. 154-159, Mar./Apr. 2014. Disponível em: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/2/154>. Acesso em: 06 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Young people´s health** - a challenge for society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva: WHO, 1986. (Technical Report Series, 731) Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/ S0103-56652007000200008>. Acesso em: 11 nov. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).**Caring for children and adolescents with mental disorders**. Setting WHO Directions. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf >. Acesso em: 24 jan. 2014.

YAO, S. et al._Measuring adolescent psychopathology: psychometric properties of the self-report Strengths and Difficulties Questionnaire in a sample of Chinese adolescents. **J. Adolesc.**

Health, New York, v. 45, n. 1, p. 55-62, July 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19541250>. Acesso em: 11 set. 2013.

YOO, Y. S.; CHO, O. H.; CHA, K. S. Associations between overuse of the internet and mental health in adolescents. **Nurs. Health Sci.**, Carlton, v. 16, n. 2, p. 193-200, June 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23991723>. Acesso em: 10 maio 2015.

Apêndices

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado (a) Senhor (a)

Venho convidar o seu filho a participar, como voluntário da pesquisa denominada: **"Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes".** Meu nome é Adriana Olimpia Barbosa Felipe, enfermeira e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e responsável pela pesquisa, sob orientação da Prof. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho.

O estudo tem por objetivo coletar informações sobre a saúde mental, o uso de álcool e substâncias psicoativas e o suporte familiar em adolescentes. Para tanto, precisaremos da colaboração do (a) seu (sua) filha, respondendo os questionários, referentes aos dados pessoais, informações para rastrear a saúde mental do adolescente em cinco áreas: problemas emocionais *(Tenho muito medo e sou desaminado (a)*); problemas de conduta (*Sou impaciente e agressivo (a));* hiperatividade (*Sou agitado*), problemas de relacionamento com colegas (*Estou sempre sozinho(a)*), a última escala avalia o comportamento positivo denominada de conduta pró- social (*Sou prestativo(a)*). Outro questionário têm como função detectar o uso abusivo de álcool e/ou drogas, bem como outras áreas com problemas da vida do adolescente, e por último um questionário para avaliar o suporte familiar.

Não haverá benefícios diretos para o (a) seu (sua) filho (a) por participar da pesquisa, mas esperamos gerar conhecimentos novos para entender, prevenir ou aliviar possíveis problemas que poderão afetar o bem-estar do adolescente. Na ocorrência de danos relacionados a pesquisa, seu filho (a) poderá ser indenizado. Acreditamos, ainda, que os benefícios indiretos serão maiores que os riscos por estar participando da pesquisa, mas se o adolescente não quiser responder a qualquer pergunta dos questionários, não terá problema. Além disso, se o mesmo sentir qualquer desconforto e precisar de ajuda poderá nos falar e tentaremos, juntos, buscar a melhor forma de enfrentar a situação. Seu filho (a) poderá contar com a equipe de pesquisadores para encaminha-lo a estratégia de saúde da família para auxilia-lo no enfrentamento do processo que estiver vivenciado mediante a solicitação do mesmo.

Vale lembrar a sua participação do (a) seu (sua) filho (a) não acarretará custos financeiros. Ressalto ainda que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois todas as informações são confidenciais. A pesquisa apresenta risco mínimo quanto a constrangimento e embaraço, para resguardar o seu filho (a) será reservado um local privativo na unidade de estratégia de saúde da família para o preenchimento dos instrumentos, ou poderá ainda ser preenchido na sua própria residência de acordo com solicitação do seu filho (a).

O seu filho (a) poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade para que haja desistência da participação a qualquer momento e também o direito do (a) seu (sua) filho (a) manter atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Caso concorde em participar é preciso assinar este termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra do pesquisador. Informo que a via que será entregue ao sujeito da pesquisa (adolescente) será assinada pelos pesquisadores
Antecipadamente agradecemos.

Adriana Olimpia B. Felipe	Profª. Dra. Ana Maria P. Carvalho
Autor da pesquisa	Orientadora da pesquisa

Eu _____ portador RG ou CPF_____ responsável pelo adolescente _____, concordo que o mesmo participe da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que as informações que prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma. Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelos pesquisadores, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelos pesquisadores. Ficou claro também que participação do(a) seu (sua) filho (a) é isenta de despesas, que possuirei uma cópia desse documento e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo a minha pessoa.

_____ Data: ____/_____/_____

Assinatura do responsável

Contato: E-mail: adrianaofelipe@yahoo.com.br. Pelo telefone: (35) 8808-8056 Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – tem como função a coparticipação na realização do estudo. Avenida Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto/SP. Telefone: (16) 3602.3386
Horário de funcionamento: Segunda à Sexta–feira das 8 às 17 horas.

APÊNDICE B - Termo de Assentimento

(Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado adolescente

Venho convida-lo (a) a participar, como voluntário (a) da pesquisa denominada: **"Saúde mental, consumo de drogas, problemas na vida e o suporte familiar entre os adolescentes".** Meu nome é Adriana Olimpia Barbosa Felipe, enfermeira e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e responsável pela pesquisa, sob orientação da Prof. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho.

O estudo tem por objetivo coletar informações sobre a saúde mental, o uso de substâncias psicoativas e o suporte familiar em adolescentes. Para tanto, precisaremos da sua colaboração, respondendo a uma entrevista sobre os seus dados pessoais, informações para rastrear a saúde mental em cinco áreas: problemas emocionais *(Tenho muito medo e sou desaminado (a)*); problemas de conduta (*Sou Impaciente e agressivo (a));* hiperatividade (*Sou agitado*), problemas de relacionamento com colegas (*Estou causa sempre sozinho(a)*), a última escala avalia o comportamento positivo denominada de conduta pró- social (*Sou prestativo(a)*). Outro questionário têm como função detectar o uso abusivo de álcool e/ou drogas, bem como outras áreas com problemas da vida do adolescente, e por último um questionário para avaliar o suporte familiar.

Não haverá benefícios diretos em participar da pesquisa, mas esperamos gerar conhecimentos novos para entender, prevenir ou aliviar possíveis problemas que poderão afetar o bem-estar do adolescente. Na ocorrência de danos relacionados a pesquisa, você pode ser indenização. Mas, acreditamos, que os benefícios indiretos serão maiores que os riscos por estar participando da pesquisa, mas se o adolescente não quiser responder a qualquer pergunta, não terá problema. Além disso, se o mesmo sentir qualquer desconforto e precisar de ajuda, poderá nos falar e tentaremos, juntos, buscar a melhor forma de enfrentar a situação. Você poderá contar com a equipe de pesquisadores para encaminha-lo a estratégia de saúde da família para auxilia-lo no enfrentamento do processo que estiver vivenciado mediante sua solicitação.

Vale lembrar que a sua participação não acarretará custos financeiros. Ressalto ainda que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois todas as informações são confidenciais. A pesquisa apresenta risco mínimo quanto a constrangimento e embaraço, para resguarda-lo será reservado um local privativo na unidade de estratégia de saúde da família para o preenchimento dos instrumentos, ou poderá ainda ser preenchido na sua própria residência de acordo com a sua solicitação.

Caso concorde em participar da pesquisa é necessário assinar este termo, em duas vias, uma cópia ficará com você e a outra com o pesquisador. Informo que a via que será entregue a você será assinada pelos pesquisadores.

Antecipadamente agradecemos.

_____	_____
Adriana Olimpia B. Felipe	Profª. Dra. Ana Maria P. Carvalho
Autor da pesquisa	Orientadora da pesquisa

Eu _____, declaro que fui informado de maneira clara e detalhada sobre a pesquisa, cabendo a mim decidir se quero ou não participar desta. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novos esclarecimentos, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que aceito participar do estudo, sabendo que tenho liberdade de recusar responder qualquer questionamento, a qualquer momento sem que haja nenhum tipo de prejuízo seja ele físico, psicológico ou financeiro.

_____ Data:____/_____/_____

Assinatura do participante

Contato: Comitê de Ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – tem como função a coparticipação na realização do estudo.
Horário de funcionamento: Segunda a Sexta–feira das 8 às 17 horas.
Avenida Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto/SP. Telefone: (16) 3602.3386

E-mail: adrianaofelipe@yahoo.com.br. Pelo telefone: (035) 88088056.

Anexos

ANEXO A - Autorização para a utilização do instrumento

----- Mensagem encaminhada -----
De: Beatriz Franck Tavares <beatrizft@gmail.com>
Para: Adriana Felipe <adrianaofelipe@yahoo.com.br>
Enviadas: Segunda-feira, 6 de Maio de 2013 0:56
Assunto: Re: Instrumento

Olá Adriana,
Em anexo está o questionário, tal como foi elaborado na época da pesquisa.
A parte referente ao uso de drogas seguiu o modelo recomendado pela OMS.
As 20 questões finais referem-se ao instrumento SRQ-20.
A questão 47 referia-se à avaliação da classe social (conforme tabela elaborada pela ABIPEME na época da pesquisa). É necessário fazer uma atualização - podes buscar na internet o Critério ABEP para classe social (já existe a atualização para 2013).
As demais questões elaborei de acordo com os fatores que me interessavam estudar.
Espero que te seja útil.
Bom trabalho!
Beatriz

Prof. Dra. Beatriz Franck Tavares
Chefe do Departamento de Saúde Mental
Faculdade de Medicina
Universidade Federal de Pelotas

2013/5/5 Adriana Felipe <adrianaofelipe@yahoo.com.br>
Prof. Beatriz,
Gostaria de saber se a mesma conseguiu encontrar o instrumento. Aguardo o retorno.
Abraços, Adriana Felipe.

De: Beatriz Franck Tavares <beatrizft@gmail.com>
Assunto: Re: Instrumento
Para: "Adriana Felipe" <adrianaofelipe@yahoo.com.br>
Data: Sexta-feira, 3 de Maio de 2013, 0:49
Olá Adriana,
Agradeço o interesse no artigo. Preciso localizar o instrumento, provavelmente terei disponibilidade no final de semana. Assim que possível, retornarei o contato.
Um abraço,
Beatriz

2013/5/2 Adriana Felipe <adrianaofelipe@yahoo.com.br>
Dra. Beatriz, Boa noite.
Meu nome é Adriana Felipe, sou enfermeira, estou cursando o doutorado na Escola de Enfermagem de RP. Após uma busca na literatura encontrei o seu artigo e dos demais autores, intitulado" Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares", gostaria de ter o instrumento que vocês usaram para realizar uma parte do meu objeto de estudo. Portanto, solicito a sua autorização para usar e se for possível gostaria que enviasse o instrumento. Reitero que a autoria será expressa na tese e no artigo realizado.
Abraços,
Adriana Felipe.

ANEXO B - Questionário de Caracterização da Amostra

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Qual é a sua idade (em anos completos)? _____
2. Teu sexo é: (1) Masculino (2) Feminino
3. Em que ano da escola você se encontra?
4. Escola: (1) Pública (2) Particular (3) Não estou estudando
5. Estado civil: (1) Solteiro(a)
   (2) Casado(a)
   (3) Vivo com Companheiro(a)
   (4) Separado (a)/divorciado(a)
   (5) Viúvo(a)
6. Qual a sua religião? (1) Não tenho (5) Evangélica
   (2) Católica (6) Religiões afro-brasileiras (Ubamda; batuque)
   (3) Espírita (7) Outra Qual? _____
   (4) Protestante
7. Pratica a sua religião? (1) Não (2) Sim
8. Participa de algum grupo ligado a tua religião? (1) Não (2) Sim
9. Acredita em Deus? (1) Não (2) Sim
10. Costuma rezar ou orar quando têm algum problema? (1) Não (2) Sim
11. Seus pais vivem (moram) juntos? (1) Não (2) Sim
12. Se seus pais não vivem juntos agora, eles já viveram juntos?
    (1) Não (2) Sim, mas se separam/divorciaram (3) Sim, mas um deles morreu (ou os dois)
13. Quem mora na sua casa com você? **(Assinale todas as alternativas corretas)**
    (1) Mãe (2) Pai (3) Madrasta (4) Padrasto (5) Irmãos/Irmãs (6) Avô/avó
    (7) Outros Especifique: _____
14. Você tem algum trabalho pelo qual você recebe salário?
    (1) Não (2) Sim Qual?_____

Anexo C - Critério de Classificação Econômica

1. Na sua casa tem?
   a) Televisão a cores: (1) Não (2) Sim Quantas? _____
   b) Rádio: (1) Não (2) Sim Quantos? _____
   c) Banheiro: (1) Não (2) Sim Quantos? _____
   d) Automóvel: (1) Não (2) Sim Quantos? _____
   e) Empregada mensalista: (1) Não (2) Sim Quantas? _____
   f) Máquina de lavar: (1) Não (2) Sim Quantas? _____
   g) Videocassete e/ou DVD: (1) Não (2) Sim Quantos? _____
   h) Geladeira: (1) Não (2) Sim Quantas? _____
   i) Freezer? (1) Não (2) Sim Quantas? _____

2. Marque com um X, até que ano de escola o chefe de sua família estudou:
   (0) Analfabeto / Fundamental 1 Incompleto
   (1) Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
   (2) Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto
   (4) Médio Completo / Superior Incompleto
   (8) Superior completo

Anexo D - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Instruções: Por favor, responda para cada item: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

	Falso	**Mais ou menos verdadeiro**	**Verdadeiro**
1. Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros.			
2. Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas.			
3. Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.			
4. Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)			
5. Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência.			
6. Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha.			
7. Eu geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem.			
8. Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo.			
9. Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal.			
10. Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.			
11. Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga.			
12. Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero.			
13. Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso.			
14. Em geral, os outros jovens gostam de mim.			
15. Facilmente perco a concentração.			
16. Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo.			
17. Sou legal com crianças mais novas.			
18. Geralmente sou acusado (a) de mentir ou trapacear.			
20. Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças).			
21. Eu penso antes de fazer as coisas.			
22. Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares.			
23. Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade.			
24. Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente.			
25. Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção.			

Anexo E - Suplemento de Impacto do SDQ

Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

( ) Não
( ) Sim, pequenas dificuldades
( ) Sim, dificuldades bem definidas
( ) Sim, dificuldades graves

Se respondeu "Sim", o adolescente deve responder às demais questões sobre estas dificuldades:

1. Por quanto tempo estas dificuldades existem?
( ) Menos de um mês ( ) 1-5 meses ( ) 6-12 meses ( ) Mais de 1 ano.

2. Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?
( ) Nada ( ) Um pouco ( ) Muito ( ) Mais que Muito

3. Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que Muito
Dificuldade em casa				
Amizades				
Aprendizagem				
Atividades de lazer (passeios, esportes etc)				

4. Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

( ) Nada ( ) Um pouco ( ) Muito ( ) Mais que Muito

ANEXO F - Autorização para utilização do instrumento - DUSI

Em Quarta-feira, 2 de Abril de 2014 10:09,
Steve Weatherbee <steve@ecenterresearch.com> escreveu:

Hi Adriana

Thanks for providing the information. We are happy to support your dissertation research without cost to you. The only condition is that I connect with you and your academic advisor to review the DUSI-R use and determine the best options for your research project.

Please coordinate a few dates/times that you and your advisor are available to join me in an online meeting. I am in Eastern Time Zone (one hour behind you in Sao Paulo) so anytime will work for me, depending on the date.

Once we confirm a date/time to meet, I will send an online meeting link.

Regards,
Steve

Dr. Steve Weatherbee
President/CEO
eCenter Research Inc.
705.344.7738 cell
866.480.2716 ext. 201 office
steve@ecenterresearch.com
http://www.yourhealthcheck.org/

ANEXO G - Inventário de Triagem do Uso de Drogas (DUSI)

SUA RESPOSTA É MUITO IMPORTANTE. RESPONDA HONESTAMENTE E TENHA A CERTEZA QUE SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM SEGREDO.

Parte I – Quantas vezes você usou cada uma das drogas listadas abaixo no ÚLTIMO MÊS? PREENCHA com um X, conforme a droga e as vezes que usou:

	Não usei	Usei de 1 a 2 vezes	Usei de 3 a 9 vezes	Usei de 10 a 20 vezes	Tenho problema com essa droga	Essa é minha droga predileta
Álcool						
Anfetaminas/estimulantes (sem prescrição médica)						
Ectasy						
Cocaína/Crack						
Maconha						
Alucinógenos (LSD, Mescalina etc)						
Tranquilizantes (Diazepam, barbitúricos, etc)						
Analgésicos (sem prescrição médica)						
Opiáceos (morfina, heroína, etc)						
Fenilciclidina (pó-de-anjo)						
Anabolizantes						
Inalantes, solvente (cola, lança-perfume)						
Tabaco						
Outras						

Parte II - Por favor, responda todas as questões. Se alguma questão não se aplicar exatamente, responda considerando o que ocorre com maior frequência (Sim ou Não). Responda as questões considerando o que ocorreu com você NOS ÚLTIMOS 12 MESES. Caso alguma questão não se aplique a você, responda "Não".

Área I	**Sim**	**Não**
1. Alguma vez você sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?		
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?		
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou drogas?		
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas drogas?		
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gasto muito dinheiro com drogas ou álcool?		
6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou drogas?		

7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?		
8. Você sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou drogas?		
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou drogas?		
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa de do seu uso de álcool ou drogas?		
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou drogas?		
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (por exemplo: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?		
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de drogas ou álcool?		
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas quando vai a festas? (Por exemplo: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)		
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou drogas?		
Área II		
1. Você briga muito?		
2. Você se acha melhor que os outros?		
3. Você provoca ou faz coisas prejudiciais aos animais?		
4. Você grita muito?		
5. Você é teimoso?		
6. Você desconfiado em relação à outra pessoa?		
7. Você xinga ou fala muitos palavrões?		
8. Você provoca muito as pessoas?		
9. Você tem um temperamento muito difícil?		
10. Você é muito tímido?		
11. Você ameaça a ferir as pessoas?		
12. Você fala mais alto que as outras pessoas?		
13. Você se chateia (ou se aborrece) facilmente?		
14. Você faz muitas coisas sem antes pensar nas consequências?		
15. Você se arrisca ou faz coisas perigosas muitas vezes?		
16. Se você puder você tira vantagem das pessoas?		
17. Geralmente você se sente irritado ou bravo?		
18. Você gasta a maior parte do seu tempo livre, sozinho?		
19. Você costuma se isolar dos outros?		
20. Você é muito sensível as críticas?		
Área III		
1. Você se submeteu a algum exame físico ou esteve sob os cuidados médicos nos últimos 12 meses?		
2. Você teve algum acidente ou ferimento que ainda o incomode?		
3. Você tem problemas com o seu sono (dorme demais ou muito pouco)?		
4. Recentemente, você perdeu ou ganhou mais de 4Kg?		
5. Você tem menos energia do que você acha que deveria ter?		
6. Você tem problemas de respiração ou de tosse?		
7. Você tem alguma preocupação sobre sexo ou com o seus órgãos sexuais?		
8. Alguma vez você teve relações sexuais com alguém que se injetava drogas?		
9. Você teve dores abdominais ou náuseas no ano passado?		
10. Alguma vez a parte branca do seus olhos ficou amarela?		

Área IV		
1. Alguma vez você danificou a propriedade de alguém intencionalmente?		
2. Você roubou coisas em mais de uma ocasião?		
3. Você se envolveu em mais brigas do que a maioria dos jovens?		
4. Você costuma fazer movimentos irrequietos com as mãos?		
5. Você é agitado e não consegue sentar e ficar quieto?		
6. Você fica frustrado facilmente?		
7. Você tem problemas em se concentrar?		
8. Você se sente triste muitas vezes?		
9. Você rói unhas?		
10. Você tem problemas durante o sono (pesadelo, sonambulismo)?		
11. Você é nervoso?		
12. Você se sente facilmente amedrontado?		
13. Você se preocupa demais?		
14. Você tem dificuldade em deixar de pensar em determinadas coisas?		
15. As pessoas olham com estranheza para você?		
16. Você escuta coisas que ninguém mais do seu lado escuta?		
17. Você tem poderes especiais que ninguém mais tem?		
18. Você sente medo de estar entre as pessoas?		
19. Frequentemente você sente vontade de chorar?		
20. Você tem tanta energia que você não sabe o que fazer com você mesmo?		
Área V		
1. Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?		
2. Em geral, você se sente infeliz com o seu desempenho em atividades com seus amigos?		
3. É difícil fazer amizade num grupo novo?		
4. As pessoas tiram vantagens de você?		
5. Você tem medo de lutar pelo seus direitos?		
6. É difícil para você pedir ajuda aos outros?		
7. Você é facilmente influenciado por outros jovens?		
8. Você prefere ter atividades com jovens bem mais velho que você?		
9. Você se preocupa em como suas ações vão afetar os outros?		
10. Você tem dificuldade em defender suas opiniões?		
11. Você tem dificuldade em dizer “não” para as pessoas?		
12. Você se sente desconfortável (sem jeito) sem alguém o elogia?		
13. As pessoas o enxergam como pessoa não amigável?		
14. Você evita olhar nos olhos quando está conversando com as pessoas?		
Área VI		
1. Algum membro de sua família (mãe, pai, irmão ou irmã) usou maconha no último ano?		
2. Algum membro de sua família usou álcool a ponto de causar problemas em casa, no trabalho ou com os amigos?		
3. Algum membro de sua família foi preso no último ano?		
4. Você tem discussões frequentes com seus pais ou responsáveis que envolvam gritos ou berros?		
5. Sua família dificilmente faz coisas juntas?		
6. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você gosta ou o que você não gosta?		
7. Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode ou não pode fazer?		

8. Seus pais ou responsáveis desconhecem o que você realmente pensa ou sente sobre as que são importantes para você?		
9. Seus pais ou responsáveis brigam muito entre si?		
10. Seus pais ou responsáveis frequentemente desconhecem onde você está ou o que você está fazendo?		
11. Seus pais ou responsáveis estão fora de casa a maior parte do tempo?		
12. Você se sente que seus pais ou responsáveis não se importam ou não cuidam de você?		
13. Você se sente infeliz em relação ao local no qual você vive?		
14. Você se sente em perigo em casa?		
Área VII		
1. Você não gosta da escola?		
2. Você tem problemas para se concentrar na escola ou quando está estudando?		
3. Suas notas são abaixo da média?		
4. Você "cabula" aulas mais do que dois dias por mês?		
5. Você falta muito à escola?		
6. Alguma vez você pensou seriamente em abandonar a escola?		
7. Frequentemente, você deixar de fazer os deveres escolares?		
8. Frequentemente, você se sente sonolento nas aulas?		
9. Frequentemente, você chega atrasado para aula?		
10. Neste ano, seus amigos da escola são diferentes daqueles do ano passado?		
11. Você se irrita facilmente ou se chateia quanto está na escola?		
12. Você fica entediado na escola?		
13. Suas notas na escola estão piores do que costumavam ser?		
14. Você se sente em perigo na escola?		
15. Você já repetiu de ano alguma vez?		
16. Você se indesejado nos clubes escolares (centro acadêmico, atlética, etc.) ou nas atividades extra-curriculares?		
17. Alguma vez você faltou ou chegou atrasado na escola em consequência do uso do álcool ou drogas?		
18. Alguma vez você teve problemas na escola por causa do álcool ou da drogas?		
19. Alguma vez o álcool ou as drogas interferiram nas suas lições de casa ou trabalhos escolares?		
20. Alguma vez você foi suspenso?		
Área VIII		
1. Alguma vez você teve um trabalho renumerado do qual foi despedido?		
2. Alguma vez você parou de trabalhar simplesmente porque não se importava?		
3. Você precisa de ajuda dos outros para procurar emprego?		
4. Frequentemente, você falta ou chega atrasado no trabalho?		
5. Você acha difícil concluir tarefas no seu trabalho?		
6. Alguma vez, você ganhou dinheiro realizando atividades ilegais?		
7. Alguma vez você consumiu álcool ou drogas durante o trabalho?		
8. Alguma vez você foi demitido de um emprego por causa de drogas?		
9. Você tem problemas de relacionamento com seus chefes?		
10. Você trabalha principalmente porque isso permite ter dinheiro para comprar drogas?		
Área IX		
1. Algum de seus amigos usam álcool ou drogas regularmente?		

2. Algum de seus amigos vende ou dá drogas a outro jovens?		
3. Algum de seus amigos "cola" nas provas?		
4. Você acha que seus pais ou responsáveis não gostam de seus amigos?		
5. Algum dos seus amigos teve problemas com a lei nos últimos 12 meses?		
6. A maioria do seus amigos é mais velhos do que você?		
7. Seus amigos costumam faltar muito na escola?		
8. Seus amigos ficam entediados na festa quando não é servido álcool?		
9. Seus amigos levaram álcool ou drogas nas festas nos últimos 12 meses?		
10. Seus amigos roubaram alguma coisa de uma loja ou danificaram a propriedade escolar de propósito nos últimos 12 meses?		
11. Você pertence a uma "gang"?		
12. Atualmente, você se sente incomodado por problemas que esteja tendo com seus amigos?		
13. Você sente que não tem nenhum amigo para que possa fazer confidências?		
14. Se comparado com a maioria dos jovens, você tem poucos amigos?		
Área X		
1. Comparando com os jovens, você faz menos esportes?		
2. Durante a semana. Você normalmente sai a noite para se divertir, sem permissão?		
3. Num dia comum, você assiste mais do que duas horas de televisão?		
4. Na maioria das festas que você tem ido recentemente, os pais estão ausentes?		
5. Você exercita-se menos do que a maioria dos jovens que você conhece?		
6. Nas suas horas livres você simplesmente passa a maior parte do tempo com os amigos?		
7. Você se sente entediado a maior parte do tempo?		
8. Você realiza a maior parte das atividades de lazer sozinho?		
9. Você usa álcool ou drogas para se divertir?		
10. Comparado a maioria dos jovens você se envolve menos em "hobbies" ou outras atividades de lazer?		
11. Você está insatisfeito com a maneira como passa seu tempo livre?		
12. Você se cansa muito rapidamente quando faz algum esforço físico?		

ANEXO H - Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

Neste questionário é apresentada uma série de 42 afirmações sobre a sua compreensão à respeito da percepção sobre suporte ou assistência familiar recebido por você. É necessário por gentileza, que você responda a todas as questões assinalando com um **X** a alternativa que melhor se aplica a você e, se por acaso, nenhuma das opções estiverem de acordo com a sua resposta, por favor, escolha aquela que mais se aproxime do que você percebe.

	Quase nunca Nunca	As vezes	Quase sempre ou sempre
1. Acredito que minha família tenha mais problemas emocionais do que as outras famílias.			
2. As pessoas da minha família seguem as regras estabelecidas entre eles.			
3. Há regras sobre diversas situações na minha família.			
4. Meus familiares me elogiam.			
5. Cada um em minha família tem deveres e responsabilidades específicas.			
6. Meus familiares só mostram interesse uns pelos outros quando podem ter vantagens.			
7. Eu sinto raiva da minha família.			
8. Em minha família brigamos e gritamos uns com os outros.			
9. Os membros da minha família expressam claramente pensamentos e emoções uns com os outros.			
10. Minha família permite que eu me vista do jeito que eu quero.			
11. Minha família discute seus medos e preocupações.			
12. Minha família me faz sentir que posso cuidar de mim, mesmo quando estou sozinho(a).			
13. Eu me sinto como um estranho na minha família.			
14. Meus familiares me deixar sair o tanto quanto quero.			
15. As pessoas da minha família gostam de passar o tempo juntas.			
16. Meus familiares geralmente culpam alguém da família quando as coisas não estão indo bem.			
17. Minha família discute junto antes de tomar uma decisão importante.			
18. Em minha família temos privacidade.			
19. Minha família permite que eu seja do jeito que eu quero ser.			
20. Há ódio em minha família.			
21. Eu sinto que minha família não me compreende.			
22. Na solução de problemas, a opinião de todos na família é levado em consideração.			
23. As pessoas da minha família sabem quando alguma coisa ruim aconteceu comigo, mesmo eu não falando.			
24. Os membros de minha família se tocam e se abraçam.			
25. Minha família me proporciona muito conforto emocional.			

26. Minha família me faz sentir melhor quando eu estou aborrecido (a).			
27. Viver com a minha família é desagradável.			
28. Em minha família opinamos o que é certo/errado buscando o bem estar de cada um.			
29. Em minha família as tarefas são distribuídas adequadamente.			
30. Em minha família há uma coerência entre as palavras e os comportamentos.			
31. Minha família sabe o que fazer quando surge uma emergência.			
32. Em minha família há competitividade entre os membros.			
33. Eu sinto vergonha da minha família.			
34. Em minha família é permitido que eu faça as coisas que gosto de fazer.			
35. Em minha família demonstramos carinho através das palavras.			
36. Minha família me irrita.			
37. Os membros da minha família expressam interesse e carinho uns com os outros.			
38. Minha família me dá tanta liberdade quanto quero.			
39. Eu me sinto excluído da família.			
40. Meus familiares me permitem decidir coisas sobre mim.			
41. Meus familiares servem como bons modelos em minha vida.			
42. As pessoas da minha família se sentem próximas umas das outras.			

ANEXO I - Carta de Autorização da Instituição

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Adriana

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TERMO DE COMPROMISSO E AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Exmo Sr.
Mauricio Durval de Sá
Coordenador da Atenção Primária

Eu, Adriana Olimpia Barbosa Felipe, enfermeira e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profª. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho. Solicito sua autorização para realizar a pesquisa científica intitulada **Rastreamento da saúde mental, o uso de substâncias psicoativas e o suporte familiar entre os adolescentes,** a ser iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP, e se compromete(m) a manter a confidencialidade sobre os dados coletados com os sujeitos do estudo, bem como a privacidade de seus conteúdos, como determina a Res. 196/96 do Ministério da Saúde.

Informo que os dados a serem coletados referem-se a saúde mental dos adolescentes do município, o potencial uso de álcool e substância psicoativas e o suporte familiar em adolescentes. Os sujeitos do estudo serão adolescentes entre 12 e 17 anos, adscritos nas unidades de estratégia de saúde da família do referido município. Para a coleta de dados serão usados instrumentos que avalie a saúde mental, o potencial uso de álcool e drogas e o suporte familiar. Reitero que os sujeitos adolescentes e suas respectivas mães serão orientados quantos os objetivos do estudo.

Gostaria de contar com a sua autorização para o levantamento de dados e realização desta pesquisa nas unidades de estratégia de saúde da família e nas residências dos sujeitos.

Alfenas, 16 de julho de 2013

Adriana Olimpia Barbosa Felipe

Profª. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho (Orientadora)

Ciente e de acordo

_____ em _____/_____/2013.

Coordenador da Atenção Primária do Município de Alfenas-MG

Maurício Durval de Sá
Coordenador da Atenção Primária
Secretaria Municipal de Saúde
CPF 045.317.966-59

ANEXO J - Autorização do Comitê de Ética

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 293/2013

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 03 de dezembro de 2013.

Protocolo: 22739313.4.0000.5393

Projeto: Saúde mental, o uso de substâncias psicoativas e o suporte familiar entre os adolescentes.

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho
Adriana Olimpia Barbosa Felipe

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª. Drª. Ana Maria Pimenta Carvalho
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP