

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM ESTUDANTES ADOLESCENTES

Risk and protection factors of common mental disorder in teenager students

Factores de riesgo y de protección de los trastornos mentales comunes en estudiantes adolescentes

NATHÁLIA TONETTO¹⁶

MARY SANDRA CARLOTTO¹⁷

Resumo: Os fatores de risco e de proteção no crescimento do sujeito podem influenciar no desenvolvimento de transtornos mentais comuns em adolescentes. Este tema é encontrado em estudos nacionais e internacionais que não apresentam um consenso possível de ser generalizado. Esta investigação teve como objetivo avaliar os fatores de risco e de proteção associados aos transtornos mentais comuns em estudantes adolescentes. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico e observacional. A amostra deste estudo foi composta por 302 adolescentes com idade entre 14 e 19 anos pertencentes a duas instituições de ensino em duas cidades distintas do estado do Rio Grande do Sul. Para isto, os participantes se submeteram aos seguintes instrumentos: Questionário Critério Brasil, Questionário Sociodemográfico, Social Support Appraisals (SSA), Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Para a análise de dados utilizou-se a regressão logística. Os resultados revelaram associação significativa das variáveis sexo feminino, algum membro familiar possuir diagnóstico de transtornos mentais comuns, vitimização alta no último ano e vitimização baixa e alta alguma vez na vida e não possuir irmãos com os transtornos mentais comuns.

Palavras-chave: risco; proteção; transtorno mental comum; adolescência.

Abstract: Risk and protection factors during a person's growth may influence the development of common mental disorders in teenagers. Through national and international studies it is possible to find this topic. Nevertheless, they do not present an agreement possible of being widespread. This investigation aims to evaluate the risk and protection factors associated with Common Mental Disorder in teenager students. This is a quantitative, cross-sectional, analytical, and observational study. The sample of this study included 302 adolescents aged between 14 and 19 years, who were students of two educational institutions in two different cities in the state of Rio Grande do Sul. For this, the participants underwent the following instruments: Brazil Criterion Questionnaire, Sociodemographic Questionnaire, Social Support Appraisals (SSA), Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), and Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). For data analysis, logistic regression was used. The results indicate that the variables of female gender, a family member having a diagnosis of common mental disorder, high victimization in the last year, and low and high victimization at some time in life, and not having siblings, are significantly associated with common mental disorders.

Keywords: risk; protection; common mental disorder; adolescence.

Resumen: Los factores de riesgo y de protección en el crecimiento del sujeto pueden influenciar en el desarrollo de trastornos mentales comunes en la adolescencia. A través de diversos estudios nacionales e internacionales es posible encontrar sobre este tema, sin embargo, no presentan un acuerdo que permita la generalización. Este trabajo de investigación tuvo como objetivo evaluar los factores de riesgo y de protección asociados con los trastornos mentales comunes en estudiantes adolescentes. Es un estudio cuantitativo, transversal, analítico y observacional. La muestra de este estudio se compone por 302 adolescentes con edades entre 14 y 19 años que pertenecen a dos instituciones de enseñanza de dos diferentes ciudades del estado de Río Grande del Sur. Para ello, los participantes se sometieron a los siguientes instrumentos: La Encuesta Criterio Brasil, La Encuesta Socio-demográfica, Social Support Appraisals (SSA), Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ), The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). Para el análisis de los datos se utilizó la regresión logística. Los resultados evidencian significativa asociación de las variables sexo femenino, algún miembro familiar poseer el diagnóstico de trastornos mentales comunes, victimización baja y alta en algún momento de la vida y no poseer hermanos con trastornos mentales comunes.

Palabras claves: riesgo; protección; trastornos mentales comunes; adolescencia.

¹⁶ Mestra em Psicologia Clínica/UNISINOS. Rua Restinga Seca, 307. Santa Maria/RS. CEP 97105-330. nathaliatonettopsi@gmail.com. ORCID 0000-0001-9346-4928.

¹⁷ Doutora em Psicologia, Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos/ UNISINOS. Av. Unisinos, 950. São Leopoldo/RS. CEP 93022-000. E-mail: mscarlotto@unisinos.br. ORCID 0000-0003-2336-5224.

Introdução

A saúde mental é entendida como o resultado de diversas relações, incluindo fatores biológicos, psicológicos e sociais (Alves & Rodrigues, 2010). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2001) conceitua saúde mental como decorrente de diferentes aspectos do cotidiano que influenciam o bem-estar dos indivíduos e não somente como a inexistência de transtornos mentais. Para a OMS, variáveis como gênero, classe socioeconômica e diferenças socio-culturais devem ser avaliadas na conceituação de saúde mental. Neste sentido, as variáveis em que o sujeito está e foi exposto desde o início da vida podem influenciar no processo saúde-doença (Arcaya, Arcaya, & Subramanian, 2015). Uma das fases que contempla o desenvolvimento do sujeito é a adolescência. Esta, possui características transicionais de desenvolvimento cerebral, no qual é altamente sensível a estímulos ambientais, sendo eles positivos ou negativos (Johnson, Rii, & Noble, 2016). Além disto, este período é considerado essencial para a constituição da identidade do indivíduo, pois possui diversas possibilidades e desafios para o seu desenvolvimento (Oliveira-Monteiro, Nascimento, Montesano, & Aznar-Farias, 2013). Nesta etapa, também ocorrem transformações nos aspectos, cognitivos, emocionais, sociais (Souza, 2014) e biopsicossociais do sujeito (Macedo & Conceição, 2015). E é em decorrência deste contexto em que o adolescente está inserido que o processo de desenvolvimento esta suscetível a conter problemas relacionados a saúde mental (Moraes, Rosário, & Santos, 2011). Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) da Lei 8.069/90, a adolescência corresponde a sujeitos que possuem idade entre 12 e 18 anos incompletos (Brasil, 1990). Segundo relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) esta é uma fase crítica para o desenvolvimento, com estimativas de que 20% dos adolescentes possuem pelo menos um diagnóstico de transtorno mental. Tais estimativas estão em constante crescimento ao longo dos anos (Unicef, 2011). Outro estudo realizado no Brasil obteve como resultados a prevalência de 30% de transtornos de ansiedade e depressivos na adolescência, identificando maior porcentagem quando relacionado ao sexo e a idade dos participantes (Lopes et al. 2016). Para os autores, participantes do sexo feminino e mais velhos possuíam maior prevalência de transtornos mentais comuns (TMC). Diante disto, entende-se que os TMC se caracterizam por possuir sintomas

como insônia, fadiga, sensação de inutilidade, dificuldade de concentração, esquecimento, irritabilidade e também queixas somáticas inespecíficas que prejudicam a realização de atividades cotidianas do sujeito (Goldberg & Huxley, 1992). A prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes é de aproximadamente uma em cada cinco sofrerem de transtornos mentais (WHO, 2012). Mais especificamente, estudos epidemiológicos demonstram que metade de todos os casos de transtornos mentais ao longo da vida começam aos 14 anos de idade, e o baixo nível socioeconômico na infância foi associado ao aumento destas desvantagens na saúde (Kessler et al., 2005). Adolescentes que estão inseridos em um baixo nível socioeconômico são mais suscetíveis a possuir múltiplos desfechos de saúde, como redução da expectativa de vida, aumento do risco de doença cardíaca e transtornos mentais (Ridout et al., 2018). Uma evidência da associação entre exposição de eventos adversos na infância e o desenvolvimento de psicopatologias provém de um estudo realizado por Felitti et al. (1998), que avaliou a relação da exposição a situações adversas precoces na infância e o desfecho na saúde mental durante o desenvolvimento do sujeito. Este estudo incluiu 13.494 participantes, e mostrou que o risco para depressão aumenta de uma maneira dose-dependente conforme o número relatado de experiências adversas na infância (maus-tratos, pobreza, violência urbana, etc.). A exposição a um ou mais eventos adversos na infância contribui para o aumento em 67% do risco de tentativas de suicídio, por exemplo. Além disso, a mesma pesquisa identificou que aquelas pessoas que relataram terem sido expostas a mais de cinco formas de adversidade durante a infância tinham quase oito vezes mais chance de desenvolverem transtornos aditivos na vida adulta e quase dez vezes mais chances de usarem alguma droga antes dos 14 anos de idade (Felitti et al., 1998). Em um estudo Gauy e Rocha (2015) retratam que não há variáveis concretas para compreender a origem exata das psicopatologias, no entanto verificou-se que condições ambientais e individuais podem ser consideradas como decisivas na construção de problemas psicopatológicos na adolescência. A psicopatologia do desenvolvimento não se restringe em avaliar e pesquisar as causas e indícios de consequências patológicas isoladamente, avalia-se a interação entre ambos para compreender o surgimento e permanência de comportamentos desadaptativos (Cicchetti & Cohen, 2006). Sendo assim, os autores referem que, ao

identificar as possíveis causas, pode-se conhecer como os fatores de risco podem influenciar características psicopatológicas. Assim, a elaboração do diagnóstico de psicopatologias a ser realizado a partir de quais fatores de risco ou de proteção o sujeito está exposto no seu desenvolvimento (Gauy & Rocha, 2015). Relacionado aos fatores de risco, um estudo realizado por Sellers e Shelton (2003) identificou fatores de risco associados ao desenvolvimento de TMC como o baixo nível socioeconômico, discriminação e racismo. Outro estudo sobre o tema identificou fatores como idade e sexo (Lerner & Galambos, 1998). Assim, entende-se, que quanto maior a idade maior é a probabilidade de adotar comportamentos de risco. Quanto ao fator sexo, reconhece-se que o surgimento de psicopatologia em mulheres é mais comum quando comparado aos homens (*World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation*, 2014). Quanto aos fatores de proteção ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns, eles possuem relação com a forma que o sujeito constituiu-se socialmente e com os aspectos que o auxiliaram em seu desenvolvimento subjetivo (Sakuramoto, Squassoni, & Matsukura, 2014). Este estudo considerou o apoio social como fator de proteção, relatando a relação entre apoio social e a saúde mental, no estudo, considerou-se a família, amigos e professores como apoio social. Assim, a qualidade destas relações de apoio social percebidas como positivas pelos adolescentes apresenta-se superior que a quantidade das relações. O presente estudo de delineamento quantitativo, observacional analítico, transversal teve como objetivo verificar os fatores de risco e de proteção associados aos TMC em adolescentes. A Tabela 1 apresenta as variáveis em estudo e expectativas de resultados.

Tabela 1: Variáveis em estudo e expectativas de resultados

Variáveis	Com TMC	Sem TMC	Referências
Sexo feminino	+	-	Lopes et al., 2016
Baixo nível socioeconômico	+	-	Sellers & Shelton, 2003
Discriminação e racismo	+	-	Sellers & Shelton, 2003
Maior idade	+	-	Lerner & Galambos, 1998
Apoio social (Amigos, família, professores e apoio geral)	-	+	Sakuramoto et al., 2014

Método

Participantes

A amostra deste estudo foi composta por 302 adolescentes matriculados em duas escolas localizadas em cidades distintas da região central do Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada no período entre outubro e dezembro de 2019. Uma, trata-se de uma instituição de ensino federal, com aproximadamente 900 alunos matriculados e a outra uma instituição de ensino privada, composta por 237 alunos. Cerca de (22,1%) dos alunos da instituição federal e (43,4%) da instituição privada participaram da pesquisa. A maioria da amostra (65,9%) encontrava-se vinculada a instituição de ensino federal. Em relação ao ano escolar, o maior número concentrou-se no primeiro ano do ensino médio (38,4%). A maioria dos participantes foi composta por adolescentes do sexo feminino (57,9%) e com idade média de 16,73 anos (DP= 1,18), variando entre 14 e 19 anos, com maior número de participantes possuindo 18 anos (30%). Quanto à variável cor ou raça, a maioria dos participantes considera-se branco (80,3%). Da amostra, 85% dos participantes possuem irmãos. E 97,7% não possui filhos. Quanto as características psicológicas do estudo, 43% da amostra já frequentou ou frequenta atendimento psicológico, sendo que 15,2% possui um diagnóstico e 7,0% faz uso de medicação. Quanto aos familiares possuem algum diagnóstico, 35,7% relataram que sim e 34,9% fazem uso de medicação psiquiátrica contínua.

Instrumentos

Para a realização deste estudo foi utilizado instrumentos autoaplicáveis, visando coletar diferentes dados para alcançar o objetivo deste estudo. A partir disto, utilizou-se:

1) Questionário sociodemográfico: o instrumento foi construído para a realização deste estudo. Tem como objetivo coletar informações exploratórias para caracterizar a amostra. Dentre as questões realizadas, foram utilizadas na análise: sexo, participante ou algum familiar próximo possuir algum diagnóstico psiquiátrico e o uso de alguma medicação psiquiátrica contínua por parte dos familiares.

2) Questionário Critério Brasil, utilizado para avaliar o nível socioeconômico dos participantes (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2016). A

partir do questionário avaliou-se quatro aspectos. O primeiro, avaliou itens de conforto como por exemplo a quantidade de geladeiras, fornos de micro-ondas e a quantidade (não possui, 1, 2, 3, 4+) em seu domicílio. O segundo, fonte da água utilizada no domicílio. O terceiro, característica da rua em que o domicílio se encontra. O quarto e último aspecto avaliou o grau de instrução do proveniente da maior parte da renda da família. A partir destes aspectos torna-se possível classificar os participantes em cinco classes, duas delas são subdivididas e duas aglutinadas. Os dados distribuíram-se da seguinte maneira: A (16,9%) B1 (21,2%), B2 (30,2%), C1 (18,7%), C2 (11,9%) e D-E (1,1%). Considera-se o estrato socioeconômico A com maior renda média domiciliar e menor o D-E. Neste estudo, o valor do alfa de Cronbach foi de 0,62.

3) *Social Support Appraisals* (SSA), questionário que busca analisar apoio social percebido pelos participantes. Foi desenvolvido por Vaux et al. (1986) e adaptado para o Brasil por Squassoni, Matsukura e Pinto (2014). É composto por 30 questões que avaliam a percepção do apoio social que se subdivide em quatro dimensões: Amigos (sete itens, $\alpha = 0,72$), Família (oito itens, $\alpha = 0,57$), Professores (sete itens, $\alpha = 0,79$) e Apoio geral (oito itens, $\alpha = 0,61$). A escala SSA é do tipo *Likert* de um ponto (discordo totalmente) à seis pontos (concordo totalmente). A partir da soma dos valores ocorre a variância de no mínimo 30 e no máximo 180 para o apoio total. As subescalas família e apoio geral variam entre oito e 48 e as subescalas professores e amigos variam de sete a 42. O Alfa de Cronbach da escala original foi de 0,74 (Squassoni et al., 2014). O valor do Alfa de Cronbach deste estudo foi de 0,92.

4) *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ), este instrumento foi desenvolvido por Finkelhor, Hamby, Ormrod e Turner (2005) com o objetivo de avaliar as diferentes formas de vitimização contra crianças e adolescentes nos últimos 12 meses (Anexo C). O instrumento foi validado para o Brasil por Faria e Zanini (2011). O JVQ pode ser utilizado com sujeitos que possuem entre oito e 17 anos de idade. É composto por 34 questões subdivididas em cinco módulos: crime convencional (oito itens, $\alpha = 0,61$), maus tratos na infância (quatro itens, $\alpha = 0,39$), vitimização entre pares (cinco itens, $\alpha = 0,55$), vitimização sexual (oito itens, $\alpha = 0,51$) e testemunho e vitimização indireta (nove itens, no estudo original não foi calculado o valor de Alfa para esta dimensão). O coeficiente Alfa de

Cronbach calculado foi 0,80 (Finkelhor et al., 2005). Os valores de Alfa de Cronbach deste estudo foi de 0,78 para vitimização alguma vez na vida e 0,82 para vitimização nos últimos 12 meses.

5) *The Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) trata-se de um questionário de capacidades e dificuldades. Este, foi desenvolvido com intuito de rastrear problemas relacionados a saúde mental infantil (Goodman, 1997). O instrumento foi validado para o Brasil por Fleitlich, Cortazar e Goodman (2000) e apresenta três versões, de autoaplicação, dos pais e dos professores. Para a realização deste estudo foi utilizada a versão auto aplicada. O SDQ é um questionário formado por 25 questões divididas em cinco subescalas: problemas no comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento. Para responder o questionário é necessário escolher entre as opções de resposta: falso, verdadeiro e mais ou menos verdadeiro. Cada resposta possui um valor específico de zero (0) a dez (10) pontos. O resultado final pode variar de zero a 40 pontos. A partir disto, o somatório da pontuação referente as cinco subescalas proporciona a classificação em três categorias relacionada a saúde mental: desenvolvimento normal (N - zero a 13 pontos), limítrofe (L - 14 a 16 pontos) e anormal (A - 17 a 40 pontos). A consistência interna, avaliada pelo coeficiente de Cronbach deste estudo foi de 0,58.

6) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), tem como objetivo detectar sintomas de algum tipo de transtorno mental e não o de definir um diagnóstico específico (Santos, Araújo, Pinho, & Silva, 2010; Anexo E). O instrumento foi desenvolvido pela OMS e foi validado para o Brasil por Mari e Willians (1986). É composto por 20 itens de rastreio de transtornos mentais não-psicóticos. As respostas possuem caráter dicotômico (sim ou não), para cada resposta positiva pontua-se um. Ao final soma-se estes valores para avaliar a presença ou não de transtornos mentais, esses valores variam de zero (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). Os participantes considerados suspeitos de TMC foram os adolescentes que responderam a sete ou mais perguntas positivamente, de acordo com o estudo de Santos et al. (2010). O coeficiente Alfa de Cronbach calculado foi 0,86 (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008). O coeficiente Alfa de Cronbach neste estudo foi de 0,85.

Procedimento de coleta de dados

Para a realização de coleta de dados, inicialmente foi realizado contato com os responsáveis pelas duas instituições de ensino para apresentar o objetivo deste estudo. Após a aprovação dos responsáveis, foi acordado com ambas as instituições qual seria a melhor estratégia para que fossem realizados os convites aos participantes e a aplicação dos instrumentos, visando não prejudicar o desempenho escolar dos alunos. A partir disto, tanto o convite para a pesquisa quanto o preenchimento dos questionários foram realizados de forma coletiva e presencial, contando com a participação da pesquisadora em tempo integral. Sendo assim, foi utilizado aproximadamente 15 minutos de um período para a realização do convite e também a entrega dos documentos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE) e o (Termo de Assentimento, TALE) aos participantes. Em um outro dia, já pré-estabelecido no convite foi realizado a aplicação dos questionários. Além disto, alguns horários extras foram disponibilizados para os alunos que não estavam presentes no dia ou que haviam esquecido a documentação. O tempo para o preenchimento dos questionários foi, em média, de 50 minutos e contou com a colaboração dos professores para disponibilizar este tempo e também com a estrutura física cedida pelas instituições. O intervalo utilizado para a realização da coleta deu-se de outubro a dezembro de 2019, em ambas as escolas.

Considerações éticas

O estudo possui aprovação do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos) sob o número CAAE: 20086619.7.0000.5344. Os participantes com menos de 18 anos necessitavam ter a autorização dos responsáveis legais (TCLE) e o (TALE). Os participantes que possuíam mais de 18 anos, somente o TCLE. No momento do convite, os participantes foram informados sobre como acessar os resultados da pesquisa e sobre a opção de participar ou não do estudo e da possibilidade de desistir a qualquer instante da pesquisa.

Procedimentos de análise de dados

Para a realização da análise dos dados, foi necessário a criação e o preenchimento de um banco

de dados analisado por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22.0). Inicialmente, foram realizadas análises descritivas dos instrumentos utilizados com intuito de descrever e caracterizar a amostra.

A correção dos instrumentos utilizados para a coleta de dados foi feita de diferentes formas. Alguns instrumentos utilizados possuem codificações específicas e pré-estabelecidas quanto aos valores de cada alternativa marcada. Para o questionário sociodemográfico desenvolvido para esta pesquisa, fora empregado respostas dicotômicas, no qual o número zero foi codificado para respostas negativas e número um para a respostas positivas. Em decorrência do número de variáveis preditoras de TMC, a análise foi inicialmente separada em quatro blocos com temáticas semelhantes. Bloco 1 – Variáveis sociodemográficas; Bloco 2 - Variáveis comportamentais e laborais; Bloco 3 - Variáveis de histórico de estado psicológico do participante ou/e de algum familiar; Bloco 4 - Variáveis como classe social, capacidades e dificuldades, vitimização e apoio social percebido. Os quatro blocos de variáveis independentes foram analisados com a variável dependente através da regressão logística. A variável de desfecho considerada são os TMC, que foi avaliada através do questionário SRQ-20. Para considerar como positivo a presença de TMC nos participantes, considerou-se que o participante tenha marcado a alternativa positiva em oito ou mais questões. O ponto de corte foi estabelecido com base em dois estudos de validação do instrumento no Brasil (Gonçalves et al., 2008; Mari & Williams, 1986). A etapa seguinte consistiu em construir um modelo final, a partir da análise de regressão logística bivariada. O modelo está composto pelas variáveis independentes que atenderam ao critério $p < 0,200$. Para avaliar se a relação das variáveis no modelo podem ser consideradas aceitáveis, utilizou-se dos testes de qui-quadrado, verossimilhança log - 2 e R^2 Cox & Snell e R^2 Nagelkerke. Eles indicaram relação das variáveis do modelo e que suas medidas de qualidade de ajuste podem ser consideradas aceitáveis.

Resultados

Para a exposição dos resultados, utilizou-se de diferentes tabelas. Estas, encontram-se ao final deste estudo. A Tabela 2, verifica-se que variável sexo foi a única que demonstrou associação significativa com o TMC. Apresentando assim, 4 vezes mais chances de desenvolver TMC do que os participantes do sexo masculino desta pesquisa.

Tabela 2: Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis descritivas da amostra

Variáveis	Classificação do TMC		Modelo univariado	
	Sem transtorno	Com transtorno	OR (IC95%)	p-valor
Sexo				<0,001
Masculino	81(61,4%)	40 (25,6%)	1	
Feminino	51 (38,6%)	116 (74,4%)	4,61(2,79-7,61)	
Cor				0,978
Branca	104 (80,0%)	125 (80,1%)	1	
Não branca	26 (20,0%)	31 (19,9%)	0,99(0,55-1,78)	
Ano na escola				0,732
Primeiro	50(37,9%)	63(40,4%)	1	
Segundo	40(30,3%)	50(32,1%)	0,99(0,57-1,73)	
Terceiro	42(31,8%)	43(27,6%)	0,81(0,46-1,43)	
Possui irmãos?				0,124
Não	15(11,5%)	28(17,9%)	1	
Sim	116(88,5%)	128(82,1%)	0,59(0,30-1,16)	
Possui filhos?				0,874
Não	128(97,7%)	151(97,4%)	1	
Sim	3(2,3%)	4(2,6%)	1,13(0,25-5,14)	
Com quem mora				0,981
Pais	62(47,0%)	75(48,1%)	1	
Familiares	23(17,4%)	27(17,3%)	0,92(0,51-1,86)	
Outras situações	47(35,6%)	54(34,6%)	0,95(0,58-1,59)	
Escola				0,732
Pública	88(66,7%)	101(64,7%)	1	
Privada	44(33,3%)	55(35,3%)	1,09(0,67-1,77)	

Tabela 3: Distribuição dos adolescentes, segundo as variáveis de histórico do estado psicológico seu e familiar, Santa Maria, 2020

Variáveis	Classificação do TMC		Modelo univariado	
	Sem transtorno	Com transtorno	OR (IC95%)	p-valor
Frequenta ou já frequentou atendimento psicológico				<0,001
Não	88(68,2%)	73(47,1%)	1	
Sim	41(31,8%)	82(52,9%)	2,41(1,48-3,92)	
Possui algum diagnóstico psicológico ou psiquiátrico?				<0,001
Não	125(94,7%)	119(76,3%)	1	
Sim	7(5,3%)	37(23,7%)	5,55(2,38-12,94)	
Uso de medicação psiquiátrica contínua?				0,001
Não	129(98,5%)	135(88,2%)	1	
Sim	2(1,5%)	18(11,8%)	8,60(1,96-37,80)	
Algum membro familiar possui diagnóstico psicológico ou psiquiátrico?				<0,001
Não	100(75,8%)	85(55,2%)	1	
Sim	32(24,2%)	69(44,8%)	2,54(1,52-4,22)	
Algum membro familiar faz uso de medicação psiquiátrica contínua?				0,001
Não	99(75,6%)	90(57,7%)	1	
Sim	32(24,4%)	66(42,3%)	2,27(1,36-3,78)	

Na Tabela 3 avaliou-se as variáveis relacionadas a aspectos psicológicos e psiquiátricos dos participantes e/ou de seus familiares. A partir disto, identifica-se que as variáveis estão relacionadas ao desenvolvimento de TMC. Ressalta-se que, nesta tabela,

o histórico familiar de transtornos mentais e uso de medicação psiquiátrica mostraram associação significativa com o TMC.

Os resultados apresentados na Tabela 4 estão relacionadas as variáveis analisadas pelos

Tabela 4: Distribuição dos adolescentes, segundo as variáveis: classe social, dificuldades, vitimização e apoio, Santa Maria, 2020

Variáveis	Classificação do TMC		Modelo univariado	
	Sem transtorno	Com transtorno	OR (IC95%)	p-valor
Classe social				0,012
A	30(24,4%)	16(11,0%)	1	
B1	30(24,4%)	29(20,0%)	1,81(0,82-4,00)	
B2	32(26,0%)	49(33,8%)	2,87(1,35-6,09)	
C	31(25,2%)	51(35,2%)	3,08(1,45-6,55)	
SDQ - dificuldades				<0,001
Normal /Limítrofe	33(27,5%)	13(9,0%)	1	
Anormal	87(72,5%)	131(91,0%)	3,82(1,90-7,67)	
Jvq - Alguma vez na vida				<0,001
Sem vitimização	31(28,2%)	10(8,6%)	1	
Baixa	53(48,2%)	47(40,5%)	2,80(1,37-5,74)	
Alta	26(23,6%)	59(50,9%)	7,20(3,39-15,29)	
Jvq - último ano				<0,001
Sem vitimização	74(72,5%)	48(43,6%)	1	
Baixa	25(24,5%)	45(40,9%)	2,75(1,22-6,20)	
Alta	3(2,9%)	17(15,5%)	7,03(3,00-16,44)	
SSA_família				0,909
≤9	34(27,0%)	43(28,7%)	1	
Maior que 9 e ≤13	28(22,2%)	36(24,0%)	1,02(0,52-1,98)	
Maior que 13 e ≤18,50	29(23,0%)	35(23,3%)	0,95(0,49-1,86)	
Maior que 18,50	35(27,8%)	36(24,0%)	0,81(0,43-1,55)	
SSA_Amigos				0,517
≤11	36(28,1%)	35(23,2%)	1	
Maior que 11 e ≤15	39(30,5%)	41(27,2%)	1,08(0,57-2,05)	
Maior que 15 e ≤19	27(21,1%)	42(27,8%)	1,60(0,82-3,13)	
Maior que 19	26(20,3%)	33(21,9%)	1,30(0,65-2,61)	
SSA_professores				0,076
≤15	42(33,3%)	37(24,2%)	1	
Maior que 15 e ≤19	37(29,4%)	35(22,9%)	1,07(0,57-2,03)	
Maior que 19 e ≤23	25(19,8%)	44(28,8%)	2,00(1,032-3,87)	
Maior que 23	22(17,5%)	37(24,2%)	1,91(0,96-3,80)	
SSA_Outros				0,617
≤16	39(31,0%)	36(24,2%)	1	
Maior que 16 e ≤20	27(21,4%)	38(25,5%)	1,52(0,78-2,98)	
Maior que 20 e ≤24	30(23,8%)	36(24,2%)	1,30(0,67-2,52)	
Maior que 24	30(23,8%)	39(26,2%)	1,41(0,73-2,72)	
SSA_Geral				0,607
≤55	31(27,0%)	33(23,6%)	1	
Maior que 55 e ≤67	33(28,7%)	34(24,3%)	0,97(0,49-1,92)	
Maior que 67 e ≤84	24(20,9%)	38(27,1%)	1,49(0,73-3,02)	
Maior que 84	27(23,5%)	35(25,0%)	1,22(0,60-2,46)	

instrumentos, Questionário Critério Brasil (classe social), SDQ (questionário de capacidades e dificuldades), JVQ (vitimização) e SSA (apoio social percebido). Observa-se que existe associação significativa da classe social com TMC, as classes B e C apresentam maior risco de desenvolver TMC se comparado com a classe A. Além disso, identifica-se que os alunos com um índice anormal de dificuldades (SDQ) 131 (91,0%) está associado significativamente a ter mais risco de desenvolver TMC do que os que tem índice normal ou limítrofe 13 (9,0%). Já, quando avaliada a questão de sofrer algum tipo de violência, no último ano ou alguma vez na vida, observa-se que os adolescentes com vitimização baixa ou alta tem uma chance maior de risco de TMC se comparados aos adolescentes sem vitimização. Ainda, verifica-se que ao avaliar o apoio social (família, amigos, professores e apoio geral) não existiu associação com o desenvolvimento de TMC.

A Tabela 5 apresenta o modelo final das variáveis que atenderam ao critério $p < 0,200$. Inicialmente ele

foi composto pelas variáveis: Sexo (masculino/feminino); possui irmãos? (Sim/não); durante o período em que não está em aula: Atividades domésticas (não/sim); algum membro familiar possui diagnóstico psicológico ou psiquiátrico? (não/sim); algum membro familiar faz uso de medicação psiquiátrica continua? (não/sim); Classe social (A/ B1/ B2/ C ou D ou E), SDQ – dificuldades (Normal ou limítrofe/anormal); Jvq – Alguma vez na vida (sem vitimização/baixa/alta); Jvq – no último ano (sem vitimização/baixa/alta) e SSA, professores (≤ 15 / Maior que 15 e ≤ 19 / Maior que 19 e ≤ 23 / Maior que 23). A partir disso, observa-se que, na Tabela 5, as variáveis presentes no modelo final, como fatores preditores dos TMC, foram, o sexo feminino, algum membro familiar possuir diagnóstico de TMC, vitimização alta no último ano e vitimização baixa e alta alguma vez na vida e não possuir irmãos. Através da análise de regressão logística das variáveis independentes com a variável dependente, apresentou-se a prevalência de 54,2% com TMC.

Tabela 5: Modelo multivariado de regressão logística para os TMC, Santa Maria, 2020

Variáveis independentes	Coeficiente de regressão			Odds Ratio Ajustado			
	B _{bruto}	S.E.	Sig.	OR _{aj}	IC95%	Chances	
Sexo							
Sexo feminino	1,96	0,38	<0,001	7,13	3,39	14,98	6,13
Membro familiar possui diagnóstico de TMC	0,90	0,738	0,019	2,45	1,16	5,19	1,45
JVQ – último ano							
Baixa	0,618	0,438	0,158	1,85	0,79	4,38	-
Alta	2,12	0,838	0,011	8,32	1,61	43,01	7,32
JVQ – alguma vez							
Baixa	1,227	0,518	0,018	3,41	1,24	9,41	2,41
Alta	1,674	0,649	0,010	5,33	1,49	19,04	4,33
Não possuir irmãos	1,27	0,512	0,013	3,55	1,30	9,68	2,55

Discussão

O presente estudo buscou avaliar os fatores de risco e de proteção associados aos TMC em adolescentes. Para alcançar o objetivo deste estudo, os dados foram discutidos a partir das variáveis independentes que obtiveram associações significativas com a variável dependente (TMC). As variáveis que possuíram associações significativas foram; sexo feminino, membro familiar possuir diagnóstico de TMC, vitimização alta no último ano e vitimização baixa e alta alguma vez na vida e não possuir irmãos. Quanto

a variável sexo, verificou-se que o sexo feminino possui maior incidência de apresentar TMC. Neste estudo, o sexo feminino apresentou quatro vezes mais chances de desenvolver TMC que o sexo masculino. O resultado para esta variável também foi encontrado em outros estudos em que adolescentes do sexo feminino apresentaram maior prevalência de TMC (Marques, Legal, & Hofelmann, 2012; Lopes et al., 2016; Ribeiro, Correa, Oliveira, & Cade, 2020). Monteiro et al. (2020) corroborou os resultados encontrados. Para os autores, a prevalência do sexo feminino pode ser explicada através de um viés biológico, no

qual ele pode explicar as alterações emocionais originadas através das mudanças corporais desta fase do desenvolvimento humano. Outros fatores considerados para justificar a maior prevalência do sexo feminino, é do escopo social (Campagna & Souza, 2006) e de gênero (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015). No primeiro aspecto, considera-se a idealização do corpo feminino e os sentimentos de insatisfação e frustração frente ao corpo como justificativa. No segundo, considera-se os serviços domésticos como limpeza da casa, cozinhar podem ser de responsabilidade feminina antes da fase adulta, o que pode contribuir com os resultados de TMC serem maiores. A variável “membro familiar possuir diagnóstico de TMC” também apresentou associação significativa com a variável de desfecho. Este dado foi confirmado em um estudo realizado por Vicente et al. (2012) que buscou identificar a prevalência de transtornos mentais em adolescentes, encontrou-se associação significativa entre a presença de transtorno mental na família e a amostra. Em outro estudo, refere que a associação destas variáveis não depende do sexo do genitor e da prole, a probabilidade do filho possuir transtorno mental aumenta quando os dois familiares possuem diagnóstico (McLaughlin et al., 2012). Assim, entende-se que a associação entre as variáveis esteja associada a demanda emocional necessária para cuidar do familiar com TMC como também a presença de fatores hereditários e genéticos (Dachew, Azale Bise-tegn, & Berhe Gebremariam, 2015). Quanto a estes fatores, entende-se que a manifestação de TMC ocorre em decorrência de conjunto de genes. Estes, para os autores, resultam em um complexo modelo fisiopatológico de transmissão genética dos pais para os filhos e que pode perdurar durante o desenvolvimento, incluindo a infância e adolescência (Michelon & Vallada, 2005). Quanto a demanda emocional frente a necessidade do cuidado com diagnóstico dos pais, entende-se que os filhos possuem maior probabilidade de apresentar sintomas emocionais e de comportamento quando estes também são apresentados pelos pais (Hess & Falcke 2013). Assim, acredita-se que os filhos com o contato com os genitores e visualizando como os sintomas são apresentados por eles pode ocorrer, através do modelo e da imitação, a reprodução destes comportamentos. Estes fatores podem ser considerados como fonte de transmissão de TMC (McLaughlin et al., 2012). A partir disto, considera-se que o risco da prole possuir TMC, cujos pais possuem diagnóstico é duas vezes maior do que

os filhos em que os pais não possuem diagnóstico (Ribeiro, Bastos-Pereira, & Maia, 2016). Neste estudo, a presença positiva da variável vitimização alta no último ano e vitimização baixa e alta alguma vez na vida apresentou associação significativa com o desenvolvimento de TMC em adolescentes. Se faz necessário avaliar e compreender as diferentes vitimizações e como elas se relacionam entre si (Finkelhor et al., 2005). O termo vitimização é definido como situações negativas vivenciadas pelo sujeito e que foram proporcionadas por outra pessoa. Sendo assim, a vitimização é caracterizada como a violência sofrida pelo sujeito (Finkelhor, 2007).

Frente a isto, um estudo realizado por Turner, Finkelhor & Ormrod (2010) refere que exposição à violência pode acarretar prejuízos na percepção positiva dos adolescentes quanto ao apoio interpessoal. É a partir deste déficit da interação interpessoal que pode contribuir com desenvolvimento dos sintomas de TMC. Por fim, neste estudo, o fato de o participante da pesquisa não possuir irmão(s) foi associado significativamente ao desenvolvimento de TMC. Ao investigar o papel dos membros de uma família, um estudo desenvolvido por Bassuk, Mickelson, Bissel e Perloff, (2002) ressaltou a importância da relação fraternal como proteção para o desenvolvimento negativo de saúde mental. Para os autores, quando os pais não conseguem suprir as necessidades emocionais de um dos filhos, o irmão pode desenvolver este papel. Segundo Howe e Rinaldi (2004), destina-se ao irmão mais velho suprir esta necessidade de cuidado ao irmão mais novo, quando ocorre a falha da postura dos pais ou estresse.

Conclusão

Os resultados deste estudo indicaram que os fatores de risco que possuíam associação significativa com o desenvolvimento de TMC na amostra estudada são: sexo feminino, a presença de diagnóstico de TMC em algum membro familiar, não possuir irmão(s) e a vitimização nos últimos 12 meses ou alguma vez na vida. Estes fatores compuseram o modelo preditivo para maior prevalência de TMC na amostra estudada. Quanto as variáveis relacionadas aos fatores de proteção, avaliada como apoio social percebido pelos adolescentes, não apresentaram associação significativa com a variável desfecho, não estando presente no modelo final analisado por este estudo. Quanto ao estudo, é importante destacar suas forças,

limitações e sugestões. Quanto as forças, destaca-se o uso de diferentes instrumentos para a coleta de dados. Os instrumentos utilizados nesta pesquisa possuem adaptação e validação no cenário brasileiro e internacional. Com a utilização dos instrumentos tornou-se possível avaliar variáveis que não estavam presentes nas hipóteses iniciais, como por exemplo a variável relacionada a possuir irmão (s). Em relação as limitações e sugestões deste estudo, destaca-se o fato de que a pesquisa possui um delineamento transversal, o qual não permite avaliar a relação de causalidade entre as variáveis. Outro fato limitante desta pesquisa refere-se aos locais em que os participantes foram acessados. As escolas no qual ocorreu a coleta de dados encontra-se em duas cidades distintas, com características populacionais diferentes.

A partir disto, sugere-se que para a realização de uma nova pesquisa acerca do tema as duas escolas encontrem-se em uma localidade com características populacionais semelhantes. A partir dos dados expostos e encontrados neste estudo, destaca-se a importância da realização de mais estudos com a população da amostra. Espera-se que a partir dos dados encontrados e do objetivo desta pesquisa, possa influenciar e indagar pesquisadores a realizar novas pesquisas sobre o tema e em diferentes contextos além do escolar. Destaca-se que reconhecer com mais clareza os fatores de risco que se associam ao desenvolvimento de TMC pode gerar ações de enfrentamento para a população estudada afim de prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais comuns em adolescentes.

Referências

- Alves, A. A., & Rodrigues, N. F. (2010). Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. *Rev Port Sau. Pub.*, 28(2), 127-131. doi:10.1016/S0870-9025(10)70003-1.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts and theories. *Global Health Action*, (8). doi:10.3402/gha.v8.27106.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2016). *Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016*. São Paulo: ABEP. Retrieved from <http://www.abep.org.br>.
- Bassuk, E. L., Mickelson, K. D., Bissel, H. D. & Perloff, J. N. (2002). Role of kin and nonkin support in the mental health of low-income women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 39-49. doi:10.1037/0002-9432.72.1.39.
- Brasil. (1990). Estatuto da criança e do adolescente. *Lei Federal 8.069/1990*. Brasília (DF): Gráfica do Senado.
- Campagna, V. N., & Souza, A. S. L. de. (2006). Corpo e imagem corporal no início da adolescência feminina. *Boletim de Psicologia*, 55(124), 9-35.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Ed.) (2006). *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaptation*. (2 ed.) New York, NY: Wiley.
- Dachew, B. A., Azale Bisetegn, T., & Berhe Gebremariam R. (2015) Prevalence of Mental Distress and Associated Factors among Undergraduate Students of University of Gondar, Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Institutional Based Study. *PLoS ONE*, 10(3). doi:10.1371 / journal.pone. 0119464.
- Faria, M. R. G. V. & Zanini, D. S. (2011). *Análise da Compreensão dos Itens do Questionário de Vitimização (JVQ) após Tradução para o Português*. Trabalho apresentado como Pôster, 63a Reunião Anual da SBPC, Goiânia, UFG. Retrieved from <http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/resumos/resumos/6155.htm>.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797 (98) 00017-8.
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: the comprehensive study of childhood victimizations. In Davis, R. C., Luirigio, A. J., & Herman, S. (Org.). *Victims of crime* (3.ed., pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse and Neglect*, 29(4), 383–412. doi:10.1016/j.chiabu.2004.11.001.
- Fleitlich, B., Cortazar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infancia rev. neuropsiquiatr. infanc. adolesc.*,8(1), 44-50.
- Gauy, F. V., & Rocha, M. M. (2015). Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. *Temas Em Psicologia*, 22(4), 783–793. doi:10.9788/tp2014.4-09.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders: A bio-social model*. London, Inglaterra: Routledge. doi: 10.1002/smi.2460080416.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 380-390. doi:10.1590/S0102311X2008000200017.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb 01545.x.

- Hess, A. R. B., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*, 18(2), 263-276. doi:10.1590/S1413-82712013000200010.
- Howe, N., & Rinaldi, C. M. (2004). 'You be the big sister': Maternal-preschooler internal state discourse, perspective-taking, and sibling caretaking. *Infant and Child Development*, 13(3), 217-234. doi:10.1002/icd.350.
- Johnson, S. B., Rii, J. L., & Noble, K. G. (2016). State of the Art Review: Poverty and the Developing Brain. *Pediatrics*, 137(4). doi:10.1542/peds.2015-307.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Lerner, R. M. & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual Reviews Psychology*, 49, 413-446. doi:10.1146/annurev.psych.49.1.413.
- Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M. B., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Rev Saúde Pública*. 50(suppl 1), 14s. doi:10.1590/s01518-8787.2016050006690.
- 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. doi:10.1590/1982-3703000552014.
- Mari, J. J., & Williams, P. (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26. doi:10.1192/bjpp.148.1.23.
- Marques, F. A., Legal, E. J., & Hofelmann, D. A. (2012). Insatisfação corporal e transtornos mentais comuns em adolescentes. *Rev Paul Pediatría*, 30(4), 553-561. doi:10.1590/S0103-05822012000400014.
- McLaughlin, K. A., Gadermann, A. M., Hwang, I., Sampson, N. A., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., & Kessler, R. C. (2012). Parent psychopathology and offspring mental disorders: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 200(4), 290-299. doi:10.1192/bjpp.111.101253.
- Michelon, L., & Vallada, H. (2005). Genetic and environmental factors in bipolar disorder. *Archives of Clinical Psychiatry*, 32(supl.1), 21-27. doi:10.1590/S0101-60832005000700004.
- Monteiro, D. da S., Martins, R. D., Gomes, N. P., Mota, R. S., Conceição, M. M. da, Gomes, N. R., & Nery, C. L. P. D. (2020). Factors associated with common mental disorder in school teenagers. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 1). doi:10.1590/0034-7167-2019-0847.
- Moreira, J. O., Rosário, A. B., & Santos, A. P. (2011). Juventude e adolescência: Considerações preliminares. *Psico*, 42(4), 457-464. Retrieved from <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/8943>
- Oliveira-Monteiro, N. R. de, Nascimento, J. O. G., Montesano, F. T., & Aznar-Farias, M. (2013). Competência, problemas internalizantes e problemas externalizantes em quatro grupos de adolescentes. *Psico-USF*, 18(3), 427-436. doi: 10.1590/S1413-82712013000300009.
- Ribeiro, I., Correa, M., Oliveira, G., & Cade, N. (2020). Common mental disorders and socioeconomic status in adolescents of ERICA. *Revista De Saúde Pública*, 54(4). doi:10.11606/S1518-8787.2020054001197.
- Ribeiro, S., Basto-Pereira, M., & Maia, A. (2016). Intergenerational impact of mental illness in juveniles with a history of victimization. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 74-81. doi:10.15309/16psd170111.
- Ridout, K. K., Levandowski, M., Ridout, S. J., Gantz, L., Goonan, K., Palermo, D., & Tyrka, A. R. (2018). Early life adversity and telomere length: a meta-analysis. *Molecular psychiatry*, 23(4), 858-871. doi:10.1038/mp.2017.26.
- Sakuramoto, S. M., Squassoni, C. E., & Matsukura, T. S. (2014). Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. *Mundo Da Saúde*, 38(2), 169-178. doi:10.15343/0104-7809.20143802169178.
- Santos, K. O., Araújo, T. M., Pinho, P. D. S., & Silva, A. C. C. (2010). Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20). *Revista Baiana de Saúde Pública*, 34(3), 544-560.
- Sellers, R. M., & Shelton, J. N. (2003). The role of racial identity in perceived racial discrimination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(5), 1079-1092. doi:10.1037/0022-3514.84.5.1079.
- Souza, Â. M. A. (2014). Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: Revisão integrativa. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(3), 555-564. doi:10.1590/S0080-623420140000300022.
- Squassoni, C. E., Matsukura, T. S., & Pinto, M. P. P. (2014). Apoio social e desenvolvimento socioemocional infantojuvenil. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 25(1), 27-35. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v25i1p27-35.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). The Effects of Adolescent Victimization on Self-Concept and Depressive Symptoms. *Child Maltreatment*, 15(1), 76-90. doi:10.1177/1077559509349444.
- Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2011). Adolescência: Uma fase de oportunidades. *Situação Mundial da Infância 2011*. Retrieved from https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf.
- Vaux, A., Philips, J., Holly, L., Thompson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SSA) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-220. doi:10.1007/BF00911821.
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457. doi:10.4067/S0034-98872012000400005.
- World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. (2014). *Social determinants of mental health*. World Health Organization: Geneva.

World Health Organization. (2012). *Adolescent mental health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization – WHO. (2001). *The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.

Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. doi:10.1590/1984-0292/1483

Recebido: 19.03.21 / Corrigido: 27.04.21 / Aprovado: 29.06.21