



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LABORATÓRIO DE FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE

CATARINA IRENE RODRIGUES DIAS

TESE DE DOUTORADO

APOIO FAMILIAR, SINTOMAS DEPRESSIVOS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

PSICOATIVAS EM ADOLESCENTES DA CIDADE DO RECIFE

RECIFE

2023

CATARINA IRENE RODRIGUES DIAS

**APOIO FAMILIAR, SINTOMAS DEPRESSIVOS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM ADOLESCENTES DA CIDADE DO RECIFE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Suely de Melo Santana

RECIFE

2023

D541a**Dias, Catarina Irene Rodrigues****Apoio familiar, sintomas depressivos e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes da cidade do Recife, 2023.****160 f.****Orientadora: Suely de Melo Santana****Tese (Doutorado) – Universidade Católica de Pernambuco. Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Doutorado em Psicologia Clínica, 2023.****1. Depressão na adolescência. 2. Adolescentes - Saúde e higiene. 3. Adolescentes - Uso de substâncias. 4. Drogas. 5. Família. 6. Pais e adolescentes I. Título.****CDU 159.922.8****Luciana Vidal - CRB-4/1338**


CATARINA IRENE RODRIGUES DIAS

**APOIO FAMILIAR, SINTOMAS DEPRESSIVOS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS EM ADOLESCENTES DA CIDADE DO RECIFE**

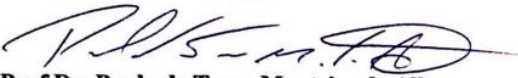
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco e aprovada após arguição da banca examinadora, como parte dos requisitos para obtenção do grau de doutora em Psicologia Clínica.

Data da Defesa pública: 18/08/2023

BANCA EXAMINADORA:

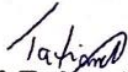

Prof. Dr.ª Suely de Melo Santana (Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP


Prof. Dr. Tailson Evangelista Mariano (1º Examinador Interno)
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP


Prof Dr. Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque Melo (2º Examinador Interno)
Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP


Prof. Dr. José Ricardo Costa de Mendonça (1º Examinador Externo)

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE


Prof. Dr. Tatiana Araújo Bertulino da Silva (2º Examinador Externo)

Universidade de Pernambuco - UPE

Resumo

Dias, C. I. R. (2023). *Apoio Familiar, Sintomas Depressivos E Consumo De Substâncias Psicoativas Em Adolescentes Da Cidade Do Recife*. [Tese de Doutorado].

Universidade Católica de Pernambuco.

O desenvolvimento na adolescência é contextual e histórico, permeada por múltiplas transformações nos níveis biopsicossocial e comportamental, assumindo formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômico, assim como é considerada uma fase que envolve questionamentos afetivos, familiares e sociais e que as necessidades emocionais e os conflitos desse período podem influenciar em comportamentos arriscados ou perigosos.

Contribuindo assim para a vulnerabilidade do uso de substâncias psicoativas pelo adolescente, gerando resultados permanentes ou fatalidades, tornando-os, portanto, como o maior grupo com causas de morte possíveis de serem evitadas. Diante disto, o objetivo do presente estudo foi analisar a relação que se estabelece entre apoio familiar, sintomas depressivos e consumo de substâncias psicoativas (SPA's) percebidos por adolescentes.

Especificamente, contextualizar a importância da família no desenvolvimento do adolescente; caracterizar os fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão e abordar os contextos de vulnerabilidade ao consumo de SPA's nesta fase. Ainda, mapear os dados sociodemográficos e os indicadores de apoio familiar e comportamentos relacionados ao consumo de SPA's, rastrear sintomas depressivos, correlacionar os indicadores de apoio familiar, tendência depressiva e consumo de SPA's e, por fim, analisar a influência das variáveis percebidas de apoio familiar, tendência depressiva e consumo de SPA's no desenvolvimento dos adolescentes. A amostra foi estratificada a partir das seis Regiões Político-Administrativas (RPA's) da Cidade do Recife. Participaram, de modo coletivo, 372 estudantes de escolas públicas, de 13 e 15 anos de idade, de ambos os sexos. Foram utilizados itens do protocolo *Health Behavior in School-aged Children (HBSC)* relativos aos dados

sociodemográficos, apoio familiar, ao consumo de substâncias e o *Children's Depression Inventory* (CDI) relativo a percepção de sintomas depressivos. O perfil sociodemográfico predominante foi de estudantes de 15 anos de idade (63,2%), do sexo feminino (61,3%), matriculados no 1º ano do Ensino Médio (48,1%) e autodeclarados de cor parda (50,3%).

Verificou-se a relação entre a percepção de apoio familiar, tendência depressiva e consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes. A análise das correlações (r de Pearson) indicou relações significativas entre o escore total da percepção de tendência depressiva e o sexo, no qual as meninas apresentaram diferença significativa ($p < 0,001$) tendo em média, 5,42 pontos a mais que os meninos. Ratificando o que, anteriormente, foi observado na comparação das médias em termos de maior percepção de sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino. Demonstra, ainda, que um maior diálogo ($r = -0,389$, $p < 0,001$) e apoio familiar ($r = -0,378$, $p < 0,001$) tem maior impacto na redução no CDI, assim como o aumento da percepção de supervisão parental ($r = -0,218$, $p < 0,001$) e percepção de sentir-se à vontade de conversar sobre suas preocupações ($r = -0,127$, $p = 0,015$). Também indicam redução da sintomatologia depressiva. E, o escore total da percepção de tendência depressiva apresentou significância com o consumo de álcool ($r = 2,69$, $p = 0,012$) e um relação significativa limítrofe para uso de tabaco ($r = 3,85$, $p < 0,051$) com tendência à associação com o aumento do tamanho da amostra. Por fim, ressalta-se a correlação entre o escore total do CDI e o escore total para uso de maconha no qual os usuários tiveram, em média, 11 pontos a mais no escore do CDI ($p < 0,001$). Esses resultados reforçam as evidências de que a maior percepção de sintomas depressivos é no sexo feminino, em adolescentes que se percebem com menor diálogo e apoio familiar, assim como naqueles que consomem álcool e maconha. Ressalta-se a necessidade de intervenções imediatas considerando a sintomatologia depressiva e o consumo de álcool por adolescentes do sexo feminino.

Palavras-chaves: Saúde do Adolescente, Depressão Maior, Substâncias Psicoativas, Drogas, Família.

Abstract

Dias, C.I.R. (2023). *Family Support, Depressive Symptoms and Consumption of Psychoactive Substances in Adolescents in the City of Recife*. [Doctoral Thesis]. Catholic University of Pernambuco.

Adolescent development is contextual and historical, and this transition is permeated by multiple transformations at the biopsychosocial and behavioral levels, assuming varied forms in different social, cultural, and economic contexts. Likewise, adolescence is considered a phase that involves affective, family and social questions and that the emotional needs and conflicts of this period can influence risky or dangerous behavior. Consequently, contributing to the vulnerability of the use of psychoactive substances by adolescents, generating permanent consequences or fatalities, thus making them the largest group with causes of death that can be avoided. In view of this, the objective of the present study was to analyze the relationship established between family support, depressive symptoms and consumption of psychoactive substances (PAS) perceived by adolescents. Specifically, to contextualize the importance of the family in the adolescent's development; characterize the factors that contribute to the development of depression and address the contexts of vulnerability to the consumption of SPA's in this phase. Still, to map the sociodemographic data and the indicators of family support and behaviors related to the consumption of SPA's, to track depressive symptoms, to correlate the indicators of family support, depressive tendency and consumption of SPA's and, finally, to analyze the influence of the variables perceptions of family support, depressive tendency and consumption of SPA's in the development of adolescents. The sample was stratified from the six Political-Administrative Regions (RPA's) of the City of Recife. Collectively, 372 students from public schools, aged 13 and 15, of both sexes, participated. Items from the Health Behavior in School-aged Children (HBSC) protocol related to sociodemographic data, family support, substance use and the Children's

Depression Inventory (CDI) were used. Results: The predominant sociodemographic profile was 15-year-old students (63.2%), female (61.3%), enrolled in the 1st year of high school (48.1%) and self-declared brown (50.3%). It was possible to verify the relationship between the perception of family support, depressive tendency and consumption of psychoactive substances in adolescents. The analysis of correlations (Pearson's r) indicated the occurrence of significant relationships between the total score of the perception of depressive tendency and gender ($r = 5.42$; $p < 0.01$), which confirms what was previously observed in the comparison of means in terms of greater perception of depressive symptoms in female adolescents. It also demonstrates that greater dialogue ($r = -0.389$, $p < 0.001$) and family support ($r = -0.378$, $p < 0.001$) have a greater impact on the reduction in the CDI, as well as the increase in the perception of parental supervision ($r = -0.218$, $p < 0.001$) and perception of feeling like talking about their concerns ($r = -0.127$, $p = 0.015$), indicate a reduction in depressive symptoms. And, the total score of the perception of depressive tendency showed a significant relationship with alcohol consumption ($r = 2.69$, $p = 0.012$) and a borderline significant relationship for tobacco use ($r = 3.85$, $p < 0.051$) with tendency to association with increasing sample size. Finally, the significance of the correlation between the total CDI score and the total score for marijuana use ($r = 11.0$, $p < 0.001$) is highlighted. These results reinforce the evidence that the greater perception of depressive symptoms is in females, in adolescents who perceive themselves with less dialogue and family support, as well as in the group of adolescents who consume alcohol and marijuana. Immediate interventions are considered important considering depressive symptoms and alcohol consumption by female adolescents.

Keywords: Adolescence, Adolescent Health, Major Depression, Psychoactive Substances, Drugs, Family, Vulnerability.

“O que eu gosto em meus adolescentes é que eles ainda não endureceram. Todos nós confundimos endurecimento com força. Devemos buscar a força, mas não a insensibilidade”.

Anaïs Nin, *The Diaries of Anaïs Nin*, vol. IV

Dedicatória

A Lourdes “de Paulo André” e Paulo Gilberto. Vovó e Papai, sempre vivos em mim.

À minha família, em especial, a minha mãe Graça Dias, e ao meu parceiro de tantas
vidas, Leandro Calçavara.

Aos amigos, que nunca me deixaram sozinha nessa caminhada.

Agradecimentos

Ao meu parceiro de sonhos e amor da vida, Leandro Calçavara, pela paciência, dedicação e renúncia. Amo-te pra vida inteira. Dessa e de outras que teremos. Obrigada por tanto;

Aos meus filhos caninos, Nina e Zeca, companheiros de outras vidas e de tantas madrugadas pela casa;

À minha família, que me sustentou nestes tempos pandêmicos, por terem sido meu chão e minhas pernas nas tantas quedas que tive nesse caminho. Mamãe, Arnaldo, Renata, Julia, Joao, Felipe, Alice, Lucca e Luan por estarem sempre juntos, cuidando dos nossos, nas minhas tantas ausências.

Às queridas amigas e professoras de quem sou eternamente grata, Rosana Rodrigues e Shirley Simeão pelas orientações, apoio e incentivo quase que diários, assim como apoio emocional nos dias mais difíceis dessa caminhada. Sem vocês, essa tese não existiria. Obrigada por acreditarem em mim, mais do que eu mesma; Reginete Cavalcanti, Isabel Reis e Flavia Rios. Vocês são memória da gratidão em meu coração;

Às minhas irmãs Paula Correa e Susane Leite que cuidaram de mim, sem hora e lugar, e não me permitiram sucumbir quando por algumas vezes meu corpo fraquejou;

Aos meus amigos-irmãos, nosso grupo Irmãos Recife, pelos dias leves, em especial a Rinaldo, Gioconda e Manu que se somaram à (difícil) missão de não me deixar desistir deste sonho;

À Daniele, profissional maravilhosa, sempre disponível e bem humorada nas orientações burocráticas e a todos que fazem a pós-graduação da Universidade Católica de Pernambuco, por possibilitarem que a universidade seja referência em todo Brasil;

Aos amigos do Doutorado, em especial Rebeka Gomes e Vladya Lira, sempre prontas em me orientar e dividir angustias;

À minha orientadora, Profa. Dra. Suely Santana, pela inestimável oportunidade e aprendizado e Paulo de Tarso, pelas orientações;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela bolsa concedida;

Aos meus colegas pesquisadores, tantos os bolsistas quanto os voluntários, pelo esforço e dedicação. A ajuda de vocês foi muito importante para a construção desta tese;

À toda à banca de qualificação e suas valiosas contribuições;

A todos os adolescentes, diretores, coordenadores, professores e funcionários das escolas da cidade que nos acolheram tão carinhosamente;

À todos meus alunos e estagiários, pelo incentivo, cuidado e ajuda. Em especial, Filipe Araújo que se tornou um grande amigo;

À Deus, Sta. Rita de Cassia e N. Sra. Aparecida que em muitos dias, me carregaram nos braços e me deram colo em noites ensolaradas;

Minha eterna gratidão.

Lista de abreviaturas e siglas

| | |
|---------------|---|
| AF | Apoio Familiar |
| AG | Ansiedade Generalizada |
| APA | Associação Psiquiátrica Americana |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CDI | Children's Depression Inventory |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CRPBI | Children's Report of Parental Behavior Inventory |
| DeCS | Descritores de Ciências em Saúde |
| DM | Depressão Maior |
| DP | Desvio padrão |
| DSM-5 | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª versão |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| FES | Family Environment Scale |
| HBSC | Health Behavior in School-aged Children |
| LILACS | Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| n.s. | Não significativo |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| RPA's | Regiões Político-Administrativas |
| SPSS | Statistical Package for Social Sciences |
| TA | Termo de Assentimento |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

| | |
|-------------|--|
| TDM | Transtorno Depressivo Maior |
| TFBD | Termo de Consentimento para a Formação de Banco de Dados |
| WHO | World Health Organization |

Lista de Símbolos

| | |
|----------|---|
| α | Alfa de Cronbach |
| ** | Correlação de Pearson significativa no nível 0,01 |

Lista de Tabelas

| | |
|--|-----|
| Figura 1 Delineamento do perfil sociodemográfico | 73 |
| Figura 2 Indicadores econômicos reportados | 75 |
| Tabela 1 Média e desvio padrão quanto a qualidade do diálogo familiar e descritiva dos pontos do escore familiar, na amostra em geral e por idade | 76 |
| Tabela 2 Média e desvio padrão quanto a percepção do apoio familiar na amostra em geral e por idade..... | 78 |
| Tabela 3 Análise de regressão dos escores do domínio apoio familiar do HBSC relacionado relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados | 79 |
| Tabela 4 Perfil da relação familiar, em relação à facilidade do adolescente em falar sobre preocupações com os familiares, na amostra em geral e por idade..... | 82 |
| Tabela 5 Associação do escore do domínio do HBSC relacionado ao diálogo familiar e fatores relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados | 84 |
| Tabela 6 Distribuição dos itens de monitoramento dos pais na amostra em geral e por idade do aluno..... | 86 |
| Tabela 07 Associação do escore do domínio do HBSC relacionado aos que os pais sabem sobre ele relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados..... | 88 |
| Tabela 08 Distribuição dos itens do inventário de depressão infantil (CDI) na amostra em geral e por idade do aluno | 91 |
| Tabela 09 Distribuição da experimentação e frequência de tabaco e álcool e a condição de embriaguez, na amostra em geral e por idade do aluno | 95 |
| Figura 10 Associação da prevalência de consumo de tabaco e álcool e as características dos alunos | 98 |
| Tabela 11 Associação da prevalência de consumo de maconha e de embriagues e as características dos alunos..... | 100 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 12 Distribuição da experimentação de maconha e a condição de embriaguez, na amostra em geral e por idade do aluno | 102 |
| Tabela 13 Análise preditiva do CDI e fatores relacionados a características pessoais, hábitos e dos domínios do HBSC dos alunos pesquisados | 104 |
| Tabela 14 <i>Análise preditiva do domínio do HBSC relacionado à vontade e a fatores relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados.....</i> | 106 |

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1 Distribuição da do consumo de álcool segundo o tipo de bebida entre os alunos pesquisados | 97 |
|---|----|

Sumário

| | |
|---|------------|
| Introdução | 23 |
| Capítulo I - Adolescência: contextos relacionais e vulnerabilidades..... | 27 |
| O adolescente e a família | 31 |
| A família, os estilos parentais e a percepção da autoeficácia familiar | 36 |
| Capítulo II - Depressão na adolescência: caracterização e contextos | 40 |
| Fatores de risco e de proteção para tendência depressiva em adolescentes | 50 |
| Capítulo III - O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: aspectos psicossociais, riscos e transtornos relacionados | 56 |
| Os riscos e transtornos relacionados ao consumo de substâncias na adolescência | 61 |
| Capítulo IV - Método..... | 60 |
| Delineamento do estudo..... | 66 |
| Participantes..... | 67 |
| Instrumentos..... | 68 |
| Procedimento de coleta de dados..... | 64 |
| Procedimento de análise de dados | 65 |
| Capítulo V - Análise dos resultados | 67 |
| Caracterização e análises inferenciais dos indicadores e comportamentos de saúde..... | 75 |
| Sintomas depressivos | 89 |
| Comportamento de Risco | 94 |
| Capítulo VI - Discussão | 108 |
| Contexto social | 109 |
| <i>Família e pares: suporte percebido, comunicação familiar e supervisão parental</i> | <i>109</i> |

| | |
|---|------------|
| Saúde referida: queixas físicas e sintomatologia depressiva..... | 110 |
| Comportamento de risco: uso de substâncias psicoativas..... | 112 |
| Capítulo VII - Considerações finais | 116 |
| Referências..... | 119 |
| Apêndice A - Termo para formação de banco de dados (TFDB) | 158 |
| Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) | 159 |
| Apêndice C – Termo de Assentimento (TA)..... | 160 |
| Apêndice D - Inventário de Depressão Infantil (CDI)..... | 161 |

Introdução

Os caminhos acadêmicos e a atuação profissional serviram como alicerce para o trabalho de pesquisa que fundamenta esta tese. O desafio da promoção do desenvolvimento saudável do ser humano sempre esteve presente ao longo de toda prática clínica com usuários de álcool e de outras substâncias psicoativas, tanto no âmbito da saúde quanto no da assistência social. A reflexão teórico-profissional foi fomentada desde o mestrado, no qual já havia uma prioridade em compreender como esses usuários convivem e se relacionam, na tentativa de contribuir para um melhor planejamento e intervenção terapêutica junto às pessoas que consomem substâncias psicoativas.

Ao finalizar a dissertação, na qual foi desenvolvida uma investigação sobre as implicações da percepção de suporte familiar, da autoeficácia e do estágio motivacional na assistência ao usuário de crack, surgiu a oportunidade de colaborar com o estudo multicêntrico intitulado “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e ao bem-estar de adolescentes”. Essa investigação tem a sua coordenação nacional pela Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto, na pessoa da Prof^a Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld e sua coordenação pernambucana pela Universidade Católica de Pernambuco, com a prof^a. Dr^a. Suely de Melo Santana.

A referida pesquisa tem o objetivo de mapear e comparar os indicadores e comportamentos de saúde e bem-estar, os sintomas depressivos e ansiosos e os ambientes sociais de adolescentes de 13 e 15 anos, de ambos os sexos, matriculados na rede estadual de ensino nas cidades brasileiras. Para tanto, utilizará o protocolo do *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC), o Inventários de Depressão Infantil (CDI) e o *Spense Children's Anxiety Scale* (SCAS).

Baseado no referido levantamento multicêntrico, surgiu a oportunidade em contribuir para a fomentação e a multiplicação da produção de conhecimento. Para isso, foi

desenvolvido um estudo de recorte investigativo, a partir de uma metodologia quantitativa, de corte transversal, de caráter correlacional, que contou com a participação de 372 adolescentes, na faixa etária entre 13 e 15 anos, da cidade do Recife, com objetivo de analisar a relação que se estabelece entre apoio familiar, sintomatologia depressiva e consumo de substâncias psicoativas percebidos por esses adolescentes e especificamente: 1) contextualizar a adolescência, suas relações e vulnerabilidades; 2) Caracterizar os fatores que contribuem para o desenvolvimento da sintomatologia depressiva na adolescência; 3) abordar os aspectos psicossociais, riscos e transtornos relacionados ao consumo de SPA's; 4) mapear os dados sociodemográficos e os indicadores de apoio familiar e comportamentos relacionados ao consumo de SPA's dos adolescentes; 5) rastrear sintomas depressivos entre os adolescentes; 6) correlacionar os indicadores de apoio familiar, sintomatologia depressiva e consumo de SPA's e, 7) analisar a influência das variáveis percebidas de apoio familiar, sintomatologia depressiva e consumo de SPA's no desenvolvimento dos adolescentes.

No presente estudo, o termo “apoio familiar percebido” foi utilizado no sentido da percepção que o adolescente tem sobre a qualidade da interação entre os familiares, em termos de fluidez da comunicação, confiança em partilhar preocupações, bem como disponibilidade afetiva para orientação, monitoramento das vivências socioemocionais com os pares e a resolução de conflitos.

Sobre a percepção do consumo de substâncias psicoativas, foi investigado o consumo de tabaco, maconha e bebida alcoólica, por meio de questões referentes ao início do uso, à quantidade de dias e à frequência. Em relação ao consumo de álcool, também foi verificada a intensidade do uso pelo adolescente.

Ao se considerar a percepção do adolescente sobre sua tendência depressiva, que foi investigada por meio do CDI, foram observadas questões acerca de três fatores: 1 - Afetivo-somático: caracterizado pelos itens que abordam sentimento de tristeza, de solidão e de ser

mau, bem como vontade de chorar, preocupações pessimistas, irritabilidade e ideação suicida. Inclui fadiga e preocupação com sentir dores ou adoecer. 2 - Relação com o outro: refere-se aos itens que traduzem dificuldades em relacionar-se com os outros, falta de prazer nas atividades de diferentes contextos da vida, autodepreciação comparada, não se sentir amado e redução de interesse social. E, por fim, o 3 – Desempenho: envolve os itens em que há autoavaliação cognitiva em relação ao próprio desempenho, como no rendimento escolar, na tomada de decisões e no comportamento agressivo, bem como culpa pelos acontecimentos ruins. Inclui problemas para dormir e alimentar-se.

Esse estudo tomou como referência a perspectiva de desenvolvimento sobre o período da adolescência, que aponta que influências e expectativas sociais também variam de acordo com a idade, pois reconhece a importância do amadurecimento de processos que afetam a função cognitiva, as autopercepções e os processos psicológicos. Os grupos de idade de 13 e 15 anos foram selecionados, a priori, no estudo do HBSC, pois representam dois importantes marcos: o início da adolescência, uma época heterogênea, em que os jovens enfrentam os desafios da vida, devido a grandes mudanças biológicas, cognitivas e emocionais e o período intermediário, quando os adolescentes começam a amadurecer a capacidade de tomada de decisões sobre a vida e a carreira, marcando, dessa forma, o aumento da autonomia e das escolhas.

Visando a alcançar os objetivos propostos, esta tese está estruturada em sete capítulos. O capítulo I realiza a contextualização sobre a adolescência em suas relações e vulnerabilidades; o capítulo II faz uma revisão da literatura sobre depressão na adolescência, sua caracterização e contextos; o capítulo III busca refletir sobre o consumo de substâncias psicoativas na adolescência, os aspectos psicossociais, riscos e transtornos relacionados; o capítulo IV apresenta o método da pesquisa; o capítulo V, a análise dos resultados e o

capítulo VI apresenta a discussão sobre os resultados e por fim, as considerações finais sobre o estudo.

Por fim, são discutidas e levantadas considerações acerca dos resultados encontrados, quando espera-se que os achados contribuam fornecendo subsídios teóricos e práticos aos estudiosos, profissionais da saúde e gestores públicos visando a contribuir para a formulação e o aprimoramento do tratamento e de políticas públicas de prevenção mais efetivas, focadas no desenvolvimento de comportamentos saudáveis em idades precoces, ampliando, assim, as estratégias de cuidado, atenção e tratamento dos adolescentes.

Capítulo I

Adolescência: contextos relacionais e vulnerabilidades

A fase da adolescência envolve as dimensões biológica, psicológica e social. Nesse sentido, é importante entendê-la a partir da cultura em que o indivíduo está inserido, assim como é importante considerar que se trata de uma etapa do desenvolvimento complexa e com diferentes parâmetros para definição e demarcação. Segundo Cerqueira-Santos, Neto e Loller (2014), o prolongamento dos estudos e o maior tempo de dependência financeira dos pais têm sido algumas características utilizadas para definir o período da adolescência atualmente. A Organização Mundial da Saúde (OMS) diferencia adolescência e juventude, enquanto a primeira compreende a faixa dos 10 aos 19 anos, a segunda se estende dos 15 aos 24 anos (World Health Organization [WHO], 2012);

A adolescência se refere a um momento de transição entre a infância e a vida adulta, considerada um período crítico em virtude das mudanças biopsicossociais, vivenciadas pela pessoa. Historicamente, essa fase era demarcada pela vivência de situações significativas, consideradas como rituais de passagem, tais como a chegada da menstruação ou a circuncisão (Brêtas et al., 2008).

Contudo, com o passar do tempo, exigiu-se mudanças na percepção sobre a adolescência, que passou a ser compreendida como um caminho para a vida adulta marcada pelo aumento das responsabilidades sociais, pela realização de diferentes comportamentos, além do desenvolvimento da autoestima, autonomia e aquisição de competências (Henriques, 2018; Papalia, & Feldman, 2013; Macedo et al., 2017; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014; Cerqueira-Santos et al., 2014).

O desenvolvimento nessa fase é contextual e histórico, pois essa transição é permeada por múltiplas transformações nos níveis físico, cognitivo, emocional e comportamental,

assumindo formas variadas em diferentes contextos sociais, culturais e econômicos (Macedo et al., 2017). De acordo com Campos (2012), em virtude das mudanças ocorridas, é considerada uma fase que envolve questionamentos afetivos, familiares e sociais e que as necessidades emocionais e os conflitos desse período podem contribuir para a vulnerabilidade do adolescente em relação às influências de seus pares e, também, do ambiente sociocultural em que vive.

Além disso, a adolescência é considerada um período essencial para o desenvolvimento humano, seja pelas alterações fisiológicas que ocorrem, seja pelo desenvolvimento e fortalecimento das habilidades cognitivas, sociais e emocionais que possibilitem ao adolescente responder adequadamente às exigências futuras da sociedade (Minayo, 2018). Dessa forma, é percebida como uma etapa importante para o aprendizado e para a introjeção de novas práticas, de novos comportamentos, pela busca de identidade, autonomia e habilidades (Ferreira et al., 2013).

Histórica e socialmente, a adolescência é entendida como uma fase em que são vivenciadas situações de conflitos e rebeldia, sendo caracterizada como um momento de instabilidade na vida do jovem e de maior vulnerabilidade para o aparecimento de transtornos mentais (Moreira et al., 2011). Segundo Ozella (2011), faz-se importante pensar o desenvolvimento nesta fase como um processo diferente para pessoas de diversas classes e condições de sofrimento, assim como considerar as suas vulnerabilidades pautadas nos valores e códigos culturais da sociedade contemporânea.

Nessa perspectiva, Schenker e Cavalcante (2015) apontam que a vulnerabilidade deve ser compreendida pelas condições de desigualdade social e pelas diversas modalidades de desvantagens enfrentadas por alguns grupos, como fragilização dos vínculos de pertencimento, violência, perda dos direitos fundamentais, alto índice de reprovação escolar,

falta de perspectivas profissionais e de projetos para o futuro, inserção precoce ao mundo do trabalho, entre outros aspectos.

Mota e Rocha (2012) apontam que, nos últimos anos, essa fase de transição vem ganhando destaque como objeto de estudo nas pesquisas científicas, percebendo-se o papel da adolescência como antecedente de desenvolvimento à entrada na vida adulta, refletindo a transição para a independência e a consolidação da autonomia. Segundo Barros (2017), ainda que a adolescência seja uma fase notadamente marcada pela busca da própria identidade e de um lugar na sociedade, é incontestável a importância e influência da família, dos colegas e da mídia nessa etapa da vida.

Zacharias et al. (2020) afirmam ainda que no processo de construção de uma identidade, o adolescente se depara com momentos de maior fragilidade, comuns nessa fase do desenvolvimento, que é geralmente marcada pela necessidade de validação e aceitação de seus pares e das normas sociais, sendo frequentes, nesse momento, os comportamentos de risco. Na cultura ocidental, identificar-se mais com seus iguais do que com os seus pais, afastando-se dos adultos e conectando-se com outros adolescentes e, conseqüentemente, pertencer a um grupo constituem fonte de sobrevivência e enfrentamento dessa fase complexa e transitória da vida (Siegel, 2016).

Cerqueira-Santos, Neto e Loller (2014) afirmam que a adolescência é um momento único, de desenvolvimento e aprendizado, de um número considerável de transformações, transposição e autoafirmação das pessoas que a vivem e daqueles com quem convivem e que, no decorrer de novas responsabilidades ou adversidades, experimentarão o novo que possibilitará o seu amadurecimento, num período curto, durante o qual a maioria dos adolescentes desfrutará de boa saúde mental. Macedo e Conceição (2015) afirmam que os adolescentes percebem a adolescência como uma fase boa pela qual devem passar, procurando construir suas relações por meio de referências de suas relações iniciais.

No entanto, é importante considerar que nem todos responderão a essas modificações positivamente e que a fase vivenciada pode envolver uma ampla e profunda desestruturação, acompanhada de pressões sociais e instabilidade emocional, tornando-os mais vulneráveis a sofrimentos psíquicos (WHO, 2018), quando o adolescente fica mais suscetível a comportamentos impulsivos, agressivos, ansiogênicos e depressivos (Oliveira et al., 2020).

Em contraponto aos fatores de risco, tem-se os fatores de proteção a serem considerados neste contexto: relacionamentos interpessoais significativos, como família, a aceitação dos pais e o envolvimento deles na vida do jovem, amigos e ambiente saudável de trabalho; e aspectos pessoais como autoestima, habilidades sociais e autoeficácia (Pereira et al., 2018; Magnani & Staudt, 2018; Zappe & Dell’Aglío, 2016; Zappe & Dapper, 2017).

Zappe e Dapper (2017) afirmam que a adolescência é percebida como uma fase de aprendizagens, de mudanças e de investimento nas relações interpessoais, sendo esses aspectos positivos. Porém, os adolescentes enfrentam diversos desafios e escolhas que envolvem a adoção de comportamentos de risco, o que se torna uma preocupação importante, sendo especialmente relevante o problema do uso e abuso de substâncias psicoativas que podem acabar prejudicando o desenvolvimento saudável desses indivíduos. Araújo e Sartes (2017) afirmam o fenômeno do consumo das substâncias psicoativas como realidade e que pode ter forte impacto na vida de um sujeito e um papel relevante na constituição de uma identidade.

A autonomia e a independência conquistadas durante a adolescência possibilitam ao adolescente uma maior liberdade para fazer escolhas, com menor incidência de supervisão parental (Zappe & Dell’Aglío, 2016). Portanto, o estilo parental, o suporte familiar, as práticas adotadas para o estabelecimento de regras e limites, bem como a sustentação emocional oferecida, podem ser considerados fatores de proteção ou de risco para comportamentos disfuncionais (Rinhel-Silva et al., 2012). Assim, evidencia-se o papel da

família e o quanto se faz importante o apoio familiar durante essa etapa do desenvolvimento, sendo essencial para o amadurecimento saudável dos jovens.

O adolescente e a família

A família, sendo compreendida como formada por pessoas que apresentam laços afetivos e/ou consanguíneos e que são eleitos por seus membros como significativos e importantes para sua vida, tende a ser o foco de referência e pertencimento das pessoas e fonte de apoio emocional (Oliveira et al., 2017). Exercem ainda um papel fundamental no desenvolvimento de sua autonomia e autoestima, visto que as demandas da adolescência acabam por envolver não apenas o próprio adolescente, mas todos os membros da família e o próprio sistema familiar, geralmente acarretando importante impacto (Zappe & Dapper, 2017).

Geralmente, é a família a primeira instituição com a qual as pessoas mantêm contato e estabelecem relações, sendo responsável pelo desempenho de diversas funções importantes, como a promoção da educação e a socialização de seus membros, a provisão financeira, a proteção e o afeto (Organizacion Panamericana de la Salud & Organizacion Mundial de la Salud, 2003), tendo as atitudes dos pais influência nas crenças, valores e posicionamento dos filhos e em seu entendimento de mundo (Schofiel & Abraham, 2017).

Todavia, a promoção do desenvolvimento favorável na adolescência evidencia a necessidade de as famílias se reorganizarem de forma a estabelecer relações democráticas, baseadas em diálogo e em acordos claros entre os pais e os filhos, principalmente no que se refere à autoridade, à disciplina, à educação e à comunicação para o avanço saudável da autonomia do adolescente (Zappe & Dell’Aglío, 2016), sendo importante mencionar que decorre da qualidade dessas relações o desenvolvimento de capacidades e habilidades emocionais, sociais e adaptativas do sujeito (Magnani & Staudt, 2018).

Bandura (1986), em sua Teoria da Aprendizagem Social, tem como princípio básico a plasticidade como uma característica fundamental do ser humano, afirmando que o indivíduo possui flexibilidade para aprender diversas habilidades e diversos comportamentos, destacando o princípio da modelação social, no qual elucida que o contato social pode ser produtor de conhecimento e aprendizagem, uma vez que uma pessoa tende a modelar o seu comportamento, a sua moral, os costumes, as práticas familiares, as competências ocupacionais, as práticas educacionais, religiosas e políticas a partir do outro que toma como modelo.

Essa forma de aprender ocorre a partir de exemplos sociais observados, desde a infância: a família, colegas e professores. Dessa forma, são entendidos como modelo de referência para a vida dos adolescentes e jovens adultos, podendo atuar de forma positiva ou negativa para aquisição de hábitos e comportamentos mais ou menos adaptativos (Caprara et al., 2009).

Papalia e Feldman (2013) afirmam que a entrada na vida adulta leva mais tempo e é menos definida do que no passado e, com a puberdade começando mais cedo, os filhos tendem a prorrogar o início da vida profissional, casar e constituir família, retardando apoderar-se das responsabilidades da vida adulta, demandando mais tempo de cuidados e convivência, tornando, assim, a adolescência uma fase prolongada de desafios não só para eles, como também para seus pais, familiares, professores e amigos

O adolescente é considerado como um ser agente (Bandura, 2008), um sujeito ativo, que influencia o próprio comportamento e as circunstâncias de sua vida, não sendo apenas alvo das influências do meio, mas que também age sobre ele e produz influências que o modificam, sendo consequência e também autor do seu amadurecimento. Assim, acredita-se ser necessário investigar as características pessoais (individuais, psicológicas e biológicas),

familiares e o ambiente para entender o processo de desenvolvimento na adolescência que está em permanente interação com a conjuntura vivenciada (Zappe & Dapper, 2017).

Importante ressaltar também que, do ponto de vista do neurodesenvolvimento, acreditava-se, até pouco tempo atrás, que o cérebro já estaria totalmente desenvolvido na época da puberdade. Contudo, estudos atuais demonstram que o cérebro do adolescente é marcado por mudanças consideráveis em suas estruturas que são responsáveis pelas emoções, pelo senso crítico, pela organização do comportamento e pelo autocontrole. Essas mudanças ocorrem entre a puberdade, podendo prolongar-se até a idade adulta (Papalia & Feldman, 2017; Parada, 2013; Siegel, 2016).

No entanto, Siegel (2016) aponta a importância das alterações cerebrais durante os primeiros anos da adolescência que estabelecem quatro características, com seus benefícios e prejuízos durante esse período: a busca pela novidade, o engajamento social, a intensidade emocional e a criatividade, e que é preciso cultivá-las para mantermos o cérebro evoluindo ao longo da vida e, assim, tornar-se um adulto saudável.

Não podendo esquecer que, nessa fase, os altos níveis de hormônios sexuais exercem uma grande influência no sistema límbico, responsável pelo controle das nossas emoções. O que ajuda a entender um pouco mais os comportamentos dos adolescentes em buscarem experiências intensas, juntamente com as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção, pelo controle de impulsos e pela capacidade de tomada de decisão que ainda estão amadurecendo (Jensen & Nutt, 2016; Parada, 2013).

Contudo, a exposição a comportamentos de risco gerada pela falta de inibição de impulsos, assim como a busca de novidade, além do engajamento social que caracterizam a adolescência, faz com que este seja o período em que se inicia o consumo de substâncias psicotrópicas para a grande maioria dos usuários, e é a exposição a estímulos/substâncias que geram alterações bioquímicas e/ou hormonais que pode causar alterações permanentes neste

desenvolvimento, afetando drasticamente a maturação cerebral (Jain & Balhara, 2011. Merikangas et al., 2010).

Zappe e Dapper (2017), em sua revisão sistemática, afirmam que os estudos apontam que os adolescentes consideram esse período como uma fase boa pela qual devem passar, tendo como aspectos positivos: um momento de aprendizagem, de mudanças e de investimento nas relações interpessoais e que, por meio de referências, procuram construir as suas relações. Contudo, verbalizam também aspectos negativos, como comportamentos de risco, como o uso de substâncias psicoativas.

Siegel (2016) afirma que os anos de adolescência são repletos de incertezas e inseguranças, por se tratar de uma fase de transição da relativa segurança e laço familiar para um território desconhecido. E entender as raízes das transformações na adolescência terá impacto direto na construção de um caminho mais seguro e promissor para a vida adulta, sendo assim, a busca por vínculos, as necessidades básicas de validação, de proteção e de ambiente seguro, tranquilo e estável sejam contempladas por essas novas relações de apoio com amigos e parceiros.

Contudo, apesar dos conflitos com os pais, os adolescentes destacam os relacionamentos sociais, o apoio da família e a importância de orientações como pilares fundamentais para a construção de um raciocínio mais crítico, para as tomadas de decisões, assim como fazer melhores escolhas e uma melhor identificação de fatores de risco e proteção presentes no dia a dia (Macedo & Conceição, 2015; Zappe & Dapper, 2017).

Há um consenso na literatura sobre a importância da adequada percepção do suporte ou apoio familiar, para o desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente. O suporte que está associado à qualidade, passa a ser percebido quando as necessidades dos jovens são satisfeitas, através de ações de cuidado e proteção, autonomia, afeto, cooperação,

sensibilidade e aceitação, dentre outras, pela família (Baptista et al., 2001; Baptista et al., 2017; Cardoso & Baptista, 2015; Leusin et al., 2018).

Gonçalves, Baptista e Farcas (2016) afirmam que o modo como a pessoa se autoavalia, bem como percebe as informações vindas do meio em que está inserida, podem estar relacionados com a proporção em que o suporte familiar é ou deixa de ser fornecido/recebido. Esse suporte, por meio dos padrões de relacionamento e comunicação entre os membros da família, pode atenuar os efeitos de estressores e favorecer o desenvolvimento e fortalecimento de competências sociais, estratégias de enfrentamento das dificuldades da vida, afeto positivo, bem-estar psicológico e o autoconceito positivo (Baptista et al., 2001).

Entretanto, eventos traumáticos, ansiedade, angústias, vivências estressoras, comportamentos socialmente inadequados, presença de abuso de álcool ou outras drogas e estratégias de enfrentamento inadequadas por parte dos pais no ambiente familiar tendem a apresentar prejuízos mais significativos, como a diminuição da autoestima e do autoconceito e aumento de sintomas de ansiedade e depressivos em crianças e adolescentes (Cardoso & Baptista, 2020; Tsai et al., 2018).

É importante considerar que o referido suporte apresenta relação com o modo como a pessoa avalia a si mesma e as informações do meio em que está inserida, sendo considerado também como um fator protetivo aos aspectos ligados, por exemplo, ao uso de substâncias psicoativas e aos transtornos afetivos em crianças, adolescentes e adultos (Baptista et al., 2001; Gonçalves et al., 2016).

Assim, os adolescentes destacam a importância dos pais para o seu desenvolvimento saudável de modo integral, apontando o suporte familiar como relevante, compreendendo-os como modelos positivos, à medida em que percebem a presença de afeto, apoio, compreensão e a transmissão de seus conhecimentos, permitindo-os que se sintam aceitos, seguros e

valorizados, aspectos que contribuem para uma saúde mental de qualidade (Faria Filho et al., 2014; Zappe & Dapper, 2017).

Daí a família ser um tema de relevância nos estudos sobre adolescentes, dada a importância de entendimento das condições para um desenvolvimento saudável na adolescência como pela exigência de participar de intervenções visando à superação das dificuldades vivenciadas (Cavaggioni et al., 2017; Teixeira et al., 2017).

A família, os estilos parentais e a percepção da autoeficácia familiar

Para Zappe e Dapper (2017), os processos de desenvolvimento durante a adolescência acabam por envolver todos os membros da família e o próprio sistema familiar, acarretando importante impacto nas relações e experiências vividas. Então, se faz necessário entender como a influência dos pais ou responsáveis e os seus estilos parentais podem atuar no amadurecimento e no desenvolvimento sociocognitivo dos filhos e na promoção de sua saúde mental.

Diversos autores apontam que os pais são considerados pelas crianças os mais importantes modelos a seguir, acreditando que o bom funcionamento familiar exerce um papel significativo, especialmente durante a infância e a adolescência, na construção de valores morais e culturais, que são fundamentais para o desenvolvimento saudável da cognição e do emocional de seus membros ao longo de toda a vida (Beserra, 2019; Lara et al., 2021; Siegel, 2016; Zappe & Dapper, 2017).

Na adolescência, esses pais começam a ser percebidos como pessoas reais, com suas falhas e limitações, guiando o adolescente a uma progressiva independência e autonomia da família, uma maior associação com os pares, a formação da identidade e a maturação fisiológica e cognitiva (Beserra, 2019; Lara et al., 2021; Siegel, 2016; Zappe & Dapper, 2017).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Ministério da Educação, 1990) defende que a família tem o importante papel de proteger a criança e ao adolescente, juntamente do Estado e da sociedade em geral. Bem como, Beserra (2019) e Siegel (2016) acreditam na necessidade de uma rede de apoio para os pais, que possibilite um espaço de reflexão e orientação que os apoiem em todas as mudanças de comportamentos e emocionais naturais durante a adolescência, já que o período envolve também transformações nas relações familiares. É preciso que haja negociação entre os pais e os filhos neste processo, principalmente no que se refere à autoridade, à disciplina, à educação e à comunicação, para a construção saudável da autonomia dos adolescentes, o que se constitui um importante desafio enfrentado pelas famílias (Reichert, 2011).

Contudo, Reis et al. (2013) ressalta como fator preocupante a evidente ausência de diálogo entre os adolescentes e seus pais ou responsáveis, uma vez que, é de suma importância para os adolescentes compartilhar problemas e estabelecer confiança no diálogo com os pais/responsáveis. A família exerce influência no processo de desenvolvimento do indivíduo e na redução de vulnerabilidades, o que inclui práticas de educação, socialização e de cuidado em saúde como o seu interesse nas atividades dos filhos, conhecer seus amigos e o que fazem no tempo livre (Reis et al. (2013).

Conforme a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (2008), o funcionamento psicológico envolve interação recíproca entre influências comportamentais, cognitivas e ambientais, sendo a cognição e comportamento modelados e aprendidos principalmente através da observação do comportamento de outras pessoas (modelação social), concomitante a fatores genéticos, entendendo a influência das relações iniciais vivenciadas durante o período de crescimento.

Então para compreender as vulnerabilidades vivenciadas na adolescência, importante atentar-se como a estrutura e as relações familiares, entre pares e as predisposições genéticas

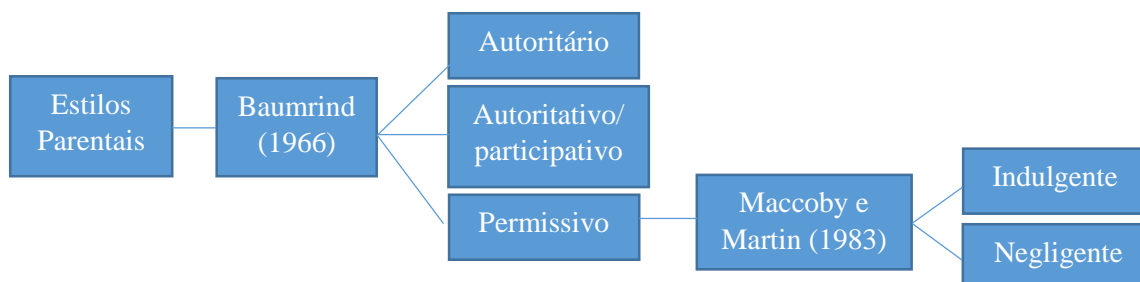
pode interferir em comportamentos durante a adolescência e como esta interação influenciaria na manifestação de diferentes aspectos psicológicos, transformando essa etapa da vida em uma época de muitos conflitos e vínculos fragilizados (Araujo & Sartes, 2017; Magnani & Staudt, 2018; Macedo et al. 2017).

A convivência complexa entre os pais e os seus filhos afeta o contexto familiar e individual, podendo contribuir ou prevenir comportamentos disfuncionais, dificuldades de relacionamento e até mesmo o desenvolvimento ou agravamento de transtornos psiquiátricos em adolescentes (Bandura, 2008).

Na tentativa de entender como os padrões de comportamento dos pais influenciam os filhos, Baumrind (1966, 1978) considerou aspectos emocionais e comportamentais e propôs três estilos parentais que estão envolvidos na dinâmica familiar: autoritário, autoritativo/participativo e permissivo. As descobertas de Baumrind subsidiaram os estudos de Maccoby e Martin (1983), que reorganizaram os estilos parentais estabelecendo parâmetros de diferenciação entre eles através de duas dimensões: a **exigência** (*demandingness*) que inclui atitudes dos pais que buscam controlar os comportamentos dos filhos por meio de limites e regras e a **responsividade** (*responsiveness*) referindo-se as atitudes compreensivas dos pais que, por meio do apoio emocional e da comunicação, favorecem o desenvolvimento da autonomia e autoafirmação dos filhos. Os autores propuseram o desdobramento do estilo permissivo em 2 estilos: o indulgente e o negligente (Figura 1) (Maccoby & Martin, 1983).

Figura 1

Evolução do Modelo de Estilo Parental de Baumrind (1966)



Baseado em Baumrind (1966) e Maccoby e Martin (1983).

As características dos estilos parentais resultantes do trabalho de Baumrind (1966) e Maccoby & Martin (1983) são descritos no Quadro 1.

Quadro 1

Modelo de Estilo Parental Baumrind & Maccoby/Martin

| Estilo Parental | Atitude dos Pais |
|-----------------|---|
| Autoritário | Combinação entre altos níveis de controle e baixa responsividade. Caracterizado por comportamentos excessivamente controladores, tendo como pilares a punição, o grito, os diálogos agressivos e a repressão das emoções como forma de controle do comportamento. |
| Autoritativo | Combinação entre exigência e responsividade em altos níveis, fazem muita exigência, mas, ao mesmo tempo, são envolvidos afetivamente e acolhedores com seus filhos. Respeitam a individualidade do adolescente e também enfatizam valores sociais. Estão baseados no diálogo e respeito e exigem bom comportamento. |
| Indulgente | Combinação entre baixo controle e alta responsividade. Não monitoram o comportamento do adolescente e fazem poucas exigências. |

| | |
|------------|--|
| | Estabelecem pouco ou nenhum controle ou regras e exigem poucas demandas de responsabilidade e maturidade. São afetuosos, comunicativos e receptivos com seus filhos, e tendem a satisfazer qualquer demanda solicitada. |
| Negligente | Combinação entre controle e responsividade em baixos níveis, sendo permissivos e indiferentes para com os filhos. Demonstram pouco envolvimento com a tarefa de socialização e não monitorando o comportamento. Tendem a manter seus filhos à distância, respondendo somente às suas necessidades básicas. |

Fonte: Baumrind (1966), Maccoby & Martin (1983), Papalia et al. (2013).

Estudos apontam que os adolescentes que vivem em uma família com estilos parentais autoritário, negligente ou indulgente –, percebem o apoio familiar como inseguro ou frágil, deixando-os ainda mais vulneráveis emocionalmente e afetivamente. Contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento de um transtorno de humor ou comportamento de risco, como o consumo de substâncias psicoativas, uma vez que na busca do seu lugar no mundo, o adolescente vivencia disfuncionalmente as pressões dessa fase (Oliveira et al., 2020; Zappe & Dapper, 2017; Paiva & Ronzani 2009; Willhelm et al., 2015).

Pais ou familiares com estilos parentais autoritários são muito demandantes e tendem a agir de forma rígida, opressiva, com muitas regras, punição e sem diálogos, o que pode acarretar prejuízos para o desenvolvimento e a saúde em crianças e adolescentes, gerando altos níveis de medo, raiva e retraimento social e, conseqüentemente, em um maior risco de desenvolver sintomas de depressão, ansiedade e uso abusivo de substâncias por parte de seus membros (Gershoff, 2016; Hock et al., 2018; Prativa & Deeba, 2019).

Lara et al. (2021) dialogam com os dados supracitados, com sua revisão sistemática, apontando que as relações familiares são importantes para diversos aspectos da saúde mental dos seus membros, pois os resultados demonstram que as características dos pais, como o controle excessivo, o estilo autoritário, a disciplina negligente, o pouco envolvimento, a permissividade, a rejeição e a baixa capacidade de resposta, possam promover conflitos em casa, contribuindo para que os adolescentes percebam pouco suporte proveniente dos pais, diminuindo a confiança, a comunicação e o sentimento de conexão.

Aponta ainda que essas percepções por parte dos adolescentes podem dar origem a alguns dos resultados prejudiciais à saúde mental, principalmente aqueles relacionados à ansiedade e depressão, como as avaliações de ameaça, de autculpa e de eficácia de enfrentamento, a ruminação, a percepção de controle sobre eventos ameaçadores e o pessimismo (Lara et al., 2021).

Os estilos parentais “com autoridade” e não permissivo, são capazes de participar de maneira mais construtiva às demandas dos filhos e transmitir apoio necessário para a resolução dos problemas, através de uma adequada comunicação, monitoramento e suporte no tempo livre, atividades diárias e amizades dos filhos. Essas são práticas importantes na promoção de um clima emocional mais adaptativo, favorecendo a redução de vulnerabilidades emocionais entre seus membros (Henriques et al. 2016; Garcia et al., 2011).

A existência de amigos, de um ambiente familiar favorável e de um meio social acolhedor foram relacionados como fundamentais para a percepção de um ambiente familiar apoiador, harmônico, estável, seguro e de relações fortes de cuidado, sendo estes importantes fatores de proteção e de promoção à saúde mental e desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável com o menor consumo de álcool e substâncias psicoativas pelos filhos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015; Wilhelm et al., 2015; Paiva & Ronzani, 2009; Zappe & Dapper, 2017).

Henriques (2016) também acredita ser fundamental para o desenvolvimento e amadurecimento emocional dos adolescentes o fortalecimento dos vínculos, a criação de regras e limites claros e coerentes, além do monitoramento, da supervisão e do apoio aos jovens nas suas decisões e atitudes, reassegurando o diálogo como rotina, pois um ambiente desequilibrado tem influência direta no desenvolvimento disfuncional de crianças e adolescentes, podendo contribuir, dessa forma, para que seus membros tenham comportamento desadaptativos e com poucas chances de se tornarem adultos resilientes em face das adversidades da vida.

O contexto familiar, a percepção do suporte da família, dos amigos e o domínio de habilidades sociais são considerados o maior fator para a prevenção de comportamentos de risco. Além disso, é um indicador do bem-estar psicológico dos adolescentes e, independentemente da configuração familiar em que estejam inseridos, algumas características da família, como ser cuidadosa, amorosa, comunicativa e afetiva, são primordiais para propiciar um desenvolvimento saudável dos filhos (Caminha et al., 2017; Leme et al., 2015).

Lins (2019), em uma revisão sistemática, afirmou alguns fatores que podem contribuir negativamente na saúde mental dos adolescentes, tais como: vivenciar superproteção materna, autoritarismo parental, pais com transtornos psíquicos, alto nível de conflito entre pais e filhos e abuso físico, assegurando que a existência de uma íntima associação entre a relação familiar e a presença de sintomas depressivos e ansiosos na adolescência.

Siegel (2016) também afirma a necessidade de se criar uma base de segurança transformando as mudanças e os desafios do período da adolescência em ferramentas no enfrentamento das dificuldades e dos desafios dessa fase. O estilo parental autoritativo, juntamente com habilidades sociais educativas, possuir uma religião, um objetivo de vida, lazer, praticar atividade física, uma qualidade do sono dentre outras atitudes saudáveis,

contribuem para que as crianças apresentem níveis mais altos de autoestima, bem-estar psicológico, independência, autoconfiança e responsabilidade (Laurenz et al. 2020; Paz & Coelho, 2020).

Com base na literatura estudada, é relevante refletir sobre as possíveis implicações das relações familiares na saúde mental do adolescente já que esta, por sua vez, envolve a estrutura familiar, a escolar e outras condições sociais, apresentando um caráter sistêmico e bidirecional da modelação comportamental. Diante desse contexto, se faz necessário discorrer sobre a caracterização e os contextos da tendência depressiva nos adolescentes, que será tema do próximo capítulo.

Capítulo II

Depressão na adolescência: caracterização e contextos

A depressão em crianças e adolescentes desperta grande interesse científico atual, uma vez que era considerada uma psicopatologia específica da fase adulta e que as transformações de humor e comportamento eram típicas da adolescência, assim como as alterações biopsicossociais e de identidade seriam características naturais do momento (Carneiro et al., 2018; Lannes, 2018).

Embora já existissem relatos de sintomas depressivos nesta fase, a compreensão de que pessoas antes da fase adulta também poderiam ser acometidas pela enfermidade só foi possível após diversos profissionais de saúde constatarem que essa patologia trazia comprometimentos importantes nas funções sociais, emocionais e cognitivas, interferindo no desenvolvimento infantil (Lannes, 2018; Ramos et al., 2018).

Apenas na década de 1970, as investigações sobre transtornos depressivos, relacionados à infância e à adolescência, começaram a ser sistematizadas e incluídas num sistema de classificação, criado pelo Grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP). Trata-se de uma organização profissional de médicos americanos, dedicada a abordar questões da psiquiatria, a fim de nortear programas públicos e a prática clínica em saúde mental. Somente em 1975, a depressão infantil foi considerada uma patologia pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos Estados Unidos, aumentando, de forma significativa, o número de estudos a seu respeito (Lannes, 2018; Ramos et al., 2018; Silva et al., 2022).

Xavier et al. (2021) comentam que, até então, uma das discussões sobre a depressão infantil girava em torno da real possibilidade de crianças e adolescentes possuírem este quadro. Porém, com o desenvolvimento de estudos e pesquisas que apontam componentes genéticos e salientam que a presença de depressão familiar aumenta o risco de depressão na

infância ou adolescência em pelo menos três vezes, não há mais dúvidas de que a depressão atinge essa faixa etária. É considerada um dos adoecimentos psíquicos com maior prevalência entre os jovens, representando a segunda principal causa de morte no mundo entre pessoas de 15 a 29 anos. (Cardamone-Breen et al, 2017; OMS, 2022, 2018; Zacharias et al., 2020).

Para a Organização Mundial de Saúde (2017), a depressão é a terceira principal causa de adoecimento entre os adolescentes, que, frequentemente, apresentam sintomas, como instabilidade emocional com sintomas de tristeza, humor deprimido ou irritável, perda de interesse por atividades antes prazerosas, isolamento, alterações no apetite e do sono, agitação psicomotora ou letargia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, comportamentos disruptivos, uso e abuso de substâncias psicoativas, dentre outras e, em casos graves, desesperança, ideação e comportamento suicida (Tardivo et al., 2019; OPAS, 2017; OMS, 2017; American Psychiatric Association [APA], 2014).

O transtorno depressivo se tornou uma das maiores problemáticas da saúde mental mundial, podendo se desenvolver em qualquer idade, embora haja maior probabilidade de se iniciar na adolescência. Estudos recentes apontam que uma média anual de 9% de adolescentes entre 12 e 17 anos já experimentou, pelo menos, um episódio de depressão maior, sendo capaz de comprometer o desempenho, o desenvolvimento e a maturidade psicossocial do adolescente (OMS, 2017; DSM, 2014; Papalia & Feldman, 2013).

Na pesquisa realizada pelo National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), os dados apontaram que, no ano de 2020, 1 em cada 5 adolescentes nos EUA, de 12 a 17 anos, teve um episódio depressivo maior no último ano. Destes, quase 75% apresentavam sintomas grave, com prejuízos na capacidade de realizar tarefas domésticas, de se sair bem no trabalho ou na escola, conviver com a família ou ter uma vida social (Samhsa, 2021).

Estudos apontam, ainda, o aumento da prevalência e do início cada vez mais precoce da depressão, de natureza duradoura, que afeta múltiplas funções e causa significativos danos

psicossociais como: dificuldades nas relações interpessoais, queda no rendimento escolar, baixa autoestima, a relação disfuncional com o álcool, o abuso sexual e os menores níveis de satisfação com a vida (Dias et al., 2016; Kaushik, et al., 2016). Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 8% das crianças entre 5 e 9 anos de idade e 14% dos adolescentes entre 10-19 anos do mundo vivem com um transtorno mental e é provável que cerca da metade destes venha a desenvolver uma perturbação com reflexo na idade adulta, com implicações na qualidade de vida e no aumento da necessidade de cuidados (OMS, 2022).

Metade de todas as condições de saúde mental começam aos 14 anos de idade, mas a maioria dos casos não é detectada nem tratada, pois dificilmente, pais e professores de adolescentes ficam cientes de suas dificuldades emocionais, e muitos comportamentos autolesivos ou suicidas são difíceis de serem percebidos ou, são comumente interpretados como rebeldia e indisciplina, reforçando o preconceito inicial (OMS, 2022; Lima & Pacheco, 2018).

Diversos estudos apontam que 1 em cada 4 adolescentes, com média de 13 anos em todo o mundo, apresentam sintomas de depressão elevados, e que apesar da cronicidade ser semelhante para ambos os sexos, maiores níveis de autoconceito negativo, percepção sobre desamparo e sentimentos de solidão e desesperança surgem mais cedo no sexo feminino (Grolli et al., 2017; IBGE, 2015; DSM, 2014; Santos-Vitti et al., 2020; Salk et al., 2016; Racine et al., 2021; Santana et al., 2017; Xavier et al., 2021)

A solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio, quando relatam sentir falta de ter amigos e de não ter ninguém para dividir experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos (Braga & Dell'anglio, 2013; IBGE, 2015; Santana et al., 2017).

Um levantamento brasileiro sobre autoavaliação da saúde mental que envolveu cerca de 11 milhões de estudantes brasileiros, entre 13 e 17 anos (PeNSE, 2019) revelou que 17,7%

dos adolescentes avaliaram a sua saúde mental como negativa, quando expressaram sentimentos de tristeza, desamparo, irritação, nervosismo ou mau humor e desesperança. Os resultados apontaram ainda que a avaliação negativa foi três vezes maior nas adolescentes do sexo feminino do que para aqueles do sexo masculino.

Foi constatado, ainda, que em grandes cidades brasileiras, a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou 24% entre os anos de 2006 e 2015 (Jaen-Varas et al., 2019), tendo a depressão como responsável pela maioria dos suicídios entre jovens. Entre os anos de 2011 e 2016, foram registradas 48.204 ocorrências referente a tentativas de suicídio no Brasil, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens, sendo 71,1%, os casos ocorreram nas faixas etárias de 10 a 39 anos. Entre pessoas com 10 a 19 anos de idade, 25,9% das tentativas foram do sexo feminino e 19,6% do sexo masculino (Ministério da Saúde, 2017; Brasil, 2018).

Possíveis justificativas associadas às diferenças de sexo e idade podem estar atreladas às mudanças inerentes à adolescência, como as mudanças físicas, a puberdade, o amadurecimento precoce e as preocupações relacionadas à imagem e à rejeição do grupo, sendo evidenciado, mais uma vez, que as mulheres relataram taxas mais altas de sintomas depressivos em comparação aos homens (Braga & Dell'aglio, 2013; DSM, 2014; McGuire et al., 2019; Papalia, 2013). Além disso, evidenciou-se também que, em relação à idade, as diferenças de sexo quanto à sintomatologia depressiva, se acentuaram entre os adolescentes com 16 anos (Chaves et al., 2020; McGuire et al., 2019; Ramos et al., 2018; Salk, et al., 2017).

Todavia, independentemente do sexo, adolescentes que apresentem níveis elevados de sintomas depressivos poderão ter a sua qualidade de vida e o seu bem-estar comprometidos, prejudicando-os em suas relações com pares, familiares, colegas do contexto profissional ou escolar, o que, provavelmente, afetará o desenvolvimento e o fortalecimento de suas

habilidades de vida, comprometendo a sua qualidade de vida e o seu bem-estar (Borges et al., 2017; Santana et al., 2017).

Crianças e adolescentes deprimidos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, como os transtornos de ansiedade, transtorno de conduta, transtorno desafiador opositivo e o transtorno de déficit de atenção e, em adolescentes, acrescentam-se os transtornos relacionados a substâncias e aos transtornos alimentares (Bittencourt et al. 2015; Braga & Dell'aglio, 2013; Chaves et al., 2020; IBGE, 2015). Em adolescentes, destaca-se que vulnerabilidade está associada à doença mental, à depressão, ao alcoolismo, ao abuso, à violência, a perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social e representam os maiores fatores de risco ao suicídio (Braga & Dell'aglio, 2013; WHO, 2010).

Uma análise sobre a tendência temporal de mortalidade no Brasil com 11.947 mortes por lesões autoprovocadas intencionalmente em jovens de 10 a 19 anos entre os anos de 2000 e 2015, representando 8,25% do total de óbitos por suicídio em todas as faixas etárias no período, revelou tendência de crescimento da mortalidade de adolescentes por suicídio no Brasil nos últimos anos, especialmente entre a população masculina das regiões norte e nordeste (Cicogna et al., 2019).

Ao considerar a gravidade do problema e a alta prevalência de sintomas depressivos nos adolescentes, é imprescindível expandir as buscas sobre os determinantes envolvidos nesse transtorno. Fatores como a utilização de estratégias de enfrentamento disfuncionais, frente a sentimentos desagradáveis, ocasionam, com frequência, taxas elevadas de sintomas comórbidos entre depressão, ansiedade e uso de substâncias psicoativas, principalmente (Lee J, et al., 2018; Pfeifer et al., 2011). Neste contexto, a questão do abuso e a dependência de substâncias também deve ser considerado, tornando-se necessário que sejam realizadas investigações que permitam o melhor entendimento deste cenário (França et al., 2022).

Nos Estados Unidos, quase metade dos adolescentes de 13 a 18 anos já experimentou uma droga ilícita e mais de 80% já utilizou álcool, tendo como consequência altas taxas de transtornos mentais concomitantes ao uso, como transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e esquizofrenia (Bukstein, 2019). No Brasil, a prevalência de crianças e adolescentes que já consumiram álcool é de, aproximadamente, 60%, e que 25,5% já utilizaram outras substâncias psicoativas diferentes de álcool e tabaco (Carlini et al. 2010; Vieira et al., 2008).

Pesquisas apontam que o aumento da prevalência do uso de substâncias psicoativas ocorreu em paralelo com o aumento das taxas de ansiedade, de sintomas depressivos e de mortes relacionadas ao uso indevido de substâncias. Na depressão, mais de 50% dos casos apresentam comorbidades, sendo as mais frequentes os problemas de comportamento e cerca de 40% das crianças/adolescentes com depressão, seguidas dos transtornos de ansiedade, que ocorrem em, aproximadamente, 34% dos casos (Chaves et al., 2020; Braga & Dell'aglio, 2013; Higa et al. 2013; IBGE, 2015;).

Nesse sentido, é importante compreender a adolescência como período crucial no que se refere aos processos de saúde e doença, considerando que muitos problemas se iniciam nessa fase e se tornam crônicos. Ainda, muitas crianças e muitos adolescentes deprimidos não são identificados e, tampouco, encaminhados para o tratamento (Bittencourt et al., 2015; Santana et al., 2017; Sagar & Krishnan, 2017; Kaushik et al., 2016).

Ressalta-se, ainda, que, em termos epidemiológicos, cerca de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no planeta. O Brasil “conquistou” o quinto lugar no mundo, o primeiro país da América Latina e o segundo das Américas com mais prevalência de depressão com mais de 11 milhões de pessoas – os Estados Unidos da América (EUA) ocupam o primeiro lugar (WHO, 2017). Entre os adolescentes brasileiros, 13,4% apresentam alguma doença de

ordem psicológica, sendo a depressão e os transtornos de ansiedade os mais comuns (Souza & Dunningham, 2019; WHO, 2017; Reardon et al., 2017).

Entretanto, os problemas de saúde mental na adolescência continuam a ser pouco diagnosticados e tratados, tendo a falta de conhecimento e o estigma como obstáculos para a que os adolescentes procurem ajuda, assim como a descrença popular em sua existência ou a tentativa de minimizar ou negar o problema por parte de familiares (WHO, 2018).

Os dados sinalizam que identificar os fatores de proteção e de risco que possam estar associados à sintomatologia da depressão no adolescente é necessário para o entendimento dessa fase, prevenindo, dessa forma, as consequências prejudiciais ao desenvolvimento biopsicossocial saudável do adolescente.

Fatores de risco e de proteção para sintomatologia depressiva em adolescentes

No campo da saúde, a noção de risco compreende o conhecimento e a experiência acumulada sobre o perigo de uma pessoa ser afetada por doenças e agravos e que envolvem fatores individuais, interpessoais, sociais e culturais. Os chamados fatores de risco aumentam a vulnerabilidade de algumas pessoas ao desenvolvimento de problemas comportamentais e emocionais em comparação à população. Os fatores de proteção, por sua vez, são aspectos que diminuem a vulnerabilidade delas frente aos riscos e a resultados não adaptativos. Portanto, identificar a presença desses fatores pode influenciar o desenvolvimento das competências necessárias para uma boa saúde mental entre os jovens, sendo de extrema importância para a prevenção de doenças ou o agravamento delas (Luz et al., 2015; Paiva & Ronzani, 2011).

Estima-se que metade de todos os transtornos mentais na idade adulta se inicia por volta dos 14 anos de idade, ainda que parte não seja diagnosticada e nem tratada (WHO, 2014). Evidências revelam que fatores genéticos, como histórico familiar de transtorno

mental, fatores biológicos, como sexo, e fatores ambientais e o ambiente social desestruturado atuam como fatores de risco para o desenvolvimento da depressão na infância e adolescência (McGuire et al., 2019; Ramos et al., 2018; Thiengo et al., 2014).

A depressão infanto-juvenil pode ser considerada um construto multidimensional. A deterioração das relações sociais e o *déficit* de habilidades sociais são fatores de risco para o desenvolvimento dos estados depressivos. Crianças e adolescentes com dificuldades de adaptação a mudanças têm maior tendência para a depressão e, assim, tendem a atribuir a ocorrência de acontecimentos negativos a características próprias, destacando os fatores individuais e os aspectos genéticos, como o temperamento, a capacidade de regulação emocional, o estilo cognitivo, a personalidade (Borges et al., 2017; Del Prette & Del Prette, 2010; Campos, 2010; Rockhill et al., 2009; Yong et al., 2010; Xavier et al. 2021).

Xavier et al. (2021) encontraram que nas famílias de crianças e adolescentes com depressão são, frequentemente, encontradas atitudes de rejeição, hostilidade ou de invalidação, assim como falhas nas relações afetivas primárias, conflitos no contexto da família como um todo e no relacionamento entre o casal estão habitualmente relacionados como um fator de risco para problemas emocionais e comportamentais como a depressão. As características parentais negativas e um mau funcionamento familiar estão associados à ruminação, à culpa, à percepção de ameaça e de ineficácia para resolver conflitos, ao pessimismo e a esquemas negativos (Lara et al., 2021).

O que tem se tornado preocupante na depressão infanto-juvenil diz respeito a sua prevalência elevada, a longa duração e a recorrência, o que causa problemas psíquicos, sociais e ocupacionais, bem como alto grau de adoecimento e tentativas de suicídio (Ramos et al., 2018; Kolvalski, 2015). Ainda, estudos afirmam que a predisposição genética, como a presença de depressão em um dos pais, tem o risco aumentado, em pelo menos três vezes, de desenvolverem a mesma sintomatologia, seguidos por estressores ambientais, como abuso

físico e sexual, assim como outros fatos traumáticos ocorridos na infância, como perdas de vínculos afetivos devido à morte de alguém próximo, a separação dos pais e o abandono estão entre os fatores que predis põem à depressão em crianças e adolescentes (Marques & Helliwell, 2015; Santos-Vitti et al., 2020). Ainda, demonstra existir, em adolescentes brasileiros, uma correlação entre os níveis de autoestima e sintomas de transtorno mental em geral, afirmando que uma baixa autoestima pode aumentar o risco em desenvolver sintomas deprimidos (Braga & Dell'aglio, 2013; Scarpati & Gomes, 2020; Orth & Robins, 2014; Paixão et al., 2018).

Matthews et al. (2016), por meio de um estudo longitudinal ao longo de 18 anos, realizado com gêmeos, mostrou que o isolamento social e a solidão influenciavam fortemente a depressão, bem como o desamparo, que é percebido como potencial negativo na redução de autoconfiança, motivação e desempenho dos adolescentes (Verma & Gera, 2014).

Ainda, a vulnerabilidade causada pela pobreza, o desemprego, a impulsividade, a insatisfação com imagem corporal, os desentendimentos com colegas e a ruptura de relacionamentos afetivos são apontados como fatores de risco para o comportamento suicida na infância e na adolescência e podem aumentar a probabilidade de repetição do comportamento suicida dos jovens (Braga & Dell'aglio, 2013; Scarpati & Gomes, 2020; Silva, 2019).

A influência das mídias digitais e as práticas como o racismo, preconceito e exposições inadequadas, como acontecem no ambiente virtual, bem como o bullying na escola e o cyberbullying, são considerados problemáticas graves nas escolas deixando os adolescentes mais vulneráveis, o que afeta diretamente a qualidade de vida, gerando o adoecimento mental (Pereira & Botti, 2017; Scarpati & Gomes, 2021; WHO, 2014).

Santana et al. (2017) relacionaram a falta de repertório apropriado de habilidades sociais e a depressão, demonstrando que adolescentes com níveis mais elevados de sintomas

depressivos podem apresentar baixa frequência de comportamentos de civilidade, assertividade e abordagem afetiva, o que colabora para uma dificuldade de interação em diferentes contextos e situações.

No entanto, algumas características pessoais como a autoestima, a crença de autoeficácia, o autoconceito e os afetos positivos podem ser fortalecidos e desenvolvidos, possibilitando o enfrentamento de adversidades de modo mais adaptativo e que, em níveis mais elevados, essas características se associam a menos estresse e a maiores índices de bem-estar subjetivo, atuando como fatores protetivos e agindo na remissão de sintomas depressivos nos adolescentes (Freitas et al., 2014; Xavier et al., 2021; Yang et al., 2018).

O ambiente familiar reúne valores, crenças e comportamentos que também influenciam práticas de promoção de saúde de seus membros e o desenvolvimento de habilidades de vida, contribuindo com a remissão de sintomas depressivos em adolescentes ou aumentando a sua vulnerabilidade para doenças (Braga & Dell'aglio, 2013; Papalia, 2013; Santos-Vitti et al., 2020; Scarpati & Gomes, 2020; Santana et al., 2017).

Assim, considerando a influência exercida pelos familiares no início precoce dos sintomas e a dificuldade de tratamento, a identificação dos fatores de risco é uma tarefa imprescindível, sendo de extrema importância conhecer a estrutura e as relações entre os membros da família, bem como identificar os que usam algum tipo de droga. O planejamento, as intervenções e a elaboração de estratégias de proteção devem se concentrar nas interações desse indivíduo com o ambiente em que está inserido, assim como o comportamento adotado por outros membros da família (Ferreira et al., 2016; Henriques et al. 2016; IBGE, 2015; Madruga et al., 2012).

Portanto, a depressão e o suicídio na adolescência se constituem como um fenômeno complexo, tendo a sua sintomatologia e evolução apresentadas de diversas formas, o que demanda amplas estratégias de tratamento, exigindo uma cuidadosa avaliação diagnóstica dos

profissionais envolvidos para um melhor prognóstico nos casos preexistentes e a consequente redução das chances de adoecimento de crianças e adolescentes a longo prazo.

Para uma maior capacidade de adaptação dos adolescentes frente às adversidades e construção de intervenções mais eficazes e direcionadas, as ações de cuidado e tratamento destinadas aos adolescentes precisam considerar o contexto sociocultural no qual está inserido, a família e a história de vida desse indivíduo (Scarpati & Gomes, 2020). As orientações aos pais e professores sobre a depressão e sobre a importância do encaminhamento para tratamento psicológico e psiquiátrico diante dos sintomas depressivos podem auxiliar na garantia do bem-estar psíquico, diminuindo os fatores de risco e aumentando os fatores de proteção aos jovens (Scarpati & Gomes, 2020).

Contudo, as pressões e as transformações típicas da adolescência podem ser interpretadas e vivenciadas de maneira disfuncional pelos jovens, favorecendo a busca por novidades e prazeres imediatos ou pelo alívio e fuga do sofrimento, frente aos problemas familiares e/ou sociais, assim como com os sentimentos de culpa, solidão e frustração. Dessa forma, o consumo de SPA surge como mais um fenômeno que pode impactar a vida da pessoa, influenciando na estruturação da personalidade e de um lugar na sociedade (Ferreira et al., 2016; Feldmann et al., 2019; Oliveira, & Pucci, 2021; UNODOC, 2015; IBGE, 2015; Willhelm et al., 2015).

Na adolescência, as mudanças ficam evidentes tanto para o adolescente quanto para seus familiares ou responsáveis, que enfrentam o desafio de oferecer proteção e liberdade para os filhos, negociando, principalmente, no que se refere à autoridade, à disciplina, à educação e à comunicação. Assim, as famílias oferecem um suporte e social seguro, promovendo autonomia para que o adolescente se sinta confiante em fazer suas escolhas de vida (Zappe & Dapper, 2017).

Nesse sentido, ao considerar o início da sintomatologia depressiva, que geralmente, acontece na adolescência e pode evoluir para um transtorno clínico na vida adulta, observar precocemente a ocorrência de seus indicadores possibilita acompanhar a evolução dos sintomas e a prevenção à recorrência e cronicidade desses, seja com a família, comunidade ou o próprio adolescente. Nesse sentido, evidencia-se a importância da avaliação dos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento emocional dos adolescentes, como o consumo de substâncias psicoativas, tema que será abordado no capítulo a seguir.

Capítulo III

O consumo de substâncias psicoativas na adolescência: aspectos psicossociais, riscos e transtornos relacionados

Primeiramente, é importante conceituar que droga é toda e qualquer substância não produzida pelo organismo capaz de atuar e alterar processos biológicos de uma pessoa (OMS, 1993). Quando essa substância é utilizada por qualquer via de administração, ela altera o humor, o nível de percepção ou o funcionamento cerebral, atuando e alterando o que acontece no Sistema Nervoso Central, é chamada de Substância Psicoativa (SPA) ou psicotrópica. Pode ser prescrita e usada de forma legal ou ilícita. Todavia, quando o indivíduo passa a consumi-la em maior quantidade e frequência, o risco de danos associados a tal consumo é elevado, podendo ser classificado como um uso patológico, conforme o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Borges et al. (2017) acreditam que o uso abusivo de SPA traz diversos questionamentos de ordem macrosociais. Por exemplo: os impactos na sociedade, nas políticas de saúde, na segurança, na justiça e na economia. Ainda, os questionamentos não são apenas em nível individual, envolvem família e comunidade, pois não se trata apenas do indivíduo, mas também representa danos e consequências em outros ambientes frequentados como trabalho, a escola e o meio social no geral (Chaves, 2020).

Quando o indivíduo utiliza uma SPA de forma compulsiva e intensa, pode se tornar um dependente químico, condição considerada multifatorial, na qual é possível observar fatores neurobiológicos, genéticos, inabilidade comportamental, oferta e disponibilidade das substâncias, contexto sociofamiliar, pois afetam o Sistema Nervoso Central (SNC), provocando alterações sensoperceptivas e motoras nos indivíduos (Zanelatto & Laranjeira, 2013).

O início do uso do álcool, do tabaco e de outras substâncias psicoativas em idade precoce é preditivo para o uso abusivo, pois, uma vez expostos, os sistemas de recompensa do cérebro reforçam o uso, resultando em comportamento repetido com uma menor capacidade de controle. Como o cérebro do adolescente ainda está em desenvolvimento, com o passar dos anos, os efeitos das substâncias neste sistema acarretam o aumento de consumo na vida das pessoas (Araújo & Sartes, 2017; Bukstein et al., 2020; Coutinho et al., 2016; Gascon et al., 2017; IBGE, 2021; Santos, 2017).

Os prejuízos ocasionados pelo uso de SPA's são incansavelmente relatados em diversas pesquisas, havendo um maior comprometimento nas habilidades sociais e cognitivas nos adolescentes, principalmente em usuários de maconha. O uso intenso dessa substância está relacionado a uma série de problemas, incluindo baixo desempenho escolar, deterioração e abandono, agressão, delinquência e maiores índices de sintomas de depressão e ansiedade (Cavalcanti, 2018; IBGE, 2021; WHO, 2012).

Alerta-se que a interação entre o risco genético, características temperamentais e o ambiente pode predispor ao uso precoce e persistente de SPA's. Ainda, nesse contexto, os problemas psicossociais causados pelo uso, geralmente, estão relacionados a fatores familiares, a relações interpessoais, legais, de trabalho, a abuso de outras substâncias e a comportamento criminoso e violento (Bukstein et al., 2020), sendo boa parte dos comportamentos de risco à saúde desenvolvidos e estabelecidos no período da adolescência devido à imaturidade cerebral, a comportamentos impulsivos e ao consumo de substâncias psicoativas (Cerutti et. al, 2015; Miozzo et al., 2013; WHO, 2018).

O uso de substâncias psicoativas também pode ser influenciado pelo contexto sociocultural em que os adolescentes estão inseridos e não se sentem acolhidos, recorrendo às SPA na tentativa de esconder a vulnerabilidade emocional, biológica e relacional típica da fase da adolescência (Ferreira et al., 2016; IBGE, 2015; Samhsa, 2008), principalmente

quando há a ausência de suporte familiar e experiências adversas vivenciadas na infância, como abuso (físico, sexual, psicológico), negligência (emocional, física) e disfunção familiar (abuso de substâncias, divórcio, doença mental, mãe vítima de violência e comportamento delincente) (Delgado et al., 2021).

Especificamente, algumas características podem influenciar o adolescente ao uso de SPA's, como a timidez excessiva, a baixa autoestima, o baixo limiar para tolerar frustrações, o baixo nível de resiliência, a pouca responsabilidade e autonomia, a agressividade e a busca por sensações novas (Delgado et al., 2021; IBGE, 2021; Parada, 2013; United nations office on drugs and crime [UNODC], 2022). Ainda, destaca-se que o uso de substâncias pelos pais, a permissividade com o uso de drogas dos filhos, o baixo monitoramento das atividades, as regras confusas e a benevolência a delitos ou a comportamentos inadequados, bem como os ambientes familiares desajustados, com presença de violência, de conflitos entre os pais, de falta de comunicação clara e afeto prejudicam o desenvolvimento de habilidades sociais para enfrentar situações conflituosas vivenciadas pelos jovens e, conseqüentemente, contribuem para o uso e abuso de substâncias pelos adolescentes (Bittencourt et al., 2015; Borges et al., 2016; Parada, 2013).

Os amigos e o ambiente escolar também são importantes fatores de risco ou proteção em relação ao uso de substâncias. A dificuldade de aprendizagem, a evasão escolar e o fraco investimento no desenvolvimento das habilidades do adolescente fazem o uso de substância se tornar atrativo como forma de se identificar e integrar com amigos (Delgado et al., 2021; IBGE, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) já salientava a importância dos comportamentos do indivíduo e seus reflexos na saúde, quando listou alguns fatores evitáveis que contribuem para um terço das mortes no mundo. Dentre esses fatores, estão o sexo desprotegido, o consumo de tabaco e o abuso de álcool. Ainda, a OMS alerta sobre o

tabagismo ser a principal causa de morte evitável no mundo, com redução da expectativa de vida em 20 anos para os fumantes e, quando associado ao uso de álcool, a chance de desenvolver algum câncer aumenta 20 vezes (WHO, 2019), assim como os adolescentes que fazem uso intenso de bebidas alcoólicas estão mais susceptíveis a problemas de saúde e a situações como acidentes de trânsito, brigas, insucesso escolar, atividade física insuficiente, tabagismo e aumento da utilização de serviços de saúde (Bastos et al., 2017; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015; Valim et al., 2017; Pereira et al., 2017).

O Brasil é identificado como o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de ansiedade no mundo e o quinto em casos de depressão. Diante desses problemas, as SPA's se tornam caminho eficaz e rápido para amenizar o sofrimento psíquico das pessoas (OMS, 2022). Nesse contexto, as doenças mentais são reconhecidas como fatores de risco para o uso de substâncias, sendo assim, é necessário ficar atento, em qualquer idade, para a presença de sofrimento psíquico e de comorbidades nos adolescentes que apresentam transtorno por uso de substâncias (Parada, 2013; Sloboda et. al, 2012).

Estudos epidemiológicos descrevem um quadro preocupante, afirmam que o uso de substâncias é generalizado e característico entre os adolescentes, com início cada vez mais precoce, ocorrendo de forma acentuada, tanto no Brasil como em diversos países. Estima-se que quase metade terá experimentado uma substância ilícita e mais de 80% terá usado álcool quando estiveram adultos (Gobbi et al., 2019).

O Relatório Mundial sobre Substâncias Psicoativas (United Nations Office On Drugs And Crime [UNODC], 2015) aponta que o contato com as substâncias psicoativas começa bem cedo, atingindo diversas classes sociais, principalmente as mais baixas, e que essa relação – indivíduo e substâncias - é intermediada por questões de hereditariedade, vulnerabilidade social e relações interpessoais disfuncionais. Os dados mostram, ainda, que

em muitos países, a atual geração de adolescentes está experimentando um nível de uso de drogas maior do que a experiência de vida de gerações anteriores (UNODC, 2022).

A tolerância e o consentimento do consumo na maioria das culturas e sociedades, aliada ao seu grande potencial para a dependência física e psicológica, tornam o álcool a substância psicoativa mais consumida em todo o mundo, gerando um importante prejuízo para a saúde individual e coletiva (Nelson & McNall, 2016). Sendo assim, é importante os pais ou responsáveis estarem atentos às atividades dos filhos, saberem o que fazem no tempo livre, estabelecerem um diálogo para o desenvolvimento de laços de confiança, conhecerem as suas demandas, para o favorecimento de um vínculo mais saudável e seguro emocionalmente. Isso são pontos importantes na prevenção de comportamentos de riscos entre os adolescentes (Paz & Coelho, 2020; WHO, 2018).

A permissividade e a falta de fiscalização com o uso de substâncias, a facilidade de compra e consumo, a falta de opções de lazer e cultura, concomitante com a baixa percepção de prejuízos, contribuem para o risco de uso de SPA's pelos jovens (UNODC, 2022; Parada, 2013). Assim como, a complexidade das questões psicossociais e exposição a riscos nesse período, denotam a importância do apoio da família e de orientações para escolhas mais assertivas, sendo a estrutura familiar fator relevante para a saúde mental na infância e adolescência (Malbergier, et al., 2012; Oliveira, et al., 2020; PeNSE, 2019; Thiengo et al., 2014).

Felizmente a adolescência ainda é percebida como um momento importante pelos próprios adolescentes. Eles a consideram como um momento bom, uma fase de aprendizagens, de mudanças e de investimento nas relações interpessoais, pela qual devem passar e que, por meio dela, construirão as suas relações e identidade (Zappe & Dapper, 2017).

Os riscos e transtornos relacionados ao consumo de substâncias na adolescência

Siegel (2016) afirma que os adolescentes formam o maior grupo classificado como “com causas evitáveis de morte”, ou seja, com comportamentos arriscados ou perigosos que geram consequências permanentes ou fatalidades tornando, portanto, a adolescência como a “época mais perigosa da vida”, segundo o autor.

A impulsividade e o imediatismo agregados às transformações físicas, psicológicas e aos conflitos com a família e rede social, acabam aumentando a vulnerabilidade e prejudicando a capacidade do adolescente no enfrentamento de problemas, comprometendo a saúde física e mental como sexo, idade e autoestima e em suas habilidades sociais (Bittencourt et al. 2015; Zappe & Dell'Aglio, 2016).

O início da adoção de hábitos não saudáveis pode ter consequências nocivas no futuro. Essa prática está associada a um alto risco de desenvolver algumas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares, a diabetes e o câncer, responsáveis pela maioria dos óbitos prematuros em adultos no Brasil, assim como desencadear outras enfermidades com início justamente na adolescência, tais como o uso de álcool e tabaco, a alimentação inadequada e o sedentarismo (IBGE, 2011). Ainda, destaca-se que o uso de SPA está entre os 20 principais fatores de risco à saúde, predispondo a acidentes, a violência interpessoal, a comportamentos de risco, a distúrbios do sono e a dependência física ou psicológica (Confederação nacional dos municípios [CNM], 2010; Laranjeiras et al., 2014; ONU, 2016; UNODC, 2015, 2009; Romeiro et al., 2021).

O uso precoce de SPA´s afeta o cérebro em desenvolvimento dos adolescentes, tendo os efeitos do consumo agravados de acordo com o peso da pessoa, a idade, a rapidez com que consome, o fato de ter-se alimentado ou não e, naturalmente, a quantidade consumida, influenciando, assim, na probabilidade de uso regular tanto no final da adolescência quanto no início da idade adulta (UNODC, 2022).

A exposição prematura ao álcool é também um fator agravante nas consequências para a saúde, sendo que o consumo de qualquer tipo de bebida alcoólica pode ocasionar prejuízos imediatos à vida dos adolescentes. O ato de beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo, prática conhecida na literatura internacional como “binge drinking”, é mais perigoso e frequentemente associado a uma série de problemas, pois acontecem importantes modificações neurofisiológicas (desinibição comportamental, comprometimento cognitivo, diminuição da atenção, piora da capacidade de julgamento, diminuição da coordenação motora e morte), durante o episódio desse tipo de comportamento (IBGE, 2021).

Importante ressaltar que os jovens que sofreram violência durante a infância estavam significativamente mais suscetíveis a depressão e a problemas com o álcool no futuro, bem como estavam cinco vezes mais sujeitos a usar substâncias ilegais (Madruga, 2012). No que diz respeito ao uso de tabaco por adolescentes, pesquisas afirmam que o seu uso começa antes dos 14 anos de idade e que há uma relação significativa de se ter algum familiar tabagista em casa, aumentando o risco de o adolescente desenvolver o mesmo comportamento. Ainda, esses adolescentes apresentaram mais problemas familiares (Bittencourt et al., 2015; Malbergier et al., 2012).

Apesar de o consumo brasileiro de tabaco ter diminuído consideravelmente, ainda tem forte impacto na saúde pública, sendo bastante utilizada pelos adolescentes, seja pela pressão dos colegas, pela falta de supervisão dos pais, pelo tabagismo dos familiares próximos, seja pelas atividades noturnas de lazer (Carnauba & Cocolo, 2016, IBGE, 2021).

Malbergier et al. (2012) apontam para a importância de se ficar atento ao consumo de álcool e tabaco entre os adolescentes, já que o relato do consumo das duas substâncias esteve associado a prejuízos familiares significativos, semelhantes ao uso de drogas ilícitas. Ainda, os autores sugerem ficar atento ao comportamento dos adolescentes do sexo feminino, já que

o sexo em questão vem sendo apontado como o de maior prevalência no consumo dessas duas substâncias (IBGE, 2021; Inchley et al., 2020).

O uso de maconha pelos adolescentes também está relacionado a uma série de problemas, como a redução do quociente de inteligência (QI), a diminuição da conectividade neural, o aumento da probabilidade de desenvolvimento de transtornos depressivos, bem como pensamentos e comportamentos suicidas e psicose na idade adulta jovem, mesmo na ausência de uma condição pré-mórbida (Bukstein, et al., 2020; Currie et al., 2009; Gobbi et al., 2019; UNODC, 2022).

Pesquisas apontam que o aumento do uso de SPA foi seguido por altos níveis de ansiedade, sintomas depressivos e outros transtornos psiquiátricos, como transtorno de conduta, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno bipolar, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e esquizofrenia, além de aumento nas taxas de violência e mortalidade, sendo comum a comorbidade entre transtornos mentais e uso de substâncias na adolescência, passando a ser reconhecido como um problema de saúde pública de importância mundial (Bukstein et al., 2020; Chaves et al., 2020; Madruga, 2012).

Estima-se que, no ano de 2020, mais de quatro milhões de adolescentes de 12 a 17 anos nos Estados Unidos tiveram pelo menos um episódio depressivo maior, sendo que 3,7% destes tiveram um episódio e um episódio de transtorno de uso de substâncias (NSDUH, 2021). Um ano após, no ano de 2021, os dados revelaram que 27,7% dos adolescentes que tiveram com episódio depressivo maior no último ano usaram drogas ilícitas no ano passado; com graves pensamentos de suicídio (12,7%), plano de suicídio (5,9%) e tentativas de suicídio (3,4%) (NSDUH, 2022).

Neste sentido, segundo o DSM-5 (2014), quando o adolescente faz uso abusivo ou compulsivo de SPA's, pode vir a acarretar: (1) perda do controle do uso; (2) deterioração

social ou (3) uso arriscado pode passar a ser considerado patológico e ser inserido na seção Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A elevada presença de distúrbios psiquiátricos em adolescentes que utilizam SPA's é apontada pela literatura, sendo a depressão a mais prevalente. Todavia, outros transtornos são apontados como por exemplo: a psicose não orgânica não especificada, transtornos afetivos não especificados, transtornos psicóticos agudos e transitórios e outros transtornos de conduta, demonstrando a relação de ocorrência simultânea desses transtornos (Chaves et al., 2020; Delgado et al., 2021).

Dessa forma, evidencia-se que o uso intenso de SPA's pelos adolescentes ocasiona danos familiares, sociais, laborais e cerebrais e causa, por sua vez, diversos danos à saúde da população, devendo também ser ressaltado o comportamento de risco no âmbito sexual (Bastos et al., 2017). Porém, o uso de SPA's é, naturalmente, disseminado na adolescência, apesar de muitos jovens viverem consequências negativas sociais, na saúde física e emocional, tornando-se um desafio para a sociedade, pois as consequências individuais e coletivas afetarão diretamente o bem-estar e a qualidade de vida desses jovens (Araújo & Sartes, 2017; Chaves et al., 2020).

Nesta perspectiva, considerando que cada indivíduo é único, observa-se que as mesmas experiências causam efeitos diferentes para cada pessoa e quando o meio social, a família e a escola em que o adolescente está inserido, são considerados disfuncionais, elevam fatores de risco para situações adversas, como o uso e abuso de SPA's.

Essa pesquisa teve como objetivo analisar a relação que se estabelece entre apoio familiar, sintomatologia depressiva e consumo de substâncias psicoativas percebidos por esses adolescentes. Desse modo, passaremos a detalhar, nos próximos capítulos a metodologia desenvolvida no estudo e os resultados encontrados.

Capítulo IV

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, que faz parte de um projeto maior intitulado “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”, inicialmente desenvolvido em cinco estados brasileiros – Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rondônia, Pernambuco, São Paulo e Paraná –. Portanto, a presente pesquisa, coordenada pela prof^ª. Dr^ª. Suely de Melo Santana da Universidade Católica de Pernambuco, integra um estudo de caráter multicêntrico que tem como responsável a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) com a finalidade de analisar e comparar os comportamentos de saúde e bem-estar e os índices de ansiedade e depressão em adolescentes de 13 e 15 anos de idade matriculados em escolas estaduais.

Este projeto teve início com a candidatura aprovada da Prof.^a. Dr^a. Carmem Beatriz Neufeld para atuar como International Linked Project no estudo colaborativo Health Behavior in School-aged Children da Organização Mundial de Saúde (HBSC/OMS), o que permite ao Brasil, pela primeira vez, a participação em conferências e fóruns científicos do HBSC, além da divulgação de artigos científicos resultantes das pesquisas que utilizam o protocolo HBSC. Cabe ressaltar que a inserção brasileira se deu por intermédio da equipe portuguesa, sob a coordenação da Prof.^a. Dr^a. Margarida Gaspar de Matos, da Universidade de Lisboa – coordenadora do projeto HBSC em Portugal, desde 1996.

O projeto HBSC é um estudo transnacional realizado com adolescentes de 11, 13 e 15 anos, em países da Europa e América do Norte, nos quais os levantamentos são realizados a cada quatro anos há mais de 30 anos. O protocolo HBSC utilizado tem o objetivo de

quantificar padrões de comportamentos, indicadores e variáveis contextuais referentes à saúde, apresentando as mudanças ocorridas nas diversas áreas durante a transição da infância para a idade adulta.

No Brasil, ficou definido nessa fase de coleta de dados apenas os grupos de idade de 13 e 15 anos seriam selecionados, no estudo do HBSC, pois representam dois importantes marcos: o início da adolescência, uma época heterogênea, em que os jovens enfrentam os desafios da vida, devido a grandes mudanças biológicas, cognitivas e emocionais e o período intermediário, quando os adolescentes começam a amadurecer a capacidade de tomada de decisões sobre a vida e a carreira, marcando, dessa forma, o aumento da autonomia e das escolhas.

Para a composição da amostra estratificada do estudo em Recife-PE, foi adotada a tipificação municipal, que divide a cidade em seis Regiões Político-Administrativas (RPA's). Inicialmente, foi feito contato com a Secretaria de Educação do Recife, com a finalidade de realizar o levantamento das escolas estaduais da cidade. Das seis RPA's contactadas, obtivemos autorização para a coleta na I, II, III e VI.

Participantes

A coleta de dados foi realizada com 500 estudantes, sendo excluídos 128 protocolos por apresentarem respostas inconsistentes e/ou incompletas. A amostra final ficou composta por 137 estudantes de 13 anos e 235 com 15 anos de idade. Os 372 adolescentes, de ambos os sexos, estavam matriculados e frequentando escolas de rede estadual de ensino do Recife – PE, situadas nas RPA's I (08 escolas), II (02 escolas), III (03 escolas) e VI (02 escolas). As idades adotadas foram eleitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) considerando que, como já relatado, aos 13 anos, o adolescente está iniciando na adolescência, com importantes mudanças físicas, psíquicas e emocionais. E, em geral, os estudantes de 15 anos estão

próximos da autonomia, com intensificação na tomada de decisões de vida, escolha de pares, carreira e maior inserção social.

Instrumentos

1. Protocolo de Pesquisa *Health Behavior in School-aged Children* (HBSC) – Instrumento desenvolvido em 1982 pela rede de pesquisa HBSC em colaboração com a OMS, desde então, vem sendo avaliado e aprimorado a cada levantamento. É um questionário composto por 81 questões fechadas que abrange diversos indicadores referentes à saúde e comportamento relacionados à saúde, bem como as circunstâncias da vida de adolescentes de 11, 13 e 15 anos de idade. Os tópicos temáticos das perguntas pautam-se em fatores sociodemográficos, alimentação, higiene, corpo, consumo de substâncias, escola, bem-estar físico e psicológico, comportamentos sexuais, provocação, lesões, família, amigos e tempo livre. O questionário padrão é internacional, mas, para a realidade brasileira, foi utilizado o protocolo adaptado linguisticamente da versão de Portugal referente ao levantamento de 2014, no qual foram incluídas três questões que dizem respeito à cor autodeclarada, à autolesão e à supervisão parental (Nogueira & Neufeld, 2017). O instrumento é autoaplicável, administrado em salas de aula e leva aproximadamente 45 minutos para ser concluído.

2. *Children's Depression Inventory* (CDI) - é uma escala de autoavaliação composta por 27 itens, distribuídos entre sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta (Kovacs, 1983, 1985, 1992, 2003), a partir de uma adaptação do Beck Depression Inventory para adultos. Com três opções de resposta, o objetivo do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão na infância e adolescência, entre sete e 17 anos, a partir de seu autorrelato. A escala tem sido largamente utilizada em estudos epidemiológicos internacionais e brasileiros (Cruvinel et al., 2008; Wathier et al., 2008).

Wathier, Dell'Áglio e Bandeira (2008) afirmam que no estudo original foi identificada uma estrutura fatorial composta por cinco dimensões: a primeira dimensão é chamada de *Humor Negativo (Negative Mood)* e contém seis itens que refletem sentimento de tristeza, vontade de chorar, preocupação com “coisas ruins”, estar incomodado com alguma coisa e sentir-se incapaz de tomar decisões. Esse fator respondeu por 23,3% da variância nos escores do CDI, conforme Kovacs apresenta no Manual (Kovacs, 2003). A segunda dimensão é denominada *Problemas Interpessoais (Interpersonal Problems)*, e contém quatro itens que englobam problemas e dificuldades em interações com pessoas, evitação e isolamento social. A terceira dimensão, com quatro itens, chama-se *Inefetividade (Ineffectiveness)*, e reflete avaliação negativa das próprias habilidades e do desempenho escolar. O quarto fator chamado *Anedonia (Anhedonia)* contém oito itens e caracteriza a “depressão endógena”, incluindo perda da capacidade de sentir prazer, perda de energia, dificuldades em comer ou dormir e senso de isolamento. O último fator, chamado *Auto-Estima Negativa (Negative Self-Esteem)*, engloba cinco itens sobre baixa auto-estima, não gostar de si mesmo, sentimentos de não ser amado e uma tendência a ter ideação suicida.

No entanto, os estudos brasileiros diferem do original quanto a sua configuração fatorial, o número de itens e o ponto de corte (Coutinho et al. 2014; Cruviel et al., 2008; Gouveia et al., 1995; Walthier et al., 2008).

Dentre os estudos brasileiros supracitados, a presente investigação tomou como referência o estudo de Wathier et al. (2008), utilizando as normas por percentis para sexo e idade (13-17 anos) e considerando, sob ponto de vista epidemiológico, que os indivíduos que apresentam escores clinicamente significativos são os que atingem o percentil a partir de 85, o que corresponde ao ponto de corte 14 para os meninos e 18 para as meninas.

Nesta pesquisa, foi utilizada a versão do CDI traduzida e adaptada para o Brasil por Gouveia et al. (1995), com os 27 itens da escala original de Kovacs (2003). A aplicação do

instrumento seguiu as orientações do Manual de Aplicação (Kovacs, 1992, 2003) e as considerações éticas para pesquisas com seres humanos, conforme Resolução 0196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Resolução do Conselho Federal de Psicologia número 016/2000.

O inventário foi aplicado individualmente, respondido pelo adolescente. Os respondentes utilizaram uma escala de resposta de três pontos, 0 (ausência de sintomas), 1 (presença de sintomas) e 2 (gravidade dos sintomas), para assinalar a alternativa dos itens sobre as reações afetivas, os aspectos cognitivos, os aspectos comportamentais e os sintomas somáticos que melhor descrevia seus sentimentos considerando as duas últimas semanas.

Procedimento de coleta de dados

O estudo segue a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo adotados todos os procedimentos éticos previstos. O projeto maior no qual esta pesquisa se insere foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), em 09 de março de 2016 (CAAE nº 45947415.5.1001.5407).

A coleta ocorreu entre a metade do ano de 2017 e final de 2018, conduzida pela doutoranda em colaboração com uma mestranda, dois estagiários de iniciação científica e dois voluntários. Todos vinculados ao curso de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Seguindo ordem aleatória, as instituições de ensino foram contatadas para que o convite de colaboração na pesquisa fosse realizado. Após o aceite, o convite aos adolescentes de 13 e 15 anos foi realizado nas salas de aula disponíveis no horário letivo. Aos interessados em participar da pesquisa, foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(TCLE) e o Termo de Assentimento para a Formação de banco de Dados (TFBD) para autorização dos pais/responsáveis.

As visitas nas salas de aula, geralmente, aconteciam entre a terça-feira e a quinta-feira, pelo fato de serem menos comuns as faltas dos adolescentes nesses dias. As coletas aconteceram conforme o dia e horário que as instituições disponibilizaram. A participação ficou condicionada à assinatura do TCLE e do Termo de Assentimento dos Adolescentes (TA).

Os dados foram coletados em grupo, nas próprias escolas durante o horário letivo, com autorização prévia e atendendo aos procedimentos éticos, assegurando a todos os envolvidos que a presente pesquisa manteria o caráter confidencial e anônimo. Em pequenos grupos, os participantes foram conduzidos das salas de aula para os locais indicados pela instituição. Esses locais eram silenciosos, reservados dos demais adolescentes e de qualquer funcionário, dispendo de carteiras escolares ou mesas que permitiam a aplicação individual dos instrumentos de pesquisa. Foi solicitado que os participantes completassem todos os instrumentos com a máxima sinceridade, evitassem conversas paralelas e, também, foi ressaltada a disponibilidade dos pesquisadores para assistência quando necessária.

Procedimento de análise de dados

Para análise dos dados, foi construído um banco de dados criado para este fim e foram analisados com o auxílio do software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 21. Para caracterizar o perfil pessoal, a situação profissional, as condições socioeconômicas e o perfil familiar, segundo a idade dos adolescentes, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as tabelas de contingência. Para comparar a distribuição dos fatores, segundo a faixa etária do adolescente, foi aplicado o teste Qui-quadrado para homogeneidade.

Na avaliação do levantamento social e comportamento relacionado à saúde e ao bem-estar dos adolescentes, foi avaliado o perfil de diálogo familiar, a facilidade para falar sobre preocupações com os familiares, o apoio familiar recebido pelo adolescente e o nível de monitoramento dos pais. As medidas dos escores foram analisadas pela média e pelo desvio padrão, sendo considerada a hipótese de normalidade. Para a comparação das escalas em relação à faixa de idade e sexo, foi utilizado o teste t de student para amostras independentes.

O escore relacionado ao nível de depressão dos adolescentes (CDI) teve como pressuposto uma distribuição normal, sendo representado por valores médios com respectivo desvio padrão. Na análise da associação com os fatores relacionados ao perfil pessoal, à situação profissional, a condição socioeconômica e ao perfil familiar, foram testadas as diferenças pelo teste T de Student quando a variável independente tinha duas categorias e o teste da ANOVA quando a variável tinha mais de duas categorias. Na análise, com os escores do perfil de diálogo familiar; escore de facilidade para falar sobre preocupações com os familiares; escore de apoio familiar percebido e o escore do nível de monitoramento dos pais, foi aplicado o teste de correlação de Pearson quando a variável independente tinha distribuição normal, caso contrário, foi estimado o coeficiente de correlação de Spearman.

Com o objetivo de estimar as diferenças na escala de depressão e as variáveis independentes, foi utilizado uma análise de regressão linear, sendo apresentado o coeficiente do modelo, intervalo de confiança e o p-valor. A significância estatística adotada na análise foi de 5% ($p < 0,05$).

Capítulo V

Análise dos resultados

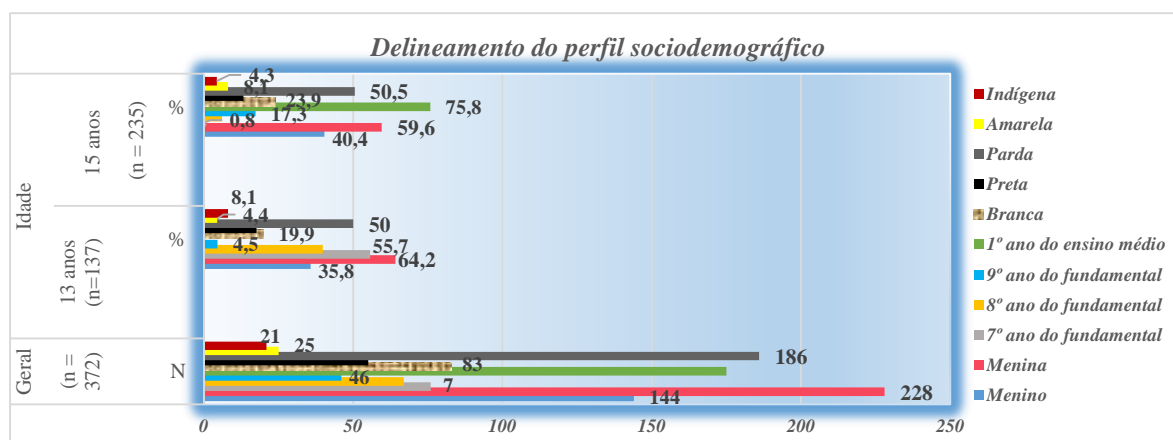
Os resultados serão apresentados em quatro momentos. Primeiramente, foi elaborado um delineamento do perfil sociodemográfico dos adolescentes participantes dessa pesquisa. Em seguida, é apresentada a análise relativa aos indicadores e comportamentos de saúde. No terceiro momento, são analisados os dados referentes à tendência depressiva percebida e por fim, são apresentados aos dados referentes ao consumo de SPA's desses adolescentes.

5.1 Delineamento do perfil sociodemográfico

As informações desta seção foram obtidas pelo protocolo HBSC. A amostra final foi composta por 372 participantes, 36,8% apresentam 13 anos e 63,2% tinham 15 anos de idade no momento da avaliação, sendo a maioria do sexo feminino (61,3%; 228 alunos) e autodeclarados de cor parda (50,3%). No que diz respeito à escolaridade, 95,5% dos estudantes com 13 anos estavam matriculados no 7º e 8º ano do ensino fundamental e 93,1%, de 15 anos, cursavam o 9º e 1º ano do ensino médio (ver Figura 1).

Figura 1

Delineamento do perfil sociodemográfico

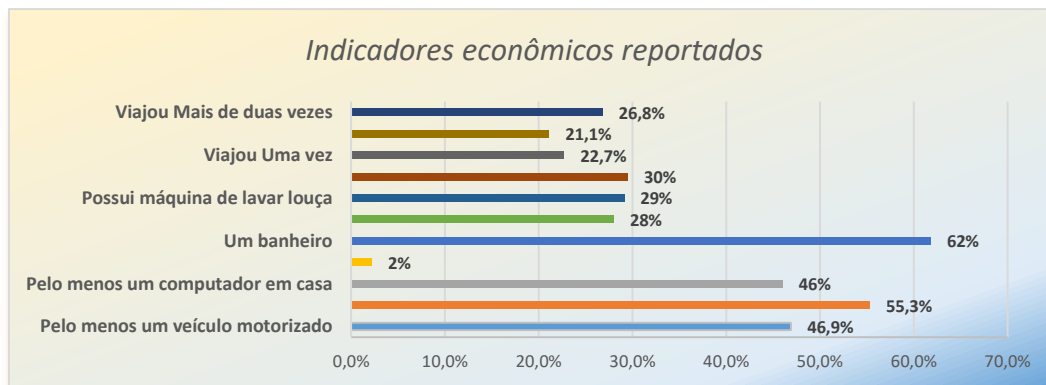


A maioria dos adolescentes residem apenas com a mãe (87,5%), não mora com irmão (46,1%) ou irmãs (51,9%) e 12,3% dos adolescentes de 15 anos (n=36) afirmaram morar com outra pessoa.

Sobre a situação profissional dos pais, os adolescentes responderam questões que incluíam o local e trabalho exercido e, caso não exercessem nenhuma atividade remunerada, respondiam o motivo que melhor descrevia a situação - doença/aposentadoria/estudo, procura de emprego, toma conta de outros/fica em casa em tempo integral ou desconhecimento do motivo. Os resultados apontaram que 68,3% (n=254) dos pais e 68,3% (n=254) das mães estão empregados, sendo a situação profissional tanto no grupo de adolescentes mais jovens como no grupo dos mais velhos. Observa-se, também, que é mais frequente que os adolescentes não tenham ou não vejam o pai, situação mencionada por 16,1% relacionada a 3,2% das mães.

O nível socioeconômico familiar dos adolescentes foi medido a partir da *Family Affluence Scale* (FAS) (Currie et al., 2009), constituída por quatro itens que se encontram no Protocolo HBSC, numa escala ordinal de três pontos, em que na análise a pontuação de 0 a 3 indica baixa afluência, de 4 a 6 afluência média e de 7 a 9 alta afluência. Sendo assim, o nível foi calculado pelo somatório das respostas dos itens que se referem aos recursos materiais da família, como posse de veículos motorizados e computadores, quarto individual para o adolescente e férias em família nos últimos 12 meses.

Os resultados obtidos, de acordo com os escores do FAS, indicam que 45,6% dos adolescentes têm nível socioeconômico familiar baixo, seguido de nível médio (45,1%) e elevado (9,2%) (ver Figura 2). Entretanto, a percepção do nível financeiro familiar relatada foi mais otimista, em que 50% (n=184) percebem a situação da família como na média, 34,2% (n=126) percebem a situação financeira como bem ou muito bem e apenas 15,8% (n=58) dos adolescentes a percebem como mal ou muito mal.

Figura 2*Indicadores econômicos reportados*

5.2 Análise dos indicadores e comportamentos de saúde

O apoio familiar percebido foi avaliado em termos de qualidade da comunicação e supervisão parental. A qualidade da comunicação é, por sua vez, investigada por meio de uma escala com quatro afirmativas sobre diálogo de assuntos importantes, ser ouvido e esclarecimentos de dúvidas e mal-entendidos. O apoio foi também avaliado por uma escala de quatro itens adotada por Nogueira e Neufeld (2017), composta por afirmativas sobre ser ajudado, apoio emocional, falar sobre problemas e ajuda na tomada de decisões. Os resultados obtidos podem variar entre 4 e 28 pontos, com o valor mais alto como indicador de mais positiva a comunicação e o apoio percebido.

A média total da escala de qualidade da comunicação familiar foi de 14,2 (DP=4,0) com máximo de 20 pontos, não havendo diferença significativa entre as faixas etárias ($p=0,728$), apenas para a o "hábito de ser escutado quando fala alguma coisa" ($p\text{-valor}=0,030$) para os adolescentes de 15 anos, quando ocorreu maior incerteza acerca da escuta familiar (Tabela 1).

Tabela 1

Média e desvio padrão quanto a qualidade do diálogo familiar e descritiva dos pontos do escore familiar, na amostra em geral e por idade

| Fator avaliado | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|---|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| As coisas mais importantes são conversadas | | | | | | | 0,898* |
| Discordo/Discordo fortemente | 49 | 13,2 | 17 | 12,5 | 32 | 13,6 | |
| Nem concordo nem discordo | 60 | 16,2 | 21 | 15,4 | 39 | 16,6 | |
| Concordo/concordo fortemente | 262 | 70,6 | 98 | 72,1 | 164 | 69,8 | |
| Quando eu falo, alguém escuta o que eu digo | | | | | | | 0,030* |
| Discordo/Discordo fortemente | 65 | 17,8 | 30 | 22,6 | 35 | 15,1 | |
| Nem concordo nem discordo | 101 | 27,7 | 27 | 20,3 | 74 | 31,9 | |
| Concordo/concordo fortemente | 199 | 54,5 | 76 | 57,1 | 123 | 53,0 | |
| Quando não compreendemos uns aos outros, perguntamos | | | | | | | 0,300* |
| Discordo/Discordo fortemente | 72 | 19,8 | 25 | 19,1 | 47 | 20,3 | |

| Fator avaliado | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|-------|------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| | N | % | 13 anos | | 15 anos | | |
| | | | N | % | n | % | |
| Nem concordo nem discordo | 90 | 24,8 | 27 | 20,6 | 63 | 27,2 | |
| Concordo/concordo fortemente | 201 | 55,4 | 79 | 60,3 | 122 | 52,6 | |
| Quando existe um mal-entendido conversamos sobre isso até que tudo esteja claro | | | | | | | 0,585* |
| Discordo/Discordo fortemente | 72 | 19,7 | 28 | 21,1 | 44 | 19,0 | |
| Nem concordo nem discordo | 82 | 22,5 | 26 | 19,5 | 56 | 24,1 | |
| Concordo/concordo fortemente | 211 | 57,8 | 79 | 59,4 | 132 | 56,9 | |
| Escore total família | | | | | | | |
| Média ± dp | | 14,2 ± 4,0 | | 14,1 ± 4,1 | | 14,2 ± 4,0 | 0,728** |

* Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste T de Student para amostras independentes.

Verificou-se que o apoio familiar foi percebido positivamente pelos adolescentes de ambas as idades (64,4%; N=235), tanto nos adolescentes de 13 anos e 15 anos, atingindo média total de 18,9 (DP=8,1) (ver Tabela 2). No entanto, as meninas tiveram uma menor percepção de apoio familiar (p=0,004) quando comparado o sexo, atingindo em média, 2,48 pontos a menos que os meninos (ver Tabela 3).

Tabela 2

Média e desvio padrão quanto a percepção do apoio familiar na amostra em geral e por idade

| Itens de apoio familiar | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | n | % | N | % | n | % | |
| Família ajuda | | | | | | | 0,556* |
| Discordo fortemente/ Discordo forte/ Discordo | 94 | 25,8 | 38 | 28,4 | 56 | 24,2 | |
| Nem concordo nem discordo | 36 | 9,9 | 11 | 8,2 | 25 | 10,8 | |
| Concordo/Concordo forte/Concordo fortemente | 235 | 64,4 | 85 | 63,4 | 150 | 64,9 | |
| Apoio emocional | | | | | | | 0,194* |
| Discordo fortemente/ Discordo forte/ Discordo | 114 | 32,0 | 44 | 34,6 | 70 | 30,6 | |
| Nem concordo nem discordo | 29 | 8,1 | 6 | 4,7 | 23 | 10,0 | |
| Concordo/concordo forte/Concordo fortemente | 213 | 59,9 | 77 | 60,7 | 136 | 59,4 | |
| Apoio problemas | | | | | | | 0,855* |
| Discordo fortemente/ Discordo forte/ Discordo | 152 | 42,0 | 53 | 40,2 | 99 | 43,0 | |
| Nem concordo nem discordo | 23 | 6,4 | 9 | 6,8 | 14 | 6,1 | |

| Itens de apoio familiar | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|------------|------|------------|------|------------|------|--------------------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | n | % | N | % | n | % | |
| Concordo/concordo forte/Concordo fortemente | 187 | 51,7 | 70 | 53,0 | 117 | 50,9 | |
| Apoio disponível | | | | | | | 0,211* |
| Discordo fortemente/ Discordo forte/ Discordo | 106 | 29,3 | 46 | 34,8 | 60 | 26,0 | |
| Nem concordo nem discordo | 24 | 6,6 | 8 | 6,1 | 16 | 7,0 | |
| Concordo/concordo forte/Concordo fortemente | 232 | 64,1 | 78 | 59,1 | 154 | 67,0 | |
| Escore total de apoio familiar (Média ± dp) | 18,9 ± 8,1 | | 18,3 ± 8,5 | | 19,2 ± 7,8 | | 0,299 ² |

*Teste Qui-quadrado de Pearson

Tabela 3

Análise de regressão dos escores do domínio apoio familiar do HBSC relacionado relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados

| Fatores | Apoio Familiar | Coefficiente | p-valor | ANOVA |
|-------------|----------------|-----------------------|---------|-----------|
| | Média ± dp | regressão β (IC 95%) | | (p-valor) |
| Sexo | | | | |
| Menino | 20,4 ± 7,7 | Referência | - | |
| Menina | 17,9 ± 8,1 | -2,48 (-4,16 a -0,81) | 0,004 | - |

| Fatores | Apoio Familiar | Coefficiente | p-valor | ANOVA |
|------------------------|-----------------------|------------------------|----------------|------------------|
| | Média ± dp | regressão β (IC | | (p-valor) |
| | | 95%)) | | |
| Idade | | | | |
| 13 anos | 18,3 ± 8,5 | Referência | - | |
| 15 anos | 19,2 ± 7,8 | 0,45 (-0,40 a 1,31) | 0,299 | - |
| Escolaridade | | | | |
| 7° ano do fundamental | 18,5 ± 8,5 | Referência | - | 0,884 |
| 8° ano do fundamental | 18,7 ± 8,7 | 0,25 (-2,42 a 2,92) | 0,854 | |
| 9° ano do fundamental | 17,1 ± 8,0 | -1,41 (-4,38 a 1,55) | 0,348 | |
| 1° ano do ensino médio | 19,6 ± 7,5 | 1,09 (-1,10 a 3,32) | 0,741 | |
| Cor | | | | |
| Branca | 18,8 ± 8,2 | Referência | - | 0,982 |
| Preta | 19,9 ± 7,7 | 1,09 (-1,68 a 3,86) | 0,441 | |
| Parda | 19,0 ± 8,1 | 0,14 (-1,96 a 2,25) | 0,892 | |
| Amarela | 17,7 ± 8,0 | -1,06 (-4,74 a 2,61) | 0,569 | |
| Indígena | 16,8 ± 8,4 | -2,05 (-5,93 a 1,82) | 0,298 | |
| Hábitos | | | | |
| Tabaco | | | | |
| Não | 19,1 ± 8,0 | Referência | - | |
| Sim | 17,4 ± 7,9 | -1,68 (-4,79 a 1,42) | 0,287 | - |

| Fatores | Apoio Familiar Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%)) | p-valor | ANOVA (p-valor) |
|----------------|--|--|----------------|----------------------------------|
| Álcool | | | | |
| Não | 20,2 ± 7,9 | Referência | - | |
| Sim | 17,3 ± 8,0 | -2,92 (-4,59 a -1,24) | 0,001 | - |
| Maconha | | | | |
| Não | 18,8 ± 8,2 | Referência | - | |
| Sim | 20,4 ± 5,9 | 1,55 (-2,64 a 5,75) | 0,467 | - |

* Coeficiente de correlação de Pearson na relação com HBSC.

Foi encontrada uma associação significativa quando comparado o sexo ($p=0,004$) e o uso de SPA's ($p=0,001$), sugerindo que as adolescentes do sexo feminino têm uma percepção menor de apoio familiar, assim como usuários de bebida alcoólica. Nos demais fatores relacionados a características pessoais, como idade, escolaridade e cor da pele, não houve associação significativa com a variação do escore (ver Tabela 3).

Acerca da facilidade para falar sobre preocupações com os familiares, foi avaliada categoricamente a partir de cinco repostas que variavam entre “muito difícil” e “muito fácil” e “não tenho/não vejo essa pessoa”, segundo a idade dos adolescentes, unidas para análise conforme observado na tabela 4.

Percebe-se que 49% dos adolescentes percebem como difícil/muito difícil a comunicação com o pai, para ambas as faixas etárias (13 anos - 44%; 15 anos - 52,0%). Isso releva, ainda, que a maioria sente mais facilidade ou muita facilidade em falar com mãe, irmãos e amigos.

Verifica-se, ainda, que a comunicação com melhores amigos é fácil para 82,7% (n=292) dos adolescentes, sendo mais fácil para os adolescentes de 15 anos (70,5%) falarem sobre suas preocupações com amigo do sexo oposto (p-valor < 0,001).

Tabela 4

Perfil da relação familiar, em relação à facilidade do adolescente em falar sobre preocupações com os familiares, na amostra em geral e por idade

| Facilidade em falar sobre preocupações | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| Com o pai | | | | | | | 0,178* |
| Fácil /muito fácil | 115 | 32,2 | 51 | 38,1 | 64 | 28,7 | |
| Difícil/ Muito difícil | 175 | 49,0 | 59 | 44,0 | 116 | 52,0 | |
| Não tenho | 67 | 18,8 | 24 | 17,9 | 43 | 19,3 | |
| Com o padrasto | | | | | | | 0,275* |
| Fácil /muito fácil | 38 | 11,4 | 18 | 14,6 | 20 | 9,6 | |
| Difícil/ Muito difícil | 76 | 22,9 | 30 | 24,4 | 46 | 22,0 | |
| Não tenho | 218 | 65,7 | 75 | 61,0 | 143 | 68,4 | |
| Com a madrasta | | | | | | | 0,097* |
| Fácil /muito fácil | 29 | 8,8 | 12 | 9,7 | 17 | 8,3 | |
| Difícil/ Muito difícil | 66 | 20,1 | 32 | 25,8 | 34 | 16,6 | |
| Não tenho | 234 | 71,1 | 80 | 64,5 | 154 | 75,1 | |
| Com a mãe | | | | | | | 0,436* |
| Fácil /muito fácil | 224 | 62,1 | 86 | 65,2 | 138 | 60,3 | |
| Difícil/ Muito difícil | 121 | 33,5 | 39 | 29,5 | 82 | 35,8 | |

| Facilidade em falar sobre preocupações | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| Não tenho | 16 | 4,4 | 7 | 5,3 | 9 | 3,9 | |
| Com os irmãos | | | | | | | 0,034* |
| Fácil /muito fácil | 155 | 44,9 | 68 | 54,0 | 87 | 39,7 | |
| Difícil/ Muito difícil | 130 | 37,7 | 41 | 32,5 | 89 | 40,7 | |
| Não tenho | 60 | 17,4 | 17 | 13,5 | 43 | 19,6 | |
| Com o melhor amigo | | | | | | | 0,331* |
| Fácil /muito fácil | 292 | 82,7 | 107 | 83,0 | 185 | 82,6 | |
| Difícil/ Muito difícil | 38 | 10,8 | 11 | 8,5 | 27 | 12,1 | |
| Não tenho | 23 | 6,5 | 11 | 8,5 | 12 | 5,3 | |
| Com amigo do mesmo sexo | | | | | | | 0,056* |
| Fácil /muito fácil | 255 | 73,1 | 93 | 73,8 | 162 | 72,7 | |
| Difícil/ Muito difícil | 73 | 20,9 | 21 | 16,7 | 52 | 23,3 | |
| Não tenho | 21 | 6,0 | 12 | 9,5 | 9 | 4,0 | |
| Com amigo do sexo oposto | | | | | | | <0,001* |
| Fácil /muito fácil | 222 | 63,2 | 64 | 50,4 | 158 | 70,5 | |
| Difícil/ Muito difícil | 107 | 30,5 | 49 | 38,6 | 58 | 25,9 | |
| Não tenho | 22 | 6,3 | 14 | 11,0 | 8 | 3,6 | |

* Teste Qui-quadrado de Pearson.

As associações encontradas entre as variáveis dizem respeito ao diálogo familiar, ao sexo e ao uso de SPA's, sendo percebido como menor pelas adolescentes do sexo feminino

($p < 0,001$) e usuários de álcool ($p = 0,016$), parecendo ser mais fácil para os adolescentes do sexo masculino falar de suas preocupações com as mães e os amigos (ver Tabela 5).

Tabela 5

Associação do escore do domínio do HBSC relacionado ao diálogo familiar e aos fatores relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados

| Fatores | Diálogo familiar Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%) | p-valor | ANOVA (p-valor) |
|-----------------------|--|--|----------------|------------------------|
| Sexo | | | | |
| Menino | 14,9 ± 4,0 | Referência | - | - |
| Menina | 13,7 ± 4,0 | -1,20 (-2,05 a -0,37) | 0,005 | - |
| Idade | | | | |
| 13 anos | 14,1 ± 4,1 | Referência | - | - |
| 15 anos | 14,2 ± 4,0 | 0,08 (-0,35 a 0,50) | 0,728 | - |
| Escolaridade | | | | |
| 7º ano do fundamental | 13,8 ± 4,3 | Referência | - | 0,592 |
| 8º ano do fundamental | 14,0 ± 4,2 | 0,23 (-1,09 a 1,57) | 0,727 | |
| 9º ano do fundamental | 13,8 ± 4,5 | 0,02 (-1,46 a 1,51) | 0,979 | |

| Fatores | Diálogo familiar Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%) | p-valor | ANOVA (p-valor) |
|------------------------|--|--|----------------|------------------------|
| 1º ano do ensino médio | 14,4 ± 3,7 | 0,67 (-0,41 a 1,77) | 0,223 | |
| Cor | | | | |
| Branca | 14,9 ± 4,0 | Referência | - | 0,298 |
| Preta | 13,7 ± 4,3 | -1,25 (-2,63 a 0,12) | 0,074 | |
| Parda | 14,1 ± 3,8 | -0,87 (-1,92 a 0,17) | 0,102 | |
| Amarela | 14,1 ± 4,5 | -1,36 (-3,17 a 0,44) | 0,138 | |
| Indígena | 13,9 ± 4,7 | -1,02 (-2,96 a 0,91) | 0,300 | |
| Hábitos | | | | |
| Tabaco | | | | |
| Não | 14,2 ± 4,1 | Referência | - | |
| Sim | 13,9 ± 3,6 | -0,35 (-1,88 a 1,18) | 0,653 | - |
| Álcool | | | | |
| Não | 14,6 ± 3,9 | Referência | - | |
| Sim | 13,6 ± 4,3 | -1,03 (-1,87 a -0,19) | 0,016 | - |
| Maconha | | | | |
| Não | 14,2 ± 4,0 | Referência | - | |
| Sim | 13,3 ± 4,3 | -0,82 (-2,68 a 1,21) | 0,424 | - |

¹ Coeficiente de correlação de Pearson na relação com CDI.

A supervisão parental foi avaliada por quatro itens com quatro respostas dispostas entre “nada” e muito”, unidas em três categorias de análise. No que diz respeito ao monitoramento dos pais, este ocorre de forma semelhante para ambas as idades, quando a maioria dos adolescentes percebe de forma positiva a supervisão parental de seus responsáveis. A maioria dos adolescentes acredita que os pais sabem mais ou menos quem são seus amigos e que eles sabem muito: onde gastam o seu dinheiro (52,5%), onde vão sem eles fora do horário escolar (53,6%) e o que fazem no tempo livre (54,7%). O escore total de monitoramento dos pais foi 8,7 (DP=2,9), não havendo diferença estatística das médias entre os grupos de idade (ver Tabela 6).

Tabela 6

Distribuição dos itens de monitoramento dos pais na amostra em geral e por idade do aluno

| Itens de monitoramento | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|---|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | n | % | N | % | n | % | |
| Pais sabem quem são os amigos | | | | | | | 0,200* |
| Nada e pouco | 64 | 17,4 | 22 | 16,3 | 42 | 18,1 | |
| Mais ou menos | 159 | 43,4 | 52 | 38,5 | 107 | 46,1 | |
| Muito | 144 | 39,2 | 61 | 45,2 | 83 | 35,8 | |
| Pais sabem onde gasta o seu dinheiro | | | | | | | 0,314* |
| Nada e pouco | 81 | 22,2 | 35 | 26,3 | 46 | 19,9 | |
| Mais ou menos | 92 | 25,3 | 34 | 25,6 | 58 | 25,1 | |

| Itens de monitoramento | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|---|-------|---------------------|---------|-----------|---------|-----------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | n | % | N | % | n | % | |
| Muito | 191 | 52,5 | 64 | 48,1 | 127 | 55,0 | |
| Pais sabem onde vai sem eles fora do horário escolar | | | | | | | 0,166* |
| Nada e pouco | 93 | 25,7 | 41 | 31,1 | 52 | 22,6 | |
| Mais ou menos | 75 | 20,7 | 23 | 17,4 | 52 | 22,6 | |
| Muito | 194 | 53,6 | 68 | 51,5 | 126 | 54,8 | |
| Pais sabem o que fazem no tempo livre | | | | | | | 0,197* |
| Nada e pouco | 76 | 21,1 | 33 | 25,6 | 43 | 18,6 | |
| Mais ou menos | 87 | 24,2 | 26 | 20,1 | 61 | 26,4 | |
| Muito | 197 | 54,7 | 70 | 54,3 | 127 | 55,0 | |
| Escore total de monitoramento dos pais | | | | | | | |
| | | 8,7 ± 2,9 | | 8,4 ± 3,0 | | 8,8 ± 2,8 | 0,238** |
| | | (Média ± dp) | | | | | |

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste T de Student para amostras independentes.

Contudo, verificou-se uma baixa percepção da supervisão parental em relação ao uso de maconha ($p=0,012$), assim como para o uso de tabaco e álcool, com a significância limítrofe ($p<0,10$), indicando que os pais não sabem ou sabem pouco sobre o consumo de substância dos filhos (ver Tabela 7).

Tabela 7

Associação do escore do domínio do HBSC relacionado aos que os pais sabem sobre ele relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados

| Fatores | Aos que os pais sabem Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%) | p-valor | ANOVA (p-valor) |
|------------------------|---|--|----------------|------------------------|
| Sexo | | | | |
| Menino | 8,8 ± 2,7 | Referência | - | |
| Menina | 8,6 ± 3,0 | -0,22 (-0,83 a 0,37) | 0,457 | - |
| Idade | | | | |
| 13 anos | 8,4 ± 3,0 | Referência | - | |
| 15 anos | 8,8 ± 2,8 | 0,18 (-0,12 a 0,49) | 0,238 | - |
| Escolaridade | | | | |
| 7º ano do fundamental | 8,3 ± 3,1 | Referência | - | 0,509 |
| 8º ano do fundamental | 8,2 ± 3,2 | -0,12 (-1,06 a 0,82) | 0,804 | |
| 9º ano do fundamental | 8,1 ± 3,2 | -0,19 (-1,25 a 0,86) | 0,718 | |
| 1º ano do ensino médio | 9,2 ± 2,5 | 0,87 (0,09 a 1,64) | 0,028 | |
| Cor | | | | |
| Branca | 8,4 ± 3,2 | Referência | - | 0,175 |
| Preta | 8,3 ± 3,0 | -0,12 (-1,11 a 0,87) | 0,814 | |
| Parda | 8,8 ± 2,7 | 0,40 (-0,34 a 1,15) | 0,289 | |
| Amarela | 8,9 ± 3,0 | 0,44 (-0,87 a 1,75) | 0,509 | |
| Indígena | 8,8 ± 2,5 | 0,36 (-1,05 a 1,78) | 0,610 | |
| Hábitos | | | | |

| Fatores | Aos que os pais sabem | Coefficiente regressão β (IC 95%) | p-valor | ANOVA (p-valor) |
|----------------|----------------------------------|---|----------------|------------------------|
| | Média \pm dp | | | |
| Tabaco | | | | |
| Não | 8,8 \pm 2,8 | Referência | - | |
| Sim | 7,7 \pm 3,1 | -1,09 (-2,20 a 0,02) | 0,054 | - |
| Álcool | | | | |
| Não | 8,9 \pm 2,8 | Referência | - | |
| Sim | 8,4 \pm 3,0 | -0,54 (-1,15 a 0,06) | 0,079 | - |
| Maconha | | | | |
| Não | 8,8 \pm 2,8 | Referência | - | |
| Sim | 7,0 \pm 4,5 | -1,83 (-3,27 a -0,40) | 0,012 | - |

* Coeficiente de correlação de Pearson na relação com CDI.

5.3 Tendência Depressiva

A percepção de sintomas depressivos foi avaliada a partir do CDI, instrumento que apresentou índice de consistência interna elevado ($\alpha=0,925$). O ponto médio encontrado foi de 16,3 (DP=10,4) e escores variando entre mínimo de 0 e máximo de 47 pontos com maiores escores observados no sexo feminino ($p<0,001$), em média, 5,42 pontos a mais que os meninos.

Sintomas depressivos significativos foram observados em 35,5% adolescentes, com associações entre os escores e o sexo ($p<0,001$), em que se pode observar uma maior porcentagem de meninas com escores clínicos para uma tendência depressiva.

Foi identificado uma maior percepção do sentimento de tristeza em 14,0% dos adolescentes de 13 anos ($p\text{-valor} = 0,017$), dos quais 19 adolescentes afirmam “sentir-se sempre

triste”, dos quais 3,7% se percebem como uma pessoa má, ponto relevante também para os adolescentes de 15 anos (2,6%) ($p=0,009$) (Tabela 8).

No que se refere ao pensamento negativo, verificou-se maior prevalência de pensamento negativo no grupo de alunos com idade de 13 anos (14,1%) ($p\text{-valor} = 0,029$), quando afirmam “ter certeza que coisas ruins acontecerão comigo” em comparação ao grupo mais velho (6,9%) e, 12,6% afirmam “se odiar” ($p\text{-valor} = 0,015$). Os dados sugerem que adolescentes mais novos possuem significativamente um sentimento de baixa na autoestima. Apesar da ideação suicida ter sido relatada por 31% deles, mas não faria, 4,3% de ambas as faixas etárias afirmaram “querer se matar”. Esse resultado aponta a necessidade de uma vigilância e de um cuidado mais intensivo a estes adolescentes.

Apesar da vontade de chorar “muitas vezes” e “todos os dias” ter sido relatada por 24,3% e 18,6% respectivamente pelos adolescentes, houve uma maior prevalência dos adolescentes de 13 anos (19,3%) “sempre se sentir preocupado” e 9,5% “Quase sempre não tenho vontade de comer” em comparação ao grupo de alunos com idade de 15 anos (16,7% e 5,2%).

O sentimento de solidão também foi mais prevalente nos adolescentes de 13 anos, dos quais 13,4% relataram “se sentir sozinho sempre” ($p=0,020$) e 29,8% dos adolescentes de ambas as faixas etárias afirmaram “não sentirem-se amados”. Assim como 8,1% dos adolescentes de 13 anos “Nunca faz o que me mandam” e 10,3% “Sempre se envolve em brigas” ($p=0,020$; $p=0,015$) respectivamente. Foi identificada, ainda, uma maior prevalência quanto ao cansaço/fadiga nos relatos dos adolescentes de 15 anos (19,1%) ($p\text{-valor} = 0,013$) (ver Tabela 8).

Tabela 8

Distribuição dos itens do inventário de depressão infantil (CDI) na amostra em geral e por idade do aluno

| Itens do CDI | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| Sentimento de tristeza | | | | | | | 0,017* |
| Triste de vez em quando | 215 | 58,4 | 83 | 61,0 | 132 | 56,9 | |
| Triste muitas vezes | 118 | 32,1 | 34 | 25,0 | 84 | 36,2 | |
| Sempre triste | 35 | 9,5 | 19 | 14,0 | 16 | 6,9 | |
| Prática de maldade | | | | | | | 0,009* |
| Sou mau (má) de vez em quando | 310 | 84,5 | 104 | 77,0 | 206 | 88,8 | |
| Sou mau (má) muitas vezes | 46 | 12,5 | 26 | 19,3 | 20 | 8,6 | |
| Sou sempre mau (má) | 11 | 3,0 | 5 | 3,7 | 6 | 2,6 | |
| Pensamento negativo | | | | | | | 0,029* |
| De vez em quando penso que coisas ruins vão me acontecer | 210 | 57,5 | 79 | 59,0 | 131 | 56,7 | |
| Temo que coisas ruins aconteçam comigo | 120 | 32,9 | 36 | 26,9 | 84 | 36,4 | |
| Tenho certeza que coisas ruins acontecerão comigo | 35 | 9,6 | 19 | 14,1 | 16 | 6,9 | |
| Autoestima | | | | | | | 0,015* |
| Gosto de mim | 241 | 65,3 | 89 | 65,9 | 152 | 65,0 | |
| Não gosto de mim | 99 | 26,8 | 29 | 21,5 | 70 | 29,9 | |
| Me odeio | 29 | 7,9 | 17 | 12,6 | 12 | 5,1 | |

| Itens do CDI | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|--|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| Ideação suicida | | | | | | | 0,459* |
| Eu não penso em me matar | 238 | 64,7 | 89 | 65,4 | 149 | 64,3 | |
| Eu penso em me matar, mas não faria isso | 114 | 31,0 | 39 | 28,7 | 75 | 32,3 | |
| Eu quero me matar | 16 | 4,3 | 8 | 5,9 | 8 | 3,4 | |
| Vontade de chorar | | | | | | | 0,335* |
| Sinto vontade de vez em quando | 209 | 57,1 | 81 | 60,0 | 128 | 55,4 | |
| Sinto vontade de muitas vezes | 89 | 24,3 | 27 | 20,0 | 62 | 26,8 | |
| Sinto vontade todos os dias | 68 | 18,6 | 27 | 20,0 | 41 | 17,7 | |
| Preocupação | | | | | | | 0,027* |
| Me sinto de vez em quando | 196 | 53,3 | 81 | 60,0 | 115 | 49,4 | |
| Me sinto muitas vezes | 107 | 29,1 | 28 | 20,7 | 79 | 33,9 | |
| Sempre me sinto preocupado | 65 | 17,7 | 26 | 19,3 | 39 | 16,7 | |
| Cansaço/fadiga | | | | | | | 0,013* |
| Me canso de vez em quando | 192 | 52,5 | 85 | 62,5 | 107 | 46,6 | |
| Sinto cansado muitos dias | 112 | 30,6 | 33 | 24,3 | 79 | 34,3 | |
| Estou sempre cansado | 62 | 16,9 | 18 | 13,2 | 44 | 19,1 | |
| Alimentação | | | | | | | 0,036* |
| Como muito bem | 225 | 61,7 | 90 | 66,2 | 135 | 59,0 | |
| Muitas vezes não tenho vontade de comer | 115 | 31,5 | 33 | 24,3 | 82 | 35,8 | |

| Itens do CDI | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|---|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| Quase sempre não tenho vontade de comer | 25 | 6,8 | 13 | 9,5 | 12 | 5,2 | |
| Solidão | | | | | | | 0,020* |
| Não me sinto sozinho | 80 | 59,7 | 109 | 47,6 | 157 | 67,1 | |
| Me sinto sozinho muitas vezes | 36 | 26,9 | 95 | 41,5 | 75 | 32,1 | |
| Me sinto sozinho sempre | 18 | 13,4 | 25 | 10,9 | 2 | 0,8 | |
| Sentir-se amado | | | | | | | 0,934* |
| Tenho certeza que sou amado por alguém | 257 | 70,2 | 97 | 71,4 | 160 | 69,6 | |
| Não tenho certeza se alguém me ama | 90 | 24,6 | 32 | 23,5 | 58 | 25,2 | |
| Ninguém gosta de mim realmente | 19 | 5,2 | 7 | 5,1 | 12 | 5,2 | |
| Disciplina | | | | | | | 0,020* |
| Sempre faço o que me mandam | 121 | 33,1 | 54 | 39,7 | 67 | 29,1 | |
| Não faço o que me mandam alguma vezes | 224 | 61,2 | 71 | 52,2 | 153 | 66,6 | |
| Nunca faço o que me mandam | 21 | 5,7 | 11 | 8,1 | 10 | 4,3 | |
| Envolvimento em brigas | | | | | | | 0,015* |
| Não me envolvo | 294 | 80,4 | 103 | 75,7 | 191 | 83,1 | |
| Me envolvo muitas vezes | 51 | 13,9 | 19 | 14,0 | 32 | 13,9 | |
| Sempre me envolvo | 21 | 5,7 | 14 | 10,3 | 7 | 3,0 | |

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

5.4 Consumo de SPA's

Sobre o consumo de SPA, foram avaliados o uso do tabaco, do álcool, da maconha e os episódios de embriaguez, assim como a frequência desse uso durante a vida e nos últimos 30 dias, as doses consumidas, os tipos de bebidas e a idade da experimentação e da primeira embriaguez.

Em relação ao tabaco, 97,6% não fizeram uso nos últimos 30 dias, contudo, 65,4% relataram a idade do primeiro consumo ter sido aos 13 anos ou mais. Verificou-se que a substância mais utilizada é o álcool, quando 40,7% (n=148) dos adolescentes relataram já terem feito uso, sendo 13 anos ou mais a idade do primeiro consumo (70,5%) e a maioria fez de 1 a 5 dias de uso na vida (ver Tabela 9).

Houve diferença acerca do uso de álcool no grupo de adolescentes de 15 anos, em que 50,7% (n=117) deles afirmou fazer uso de álcool e que 33% já tiveram episódios de embriaguez (ambos com p-valor < 0,001), indicando que o hábito maior de consumo de álcool fez também com que a prevalência da embriaguez fosse maior no grupo de adolescentes de 15 anos.

Em relação à frequência de embriaguez, 7,4% ficaram entre 1 a 5 dias embriagados nos últimos 30 dias e 90,9% afirmaram que a idade da primeira embriaguez foi com 13 anos ou mais.

| Itens de monitoramento | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|---------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-------------------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| Nunca | 261 | 81,6 | 102 | 86,5 | 160 | 78,8 | |
| 1 a 5 dias | 41 | 12,8 | 9 | 7,6 | 32 | 15,8 | |
| 6 dias o mais | 18 | 5,6 | 7 | 5,9 | 11 | 5,4 | |
| Dose consumida | | | | | | | <0,001* |
| Nunca bebo | 226 | 61,2 | 105 | 77,2 | 121 | 51,9 | |
| Uma dose ou menos | 56 | 15,2 | 15 | 11,0 | 41 | 17,6 | |
| 2 a 4 doses | 46 | 12,5 | 11 | 8,1 | 35 | 15,0 | |
| 5 doses ou mais | 41 | 11,1 | 5 | 3,7 | 36 | 15,5 | 0,166* |
| Costuma beber | | | | | | | 0,205* |
| Uma dose ou menos | 56 | 39,2 | 15 | 48,4 | 41 | 36,6 | |
| 2 a 4 doses | 46 | 32,2 | 11 | 35,5 | 35 | 31,3 | |
| 5 doses ou mais | 41 | 28,7 | 5 | 16,1 | 36 | 32,1 | |
| Idade no primeiro consumo | | | | | | | <0,001* |
| 12 anos ou menos | 39 | 29,5 | 20 | 74,1 | 19 | 18,1 | |
| 13 anos ou mais | 93 | 70,5 | 7 | 25,9 | 86 | 81,9 | |
| Embriaguez: sim | 96 | 26,0 | 19 | 14,0 | 77 | 33,0 | <0,001* |
| Frequência | | | | | | | 0,729** |
| 1 a 5 dias | 82 | 85,4 | 17 | 89,5 | 65 | 84,4 | |
| Mais de 5 dias | 14 | 14,6 | 2 | 10,5 | 12 | 15,6 | |
| Frequência nos últimos 30 dias | | | | | | | 0,987* |
| Nunca | 300 | 92,6 | 113 | 92,6 | 187 | 92,6 | |

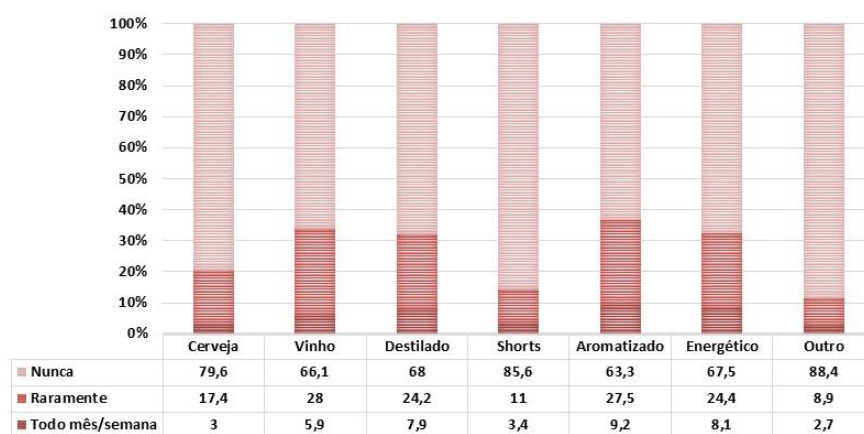
| Itens de monitoramento | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|-------------------------------------|-------|------|---------|------|---------|------|---------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | N | % | N | % | n | % | |
| 1 a 5 dias | 24 | 7,4 | 9 | 7,4 | 15 | 7,4 | |
| 6 dias o mais | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | |
| Idade da primeiro embriaguez | | | | | | | 0,143** |
| 12 anos ou menos | 7 | 9,1 | 4 | 40,0 | 3 | 4,5 | |
| 13 anos ou mais | 70 | 90,9 | 6 | 60,0 | 64 | 95,5 | |

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

A figura 3 apresenta a frequência de consumo dos tipos de bebidas entre os alunos pesquisados, no qual se observa uma maior frequência de uso de destilados (7,9%), aromatizados (9,2%) e de energéticos (8,1%).

Figura 3

Distribuição do consumo de álcool, segundo o tipo de bebida



Nas tabelas 10 e 11, é apresentada a distribuição do consumo de tabaco, álcool, maconha e a embriaguez, segundo o perfil pessoal. Verifica-se maior prevalência do consumo

de tabaco na vida no grupo de alunos do sexo masculino (9,1%), com 15 anos (9,5%), do 9º ano do fundamental (22,2%) e da cor preta (16,7%). Embora seja encontrada maior prevalência do consumo de tabaco no grupo de alunos com o perfil descrito, apenas a escolaridade apresentou diferença significativa (p-valor = 0,001).

Tabela 10

Associação da prevalência de consumo de tabaco e álcool e as características dos alunos

| Características | Faz uso n (%) | Não faz uso n (%) | p-valor |
|------------------------|-------------------------|-----------------------------|----------------|
| Tabaco | | | |
| Sexo | | | 0,500* |
| Menino | 13 (9,1%) | 130 (90,9%) | |
| Menina | 16 (7,1%) | 208 (92,9%) | |
| Idade | | | 0,133* |
| 13 anos | 7 (5,1%) | 129 (94,9%) | |
| 15 anos | 22 (9,5%) | 209 (90,5%) | |
| Escolaridade | | | 0,001* |
| 7º ano do fundamental | 3 (4,0%) | 72 (96,0%) | |
| 8º ano do fundamental | 5 (7,6%) | 61 (92,4%) | |
| 9º ano do fundamental | 10 (22,2%) | 35 (77,8%) | |
| 1º ano do ensino médio | 10 (5,8%) | 163 (94,2%) | |
| Cor | | | 0,080** |
| Branca | 5 (6,2%) | 76 (93,8%) | |
| Preta | 9 (16,7%) | 45 (83,3%) | |

| Características | Faz uso | Não faz uso | p-valor |
|------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Parda | 12 (6,5%) | 172 (93,5%) | |
| Amarela | 3 (12,0%) | 22 (88,0%) | |
| Indígena | 0 (0,0%) | 21 (100,0%) | |
| Álcool | | | |
| Sexo | | | 0,414* |
| Menino | 54 (38,0%) | 88 (62,0%) | |
| Menina | 94 (42,3%) | 128 (57,7%) | |
| Idade | | | <0,001* |
| 13 anos | 32 (23,7%) | 103 (76,3%) | |
| 15 anos | 116 (50,7%) | 113 (49,3%) | |
| Escolaridade | | | <0,001* |
| 7º ano do fundamental | 18 (24,0%) | 57 (76,0%) | |
| 8º ano do fundamental | 20 (30,8%) | 45 (69,2%) | |
| 9º ano do fundamental | 30 (65,2%) | 16 (34,8%) | |
| 1º ano do ensino médio | 78 (45,9%) | 92 (54,1%) | |
| Cor | | | 0,196* |
| Branca | 32 (39,0%) | 50 (61,0%) | |
| Preta | 29 (55,8%) | 23 (44,2%) | |
| Parda | 68 (37,2%) | 115 (62,8%) | |
| Amarela | 11 (44,0%) | 14 (56,0%) | |
| Indígena | 8 (40,0%) | 12 (60,0%) | |

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

Tabela 11

Associação da prevalência de consumo de maconha e de embriaguez e as características dos alunos

| Características | Faz uso | Não faz uso | p-valor |
|------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Embriaguez | | | |
| Sexo | | | 0,228* |
| Menino | 32 (22,5%) | 110 (77,5%) | |
| Menina | 64 (28,2%) | 163 (71,8%) | |
| Idade | | | <0,001* |
| 13 anos | 19 (14,0%) | 117 (86,0%) | |
| 15 anos | 77 (33,0%) | 156 (67,0%) | |
| Escolaridade | | | 0,007* |
| 7º ano do fundamental | 11 (14,5%) | 65 (85,5%) | |
| 8º ano do fundamental | 15 (22,7%) | 51 (77,3%) | |
| 9º ano do fundamental | 19 (42,2%) | 26 (57,8%) | |
| 1º ano do ensino médio | 49 (28,2%) | 125 (71,8%) | |
| Cor | | | 0,027* |
| Branca | 16 (20,0%) | 64 (80,0%) | |
| Preta | 24 (43,6%) | 31 (56,4%) | |
| Parda | 44 (23,7%) | 142 (76,3%) | |
| Amarela | 7 (28,0%) | 18 (72,0%) | |
| Indígena | 5 (23,8%) | 16 (76,2%) | |

| Características | Faz uso | Não faz uso | p-valor |
|------------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | n (%) | n (%) | |
| Maconha | | | |
| Sexo | | | 0,096* |
| Menino | 3 (2,1%) | 139 (97,9%) | |
| Menina | 13 (5,8%) | 213 (94,2%) | |
| Idade | | | 0,123* |
| 13 anos | 3 (2,2%) | 133 (97,8%) | |
| 15 anos | 13 (5,6%) | 219 (94,4%) | |
| Escolaridade | | | 0,025** |
| 7º ano do fundamental | 0 (0,0%) | 76 (100,0%) | |
| 8º ano do fundamental | 5 (7,6%) | 61 (92,4%) | |
| 9º ano do fundamental | 4 (8,7%) | 42 (91,3%) | |
| 1º ano do ensino médio | 6 (3,5%) | 166 (96,5%) | |
| Cor | | | 0,043** |
| Branca | 4 (5,0%) | 76 (95,0%) | |
| Preta | 6 (10,9%) | 49 (89,1%) | |
| Parda | 4 (2,2%) | 181 (97,8%) | |
| Amarela | 2 (8,0%) | 23 (92,0%) | |
| Indígena | 0 (0,0%) | 21 (100,0%) | |

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

Acerca do consumo de álcool, verifica-se maior prevalência no grupo de alunos do sexo feminino (42,3%), com idade de 15 anos (50,7%), do 9º ano do ensino fundamental

(65,2%) e da cor preta (55,8%), apresentando diferença significativa para idade e escolaridade (p-valor < 0,001 para as duas variáveis) (ver tabela 10).

Para a embriaguez, foi encontrada maior prevalência no grupo de alunos do sexo feminino (28,2%), com idade de 15 anos (33,0%) (p-valor < 0,001), do 9º ano do ensino fundamental (42,2%) (p-valor = 0,007) e da cor preta (43,6%) (p-valor = 0,027).

Em relação ao uso da maconha, houve maior prevalência do consumo no grupo de alunos do sexo feminino (5,8%), com idade de 15 anos (5,6%), do 9º ano do ensino fundamental (8,7%) e da cor/raça preta (10,9%), apresentando diferença significativa apenas para escolaridade (p-valor = 0,025) e cor/raça (p-valor = 0,043).

A frequência de uso de maconha entre os pesquisados foi de 4,3%, no qual 81,3% disseram que fizeram de 1 a 5 dias de uso na vida, e que apenas 2,8% fizeram uso nos últimos 30 dias. Perguntados qual a idade do primeiro consumo, 92,9% afirmaram que foi com 13 anos ou mais de idade (ver Tabela 12).

Tabela 12

Distribuição da experimentação de maconha e a condição de embriaguez, na amostra em geral e por idade do aluno

| Itens de monitoramento | Geral | | Idade | | | | p-valor |
|------------------------|-----------|------------|----------|------------|-----------|------------|---------------|
| | | | 13 anos | | 15 anos | | |
| | n | % | N | % | n | % | |
| Maconha: sim | 16 | 4,3 | 3 | 2,2 | 13 | 5,6 | 0,123* |
| Dias de consumo | | | | | | | 0,489** |
| 1 a 5 dias | 13 | 81,3 | 2 | 66,7 | 11 | 84,6 | |
| Mais de 5 dias | 3 | 18,8 | 1 | 33,3 | 2 | 15,4 | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|-----|------|-----|------|-----|---------|
| Consumo nos últimos 30 dias | | | | | | 0,137** |
| Nunca | 338 | 97,2 | 129 | 99,2 | 209 | 95,9 |
| 1 a 5 dias | 6 | 1,7 | 0 | 0,0 | 6 | 2,8 |
| 6 dias o mais | 4 | 1,1 | 1 | 0,8 | 3 | 1,3 |
| Idade no primeiro consumo | | | | | | 0,143** |
| 12 anos ou menos | 1 | 7,1 | 1 | 50,0 | 0 | 0,0 |
| 13 anos ou mais | 13 | 92,9 | 1 | 50,0 | 12 | 100,0 |

*Teste Qui-quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher.

Conforme a Tabela 13, a análise das correlações (r de Pearson) com os domínios do HBSC e a escala CDI apresentou correlações significantes ($p < 0,05$) em todos os domínios, todas negativas. Apresentou a ocorrência de relações significativas entre o escore total da percepção de tendência depressiva e o sexo ($p < 0,01$), verificou-se que as meninas tiveram, em média, 5,42 pontos a mais que os meninos. Nos fatores relacionados a características pessoais, como a idade, escolaridade e cor da pele, não houve associação significativa com a variação do escore CDI. Ratificando o que, anteriormente, foi observado na comparação das médias em termos de maior percepção de sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino.

A análise indica, ainda, que um maior diálogo ($r = -0,389$, $p < 0,001$) e apoio familiar ($r = -0,378$, $p < 0,001$) tiveram maior impacto na redução no CDI, assim como o aumento da percepção de supervisão parental ($r = -0,218$, $p < 0,001$) e a percepção de sentir-se à vontade para conversar sobre as suas preocupações ($r = -0,127$, $p = 0,015$) indicam uma redução da sintomatologia depressiva.

O escore total da percepção de tendência depressiva apresentou relação significativa com o consumo de SPA's: os adolescentes etilistas tiveram uma pontuação média do CDI

2,69 pontos a mais quando comparado ao aluno não etilista ($p=0,012$) e verificou-se ainda que o uso de tabaco resultou em um aumento médio de 3,85 pontos no escore CDI quando comparado aos alunos não fumantes, porém com uma significância limítrofe ($p = 0,051$), com tendência à associação com o aumento do tamanho da amostra.

Por fim, ressalta-se a significância na correlação entre o escore total do CDI e o escore total para uso de maconha ($p<0,001$), no qual os adolescentes usuários de maconha tiveram, em média, 11 pontos a mais no escore do CDI.

Esses resultados reforçam as evidências de que a maior percepção de sintomas depressivos e consumo de SPA's acontecem no sexo feminino, com menor percepção de apoio familiar e monitoramento dos pais ou responsáveis. Ainda, os resultados sugerem que o aumento do escore dos domínios do HBSC pode estar relacionado a uma redução do escore de sintomas depressivos, na escala de depressão CDI e de consumo de substâncias.

Tabela 13

Análise preditiva do CDI e fatores relacionados a características pessoais, hábitos e dos domínios do HBSC dos alunos pesquisados

| Fatores | Escore CDI Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%)) | p-valor | ANOVA (p -valor) |
|----------------|--|--|----------------|-----------------------------------|
| Sexo | | | | |
| Menino | 10,9 ± 8,4 | Referência | - | |
| Menina | 16,3 ± 10,4 | 5,42 (3,38 a 7,48) | <0,001 | - |
| Idade | | | | |
| 13 anos | 14,2 ± 10,9 | Referência | - | |

| Fatores | Escore CDI Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%)) | p-valor | ANOVA (p -valor) |
|------------------------|----------------------------------|---|----------------|-----------------------------|
| 15 anos | 14,1 ± 9,5 | -0,38 (-1,10 a 1,02) | 0,943 | - |
| Escolaridade | | | | |
| 7º ano do fundamental | 14,0 ± 11,1 | Referência | - | 0,769 |
| 8º ano do fundamental | 15,5 ± 11,8 | 1,50 (-1,80 a 4,82) | 0,371 | |
| 9º ano do fundamental | 13,7 ± 10,2 | -0,27 (-3,96 a 3,42) | 0,884 | |
| 1º ano do ensino médio | 14,0 ± 8,7 | -0,59 (-2,78 a 2,67) | 0,966 | |
| Cor | | | | |
| Branca | 14,5 ± 10,8 | Referência | - | 0,561 |
| Preta | 15,0 ± 9,6 | 0,52 (-2,92 a 3,97) | 0,765 | |
| Parda | 14,0 ± 9,8 | -0,47 (-3,07 a 2,13) | 0,720 | |
| Amarela | 14,8 ± 8,9 | 0,32 (-4,32 a 4,97) | 0,891 | |
| Indígena | 13,1 ± 10,7 | -1,31 (-6,13 a 3,50) | 0,592 | |
| Hábitos | | | | |
| Tabaco | | | | |
| Não | 13,9 ± 9,7 | Referência | - | |
| Sim | 17,7 ± 13,1 | 3,85 (-0,01 a 7,72) | 0,051 | - |
| Álcool | | | | |
| Não | 13,1 ± 9,7 | Referência | - | |
| Sim | 15,8 ± 10,4 | 2,69 (0,59 a 4,79) | 0,012 | - |
| Maconha | | | | |
| Não | 13,8 ± 9,6 | Referência | - | |

| | Escore CDI | Coefficiente | p-valor | ANOVA |
|-------------------------------------|-------------------|------------------------------|----------------|-------------------|
| Fatores | Média ± dp | regressão β (IC 95%)) | | (p -valor) |
| Sim | 24,8 ± 12,8 | 11,0 (6,13 a 16,0) | <0,001 | - |
| Domínios do HBSC¹ | | | | |
| Diálogo familiar | -0,389 | -0,98 (-1,22 a -0,07) | <0,001 | - |
| Falar a vontade | -0,127 | -0,23 (-0,41 a -0,04) | 0,015 | - |
| Apoio familiar | -0,378 | -0,47 (-0,59 a -0,35) | <0,001 | - |
| Supervisão parental | -0,218 | -0,76 (-1,11 a -0,41) | <0,001 | - |

*Coeficiente de correlação de Pearson na relação com CDI.

Tabela 14

Análise preditiva do domínio do HBSC relacionado à vontade e a fatores relacionados a características pessoais e hábitos dos alunos pesquisados

| | Vontade | Coefficiente | p-valor | ANOVA |
|---------------------|-------------------|------------------------------|----------------|------------------|
| Fatores | Média ± dp | regressão β (IC 95%)) | | (p-valor) |
| Sexo | | | | |
| Menino | 15,4 ± 5,9 | Referência | - | |
| Menina | 15,9 ± 5,3 | 0,47 (-0,69 a 1,63) | 0,425 | - |
| Idade | | | | |
| 13 anos | 15,9 ± 6,0 | Referência | - | |
| 15 anos | 15,6 ± 5,3 | -0,18 (-0,77 a 0,40) | 0,540 | - |
| Escolaridade | | | | |

| Fatores | Vontade Média ± dp | Coefficiente regressão β (IC 95%)) | p-valor | ANOVA (p-valor) |
|------------------------|-------------------------------|---|----------------|----------------------------|
| 7º ano do fundamental | 15,5 ± 7,0 | Referência | - | 0,857 |
| 8º ano do fundamental | 15,8 ± 6,0 | 0,25 (-1,57 a 2,07) | 0,788 | |
| 9º ano do fundamental | 15,2 ± 4,8 | -0,35 (-2,38 a 1,68) | 0,734 | |
| 1º ano do ensino médio | 16,0 ± 4,7 | 0,46 (-1,01 a 1,95) | 0,550 | |
| Cor | | | | |
| Branca | 16,1 ± 5,1 | Referência | - | |
| Preta | 16,3 ± 5,1 | 0,21 (-1,67 a 2,09) | 0,825 | 0,157 |
| Parda | 15,6 ± 5,8 | -0,43 (-1,86 a 0,99) | 0,554 | |
| Amarela | 14,3 ± 4,7 | -1,76 (-4,27 a 0,74) | 0,167 | |
| Indígena | 16,0 ± 6,1 | -0,06 (-2,70 a 2,58) | 0,964 | |
| Hábitos | | | | |
| Tabaco | | | | |
| Não | 15,7 ± 5,6 | Referência | - | |
| Sim | 15,6 ± 4,1 | -0,09 (-2,19 a 2,01) | 0,934 | - |
| Álcool | | | | |
| Não | 16,0 ± 5,8 | Referência | - | |
| Sim | 15,3 ± 5,1 | -0,73 (-1,89 a 0,43) | 0,218 | - |
| Maconha | | | | |
| Não | 15,7 ± 5,6 | Referência | - | |
| Sim | 14,8 ± 4,8 | -0,91 (-3,68 a 1,87) | 0,521 | - |

*Coeficiente de correlação de Pearson na relação com CDI.

Capítulo VI

Discussão

Os adolescentes apresentam, cada vez mais, comportamentos e sintomas que se relacionam aos transtornos de depressão e ao uso de substâncias psicoativas. Nesse contexto, pesquisadores, profissionais da saúde e gestores públicos passaram a visualizar esses sintomas como questão de saúde pública e, dessa forma, passaram a investigar amplamente sobre quais são os principais fatores que estão envolvidos nessas questões.

A literatura afirma que a adolescência é uma fase de aprendizagem, mudanças e investimento nas relações interpessoais. Sendo assim, fatores individuais, sociais e culturais são vivenciados de forma particular, em determinado tempo histórico, e podem influenciar na origem e manutenção da sintomatologia depressiva. Ainda, o uso e abuso de substâncias psicoativas nessa faixa etária estão exigindo um olhar específico para esse período (IBGE, 2021; Zappe & Dapper, 2017).

Ainda que a adolescência seja uma fase caracterizada pela busca da própria identidade, é certo que a influência de ambientes familiares disfuncionais fragiliza e vulnerabiliza o desenvolvimento biopsicossocial saudável do jovem e a saúde física e mental, sendo essa conjuntura familiar vivida uma das mais significativas para o desenvolvimento de habilidades para a passagem dessa fase (Barros, 2017; Zappe & Dell’Aglia, 2016).

Na atual investigação, a hipótese levantada foi de que há uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas com a percepção de sintomas depressivos e o apoio familiar percebido. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi investigar essa relação em estudantes de 13 e 15 anos, de ambos os sexos, da rede estadual de ensino no município de Recife-PE.

Isto posto, os resultados foram discutidos à luz da literatura e a partir da análise dos últimos levantamentos HBSC Internacional (Inchley, 2020), Português (Matos et al., 2015) e

Brasileiro (Nogueira & Neufeld, 2017) e levantamento nacional PeNSE (IBGE, 2021). A apresentação dos dados pautou-se em três eixos: (1) contexto social que inclui as relações familiares e com pares; (2) saúde referida, que abrange questões relativas a queixas físicas e sintomatologia depressiva e (3) comportamento de risco, quando foi avaliado o uso de substâncias psicoativas. É importante destacar que a divisão aqui adotada objetiva apenas uma apresentação mais coesa dos dados, ao aproximá-los com a temática.

Contexto social

Família e pares: suporte percebido, comunicação familiar e supervisão parental

É sabido que os vínculos familiares são fundamentais para os adolescentes. Sendo assim, morar com os pais, saber que se importam com seus problemas ou o que fazem nos tempos livres são considerados importantes fatores de proteção contra comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes (Reis et al., 2018). Os resultados do estudo indicaram que a maioria dos adolescentes reside com o pai, a mãe e os irmãos(ãs), sendo mais frequente morar apenas com a genitora (87,5%). A supervisão parental percebida aponta que a maioria dos adolescentes acreditam que os pais sabem mais ou menos quem são seus amigos e que eles sabem muito: onde gastam o seu dinheiro (52,5%), onde vão sem eles fora do horário escolar (53,6%) e o que fazem no tempo livre (54,7%).

A comunicação entre os membros da família é, frequentemente, percebida como mais fácil com as mães (63,1%), com os irmãos e amigos do que com o pai (32,2%). Essa facilidade é mais relatada pelos meninos do que pelas meninas, convergindo com dados nacionais e internacionais (IBGE, 2021; Nogueira & Neufeld, 2017; Matos, 2018).

Os resultados do presente estudo sugerem que o apoio familiar percebido e a percepção acerca da qualidade da comunicação familiar são considerados positivos para a maioria dos adolescentes, na medida em que acreditam que os pais entendem sobre seus

problemas e suas preocupações. Todavia, as meninas apresentam uma percepção menor desse apoio e da comunicação dentro da família, por se perceberem menos escutadas e sentirem mais dificuldades em falar sobre suas preocupações, equiparando-se com os dados de estudos brasileiros quando correlacionados (IBGE, 2021; Matos, 2018; Nogueira & Neufeld, 2017).

Os amigos próximos já são esperados na adolescência, já que nesta fase há um maior envolvimento social entre os adolescentes, contudo, a inexistência deles pode ser vista tanto como um sintoma quanto como um fator de risco em saúde mental (Siegel, 2016). Alguns adolescentes afirmaram não possuir amigos (3,8%) e 40,4% da amostra possuem alguns, mas gostaria de ter mais, não sendo relevante a variação nos grupos de idade, equiparando com os dados nacionais que foi de 3,6% (IBGE, 2021).

Entretanto, os adolescentes percebem, ainda, os seus amigos como fonte de apoio em seu dia a dia, sendo mais fácil para os adolescentes mais velhos falarem de suas preocupações com os amigos do sexo oposto, do que os adolescentes de 13 anos. Ressaltando, assim, a necessidade de as relações familiares serem fortalecidas e, portanto, tornam-se o ponto central das intervenções com esta população, considerando o papel protetivo das relações familiares saudáveis na saúde mental e física dos adolescentes e que estes se sintam protegidos, respeitados e mais aceitos, assim como considerando a importância dos relacionamentos com amigos. Nesse sentido, os estudos brasileiros sugerem o incentivo às redes de suporte, inclusive na escola, para o fortalecimento dessas relações (IBGE, 2021; Matos, 2018; Nogueira & Neufeld, 2017; Inchley et al., 2020).

Saúde referida: queixas físicas e sintomatologia depressiva

A OMS (2018) alerta que 50% dos transtornos mentais que afetam os adultos têm o seu início antes dos 14 anos de idade. Assim, preconiza, como uma estratégia de prevenção a esses transtornos, favorecer a saúde mental entre os adolescentes. Ainda, ressalta que esse é

um período importante para o desenvolvimento e a manutenção de alguns hábitos sociais e emocionais determinantes para o bem-estar mental. É o caso da implementação de rotinas saudáveis de sono e de alimentação e o manejo das emoções.

No que diz respeito às queixas sobre a saúde física relatadas pelos adolescentes, 37,5% deles têm dificuldade para dormir algumas noites e 10,7% têm dificuldade em todas as noites; 16,9% dos adolescentes, com uma maior prevalência de 15 anos (19,1%) ($p = 0,013$), sentem-se frequentemente cansados e 9,5% dos adolescentes de 13 anos quase sempre não têm vontade de comer ($p = 0,036$). No entanto, a maioria dos adolescentes não se referem a essas queixas, dialogando com outros estudos (Inchley et al., 2020; Matos, 2018).

Em relação ao sentimento de solidão (40,3%) e tristeza, a maioria dos adolescentes da amostra (41,6%) verbalizaram terem se sentindo tristes muitas vezes (32,1%) ou sempre (9,5%), sendo maior prevalência da tristeza persistente no grupo de alunos com idade de 13 anos (14,0%), em comparação ao grupo de alunos com idade de 15 anos (6,9%), apresentando uma diferença significativa pelos adolescentes mais novos, diferindo de outros estudos realizados que apontam ser nos adolescentes mais velhos essa percepção (IBGE, 2021; Inchley et al., 2020; Matos, 2018).

Escore significativo de tendência depressiva foram encontrados em 35,5% da amostra, superando outros estudos nacionais e internacionais (Nogueira & Neufeld, 2017; Munhoz et al., 2015). A associação observada entre as médias e o sexo feminino dialoga com outros achados da literatura (American Psychiatric Association [APA], 2014; Coutinho et al., 2016; Cruvinel et al., 2008; Nogueira & Neufeld, 2017), em que apontam que o sexo pode constituir-se um grupo de risco para o transtorno mental. Os escores de sintomas depressivos (16,3; DP=10,4) também foram superiores em relação a outras amostras avaliadas pelo CDI (Cruvinel et al. 2008; Wathier et al., 2008), demonstrando associação com o sexo feminino. Os pontos de corte do CDI são sempre maiores para a população feminina, em que médias

mais altas já são esperadas. A ideação suicida ainda foi relatada por 35% da amostra e 4,3% afirmaram querer se matar, dialogando com os achados de Matos (2018).

Comportamento de risco: uso de substâncias psicoativas

Diversos estudos e levantamentos apontam que os comportamentos de risco, como o uso de tabaco, álcool e outras drogas, têm seu início muito precoce, podendo se estender por muitos anos, levando a graves prejuízos de aprendizado, prejuízos sociais e laborais e, até mesmo, ao uso abusivo e a problemas de saúde (Kingston et al., 2017; Heron et al., 2012).

A OMS (2018) estima que a mortalidade atribuída especificamente ao tabaco é de 12% em todo o mundo e 16% nas Américas. Além disso, estima que fumar qualquer tipo de tabaco reduz a capacidade pulmonar, aumenta o risco de muitas infecções respiratórias e pode aumentar a gravidade das doenças respiratórias (WHO, 2020).

Estudos apontam que a adolescência é uma fase determinante para o início do desenvolvimento de hábitos relacionados ao tabaco (Currie et al., 2009; Preventing, 2012). Apesar de uma minoria dos adolescentes relatar consumo de tabaco e maconha (4,3%) durante a vida, 97,6% deles afirmaram não fazer uso de tabaco e 65,4% deles revelaram ter fumado cigarro pela primeira vez aos 13 anos ou mais. É um percentual bem acima dos 11,1% apresentado no estudo brasileiro, inclusive quando comparado à experimentação na Região Nordeste (16,6%) (IBGE, 2021). São dados preocupantes, uma vez que pesquisas apontam que as pessoas que começam a fumar em idade igual ou inferior a 15 anos têm duas vezes mais riscos de câncer de pulmão quando comparados aos que iniciam aos vinte anos ou mais (Peto et al., 2000).

Embora verificada maior prevalência do consumo de tabaco pelo sexo masculino (9,1%) (7,1% para as meninas), com 15 anos (9,5%), do 9º ano do fundamental (22,2%) e da

cor preta (16,7%), foi identificada apenas diferença significativa para escolaridade (p-valor = 0,001).

Outra substância amplamente utilizada e que tem o início ainda na adolescência é o álcool. O seu uso precoce também é um fator agravante, gerando consequências para a saúde e a vida adulta, aumentando os eventos negativos que afetam questões biopsicossociais, além de aumentar significativamente o risco de se tornarem dependentes com o uso abusivo ao longo da vida (Grigsby et al., 2016; Johnston et al., 2015).

O consumo de álcool foi relatado por 40,7% (n=148) dos adolescentes que afirmaram já ter feito uso de álcool pelo menos uma vez na vida e a maioria afirmou ter feito de 1 a 5 dias de uso na vida. Sobre os episódios de embriaguez, 26% afirmaram ter tido pelo menos um episódio e 7,4% ficaram entre 1 e 5 dias embriagados nos últimos 30 dias, apesar de 39,2% dos alunos afirmaram que costumam beber uma dose ou menos. As frequências relativas ao uso de álcool e embriaguez assemelham-se aos estudos realizados por Matos et al. (2015) e pela PeNSE (2019).

Ainda, 70,5% tiveram o primeiro consumo de álcool aos 13 anos ou mais, sendo esse percentual mais elevado quando comparado a PeNSE (2019), que apurou que 34,6% dos escolares de 13 a 17 anos haviam tomado a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos.

Foi observado, ainda acerca do consumo de álcool, maior prevalência no grupo de alunos do sexo feminino (42,3%), com idade de 15 anos (50,7%), do 9º ano do ensino fundamental (65,2%) e da cor preta (55,8%), apresentando diferença significativa para os fatores idade e escolaridade (p-valor < 0,001 para as duas variáveis). Os tipos de bebidas mais consumidos são os aromatizados (9,2%), energéticos (8,1%) e destilados (7,9%).

Para a embriaguez, foi encontrada maior prevalência no grupo de alunos do sexo feminino (28,2%), com idade de 15 anos (33,0%), do 9º ano do ensino fundamental (42,2%) e

da cor preta (43,6%), apresentando diferença significativa para os fatores idade (p-valor < 0,001), escolaridade (p-valor = 0,007) e cor/raça (p-valor = 0,027).

Os resultados acerca do consumo de álcool confirmam as pesquisas brasileiras e internacionais, quando apontam um uso maior pelo sexo feminino (IBGE, 2015, 2021; Matos et al., 2018) e que o hábito maior de consumo de álcool fez também com que a prevalência da embriaguez fosse maior no grupo de adolescentes de 15 anos.

Foi pesquisado ainda sobre o “binge drinking”, ou “beber em binge” que se caracteriza por beber consumindo um volume excessivo de álcool num curto espaço de tempo, denotando o consumo abusivo de álcool”. É considerado um consumo perigoso e, frequentemente, associado a uma série de problemas físicos, sociais e mentais.

Na amostra estudada, quando avaliado sobre o consumo abusivo de álcool, 28,7% dos adolescentes afirmaram beber 5 doses ou mais em um mesmo dia quando estão fazendo uso do álcool, não havendo diferença entre as idades. Esses dados estão bem acima dos relatados no levantamento da PeNSE (2021), que foi de 9,7% dos escolares de 13 a 17 anos que relataram ter consumido quatro ou mais doses de bebida alcoólica em um mesmo dia e 6,9% relataram terem consumido cinco doses ou mais.

Sobre a maconha, apesar de ser considerada uma droga ilícita, cuja produção, venda ou uso são proibidos no Brasil (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2021), e seu uso estar relacionado a uma série de problemas, incluindo comprometimento cognitivo, baixo desempenho escolar, deterioração e abandono, externalização de problemas, tais como a tomada de riscos, agressão e delinquência e problemas de internalização, como depressão e ansiedade (Currie et al., 2009), estima-se a prevalência anual de consumo de maconha de 4,7%, entre estudantes de 15 a 16 anos, em 2018, conforme demonstrado relatório *World drug report 2020*, do United Nations Office on Drugs and Crime (United nations office on drugs and crime [UNODC], 2018).

Dos adolescentes pesquisados em Recife, 4,3% relataram o consumo, dos quais 81,3% disseram que fizeram uso de 1 a 5 dias na vida, e apenas 2,8% declararam uso nos últimos 30 dias. Quando perguntados qual tinha sido a idade do primeiro consumo, 92,9% afirmaram ter sido aos 13 anos ou mais de idade.

Ainda, os resultados demonstraram que o sexo feminino apresentou maior prevalência do consumo (5,8%), idade de 15 anos (5,6%), do 9º ano do ensino fundamental (8,7%) e da cor/raça preta (10,9%). Contudo, houve apenas diferença significativa para a escolaridade (p-valor = 0,025) e cor/raça (p-valor = 0,043). Estes resultados afirmam os dados globais que identificou uma prevalência anual de consumo de maconha de 4,7%, nesta faixa etária (UNODOC, 2020) e os dados nacionais pela PeNSE 2019 de 3,4% para os escolares de 13 a 15 anos, dos quais 5,8% foram meninos e 4,8% meninas.

Foi verificado, ainda, que há uma baixa percepção de diálogo com os pais pelas meninas ($p < 0,001$) e usuários de álcool ($p = 0,016$), assim como há baixa percepção de apoio familiar pelas adolescentes do sexo feminino ($p = 0,004$). Para o uso de álcool ($p > 0,001$), esteve relacionado a um menor escore médio.

Ressalta-se a importância de entender e atentar-se aos diferentes padrões de uso de substâncias psicoativas, devendo-se a atenção ser voltada aos grupos de riscos, como os de uso precoce e uso abusivo.

Capítulo VII

Considerações finais

A presente pesquisa buscou analisar a relação estabelecida entre a percepção de apoio familiar, tendência depressiva e consumo de substâncias psicoativas nos adolescentes, sendo demonstrado através dos resultados apresentados, a existência de fato dessa relação. Além disso, foi possível identificar uma percepção de apoio familiar menor e uma maior prevalência de tendência depressiva e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes do sexo feminino.

Diante dos dados obtidos, destaca-se a parcela de adolescentes que necessitam de acolhimento e de suporte nas questões pesquisadas. No geral, a comparação dos resultados foi consonante com a literatura nacional e internacional, contribuindo para propostas de intervenção e demais pesquisas que visam a um melhor entendimento dos fatores que permeiam a adolescência.

O estudo proporcionou uma parcela de compreensão da vida dos adolescentes recifenses, apresentando uma descrição destes indivíduos que, por sua vez, possibilitou o conhecimento dos fatores que moldam a sua saúde e o seu bem-estar. Com isso, gerou evidências para orientar e favorecer a elaboração de estratégias de prevenção do consumo de substâncias e sintomatologia depressiva, estratégias que proporcionem e fortalecem as relações familiares, bem como a melhor compreensão da fase e dos contextos de vida a que esses adolescentes estão expostos, garantindo o atendimento integral e especializado, considerando a especificidade de sexo e a faixa etária.

Trabalhar com adolescentes é uma tarefa complexa, mas, ao mesmo tempo, é instigante. Há a necessidade do engajamento de toda uma sociedade para transformações em níveis políticos e estruturais. Nesse cenário, a implementação de políticas públicas e o

monitoramento de mudanças e tendências são necessários para o aprimoramento da qualidade de vida dos jovens.

Muitas hipóteses podem ser levantadas frente ao resultado desse estudo. No entanto, uma das hipóteses pesquisadas foi como o consumo de substâncias psicoativas se relacionava com a percepção de sintomas depressivos e com o apoio familiar por esses adolescentes.

Existem algumas limitações que devem ser consideradas: por se tratar de uma coleta de dados em escolas públicas, a pesquisa se limita a um recorte dos dados em uma cidade específica do estado. Ainda, as respostas são autorrelatos dos adolescentes, constatando as suas percepções acerca das questões investigadas. Nesse caso, a pesquisa não aborda qualitativamente essas percepções.

Apesar das limitações, o estudo contribuiu de maneira significativa para a realidade dos adolescentes da região, servindo de provocação para outros estudos na área, assim como o rigor metodológico e de análise de dados durante todas as etapas do trabalho são contribuições científicas importantes. Estudos futuros podem se beneficiar de amostras maiores, ampliando para o delineamento de um estudo misto. Por fim, muitos são os fatores e as especificidades que podem influenciar a adolescência saudável de um jovem e a pretensão dos conteúdos aqui apresentados amplie o olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos, auxiliando na compreensão da associação entre as variáveis individuais e contextuais e a incidência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes e no desenvolvimento de habilidades de comunicação e cuidados. Os achados deste estudo apontam para focos mais imediatos de intervenção, como a sintomatologia depressiva e o consumo de álcool por adolescentes do sexo feminino.

Prevenir a ocorrência de fatores e comportamentos de risco é uma maneira eficaz para uma melhor qualidade de vida, beneficiando toda uma sociedade. Por isso, recomenda-se que as ações de prevenção e promoção de saúde sejam planejadas juntamente com intervenções

de tratamento, investindo em ações que promovam o desenvolvimento emocional e psicológico, e que envolva e integre o próprio adolescente, a família, a escola e os amigos para a apropriação de hábitos de vida saudáveis.

Para isso, espera-se que os achados aqui discutidos possam contribuir com as evidências no desenvolvimento e qualificação de profissionais da assistência social, da saúde, da educação e de áreas afins, amparando e norteando cientificamente ações efetivas para a saúde física e mental na adolescência.

Referências

- Abdalla, R. R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Laranjeira, R. (2014). Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addictive behaviors*, *39*(1), 297–301.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.10.019>
- Aguiar, K. G. M., de Mello, L. T. N., & Andretta, I. (2019). Usuários de crack nordestinos: habilidades sociais, habilidades de enfrentamento e suporte social. *Revista Psicologia em Pesquisa*, *13*(2), 81-104.
- Albertani, H. M. B. (2011). Prevenção na escola: um novo olhar, uma nova prática. In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.), *Adolescência: Uso e abuso de substâncias psicoativas: Uma visão integrativa* (pp. 637-656). FAP Unifesp.
- Alexandre, N. L., Del Rio, M. P., & Pol, A. P. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y maconha. *Adicciones*, *16*(4), 1–6.
- Almeida, C. S., & Luis, M. A. V. (2017). Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras substâncias psicoativas em um CAPS Ad. *Revista de Enfermagem UFPE On-line*, *11*(4), 1716–1723.
- Almeida, R., & Caldas, M. T. (2011). Cocaína – da folha ao pó, do pó a pedra: uso histórico em diversos contextos sociais. *Estudos Universitários, Revista de Cultura da Universidade Federal de Pernambuco*, *28*(9), 111-132.
- Alves, C. F., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Percepção de apoio social de adolescentes de escolas públicas. *Revista de Psicologia da IMED*, *7*(2), 89–98.
<https://doi.org/10.18256/2238-0604.2023.v19i1.4820>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. DSM-5. 5. ed. Artmed.

- Andrade Filho, A.S., & Dunningham, W. A. (2019). A Pandemia da Depressão. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 23(3).
- Anjos K.F., Santos V.C. & Almeida O.D.S. (2012). Caracterização do consumo de álcool entre estudantes do ensino médio. *Rev. Baiana de Saúde Pública*; 36(2):418-31.
- Araújo, R. B. & Sartes, L. M. A (2017). Uso e abuso de substâncias. In Neufeld, C. B. (org.), *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental* (pp. 181-201). Artmed Editora.
- Argimon, I. I., Terroso, L. B., Barbosa, A. S., & Lopes, R. M. F. (2013). Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDIII) *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 33(85), 354-372.
- Assis S. G. de & Ribeiro F. M. L. (2015). Alicerces para o Estudo do Crack na Infância e Adolescência In ASSIS, S. G. *Crianças, adolescentes e crack: desafios para o cuidado [online]* (pp.22-41). Editora FIOCRUZ.
- Bandura, A. (1986). *Teoria da Aprendizagem Social*. Artmed.
- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. *Teoria social cognitiva: Conceitos básicos*, 15-41.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D., & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia Ciência e Profissão*, 21(2), 52- 61. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932001000200007>
- Baptista, M. N., Rueda, F. J. M., & Brandão, E. M. (2017). Suporte familiar e autoconceito infantojuvenil em acolhidos, escolares e infratores. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 11(1). <https://doi.org/10.24879/2017001100100212>
- Barbosa, D. G., Andrade, R. D., Teixeira, C. S., Gomes, M., & Felden, É. P. G. (2016). Sintomas depressivos em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24, 221-227.

- Barbosa, F.O., Macedo, P. C. M., & Silveira, R. M. C. (2011). Depressão e o Suicídio. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(1), 233–243.
- Bard, N. D., Antunes, B., Roos, C. M., Olschowsky, A., & Pinho, L. B. (2016). Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>
- Barros, P. D. Q. D., Pichelli, A. A. W. S., & Ribeiro, K. C. S. (2017). Associação entre o consumo de substâncias psicoativas e a ideação suicida em adolescentes. *Mental*, 11(21), 304-320.
- Bastos, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L. D., De Boni, R. B., Reis, N. B. D., & Coutinho, C. F. D. S. (2017). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*.
- Bastos, F. I., & Bertoni, I. (2014). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* ICICT.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child development*, 887-907.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, 75, 43-88.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6032134/>
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4, 1-103.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth & Society*, 9(3), 239-267. <https://doi.org/10.1177/0044118X7800900302>

- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.
<https://doi.org/10.1177/02724316911111004>
- Baumrind, D. (2005). Patterns of parental authority and adolescent autonomy. *New directions for child and adolescent development*, (108), 61-69. <https://doi.org/10.1002/cd.128>
- Bayer, J. K., Rapee, R. M., Hiscock, H., Ukoumunne, O. C., Mihalopoulos, C., & Wake, M. (2011). Translational research to prevent internalizing problems early in childhood. *Depression and anxiety*, 28(1), 50-57.
- Berrettini, W. (2017). Uma breve revisão da genética e farmacogenética dos transtornos por uso de opióides. *Diálogos em neurociência clínica*, 19 (3), 229.
- Beserra, M. A., Carlos, D. M., Leitão, M. N. C. & Ferriani, M. G. C. (2019). Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27:e3110. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(97). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bittencourt, A. L. P., França, L. G., & Goldim, J. R. (2015). Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. *Revista Bioética*, 23, 311-319.
- Bizarro, L., Peuker, A. C., & Castro, E. K. D. (2016). Estratégias autorregulatórias para a manutenção da abstinência em ex-fumantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 12(1), 02–11. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20160002>
- Bokany, V. (2015). *Substâncias psicoativas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidades e opiniões*. Fundação Perseu Abramo.

- Borges, C. D., Moré, C. L. O. O., Krenkel, S., & Schneider, D. R. (2017). Família, redes sociais e o uso de substâncias psicoativas: tensionamento entre o risco e a proteção. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(2), 405-421.
- Borges, J. M., Del Castillo, J. A. G., Campos, J. C. M., & Del Castillo López, A. G. (2016). Relações entre suporte social, autorregulação e consumo de outras substâncias em adultos portugueses. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 67–75.
<https://doi.org/10.15517/ap.v30i121.24657>
- Borges, L. S., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2015). *Bateria de Avaliação de Indicadores de Depressão Infantojuvenil (BAID-IJ)*. [Relatório técnico não publicado, Universidade São Francisco, Itatiba, SP, Brasil].
- Borges, L., Baptista, M. N., & Serpa, A. L. O. (2017). Structural analysis of depression indicators scale-children and adolescents (BAID-IJ): A bifactor-ESEM approach. *Temas em Psicologia*, 25(2), 545-552. <https://doi.org/doi:10.9788/TP2017.2-08>
- Braga, L. L. & Dell'aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e sexo. *Contextos Clínic*, 6(1): 2-14. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>
- Brasil. (2018). Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Brêtas, J. R. da S., Moreno, R. S., Eugenio, D. S., Sala, D. C. P., Vieira, T. F., & Bruno, P. R. (2008). Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paulista De Enfermagem*, 21(3), 404–411. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000300004>
- Bukstein, O., Saxon, AJ, & Blake, D. (2020). Transtorno por uso de substâncias em adolescentes: Epidemiologia, patogênese, manifestações clínicas e consequências, curso, avaliação e diagnóstico. *Salomon (Red.)*, UpToDate, 4.
- Butler, A., Patte, K. A., Ferro, M. A., & Leatherdale, S. T. (2019). Interrelationships among depression, anxiety, flourishing, and maconha use in youth. *Addictive behaviors*, 89, 206–215. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.007>

- Caballo, V. E. (2010). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. 3ª reimp. Santos.
- Calvasina, P. G., Landim, L. P., & Sommerfeld, J. (2009). Irregular water supply, household usage and dengue: a bio-social study in the Brazilian Northeast. *Cadernos de saude publica*, 25 Suppl 1, S125–S136. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009001300012>.
- Camargo, L.G.G, de Oliveira, I.B., Bonini, J.S., Rangel, J. da S.B., Losso, R., Weber, A.L., & Abreu, I.S. (2023). Situação atual de saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil. *Revista Brasileira de Desenvolvimento*, 9 (1), 1999-2010. <https://doi.org/10.34117/bjdv9n1-138>
- Caminha, M. G., Caminha R. M., & Benedetti, T. B. (2017) Família, Orientação de Pais e Professores. In Neufeld, C. B. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. (pp. 511-524) Artmed Editora.
- Campos, J. R. (2010). *Habilidades sociais de adolescentes com indicadores de depressão: considerando fatores de sexo e socioeconômicos*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de São Carlos.
- Campos, J., Prette, Z., Prette, A. (2018). Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34(3446):1-10.
- Caravaca, J. A. & Padilha, M. I. (2015). A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. *Rev. Saúde debate*, 39(106), 748-759.
- Cardamone-Breen, M. C., Jorm, A. F., Lawrence, K. A., Mackinnon, A. J., & Yap, M. B. H. (2017). The Parenting to Reduce Adolescent Depression and Anxiety Scale: Assessing parental concordance with parenting guidelines for the prevention of

adolescent depression and anxiety disorders. *PeerJ*, 2017(9).

<https://doi.org/10.7717/peerj.3825>

Cardoso, C. (2018). *Propriedades psicométricas da Bateria de Avaliação de Indicadores da Depressão Infanto-juvenil (BAID-IJ)*. [Tese de doutorado]. Universidade São Francisco.

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2014). Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) – EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas. *Psico-USF*, 19(3), 499–510.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003012>

Cardoso, H. F., & Baptista, M. N. (2020). Família e intergeracionalidade. *Psicologia de família: Teoria, avaliação e intervenção*.

Carlini E. L. A., Noto, A.R., Sanchez V.D.M., Carlini, C.M.A., Locatelli, D. P., & Abeid, L.R. (2010). VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Substâncias psicoativas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. CEBRID, UNIFESP.

Carnauba, V., & Cocolo, A. C. (2016). Um desafio do século XXI.

<https://www.unifesp.br/boletins-antiores/item/2195-um-desafio-do-seculo-xxi>

Carneiro, E. S., Souza, A. I. J., Pina, J. C., Rumor, P. C. F., Gevaerd, T. C., & Cicéron, M. Y. (2018). Abordagem da equipe de saúde nos agravos de saúde mental de crianças e adolescentes hospitalizados. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 18(1), 7–14.

Carvalho, F. F. B. D. (2015). A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 1207-1227.

Carvalho, M. M. C., & Santana, S. M. (2018). Uso de crack e suporte familiar: implicações na assistência. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(1), 1–16.

- Carver, C. & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Castro Neto, A. G. C., Silva, D. C. N., & Figueiroa, M. S. (2016). Main mental disorders in crack-cocaine users treated at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Drugs in the city of Recife, Brazil. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(4), 227–233. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0002>.
- Cavaggioni, A. P. M., Gomes, M. B., & Rezende, M. M. (2017). O Tratamento familiar em casos de dependência de drogas no Brasil: revisão de literatura. *Mudanças–Psicologia da Saúde*, 25(1), 49-55.
- Cavalcanti, M. G. V. (2018). *Habilidades sociais e suporte social em adolescentes usuários de maconha e não usuários de substâncias psicoativas*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2021). *2020 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): Methodological summary and definitions*.
- Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2022). *2021 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): Methodological summary and definitions*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-methodologicalsummary-and-definitions>
- Ceppi, B. & Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38(6), 247–253.
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. & Loller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Org.). *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp. 17-27). Artmed.

- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In Habigzang, L. F., Diniz, E., & Koller, S. H. (Org.). *Trabalhando com adolescentes: Teoria e intervenção psicológica* (pp. 17-27). Artmed.
- Cerutti, F., de Paula Ramos, S., & de Lima Argimon, I. I. (2015). A implicação das atitudes parentais no uso de substâncias psicoativas na adolescência. *Acta Colombiana de Psicología, 18*, (2),173-181.
- Chaves, A. C. M., Ferreira, A. C. B. M., Lacerda, A. M. S., Navarro, M. S., Campos, G. P., Vaz-Tostes, J. P., Gandra, A. L. S., Campos, A. M. F. S., Cunha, L. R. da, & Machado, M. C. L. (2020). Uso de substâncias psicoativas em serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte. *Revista De Medicina, 99*(4), 342-349. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i4p342-349>
- Cicogna, J. I. R., Hillesheim, D., & Hallal, A. L. D. L. C. (2019). Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 68*, 1-7.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Coelho, L. R. M., de Sá, L. G. C., & Oliveira, M. S. (2015). Strategies and coping skills of crack users in treatment. *Revista de Psicologia da IMED, 7*(2), 99–109. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psicoimed.v7n2p99-109>
- Confederação nacional dos municípios. (2010). *Pesquisa sobre a situação do crack nos municípios brasileiros 2010*.
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução no 510, de 07 de abril de 2016. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>.
- Constant, H. M. R. (2018). *Perspectivas das estratégias de coping em usuários de álcool*. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

- Coutinho, E.S.F, França-Santos D., Magliano, E.S., Bloch, K.V., Barufaldi L.A. & Cunha, C.F. (2016). ERICA: padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. *Rev Saude Publica*, 50 (supl 1).
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20, 473-489.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., & Godeau, E. (2009). The Health Behaviour in School-aged Children: WHO Collaborative Cross-National (HBSC) study: origins, concept, history and development 1982–2008. *International journal of public health*, 54(2), 131-139.
- Czermainski, F. R. (2016). *Funções executivas, controle inibitório e agressividade em indivíduos com transtornos por uso de álcool e crack*. [Tese de doutorado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Das, J. K., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Khan, M. N., Mahmood, W., Patel, V., & Bhutta, Z. A. (2016). Interventions for adolescent mental health: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*, 59(4), S49-S60.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.020>
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. (2001). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Editora Vozes.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2014). *Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação*. Casa do Psicólogo.
- Delgado, O. T., Cedro, W. L., Rivera, Y. R., Solovieva, Y., Estrela, F. M., Fernandes, A. P., & Reis, L. A. D. (2021). Relação Entre O Uso De Drogas E A Depressão Em Jovens: Uma Revisão Da Literatura. *Saúde Coletiva: Avanços E Desafios Para A Integralidade Do Cuidado-Volume 2*, 2(1), 400-416.

- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, (1)139-156.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Artmed.
- Dietz, G., dos Santos, C. G., Hildebrandt, L. M., & Leite, M. T. (2011). As relações interpessoais e o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Substâncias psicoativas*, 7(2), 85-91.
- Donola, L. R. D., & Malbergier, A. (2013). Habilidades sociais e uso de álcool, tabaco e substâncias psicoativas ilícitas em adolescentes. *Psicologia Argumento*, 31(75), 761–768. <https://doi.org/10.7213/psicolargum.v31i75.20625>
- Donovan, D. M. (2009). Avaliação dos comportamentos dependentes na prevenção da recaída. In Donovan, D. M., & Marlatt, G. A. (Eds.). *Avaliação dos comportamentos dependentes* (pp. 1–50). Roca.
- D'Orazio, W. P. S., de Carvalho, S. A., de Lima, T. H., Borges, A. A. T., Picoli, M. C., de Lima Marques, A. C., & Malafaia, G. (2013). Uso de substâncias psicoativas e desempenho escolar entre jovens e adolescentes do ensino médio de uma escola pública de Pires do Rio–GO. *Holos*, 5, 305-314.
- Drummond, E.F., Souza, H.N.F & Hang-Costa, T.A. (2015). Homicídios, álcool e substâncias psicoativas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000-2009. *Epidemiol. Serv Saúde (Brasília)*, 24(4):607-16. <https://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400003>.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Saúde Pública*, 24, 545-557.

- Faria Filho, E. A., Queiros, P. S., Medeiros, M., Rosso, C. F. W., & Souza, M. M. D. (2015). Concepções sobre drogas por adolescentes escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68, 517-523.
- Feldmann, R. M., dos Santos, T. M., de Bastos Braatz, M., Sulzbach, N., dos Santos, C. F., & Garcia, E. L. (2019). Adolescência e os sentidos produzidos acerca da drogadição. *Revista Jovens Pesquisadores*, 9(2), 37-47.
- Ferreira, A. C. Z., Czarnobay, J., de Oliveira Borba, L., Capistrano, F. C., Kalinke, L. P., & Maftum, M. A. (2016). Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 18.
- Ferreira, D.; Santos, A. J.; Ribeiro, O.; Freitas, M.; Correia, J. V. & Rubin, K. (2013). Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. *Análise Psicológica, Lisboa*, 31(2).
- França, E. O., Fernandes, M. L. A., Santana, N. M. C., & Dunningham, W. A. (2022). Fatores de risco para depressão na adolescência: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 26(1).
- Freitas, A. P. A. de, & Borges, L. M. (2014). Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 560–577.
- Galhardi, C. C., & Matsukura, T.S. (2018). O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras substâncias psicoativas: realidades e desafios. *Cad, Saúde Publ*, 34(3),1-12. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00150816>
- Garcia, J. J., Pillon, S. C., & Santos, M. A. (2011). Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700013>

- Garcia, J.J., Pillon, S.C., & Santos, M.A. Relações entre contexto familiar e uso de substâncias psicoativas em adolescentes de ensino médio. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19, 753-61
- Germain, F., & Marcotte, D. (2016). Sintomas de depressão e ansiedade na transição do ensino secundário ao ensino médio: Evolução e fatores influentes. *Adolescência e Saúde*, 13(1), 19-28.
- Gershoff, E. T. (2016). Should parent's physical punishment of children be considered a source of toxic stress that affects the brain? *Family Relations*, 65(1), 151-162.
- Gershoff, E. T., Lee, S. J., & Durrant, J. E. (2017). Promising intervention strategies to reduce parents' use of physical punishment. *Child Abuse & Neglect*, 71, 9-23.
- Gobbi, G., Atkin, T., Zytynski, T., Wang, S., Askari, S., Boruff, J., Ware, M., Marmorstein, N., Cipriani, A., Dendukuri, N., & Mayo, N. (2019). Association of Maconha Use in Adolescence and Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Young Adulthood: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 76(4), 426–434.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4500>
- Gonçalves, M., Baptista, M. N., & Farcas, D. (2016). IPSF: análise da estrutura interna em uma amostra de jovens adultos portugueses. *Avaliação Psicológica*, 15(1), 115-123.
<https://doi.org/10.15689/ap.2016.1501.12>
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. D. L., & Werlang, B. S. G. (2011). Manual do Inventário de depressão de Beck-BDI-II. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gorka, S.M., Shankman, S.A., Seeley, J.R., & Lewinsohn, P.M. (2013). O efeito moderador dos transtornos por uso de substâncias ilícitas pelos pais na relação entre a depressão do adolescente e os subseqüentes transtornos por uso de substâncias ilícitas. *Dependência de substâncias psicoativas e álcool*, 128 (1-2), 1-7.

- Grolli, V., Wagner, M. F., & Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87- 103.
<https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123>
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V. D., Freitas, R. C. D., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101– 108. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>
- Gunlicks-Stoessel, M., Mufson, L., Jekal, A., & Turner, JB (2010). O impacto do funcionamento interpessoal percebido no tratamento para depressão adolescente: IPT-A versus tratamento usual em clínicas de saúde escolares. *Jornal de consultoria e psicologia clínica*, 78 (2), 260.
- Guterres, A. (2018). *Metade das doenças mentais começa aos 14 anos*.
<https://news.un.org/pt/story/2018/10/1642142>
- Halpern, S. C., Scherer, J. N., Roglio, V., Faller, S., Sordi, A., Ornell, F., & Diemen, L. V. (2017). Clinical and social vulnerabilities in crack users according to housing status: a multicenter study in six Brazilian state capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), 1– 13. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037517>
- Henriques, A.A.C. (2018). *Clima familiar e sintomatologia ansiosa e depressiva em adolescentes: qual o papel da resiliência?* [Dissertação de mestrado]. Escola de Psicologia e Ciências da Vida.
- Henriques, B. D., Rocha, R. L., & dos Santos Reinaldo, A. M. (2016). Uso de crack e outras substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes e seu impacto no ambiente familiar: uma revisão integrativa da literatura. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(3), 1-10.

- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2012). The 2011 ESPAD report. *Substance use among students in*, 36, 123-34.
- Higa, R. D. C. B. L., Leyton, V., Higa, K. K. L., & Machado, F. S. N. (2013). Uso de substâncias e outras comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 37(1), 106-106.
- Hock, R. S., Mendelson, T., Surkan, P. J., Bass, J. K., Bradshaw, C. P., & Hindin, M. J. (2018). Parenting styles and emerging adult depressive symptoms in Cebu, the Philippines. *Transcultural Psychiatry*, 55(2), 242-260
- Hodes, G. E., Walker, D. M., Labonté, D., Nestler, E. J., & Russo, S. J. (2016). Understanding the epigenetic basis of sex differences in depression. *Journal of Neuroscience Research*, 95, 692-702. <https://doi.org/10.1002/jnr.23876>
- Hogue, A., Henderson, C. E., Ozechowski, T. J., & Robbins, M. S. (2014). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use: Updates and recommendations 2007-2013. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 695-720.
- Horta, R. L., Schäfer, J. L., Coelho, L. R. M., Rodrigues, V. S., Oliveira, M. S. D., & Teixeira, V. A. (2016). Condições associadas a prejuízo de desempenho em habilidades sociais em uma amostra de conveniência de usuários de crack. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00010715>
- Horta, R.L. (2014). Influência da família no consumo de crack. *J Bras Psiquiatr*, 63 (2), 104-12.
- Icenogle, G., Steinberg, L., Duell, N., Chein, J., Chang, L., Chaudhary, N., & Bacchini, D. (2019). A capacidade cognitiva dos adolescentes atinge níveis adultos antes de sua

- maturidade psicossocial: evidências de uma “lacuna de maturidade” em uma amostra multinacional de corte transversal. *Lei e comportamento humano*, 43 (1), 69.
- Iglesias, E. B., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77-86.
- Inchley, J. C., Stevens, G. W., Samdal, O., & Currie, D. B. (2020). Enhancing understanding of adolescent health and well-being: The health behaviour in school-aged children study. *Journal of Adolescent Health*, 66(6), S3-S5.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, (PeNSE), 2015*. IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2021). *Pesquisa Nacional de saúde do escolar*. IBGE.
- Instituto Nacional de Ciências e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Substâncias psicoativas. *II Levantamento Nacional de Álcool e Substâncias psicoativas* [Internet]. <http://inpad.org.br/lenad/resultados/>
- Jaen-Varas D., Mari J., Asevedo E., Borschmann R., Diniz, E. & Ziebold C. (2019). The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective e ecological study. *Braz J Psychiatry*, Ahead of print. <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0223>
- Jaremka, L. M., Andridge, R. R., Fagundes, C. P., Alfano, C. M., Pivoski, S. P., Lipari, A. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Pain, depression, and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychology*, 33(9), 948- 957. <https://doi.org/10.1037/a0034012>
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent

- substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433-440.
- Jensen, F. E., & Nutt, A. E. (2016). *O cérebro adolescente: guia de sobrevivência para criar adolescentes e jovens adultos*. Editora Intrínseca.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., & Miech, R. A. (2014). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2013: Volume I, Secondary school students*.
- Kaminer, Y., Burleson, J. A., Burke, R., & Litt, M. D. (2014). The efficacy of contingency management for adolescent marijuana use disorder: A controlled study. *Substance Abuse*, 35(4), 391- 398.
- Kaushik, A., Kostaji, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*, 243, 469-494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2014). Clinical features of drug abuse that reflect genetic risk. *Psychological medicine*, 44(12), 2547.
- Kinyanda, E., Kizza, R., Abbo, C., Ndyabangi, S., & Levin, J. (2013). Prevalence and risk factors of depression in childhood and adolescence as seen in 4 districts of north-eastern Uganda. *BMC international health and human rights*, 13(1), 19.
- Kolvalski, A. (2015). An economic theory of suicide. *The journal of political economy*, 82(1), 83-98.
- Lannes, A. S. (2018). *Uso de antidepressivos na infância e adolescência*. [Monografia de graduação]. Universidade Federal de Juiz de Fora.
- Lappann, N. C., Machado, J. S. A., Tameirão, F. V., & Benjamim, M. L. N. (2015). Craving pelo crack nos usuários em tratamento no centro de atenção psicossocial. *Revista*

Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Substâncias psicoativas, 11(1), 20–24.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80339429004>

- Lara, A. C. D. C., Carvalho, T. M., & Teodoro, M. L. M. (2021). Relações familiares e cognições disfuncionais de adolescentes: uma revisão sistemática. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 15(1). <https://dx.doi.org/10.34019/1982-1247.2021.v15.29297>
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2014). *II Levantamento Nacional de Álcool e Substâncias psicoativas (LENAD)*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Substâncias psicoativas (INPAD). Universidade Federal de São Paulo.
- Lawrenz, P., Zeni, L. C., Arnoud, T.C.J., Foschiera, L.N. & Habigzang, L.F. (2020). Estilos, práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los?. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 16(1), 02-09. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20200002>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In: Gentry, W. D. (Ed.). *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282–325). Guilford.
- Lee, J., Kim, T.H., Min, S., Kim, M.H., & Park, K.C. (2018) Depressive symptoms and suicidal behaviours in adolescent non-daily smokers compared to daily smokers and never-smokers in Korea: National cross-sectional study. *PLOS ONE* 13(11), e0207182. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207182>
- Leme, V.B.R., Del Prette, Z.A.P., & Coimbra, S. (2015). Habilidades sociais, suporte social e bem-estar em adolescentes de diferentes configurações familiares. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 25, 9-17.
- Lemos, V. A.; Baptista, M. N., & Carceniro, A. M. (2011). Suporte Familiar, Crenças Irracionais e Sintomatologia Depressiva em Estudantes Universitários. *Psicologia: ciência e profissão*, 31 (1), 20-29.

- Leusin, J. F., Petrucci, G. W., & Borsa, J. C. (2018). Clima Familiar e os problemas emocionais e comportamentais na infância. *Revista da SPAGESP*, 19(1), 49-61.
- Li, L., Zhu, S., Tse, N., Tse, S., & Wong, P. (2016). Effectiveness of motivational interviewing to reduce illicit drug use in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(5), 795- 805.
- Lima Argimon, I. I., Terroso, L. B., de Sá Barbosa, A., & Lopes, R. F. (2013). Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*.
- Lima Braga, L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e sexo. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.
- Lima, L. B., & Pacheco, J. T. B. (2018). Sintomas depressivos, autorregulação emocional e suporte familiar: um estudo com crianças e adolescentes. *Estudos Interdisciplinares Em Psicologia*, 9(3supl), 132–148. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp132>
- Limberger, J., & Andretta, I. (2017a). Desenvolvimento das habilidades sociais na vida de mulheres usuárias de crack: estudo de casos múltiplos. *Trends in Psychology*, 25(4), 1709–1724. <https://doi.org/10.9788/TP2017.4-11Pt>
- Limberger, J., & Andretta, I. (2017b). Habilidades sociais e comorbidades psiquiátricas de mulheres usuárias de crack. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), 103–117. <https://doi.org/10.12957/epp.2017.34767>
- Lins, J.E.M. (2019). *Percepção de apoio familiar na adolescência e sua preocupação com preocupação generalizada e depressão maior*.
- Luz, J. M. O., Murta, S. G., & Aquino, T. A. A. (2015). Programas de promoção de saúde mental em grupo para adolescentes. In C. B. Neufeld (Org.), *Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para crianças e adolescentes* (pp. 52-72). Artmed.

- Luz, R. T., Coelho, E. A. C., Teixeira, M. A., Barros, A. R., Carvalho, M. F. A. A., Almeida, M. S. (2018). Saúde mental como dimensão para o cuidado de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(supl. 5), 2087-2093. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0192>
- Maccoby, E., & Martin, J. (1983). Socialização no contexto da família: Interação pais-filhos. In Hetherington, E., & Mussen, P. H. *Manual de psicologia infantil: vol. 4. Socialização, personalidade e desenvolvimento social* (pp. 1 – 101). Wiley.
- Macedo D. M., Petersen C. S. & Koller, S. H. (2017) Desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas. In Neufeld, C. B. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. (pp. 24-41). Artmed Editora.
- Macedo, E. O. S., & Conceição, M. I. G. (2015). Significações sobre adolescência e saúde entre participantes de um grupo educativo de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1059-1073.
- Maciel, S. C. (2014). Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. *Psicol. teor. Prat.*, 2 (2)18-28.
- Madrugá, C. S. (2012). Eventos adversos na infância e uso de substâncias ao longo da vida. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de São Paulo.
- Madrugá, C. S., Laranjeira, R., Caetano, R., Ribeiro, W., Zaleski, M., Pinsky, I., & Ferri, C. P. (2011). Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood—The first Brazilian national survey. *Addictive behaviors*, 36(3), 251-255.
- Madrugá, C.S., Laranjeira, R., Caetano, R., Pinsky, I., Zaleski, M. & Ferri, C.P. Use of licit and illicit substances among adolescents in Brazil—a national survey. *Addict Behavior*, 37(10):1171-5.

- Magnani, R. M., & Staudt, A. C. P. (2018). Estilos parentais e suicídio na adolescência: uma reflexão acerca dos fatores de proteção. *Pensando famílias*, 22(1), 75-86.
- Malbergier, A., Cardoso, L. R. D., & Amaral, R. A. D. (2012). Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 678-688.
- Malta, D. C., Mascarenhas, M. D. M., Porto, D. L., Duarte, E. A., Sardinha, L. M., Barreto, S. M., & Morais Neto, O. L. D. (2011). Prevalência do consumo de álcool e substâncias psicoativas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 14, 136-146.
- Marchezini-Cunha, V., & Tourinho, E. Z. (2010). Assertividade e autocontrole: interpretação analíticocomportamental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 295–304.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200011>
- Marcon S.R., Sene, J. O., & Oliveira, J.R.T. (2015) Contexto familiar e uso de substâncias psicoativas entre adolescentes em tratamento. *Rev. Eletrônica Saude Mental álcool Drog*, 11(3), 122-128.
- Matos, M. G., & Social, E. A. (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão-Dados nacionais 2018*.
- Matthews, T., Danese, A., Wertz, J., Odgers, C. L., Ambler, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Social isolation, loneliness and depression in young adulthood: A behavioural genetic analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 339-348. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1178-7>
- McArdle P. (2008). Use and misuse of drugs and alcohol in adolescence. *BMJ*, 337(7660):46–50. <https://dx.doi.org/10.1136/bmj.a306>.
- McGuire, T. C., McCormick, K. C., Koch, M. K., & Mendle, J. (2019). Pubertal maturation and trajectories of depression during early adolescence. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01362>

- Meine, I. R., Cheiram, M. C., & Jaeger, F. P. (2019). Depressão e suicídio: o adolescente frente a fatores de risco socioculturais. *Research, Society and Development*, 8(12), e448121882.
- Melo, A. K., Siebra, A. J., & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 18-34.
- Melo, A.K., Siebra, A.J., & Moreira, V. (2017). Depressão em Adolescentes: Revisão da Literatura e o Lugar da Pesquisa Fenomenológica. *Psicologia: ciência e profissão*, 37(1):18-34.
- Melo, M. M., Fontes, F. L. de L., Silva, R. C. da, Lima Junior, J. G. A., Santos, J. M. & Pinho, L. F. (2019). Prevenção ao suicídio na atenção básica: discutir para prevenir. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26(1), 72–75.
- Merikangas, K. R., Jian-ping He, M. B., Sonja A. S., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime Prevalence of Mental Disorders in U.S. Adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>.
- Mezulis, A. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental psychology*, 42(6), 1012.
- Miech, R. A., Johnston, L. D., O'malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2016). *Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2015: volume I, secondary school students*. Ann Arbor: Institute for Social Research, The University of Michigan. <http://monitoringthefuture.org/pubs.html#monographs>.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford.
- Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2018). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Vozes.
- Ministério da Saúde. (2017a). Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Suicídio. *Saber, agir e prevenir*, 48(30), 1–14.
- Ministério da Saúde. (2017b). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2019). *Depressão: como diagnosticar, quais os sintomas e qual o tratamento*. <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>
- Miozzo, L., Dalberto, E.R., Silveira, D.X.D., & Terra, M.B. (2013). Consumo de substâncias psicoativas em uma amostra de adolescentes e sua relação com o comportamento sexual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62, 93-100.
- Moreira, J. O., Rosário, Â. B., & Santos, A. P. (2011). Juventude e adolescência: considerações preliminares. *Psico*, 42(4).
- Mota, C. P., & Rocha, M. (2012). Adolescência e jovem adultícia: Crescimento pessoal, separação-indivuação e o jogo das relações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 357-366.
- Musil, C. M., Rice, H. M., Singer, M., Givens, S. E., Warner, C. B., Zauszniewski, J. A., Burant, C. J., Toly, V. B., & Jeanblanc, A. B. (2017). Grandchildren's Depressive Symptoms and Perceptions of Family Functioning: Protective and Influencing Factors. *Western Journal of Nursing Research*, 40 (9), 1319-1338.
- Muyan, M., Chang, E. C., Jilani, Z., Yu, T., Lin, J., & Hirsch, J. K. (2016). Loneliness and negative affective conditions in adults: Is there any room for hope in predicting

anxiety and depressive symptoms? *The Journal of Psychology*, 150(3), 333-41.

<https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1039474>

Nações Unidas. (2018,). *ONU News - Perspectiva Global Reportagens Humanas*.

<https://brasil.un.org/pt-br/81282-oms-1-em-cada-5-adolescentes-enfrenta-problemas-de-saude-mental>

Nascimento, R. R. (2013). Consumo de Substâncias psicoativas na Adolescência.

Psicologado. <https://psicologado.com.br/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/consumo-de-substancias-psycoativas-na-adolescencia>

Navarro, M. S., Campos, M. S., Vaz-Tostes, G. P., Gandra, J. P., Campos, A. L. S., Cunha,

A. M. F. S & Machado, M. C. L. (2020). Uso de substâncias psicoativas em serviço de urgência em psiquiatria da infância e adolescência de Belo Horizonte. *Revista De Medicina*, 99(4), 342-349. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i4p342-349>

Nelson, J.P. & McNall, A.D. (2016). Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: a critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. *Health Policy*, 120:264-72.

Neufeld, C. B. (2017). *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Artmed Editora.

News.med.br. (2017). *OMS divulga as dez principais causas de morte no mundo*.

<https://www.news.med.br/p/saude/222530/oms-divulga-as-dez-principais-causas-de-morte-no-mundo.htm>

Nogueira, J. M., & Neufeld, C. B. (2017). Indicadores e comportamentos de saúde em adolescentes de 13 anos de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59141/tde-07032018-145609/>

- Obando, D., Trujillo, A., & Trujillo, C. A. (2014). Substance use and antisocial behavior in adolescents: The role of family and peer-individual risk and protective factors. *Substance use & misuse*, 49(14), 1934-1944.
- Ober, A. J., Miles, J. N., Ewing, B., Tucker, J. S., & D'Amico, E. J. (2013). Risk for inhalant initiation among middle school students: Understanding individual, family, and peer risk and protective factors. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 74(6), 835-840.
- Oliveira, A. J., Carnieri, K. M., da Silva, A. P. J., Ferro, L. R. M., & Rezende, M. M. (2020). USO DE Maconha sativa L.(maconha) na adolescência: uma revisão de literatura. *Revista uniandrade*, 21(2), 128-135.
- Oliveira, A. J., da Silva, L. M. F., Santos, M. C., Ferro, L. R. M., & Rezende, M. M. (2021). A relação entre as práticas parentais e o consumo de substâncias psicoativas. *Revista Uniandrade*, 21(3), 148-156.
- Oliveira, K. C., & Pucci, S. H. M. (2021). Os fatores associados à experimentação, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas na adolescência. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(7), 1331-1351.
- Oliveira, M., Pacheco, M., Paula, J., Ramires, J., Silva, M., & Fitaroni, J. (2020). *Suicídio na adolescência: Um estudo a partir da Psicologia do Desenvolvimento*. [Monografia de graduação].
- Organização das nações unidas no Brasil. (2016). *Suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo*. <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Classificação internacional de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Ed. Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *Relatório mundial de saúde mental: transformando a saúde mental para todos*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119> .

Organização Pan-Americana da Saúde, & Organização Mundial da Saúde. (2017).

Depressão: o que você precisa saber.

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5372:depressao-o-que-voce-precisa-saber&Itemid=822

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2003). *La*

Familia y la Salud. 37ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del

Comité Ejecutivo (pp.1-16). <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp37-06-s.pdf>

Orth, U., & Robins, R. W. (2013). Understanding the link between low self-esteem and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 455-460.

<https://doi.org/10.1177/0963721413492763>

Otowa, T., Gardner, C. O., Kendler, K. S., & Hettema, J. M. (2013). Parenting and risk for mood, anxiety and substance use disorders: a study in population-based male twins.

Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(11), 1841-1849.

Ozella, Sérgio. (2011). Adolescência: um Estereótipo ou uma Construção Histórico-social? In Eroy, A. S., & Micheli, D. (Orgs.), *Adolescência: Uso e Abuso de Drogas: Uma visão integrativa*. Fap-Unifesp.

Paiva, F. S. D., & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em estudo*, 14, 177-183.

Paixão, R. F., Patias, N. D., & Dell’Aglío, D. D. (2018). Self-esteem and symptoms of mental disorder in the adolescence: Associated variables. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34436, 1-8. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e34436>

Palamar, J. J., Davies, S., Ompad, D. C., Cleland, C. M., & Weitzman, M. (2015). Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 108–116.

<http://dx.doi.org/10.3109/00952990.2012.703735>

- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Artmed editora.
- Parada, J. J. (2013). Aspectos psicossociais relacionados ao uso de substâncias psicoativas na adolescência. *Percurso academico*, 3(5), 10-21.
- Paz, F. M., & Coelho, L. P. (2020). Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*, 5(2).
- Paz, F.M., & Colossi, P.M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558
- Pear, V. A., Petito, L. C., & Abrams, B. (2017). The role of maternal adverse childhood experiences and race in intergenerational high-risk smoking behaviors. *Nicotine & Tobacco Research*, 19(5), 623-630.
- Pereira, B. R. (2018). *O papel da família no tratamento da dependência química de usuários atendidos CAPS Ad de Tubarão/SC. Psicologia-Tubarão*. [Trabalho de conclusão de curso]. Universidade do Sul de Santa Catarina.
- Pereira, C. C. M., & Botti, N. C. L. (2017). O suicídio na comunicação das redes sociais virtuais: revisão integrativa da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (17), 17-24.
- Pereira, J. G., dos Santos Raposo, J. C., de Queiroz Costa, A. C., Valença, P., da Franca, C., & Colares, V. (2016). Conduitas de saúde entre adolescentes: uma revisão sistematizada. *Adolescencia e Saude*, 13(1), 104-109.
- Pfeifer, J. H., Masten, C. L., Moore III, W. E., Oswald, T. M., Mazziotta, J. C., Iacoboni, M., & Dapretto, M. (2011). Entering adolescence: resistance to peer influence, risky behavior, and neural changes in emotion reactivity. *Neuron*, 69, 1029-1036.
- Prativa, S., & Deeba, F. (2019). Relationship between parenting styles and depression in adolescents. *Journal of Biological Sciences*, 28(1),49-59

- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J., & Madigan, S. (2021). Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, *175*(11), 1142-1150.
- Ramos, A., Mesquita, S., Pessoa, D., Fontenele, R., & Sousa, I. (2018). Depressão na adolescência e comportamento suicida: uma revisão integrativa. *Enciclopédia Biosfera*, *15*(27).
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(Supl II), S88–95. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600006>
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? *A systematic review of qualitative and quantitative studies. European Child & Adolescent Psychiatry*, *26*, 623-647. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0930-6>
- Rehn, L.P. & Sharp, R.N. (1999). Estratégias para a depressão infantil. In Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., & freeman, A. (Ed.). *Terapia Cognitiva com crianças e adolescentes: Manual paara a prática clínica*. Artmed.
- Reichert, C. B. (2011). Educar para a autonomia. In. Wagner, A & Cols (2011). *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*, (pp. 89-98). Artmed.
- Reis, A. A. C. D., Malta, D. C., & Furtado, L. A. C. (2018). Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*, *23*, 2879-2890.
- Reis, D. C. dos, Almeida, T. A. C. de, Miranda, M. M., Alves, R. H., & Madeira, A. M. F. (2013). Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes

- sociais, substâncias psicoativas e violência. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 21(2), 586-594. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000200016>
- Ribeiro, F. M. L., & Minayo, M. C. D. S. (2015). As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de substâncias psicoativas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 515–526. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- Ribeiro, K. C. S., Medeiros, C. S. de, Coutinho, M. da P. de L., & Carolino, Z. C. G. (2012). Representações sociais e sofrimento psíquico de adolescentes com sintomatologia depressiva. *Psicologia: teoria e prática*, 14(3), 18–33.
- Rinhel-Silva, C. M., Constantino, E. P., & Rondini, C. A. (2012). Família, adolescência e estilos parentais. *Estudos de Psicologia*, 29, 221-230.
- Robles-Piña, R. A. (2011). Depression and self-concept: Personality traits or coping styles in reaction to school retention of hispanic adolescents. *Depression Research and Treatment*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2011/151469>
- Rocha, H. G. (2017). *Fatores psicossociais relacionados à manutenção da abstinência alcoólica no póstransplante hepático*. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Brasília, Brasília.
- Rocha, P. C., Chagas, D. C. D., Silva, A. A. M. D., Batista, R. F. L., & Silva, R. A. D. (2016). Prevalência e fatores associados ao uso de substâncias psicoativas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192714>
- Rockhill, C., Stoped, A.V., McCauley, E. & Kayon, W. (2009). Social competence and social support as mediators between comorbid depressive and conduct problems and functional outcomes in middle school children. *Journal of Adolescence*, 32, (3),535-553.

- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). *Social support. Encyclopedia of mental health.*
- Romanini, M., Pereira, A. S., & Dias, A. C. G. (2016). Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Disciplinarum Scientia Saúde, 11(1)*, 115–132.
- Romeiro, J. S., Corrêa, M. M., Pazó, R., Leite, F. M. C., & Cade, N. V. (2021). Violência física e fatores associados em participantes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva, 26*, 611-624.
- Rowe, C. L. (2012). Family therapy for drug abuse: Review and updates 2003-2010. *The Journal of Marital & Family Therapy, 38(1)*, 59-81.
- Rufino, S., Leite, R. S., Freschi, L., Venturelli, V. K., Oliveira, E. D., & Mastrococco Filho, D. A. M. (2018). Aspectos gerais, sintomas e diagnóstico da depressão. *Revista Saúde em Foco, 10(1)*, 837-843.
- Sá, L. G. C. D. (2013). *Propriedades psicométricas do Inventário de Habilidades de Enfrentamento para a Abstinência de Álcool e Outras Substâncias psicoativas (IDHEA-AD)*. [Tese de doutorado]. Universidade Federal de São Carlos.
- Sá, L. G. C., & Del Prette, Z. A. P. (2014). Habilidades sociais como predictoras do envolvimento com álcool e outras substâncias psicoativas: um estudo exploratório. *Interação em Psicologia, 18(2)*. <https://doi.org/10.5380/psi.v18i2.30660>
- Sá, L. G. C., & Del Prette, Z. A. P. (2016). Habilidades de enfrentamento antecipatório para abstinência de substâncias: construção de um novo instrumento de medida. *Avances en Psicología Latinoamericana, 34(2)*, 351–363.
- Sagar, R. & Krishnan, V. (2017). Preventive strategies in child and adolescent psychiatry. *Indian Journal of Social Psychiatry, 33*, 118-122.
https://doi.org/10.4103/ijsp.ijsp_43_17

- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin, 143*(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Salk, R. H., Petersen, J. L., Abramson, L. Y., & Hyde, J. S. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal of Affective Disorders, 205*, 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.07>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2013). *Metodologia de pesquisa*. Artmed.
- Samson, J. E., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Single-session alcohol interventions for heavy drinking college students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 76*(4), 530-543.
- Sanchez, Z. M., Santos, M. G. R., Pereira, A. P. D., Napo, S. A., Carlini, C., Carlini, E. A. & Martins, S. S. (2013). Childhood Alcohol Use May Predict Adolescent Binge Drinking: A Multivariate Analysis among Adolescents in Brazil. *The Journal of Pediatrics, 163*, 363-368.
- Santana, M. L. S., Fukuda, C. C., & de Carvalho, E. N. S. (2017). A Relação entre Sintomas Depressivos e Habilidades Sociais em Adolescentes. *Id on line revista multidisciplinar e de psicologia, 11*(36), 295-312.
- Santana, S.M., Silva, N.G., Gonçalves, D.M., & Melo, M.C.M. (2014). Intervenções em grupo na perspectiva cognitivo-comportamental: experiências no contexto da clínica-escola. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 10*(1), 47-53. <https://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20140007>
- Santos Carneiro, E., de Souza, A. I. J., Pina, J. C., Rumor, P. C. F., Gevaerd, T. C., & Cicéron, M. Y. (2018). Abordagem da equipe de saúde nos agravos de saúde mental de crianças e adolescentes hospitalizados. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., 18*(1), 7-14.

- Santos-Vitti, L., Faro, A., & Baptista, M. N. (2020). Fatores de risco e proteção e sintomas de depressão na adolescência. *Psico*, *51*(4), e34353-e34353.
- Scarpati, B., & Gomes, KM (2021). Depressão na adolescência: causas, sintomas e tratamento. *Revista de Iniciação Científica*, *18*(2), 16-30.
- Schenker, M., & Cavalcante, F.G. (2015). Vulnerabilidade, Família, Abuso, Dependência de Drogas e Violência. In Silva. E.A., Moura, Y, & Zugman, D.K. *Vulnerabilidades, Resiliência e Redes: Uso, abuso e dependência de drogas*. Publicações.
- Schlichting, C. A., & Moraes, M. C. L. (2018). Mortalidade por suicídio na adolescência: uma revisão. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, *1*, 357-363.
- Schneider, J. A., & Andretta, I. (2017). Prejuízos nas habilidades sociais em usuários de crack: Diferenças entre usuários e não usuários. *Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis del Comportamiento*, *25*(4), 463–476.
- Schneider, J. A., & Andretta, I. (2017). Social skills of crack users in treatment at therapeutic centers: relationship with socio-demographic characteristics and consumption model. *Revista Colombiana de Psicología*, *26*(1), 83–98.
<https://doi.org/10.15446/rcp.v26n1.54032>
- Schneider, J. A., Limberger, J., & Andretta, I. (2016). Habilidades sociais e substâncias psicoativas: revisão sistemática da produção científica nacional e internacional. *Avances en psicología latinoamericana*, *34*(2), 339–350.
<https://doi.org/10.12804/apl34.2.2016.08>
- Schofield, T. J., & Abraham, W. T. (2017). Intergenerational continuity in attitudes: A latent variable family fixed-effects approach. *Journal of Family Psychology*, *31*(8), 1005–1016. <https://doi.org/10.1037/fam0000375>

- Seleglim, M. R., & de Oliveira, M. L. F. (2014). Estrutura, relações e antecedentes do uso de substâncias psicoativas em famílias de usuários de crack. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(3), 527-34.
- Siegel, D. J. (2016). *Cérebro adolescente*. NVersos.
- Silva, E. A. (2011). Prevenção ao uso de substâncias psicoativas: O papel da família. In: In E. A. Silva, & D. Micheli (Orgs.). *Adolescência: Uso e abuso de substâncias psicoativas: Uma visão integrativa* (pp. 679-692). FAP Unifesp.
- Silva, E., Silva, C., & Silva, A. (2022). O uso de psicofarmacos em crianças e adolescentes com transtornos depressivos. *Revista Terra & Cultura: Cadernos De Ensino E Pesquisa*, 38(especial), 115-129.
<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistatest/article/view/2759>
- Silva, G.A.C. (2019). Causas de depressão em crianças e adolescentes. *Revista educação em saúde*, 7(1):189-199.
- Silva, L. (2019). *Suicídio entre crianças e adolescentes: um alerta para o cumprimento do imperativo global*.
- Silva, P. A. (2018). A intersetorialidade e o cuidado psicossocial: reflexões a partir de intervenções junto à mãe usuária de crack e com trajetória de rua. *Revista Serviço Social em Perspectiva*, 2(1), 185–203.
<http://www.periodicos.unimontes.br/sesoperspectiva/article/view/851/622>
- Siniak, D. S. (2014). *Rede de apoio social de familiares de usuários de crack*. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse*, 47(8-9), 944-962.

- Snooks, M. K. (2009). Coping and stress management. In: Snooks, M. K. (Ed.). *Health Psychology* (pp. 209–233). Jones and Bartlett Publishers.
- Sousa, G. S. D., Santos, M. S. P. D., Silva, A. T. P. D., Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 3099-3110.
- Sousa, R., & Mello, M. (2017). *O jovem, o crack e a escola: do ingresso no "mundo das substâncias psicoativas" à evasão escolar no município de Aparecida de Goiânia. Anais do Congresso de Ensino, Pesquisa e Extensão da UEG (CEPE)*.
- Souza, M. S., & Baptista, M. N. (2017). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicologia Argumento*, 26(54), 207–215.
<https://doi.org/10.7213/psicolargum.v26i54.19753>
- Spithoven, A. W. M., Lodder, G. M. A., Goossens, L., Bijttebier, P., Bastin, M., Verhagen, M., & Scholte, R. H. J. (2016). Adolescents' loneliness and depression associated with friendship experiences and well-being: A person-centered approach. *Journal Youth Adolescence*, 46, 429-441. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0478-2>
- Stewart, D. G., Felleman, B. I., & Arger, C. A. (2015). Effectiveness of motivational incentives for adolescent marijuana users in a school-based intervention. *The Journal of Substance Abuse Treatment*, 58, 43-50.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Kuposov, R., Blatný, M., Hrdlička, M., Schwab-Stone, M., & Ruchkin, V. (2016). Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents. *BMC Psychiatry*, 16(128), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0829-2>
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2008). *Results from 2007 National Survey on Drug use and Health: Nation Findings (Office of Applied Studies,*

NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Department of Health and Services.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2008). *Results from 2007 National Survey on Drug use and Health: Nation Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343)*. Department of Health and Services.

Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (2022). Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *2021 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH): Methodological summary and definitions. Substance Abuse and Mental Health Services Administration*. <https://www.samhsa.gov/data/report/2021-methodologicalsummary-and-definitions>

Takahara, A. H., Furino, V., Marques, A. C., Zerbetto, S., & Furino, F. (2017). Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. *Revista de APS*, 20(3).

Tardivo, L. S. D. L. P. C., Rosa, H. R., Ferreira, L. S., Chaves, G., & Pinto Júnior, A. A. (2019). Autolesão em adolescentes, depressão e ansiedade: um estudo compreensivo. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 39(97), 159-169.

Teixeira, C. D. C., Guimarães, L. S. P., & Echer, I. C. (2017). Fatores associados à iniciação tabágica em adolescentes escolares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38.

Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T., & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: Uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 360-372. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>

Tsai, M. C., Lee, C. T., Tsai, I. N., Gan, S. T., Liang, Y. L., & Lin, S. H. (2018). Minor physical anomalies in adolescents at risk for substance use and early sex. *Medicine*, 97(24).

- Turagabeci AR, Nakamura K, Takano T. (2008). Healthy lifestyle behaviour decreasing risks of being bullied, violence and injury. *PLoS One.*, 3(2):1-11.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0001585>
- United nations office on drugs and crime. (2014). *World drug report*. United Nations. Unodoc.
- United nations office on drugs and crime. (2015). *Informe Mundial sobre las substâncias psicoativas*. Unodc
- United Nations Organizaton. (2004). *Drugs crime and violence: the microlevel impact*.
https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/English/AR_2003_E_Chapter_I.pdf
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro. (2009). *Relações entre habilidades sociais e depressão: um panorama geral. Anais do II Seminário Internacional de Habilidades sociais*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. http://www.bvs-psi.org.br/local/file/congressos/ANAIS_II-SIHS2009.pdf.
- Universidade Federal de São Paulo. (2016). Drogas: um debate Científico. *Entreteses Revista UNIFESP*, 6, 48 – 55.
- Valim, G. G., Simionato, P., & Gascon, M. R. P. (2017). Alcohol consumption in adolescence: a literary review. *Adolescência e saúde*, 14(4), 184-194.
- Van Ryzin, M.J., Fosco, G.M. & Dishion, T.J. (2012). Família e pares preditores do uso de substâncias desde o início da adolescência até o início da idade adulta: uma análise prospectiva de 11 anos. *Comportamentos de dependência*, 37 (12), 1314-1324.
- Van Winkel, M., Wichers, M., Collip, D., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E. & Peeters, F. (2017). Unraveling the role of loneliness in depression: The relationship between daily life experience and behavior. *Psychiatry*, 80(2), 104-117.
<https://doi.org/10.1080/00332747.2016.1256143>

- Verma, S. & Gera, M. (2014). Learned helplessness in adolescents. *Internationale Journal of Science and Research (IJSR)*, 3(7), 930-932.
- Vidal, C. E. L., & Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Cadernos Saúde Coletiva*, 21(2), 108–114.
- Vieira, P. C., Aerts, D. R. G. D. C., Freddo, S. L., Bittencourt, A., & Monteiro, L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2487-2498.
- Wagner, A., Tronco, C., Armani, A.B. (2011). Introdução: os desafios da família contemporânea: revisitando conceitos. In: Wagner, A. *Desafios Psicossociais da Família Contemporânea: pesquisas e reflexões*. Artmed.
- Wagner, M. F., & Oliveira, M. D. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 101–110.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000100013>
- Waszczuk, M. A., Coulson, A. E., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2016). A longitudinal twin and sibling study of the hopelessness theory of depression in adolescence and young adulthood. *Psychological Medicine*, 46, 1935-1949.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716000489>
- Wathier, J. L., Dell’Aglia, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 132(1), 132.
- Willhelm, A.R., Cabral, J.C.C., Steiger, J.O., da Silva, J.F.F., Ugarte, L.M., & de Almeida, R.M.M. (2015). Consumo de álcool na adolescência e relação com uso excessivo de

- bebidas alcoólicas dos pais: estudantes de quatro escolas de Porto Alegre. *Psico*, 46 (2), 208-216.
- Witvliet, M., Brendgen, M., Van Lier, PA, Koot, HM e Vitaro, F. (2010). Sintomas depressivos do início da adolescência: previsão de isolamento de grupo, solidão e aceitação social percebida. *Jornal de psicologia infantil anormal*, 38, 1045-1056.
- Wongtongkam, N., Ward, P. R., Day, A., & Winefied, A. H. (2014). The influence of protective and risk factors in individual peer and school domains on Thai adolescents' alcohol and illicit drug use: a survey. *Addictive Behaviors*, 39, 1447–1451.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.026>
- World Health Organization. (2012). *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations*.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- World Health Organization. (2016a). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm.
- World Health Organization. (2016b). The health and social effects of nonmedical maconha use.
- World Health Organization. (2019). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Xavier, C. R., de Almeida Dias, E., & Quintilio, M. S. V. (2021). O Relacionamento Familiar com Adolescentes Depressivos. *Revista de Iniciação Científica e Extensão*, 4(1), 518-25.
- Xavier, M.F., Rodrigues, P.H.J., & Silva M.C.R. (2014). A percepção da família no tratamento e suporte de Dependentes Químicos. *Revista de Psicologia*, 17 (26), 99-110

- Yang, X., Lau, J. T. F., & Lau, M. C. M. (2018). Predictors of remission from probable depression among Hong Kong adolescents - a large-scale longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 491-497. <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.jad.2017.12.080>
- Young, J. F.; Mufson, L.; Gallop, R. (2010). Preventing depression: a randomized trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depression and anxiety*, 27 (2), 426-433.
- Yur'yev, A., & Akerele, E. (2016). Socio-demographic characteristics of individuals with history of crack cocaine use in the US general population. *Community mental health journal*, 52(8), 1043-1046. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9860-x>
- Zacharias, R., Brito, I. B., Silva, F. M. F., Vieira, M. C. S., Buriola, A. A., & Rister, G. P. (2020). Avaliação da resiliência em escolares do ensino médio e sua relação com a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos. *Debates em Psiquiatria*, 10(4), 10-21.
- Zappe, J. G., & Dapper, F. (2017). Drogadição na adolescência: família como fator de risco ou proteção. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 140-158.
- Zappe, J. G., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Variáveis pessoais e contextuais associadas a comportamentos de risco em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65, 44-52.
- Zaridze, D., Lewington, S., Boroda, A., Scélo, G., Karpov, R. & Lazarev A. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. *Lancet*, 383(9927):1465-73.

Apêndice A

Termo para formação de banco de dados (TFDB)



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA A FORMAÇÃO DE BANCO DE DADOS





Prezado(a) pai/mãe/responsável,

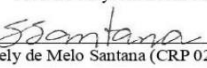
Considerando que o(a) senhor(a) autorizou o aluno(a) a participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE AMBIENTES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E BEM-ESTAR DE ADOLESCENTES” - da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP) sob orientação da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld - assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este Termo, agora, é para pedir a sua autorização para que todas as informações coletadas com o aluno(a) por meio dos questionários possam ser armazenadas em um banco de dados digital, por tempo indeterminado. Isto significa que os questionários, além de ficarem armazenados em papel em nosso laboratório, também têm suas respostas passadas para um computador, formando, assim, nosso banco de dados digital. Isto permite que os dados sejam analisados mais facilmente por nós, pesquisadores do estudo, e que novas pesquisas sejam feitas com os dados deste banco, ajudando a gerar novos conhecimentos sobre os adolescentes brasileiros. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo aluno(a) e que serão armazenadas são estritamente confidenciais, pois os questionários de pesquisa serão identificados com um código. Quaisquer pesquisas e publicações envolvendo estes dados não incluirão nomes ou informações que possam identificá-los(as), garantindo o anonimato do aluno(a) em todo o processo. A responsável por este banco de dados é a coordenadora do estudo Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld.

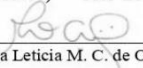
Caso deseje autorizar este processo, basta assinar ao final desta página. No entanto, mesmo que não deseje autorizar o armazenamento dos dados neste banco digital, o aluno(a) poderá participar desta pesquisa (desde que tenha você assinado o TCLE). Além disso, você poderá retirar seu consentimento em qualquer etapa do trabalho, não havendo qualquer prejuízo para ninguém. Pode escolher também se quer ou não ser avisado(a) de cada nova pesquisa utilizando estes dados, que, para seu conhecimento, passará novamente pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, que pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br / (16) 3315-4811/Fax: (16) 3633-2660/Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil. Qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar também poderá ser fornecido pela equipe de pesquisa: Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro (mlmteodoro@hotmail.com), Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (lisboacarol@gmail.com), Profª Drª Suely de Melo Santana (suely.santana09@gmail.com), Mª Maria Leticia Marcondes Coelho de Oliveira (marialeticiamcoliveira@hotmail.com), Mªª Juliana Maltoni Nogueira (julianamaltoni@usp.br) (16) 98830-2598). A Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br (16) 3315-3724/(16) 3315-0197/Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 5 - sala 29 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil.


Atenciosamente,

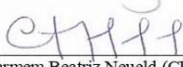

 Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro (CRP 04/16777)


 Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (CRP 07/09205)


 Profª Drª Suely de Melo Santana (CRP 02/8340)


 Mª Maria Leticia M. C. de Oliveira


 Mªª Juliana Maltoni Nogueira (CRP 06/124058)


 Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723)

Autorização para formação de banco de dados da pesquisa “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho e autorizo o armazenamento dos dados do meu aluno(a) em um banco de dados digital. Autorizo também a utilização destes dados em futuras pesquisas, desde que garantido o sigilo de meu filho(a). Declaro que possuo uma via deste Termo que ora autorizo. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Data

Gostaria de ser avisado todas as vezes que os dados do aluno(a) forem utilizados em futuras pesquisas

Contato: _____

Não gostaria de ser avisado quando os dados do aluno(a) forem utilizados em futuras pesquisas

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Prezado(a) pai/mãe/responsável,


Estamos convidando o aluno(a) para participar do projeto de pesquisa “**LEVANTAMENTO DE AMBIENTES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E BEM-ESTAR DE ADOLESCENTES**”, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), sob coordenação da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld. Esta pesquisa será feita por meio de questionários respondidos pelo adolescente e supervisionada pela nossa equipe, na própria escola, que já autorizou este processo. Com essa pesquisa, queremos conhecer melhor comportamentos relacionados a saúde, bem-estar e sintomas depressivos e ansiosos dos adolescentes de 13 e 15 anos, e também o ambiente social em que vivem. Isso será muito importante para um melhor entendimento da realidade e das dificuldades que os jovens enfrentam, podendo ajudar no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas para o bem-estar e saúde adolescente. Esta pesquisa está sendo feita nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande de Sul, Rondônia e Pernambuco, e os dados serão comparados entre elas.

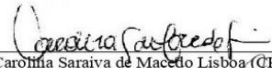
Todas as informações prestadas pelo aluno(a) neste estudo serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a identidade de vocês será sempre mantida em sigilo, em qualquer etapa da pesquisa. Portanto, não serão incluídos nomes ou quaisquer características que possam identificar vocês. Esta pesquisa possui riscos mínimos ao aluno(a), pois alguns assuntos podem causar emoção desconfortável devido às perguntas pessoais abordadas nos questionários. Por isso, nós, psicólogos e estagiários de Psicologia desta equipe, estaremos à disposição para ajudar da melhor forma possível. Se avaliarmos alguma dificuldade importante, relacionada a sintomas de ansiedade e depressão, iremos conversar com o adolescente e com você(s). A participação do aluno(a) nesse estudo é voluntária, não remunerada e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo depois da sua autorização, sem que haja qualquer prejuízo para ninguém. O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: goetp@ffclrp.usp.br/(16) 3315-4811/Fax: (16) 3633-2660/Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

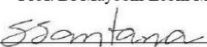
Para seu conhecimento, os questionários que iremos entregar para o aluno(a) contém perguntas sobre comportamentos relacionados a saúde, bem-estar, condição socioeconômica, sintomas depressivos e de ansiedade, sendo eles: Protocolo de Pesquisa “Health Behavior in School-aged Children” (HBSC), “Children’s Depression Inventory” (CDI) e “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS), todos em versão traduzida para o português. As etapas de aplicação, correção e armazenamento destes questionários serão conduzidas somente pela nossa equipe de pesquisa, sob supervisão da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld.

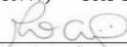
Para autorizar a participação do aluno(a), basta assinar ao final deste documento. Caso não deseje que o aluno(a) participe, sinta-se à vontade para não assinar este Termo. Qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar também poderá ser fornecido pela equipe de pesquisa: Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro (mlmteodoro@hotmail.com), Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (lisboacaro@gmail.com), Profª Drª Suely de Melo Santana (suely.santana09@gmail.com), Mª Maria Leticia Marcondes Coelho de Oliveira (marialeciamcoliveira@hotmail.com), Mª Julia Maltoni Nogueira (julianamaltoni@usp.br/(16) 98830-2598). A Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br/(16) 3315-3724/(16) 3315-0197/Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 5 - sala 29 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil.

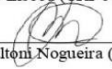
Atenciosamente,

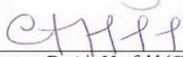

 Prof. Dr Maycoln Leôni Martins Teodoro (CRP 04/16777)


 Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (CRP 07/09205)


 Profª Drª Suely de Melo Santana (CRP 02/8340)


 Mª Maria Leticia M. C. de Oliveira


 Mª Julia Maltoni Nogueira (CRP 06/124058)


 Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723)

Autorização para realização da pesquisa “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho de maneira clara e detalhada, e declaro que autorizo a participação do aluno(a), _____, nesta pesquisa. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora aceito. Sei que a qualquer momento posso revogar este aceite, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Data

Apêndice C

Termo de Assentimento (TA)



TERMO DE ASSENTIMENTO



Prezado(a),


Estamos convidando você para participar do projeto de pesquisa “LEVANTAMENTO DE AMBIENTES SOCIAIS E COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE E BEM-ESTAR DE ADOLESCENTES”, da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP), sob coordenação da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld. Esta pesquisa será feita por meio de questionários respondidos por você e supervisionada pela nossa equipe, em sua própria escola, que já autorizou este processo. Com essa pesquisa, queremos conhecer melhor comportamentos relacionados a saúde, bem-estar e sintomas depressivos e ansiosos de adolescentes de 13 e 15 anos, e também o ambiente social em que vivem. Isso será muito importante para um melhor entendimento da realidade e das dificuldades que vocês enfrentam, podendo ajudar no desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas para o bem-estar e saúde adolescente. Esta pesquisa está sendo feita nos Estados de São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande de Sul, Rondônia e Pernambuco, e os dados serão comparados entre elas.


Todas as informações prestadas por você neste estudo serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a sua identidade será sempre mantida em sigilo, em qualquer etapa da pesquisa, pois não serão utilizados nomes ou quaisquer características que possam identificar você. Esta pesquisa possui riscos mínimos a você, pois alguns assuntos podem trazer emoção desconfortável devido às perguntas pessoais abordadas nos questionários. Por isso, nós, psicólogos e estagiários de Psicologia desta equipe, estaremos à disposição para ajudar da melhor forma possível. Se avaliarmos alguma dificuldade importante, relacionada a sintoma, mas de ansiedade e depressão, iremos conversar com você e com seus pais/responsáveis. A sua participação nesse estudo é voluntária, não remunerada e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo depois da autorização de seus pais e/ou de seu assentimento, sem que haja qualquer prejuízo para ninguém. O Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP -USP pode ser acionado a qualquer momento para esclarecimentos sobre questões éticas da pesquisa, através dos contatos: coetp@ffclrp.usp.br/(16) 3315-4811/Fax: (16) 3633-2660/Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - sala 37 - CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil.

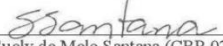
Para seu conhecimento, os questionários que iremos entregar para você responder contém perguntas sobre comportamentos relacionados a saúde, bem-estar, condição socioeconômica, sintomas depressivos e de ansiedade, sendo eles: Protocolo de Pesquisa “Health Behavior in School-aged Children” (HBSC), “Children’s Depression Inventory” (CDI) e “Spence Children’s Anxiety Scale” (SCAS), todos em versão traduzida para o português. As etapas de aplicação, correção e armazenamento destes questionários serão feitas somente pela nossa equipe de pesquisa, sob supervisão da Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld.

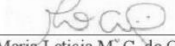
Para participar desta pesquisa, basta assinar ao final deste documento e possuir em mãos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizado pelos seus pais/responsáveis. Caso não deseje participar, sinta-se à vontade para não assinar este Termo. Qualquer dúvida ou esclarecimento que necessitar também poderá ser fornecido pela equipe de pesquisa: Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro (mlmteodoro@hotmail.com), Profª Drª Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (lisboacaro@gmail.com), Profª Drª Suely de Melo Santana (suely.santana09@gmail.com), Mª Maria Leticia Marcondes Coelho de Oliveira (marialeticiamcoliveira@hotmail.com), Mª Juliana Maltoni Nogueira (julianamaltoni@usp.br/(16) 98830-2598). A Profª Drª Carmem Beatriz Neufeld também se disponibiliza através dos contatos: cbneufeld@usp.br/(16) 3315-3724/(16) 3315-0197/Endereço: Departamento de Psicologia (FFCLRP-USP) - Av. Bandeirantes, 3900 – bloco 5 – sala 29 – CEP: 14040-901 - Ribeirão Preto – SP – Brasil.

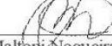
Atenciosamente,



 Prof. Dr. Maycoln Leôni Martins Teodoro (CRP 04/16777)


 Prof. Dr. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa (CRP 07/09205)


 Prof. Dr. Suely de Melo Santana (CRP 02/8340)


 Mª Maria Leticia M. C. de Oliveira


 Mª Juliana Maltoni Nogueira (CRP 06/124058)


 Prof. Dr. Carmem Beatriz Neufeld (CRP 06/93723)

Autorização para realização da pesquisa “Levantamento de ambientes sociais e comportamentos relacionados à saúde e bem-estar de adolescentes”

Eu, _____ (nome legível), declaro que fui informado(a) dos objetivos e procedimentos do trabalho acima de maneira clara e detalhada. Assim, autorizo minha participação nesta pesquisa. Declaro que possuo uma via deste Termo que ora aceito e que meus pais/responsáveis possuem uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando também minha participação. Sei que a qualquer momento posso desistir de participar, sem a necessidade de prestar qualquer informação adicional.

Assinatura do participante

Data

Apêndice D

Inventário de Depressão Infantil (CDI)

CDI – Inventário de Depressão Infantil

Nome: _____

Por favor, responda aos itens assinalando com um "X" a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o exemplo:

- () Eu sempre vou ao cinema
- () Eu vou ao cinema de vez em quando
- () Eu nunca vou ao cinema

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um "X" a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando deve marcar a segunda alternativa. Se for muito raro você ir ao cinema marque a terceira alternativa. Marque só uma alternativa em cada estão.

Seja sincero nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

- 1 - () Eu fico triste de vez em quando.
() Eu fico triste muitas vezes.
() Eu estou sempre triste.
- 2 - () Para mim tudo se resolverá bem.
() Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim.
() Nada vai dar certo para mim.
- 3 - () Eu faço bem a maioria das coisas.
() Eu faço errado a maioria das coisas.
() Eu faço tudo errado.
- 4 - () Eu me divirto com muitas coisas.
() Eu me divirto com algumas coisas.
() Nada é divertido para mim.
- 5 - () Eu sou mau (má) de vez em quando.
() Eu sou mau (má) muitas vezes.
() Eu sou sempre mau (má).
- 6 - () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer.
() Eu temo que coisas ruins aconteçam comigo.
() Eu tenho certeza que coisas ruins acontecerão comigo.
- 7 - () Eu gosto de mim mesmo.
() Eu não gosto muito de mim.
() Eu me odeio.
- 8 - () Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas que acontecem.
() Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa.
() Tudo de ruim que acontece é por minha culpa.
- 9 - () Eu não penso em me matar.
() Eu penso em me matar mas eu não faria isso.
() Eu quero me matar.
- 10 - () Eu sinto vontade de chorar de vez em quando.
() Eu sinto vontade de chorar muitas vezes.
() Eu sinto vontade de chorar todos os dias.
- 11 - () Eu me sinto preocupado de vez em quando.
() Eu me sinto preocupado muitas vezes.
() Eu sempre me sinto preocupado.
- 12 - () Eu gosto de estar com pessoas.
() Muitas vezes eu não gosto de estar com pessoas.
() Eu não quero estar com pessoas de jeito nenhum.

- 13 - () Eu tomo decisões facilmente.
() É difícil para mim tomar decisões.
() Eu não consigo tomar decisões.
- 14 - () Eu tenho boa aparência .
() Minha aparência tem alguns aspectos negativos.
() Eu sou feio (feia).
- 15 - () Fazer os deveres (temas) de casa não é um grande problema para mim.
() Muitas vezes, eu tenho que me pressionar para fazer os deveres de casa.
() Eu sempre tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa.
- 16 - () Eu durmo bem a noite.
() Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites.
() Eu tenho dificuldade para dormir todas as noites.
- 17 - () Eu me canso de vez em quando.
() Eu me sinto cansado muitos dias.
() Eu estou sempre cansado (cansada).
- 18 - () Eu como muito bem.
() Muitas vezes eu não tenho vontade de comer.
() Quase sempre eu não tenho vontade de comer.
- 19 - () Eu não tenho medo de sentir dor nem de adoecer.
() Eu tenho medo de sentir dor e ficar doente muitas vezes.
() Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente.
- 20 - () Eu não me sinto sozinho (sozinha).
() Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes.
() Eu me sinto sozinho (a) sempre.
- 21 - () Eu me divirto na escola muitas vezes.
() Eu me divirto na escola de vez em quando.
() Eu nunca me divirto na escola.
- 22 - () Eu tenho muitos amigos.
() Eu tenho alguns amigos mas gostaria de ter mais.
() Eu não tenho amigos.
- 23 - () Meus trabalhos escolares são bons.
() Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes.
() Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa).
- 24 - () Sou tão bom quanto as outras crianças.
() Se eu quiser, posso ser tão bom quanto as outras crianças.
() Não posso ser tão bom quanto as outras crianças.
- 25 - () Eu tenho certeza que sou amado (a) por alguém.
() Eu não tenho certeza se alguém me ama.
() Ninguém gosta de mim realmente.
- 26 - () Eu sempre faço o que me mandam.
() Eu não faço o que me mandam algumas vezes.
() Eu nunca faço o que me mandam.
- 27 - () Eu não me envolvo em brigas.
() Eu me envolvo em brigas muitas vezes.
() Eu sempre me envolvo em brigas.

