PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS MENORES E FATORES ASSOCIADOS EM ESTUDANTES DA CIDADE DE PELOTAS/RS.

Paola Silva Silva[1]

Resumo

Introdução: *o objetivo do artigo foi verificar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores (TPM) e fatores associados em escolares de duas grandes escolas da rede pública estadual da cidade de Pelotas/Rs.* ***Métodos:*** *trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, desenvolvido com 183 escolares do terceiro ano do ensino médio, com idade mínima de 15 anos, de ambos os sexos, devidamente matriculados e selecionados de maneira intencional. Para aferir os TPM, foi utilizado o instrumento Self-Reported Questionnarie (SRQ-20).* ***Resultados****: constatou-se prevalência de 29,3% quanto a probabilidade de existência de algum TPM entre os adolescentes, estando associada aos TPM as variáveis "tempo de uso do vídeo game/ computador em dias de aula" e "faixa etária".* ***Conclusões:*** *a partir dos dados apresentados, verifica-se a importância da criação de políticas públicas de apoio aos estudantes no âmbito escolar a fim de diagnosticar e eventualmente tratar estes distúrbios precocemente, impedindo ou reduzindo a probabilidade da ocorrência de morbidades de ordem mental em fases da vida mais tardias.*

Descritores: *Transtornos Psiquiátricos; adolescents; Escola.*

Abstract

Introduction: *the objective was to verify the prevalence of minor psychiatric disorders (MPD) and associated factors in school children from two major public schools of Pelotas/RS.* ***Methods:*** *a cross-sectional design study was carried out with 183 students from the third year of high school*

[1] Universidade Anhanguera de Pelotas/RS.

ISSN: 2179-8133

aged 15 years or older of both sexes intentionally selected. To measure the MPD, self-reported questionnaire (SRQ-20) was used. ***Results:*** *a prevalence of 29.3% was observed for MPD among adolescents and was associated with the following variables "Screen time for video game/computer on school days" and "age".* ***Conclusions:*** *from the data presented, we conclude that it is important to create public policies to support students in school to diagnose and eventually treat these disorders early, preventing or reducing the likelihood of morbidity or other disorders later in life.*

Key words: *Psychiatric Disorders; adolescents; school.*

1. Introdução

As doenças crônico-degenerativas figuram como principal causa de mortalidade, responsáveis por quase dois terços dos 57 milhões de óbitos ocorridos em 2008 em todo o mundo[1]. Dentre os comportamentos apresentados pelas pessoas, percebem-se hábitos positivos e negativos que afetam diretamente a saúde (Organização Pan-Americana de Saúde, 2003)[2] . Entre os considerados positivos, a alimentação saudável, a restrição de vícios, as práticas frequêntes de exercícios físicos, os cuidados médicos e a boa saúde mental evitam uma série de consequências comportamentais desencadeadoras de doenças crônico-degenerativas. Todavia, a saúde mental tem apresentado relevância devido à alta prevalência de transtornos psiquiátricos menores - TPM (ansiedade, estresse, medo, insegurança, depressão) não apenas entre adultos e idosos, como também nos mais jovens, especialmente entre adolescentes[3].

Os transtornos mentais podem afetar 25% da população em algum estágio da vida. As doenças mentais respondem por 12% da carga global de doenças, com um crescimento previsto para 15% em 2020[4]. Entretanto, a depressão deverá ser a segunda doença mais comum no ano de 2020, sendo superada apenas pelas doenças cardíacas[5]. No Brasil, ainda é muito pequeno o número de investigações epidemiológicas de base populacional, especialmente na área da saúde mental[6]. No

entanto, têm sido crescentes os índices relacionados a transtornos psiquiátricos menores, principalmente, entre os adolescentes[7].

Estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem tanto no contexto físico como psicológico[8]. No Brasil, um inquérito epidemiológico detectou que 14,3% de adolescentes escolares de um município do Rio de Janeiro já pensaram em acabar com a sua própria vida[9]. Em Taubaté, São Paulo, um estudo constatou uma taxa em que 12,5% dos jovens apresentavam pelo menos um transtorno psiquiátrico[7].

A escola é um dos locais onde características comuns referentes à personalidade da criança e do adolescente são facilmente identificadas. Distúrbios como ansiedade, estresse, medo e insegurança se refletem não apenas nas atitudes dos alunos como também no seu desempenho escolar[11]. Um estudo realizado no município de São Gonçalo, RJ, revela que aqueles alunos que tem fraca participação em sala de aula tem 2,5 vezes mais chances de apresentar TPM do que aqueles que participam ativamente[3].

A ocorrência de transtornos mentais nas fases da infância e adolescência são ainda mais graves, tendo em vista a alta probabilidade de se transformarem em morbidades psiquiátricas em fases mais tardias, na vida adulta[7]. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de transtornos psiquiátricos menores e fatores associados em estudantes do 3º ano do ensino médio de duas escolas estaduais da cidade de Pelotas/RS.

2. Métodos

Estudo transversal de caráter descritivo, desenvolvido com escolares do terceiro ano do ensino médio, diurno e noturno, com idade mínima de 15 anos, de ambos os sexos, devidamente matriculados em duas grandes escolas públicas estaduais da cidade de Pelotas, Instituto Estadual de Educação Assis Brasil e Escola Estadual de 1º e 2º grau Cassiano do Nascimento, no qual foram selecionadas de maneira intencional.

Inicialmente, foi efetuado o contato com a 5ª Coordenadoria Regional de Educação (5ª CRE), para que pudessem compreender o estudo a ser realizado, bem como autorizar a coleta de

ISSN: 2179-8133

dados nas escolas. Posteriormente, a pesquisadora entregou a diretoria das escolas uma cópia da autorização da 5ª CRE e em seguida entrou em contato com os escolares para os quais o instrumento seria aplicado, a fim de explicar todos os procedimentos e esclarecer dúvidas a respeito da pesquisa, bem como apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Características demográficas foram avaliadas segundo questionário padronizado e o nível socioeconômico dos entrevistados foi determinado segundo a classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa[11].

O desfecho, presença de TPM, foi medido através do instrumento SRQ-20, composto por 20 perguntas referentes a sintomas cotidianos de dores de cabeça, falta de apetite, insônia, nervosismo, má digestão, tristeza, dificuldade de pensar, tomar decisões e cansaço[12]. No presente estudo, considerou-se como probabilidade de ocorrer TPM, a existência de fatores psicossomáticos, depressivos e ansiosos. Fatores psicossomáticos são identificados através de sintomas frequêntes como dores de cabeça, má digestão e sensações desagradáveis no estômago. Sintomas depressivos, por sua vez, podem ser identificados através de frequêntes sensações como tristeza, vontade de chorar, falta de apetite, perda de interesse pela saúde, falta de apetite, desvalorização da própria identidade, idéia de acabar com a vida, cansaço, dificuldade de pensar com clareza e insatisfação nas atividades diárias[3]. Já os distúrbios ansiosos podem ser claramente identificados através de sintomas frequêntes como insônia, assustar-se com facilidade, tremores na mão, nervosismo/ tensão/agitação, dificuldades para determinar situações e para avançar na escola[3].

Para determinar a probabilidade de presença de TPM, foi atribuído 0 (zero) pontos quando a alternativa "não" era verificada entre os sintomas e 1 (um) ponto sempre que a alternativa sim era encontrada entre os sintomas. Aqueles que apresentaram soma igual ou superior a sete pontos foram considerados como tendo a probabilidade de apresentar algum transtorno psiquiátrico menor[12].

O estado nutricional foi determinado pelo índice de massa corporal dos escolares, calculado a partir do peso e altura auto-referidos e categorizado em normal/eutrófico, sobrepeso e obeso[13]. O nível de atividade física foi mensurado através do instrumento de Bastos[14], e o ponto de corte utilizado para considerar os adolescentes ativos foi de 300 minutos de atividades físicas semanais[15].

ISSN: 2179-8133

Indivíduos que relataram zero minuto de atividade física semanal no lazer e deslocamento foram considerados sedentários. Valores superiores a zero e menores que 300 minutos foram classificados como insuficientemente ativos[14].

As informações a respeito dos comportamentos sexuais de risco, atividade sedentária, consumo de álcool e tabaco, foram coletadas através do Youth Risk Behavior Survey (YRBS)[11], idealizado pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e validado no Brasil por GUEDES & LOPES[16]. Estas variáveis foram categorizadas em:

- comportamentos sexuais de risco: medida através das perguntas: "Já teve relação sexual?". As respostas foram categorizadas em sim e não. "Com que idade teve a primeira relação sexual?". As respostas foram categorizadas em 11-12, 13-14, 15-16 e ≥17 anos. "Com quantas pessoas teve relação sexual na vida?". As respostas foram categorizadas em 1-3 e 4-6 pessoas. "Com quantas pessoas teve relação sexual nos últimos 3 meses?". As respostas foram categorizadas em 1-3 e 4-6 pessoas. "Consumiu droga ou bebida alcoólica antes da última relação sexual?". As respostas foram categorizadas em sim e não. "Utilizou preservativo na última relação sexual?". As respostas foram categorizadas em sim e não. "Qual método contraceptivo utilizou na última relação sexual?". As respostas foram categorizadas em nenhum método foi utilizado, pílula anticoncepcional, preservativo, anticoncepcional injetável, coito interrompido e outro método;
- atividade sedentária: medida através das perguntas "Em um dia que você vai para a escola, quantas horas de TV você assiste?"; "Em um dia que você vai para a escola, quantas horas você joga vídeo-game ou usa o computador para alguma atividade que não seja trabalho escolar? (incluir atividades como PlayStation, games no computador e Internet)". As respostas para ambas as perguntas foram categorizadas em 0-2 e 3 ou mais horas por dia.
- consumo de tabaco, álcool, maconha e cocaína: medida através da pergunta "Consumiu pelo menos uma vez por dia nos últimos 30 dias?". As respostas foram categorizadas em sim e não.

Questões referentes a conhecimentos relacionados aos fatores de risco foram coletados a partir do questionário elaborado por Borges[17]. O instrumento avalia o conhecimento populacional sobre a influência de quatro fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis

ISSN: 2179-8133

(sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e alimentação inadequada) e oito morbidades (diabetes, hipertensão arterial, AIDS, osteoporose, câncer de pulmão, depressão, cirrose hepática e infarto agudo do miocárdio). A definição de certo ou errado para cada resposta foi baseada em revisão da literatura sobre a associação de cada fator de risco e doença ou agravo, com preferência para revisões sistemáticas e meta-análises[19]. Para cada um dos quatro fatores, foi construído um escore de acertos, que poderia variar de zero a oito pontos.

Quanto à variável religiosidade, foram utilizadas as seguintes questões para determiná-los: (1) o entrevistado possui religião (sim/não); (2) em caso de resposta positiva na primeira pergunta qual religião o entrevistado professa; (3) em caso de resposta positiva na primeira pergunta, o respondente é praticante "regular" (foi considerado praticante regular o entrevistado que relatou frequência semanal ao evento religioso); (4) em caso de resposta positiva na primeira pergunta, há quanto tempo o respondente frequênta o culto religioso? Como última pergunta (5), o entrevistado foi questionado se recebeu instrução religiosa na infância (com possibilidade de respostas sim/não).

Foi realizado estudo piloto em uma turma de terceiro ano do ensino médio de outra escola da rede pública estadual de ensino da cidade de Pelotas, a qual não integrou a amostra, de modo há estimar o tempo necessário de realização do mesmo, bem como aplicabilidade do estudo. A coleta de dados ocorreu em sala de aula e foi realizada pela pesquisadora, onde após o preenchimento do questionário, os alunos deveriam colocá-lo em envelopes que foram lacrados.

Os escores foram digitados numa planilha Excel e, após a checagem para a ocorrência de erros, transferidos para o software estatístico STATA 10.0. Foi utilizada a estatística descritiva para cálculo de proporções, e inferencial (testes de qui-quadrado e Exato de Fisher). O nível de significância aceito foi de $p < 0,05$.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinque de 1964 e de acordo com a resolução 196/96 do Ministério da Saúde sendo o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas sob nº 019/2011.

3. Resultados

A tabela 1 descreve os estudantes de duas grandes escolas publicas de Pelotas segundo variáveis demográficas. Participaram do estudo 183 escolares, com média de idade de 18,8±5,1 anos. Entre os entrevistados, verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (66,7%), estava na faixa etária entre 17 e 18 anos (55,5%), se classificavam predominantemente no nível econômico B (50,8%) e eram de cor branca (75,3%). Além disso, constatou-se que significativamente grande parcela dos adolescentes residia com os pais (47,1%), tinham como chefe da família o pai/padrasto (46,8%), que apresentavam como escolaridade máxima o ensino médio completo (38,9%).

Quanto à probabilidade de presença de TPM, a tabela 2 mostra que 26,9% dos adolescentes apresentam pelo menos um transtorno. Dentre os sintomas de transtornos, sentir-se nervoso, tenso ou preocupado foi o sintoma de maior prevalência e aproximadamente um terço dos entrevistados relatou os sintomas "tem dores de cabeça frequentes (32,1%)", "dorme mal (32,1%)", "tem dificuldade para tomar decisões (32,09%)" e "cansa-se com dificuldades (32,1%)".

A tabela 3 apresenta a associação quanto a probabilidade de TPM segundo variáveis de risco para doenças crônicas. Verificou-se que a variável tempo de uso de computador/vídeo game em dias de aula (uso de até 2 horas/dia - 66,7%) apresentou associação estatisticamente significante com o desfecho ($p<0,02$).

A tabela 4 apresenta a associação entre a presença de TPM e variáveis demográficas e socioeconômicas. Houve associação estatisticamente significante ($p<0,03$) do desfecho com a variável faixa etária (idade entre 16 e 17 anos). As variáveis com quem reside e escolaridade do chefe da família apresentaram tendência de associação apenas ($p<0,08$).

4. Discussão

O presente estudo verificou prevalência de TPM de 26,9% entre os adolescentes entrevistados. Este percentual é semelhante a outros estudos realizados no Brasil, com adolescentes. Neste sentido, um estudo realizado em São Gonçalo/RJ, com 1.923 alunos de 7ª/8ª séries do ensino

ISSN: 2179-8133

fundamental e 1º/2º anos do ensino médio relatou presença de TPM de 29,4%[3]; outro estudo realizado com maiores de 15 anos residentes nos distritos de Vila Caruçá e Vila Nova Cachoeirinha, Município de São Paulo, encontrou percentual de TPM de 25,0%[6]. Adicionalmente, Anselmi *et al* [19] verificaram, em 4.297 indivíduos nascidos no ano de 1982 no município de Pelotas/RS, prevalência de transtornos mentais comuns de 28%.

"Sentir-se nervoso, tenso ou preocupado" foi o sintoma mais encontrado entre os adolescentes (49,3%). Estudos têm mostrado valores inferiores referente ao sintoma. Fleitlich & Bilyk[7], em seu estudo realizado em Taubaté, São Paulo, constataram que transtornos emocionais tiveram taxa de 5,9% entre os adolescentes, sendo 5,2% transtornos ansiosos. Outro estudo, realizado em Cachoeirinha/RS com 188 alunos de oitava série revelou entre seus resultados que sentir-se deprimido, nervoso e irritado, foram os principais sintomas de transtornos psiquiátricos encontrados. Ainda assim, do total da amostra, 110 (58,5%) jovens nunca ou quase nunca se sentem deprimidos, 77 (41%) nunca ou quase nunca se sentem nervosos e 59 (31,4%) nunca ou quase nunca se sentem irritados ou bravos, estando à opção de resposta nunca ou quase nunca se sentem irritados com menor percentual quanto a sua ausência, indicando maior prevalência entre os adolescentes[20]. Ainda, Aabahr[21], em seu estudo, mostra que até 10% das crianças e adolescentes sofrem algum tipo de transtorno ansioso, além disso, cerca de 50% das crianças ansiosas acaba tendo quadros depressivos como parte desta síndrome.

Outro sintoma bastante frequênte entre os adolescentes do presente estudo (32,9%) foi "sentir dificuldades de tomar decisões". Prevalência muito inferior a do presente estudo foi relatada em pesquisa realizada em São Gonçalo/RJ, a qual encontrou, quanto a sintomas depressivos, prevalência de 10% entre os escolares da amostra analisada. Entre os sintomas relatados estão a incerteza ou ausência de atitude refletida na autodeterminação, a falta de confiança em si mesmo e a não-expressão da capacidade de resiliência[22].

Entre os sintomas menos encontrados no presente estudo, sentir vontade de tirar a própria vida foi aquele que obteve o menor percentual entre os adolescentes (2,3%), diferente de outros estudos nos quais os percentuais encontrados foram significativamente superiores. Estudo realizado

ISSN: 2179-8133

por Lima[23] que verificou a partir de 2.689 crianças inglesas na faixa etária de 12-15 anos, de ambos os sexos, que entre aquelas que tinham transtornos emocionais significantes ligados a transtornos depressivos, ameaças ou tentativas suicidas ocupavam o segundo lugar de ocorrência (38,4%). Outro estudo, realizado por Rutter *et al*[24],revela a partir de amostra de base populacional da Ilha de Whight, visando diagnosticar transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, que entre aqueles que tinham o humor depressivo, 7% dos menores de 10-11 anos e 8% dos adolescentes de 14-15 anos apresentavam pensamentos suicidas. Adicionalmente, no Brasil, um inquérito epidemiológico realizado em um município do Rio de Janeiro, mostrou que 14,3% dos adolescentes da amostra revelaram ter pensado em acabar com sua própria vida em algum momento[9].

Ao verificar a variável que representa comportamento sedentário "uso do computador e/ou jogando vídeo game em dias em que a aula", contatou-se que indivíduos que utilizam computador e/ou vídeo game em um período de até 2 horas por dia apresentam maior probabilidade de algum TPM, comparado a aqueles que utilizam 2 horas ou mais ($p<0,02$). Este resultado é difícil de explicar na medida em que a literatura aponta o contrário. Neste sentido, o estudo realizado por Yen *et al*[25] em 1.890 alunos adolescentes, apontaram entre seus resultados que 17,9% da amostra eram dependentes de internet e estavam associados com elevados sintomas de TDAH, depressão, fobia social e hostilidade.

Outro relato, como o estudo de Nalwa e Anand [26], os quais investigaram a extensão da dependência de internet através da escala *Davis On-line Cognition Scale* (DOCS) em 100 jovens estudantes, de 16 a 18 anos de idade, na Índia, os quais foram alocados em dois grupos para mensurar dependência de internet (dependentes e não-dependentes). No primeiro grupo, os sujeitos perdiam o sono devido ao uso prolongado durante a noite, sentiam que suas vidas não teriam graça sem a internet e passavam muito mais horas conectados do que os não-dependentes. Nesse estudo, também foi administrada uma escala de solidão, a *UCLA Loneliness Scale*, sendo os dependentes de Internet parecem sentir mais solidão do que os não-dependentes.

Em relação à variável idade, encontrou-se associação significativa com o desfecho, onde adolescentes da faixa etária de 16-17 anos apresentaram maior probabilidade de obter algum TPM

ISSN: 2179-8133

(p<0,03). Este resultado diverge daqueles apresentados por Rutter *et al* [24] em seu estudo realizado com adolescentes e crianças da população da Ilha de Whight, onde constatou-se que a faixa etária de maior prevalência quanto a humores depressivos foram adolescentes de 14-15 anos (40%), bem como dos achados de Lima[23] ,em seu estudo com 2.689 crianças e adolescentes em Londres, onde foi verificado um maior percentual de transtornos depressivos nas faixa etária entre 14-15 anos (61,2%).

Quanto a influências familiares, verificou-se apenas tendência a associação da variável com quem reside. Entretanto, estudos apontam a influencia familiar como um fator diretamente ligado a TPM, como o estudo realizado por AVANCE[3], o qual aponta que aqueles que viveram mais humilhações, provenientes principalmente de alguém significativamente importante para o adolescente, reduzindo assim suas qualidades, capacidades, desejos e emoções, além de cobrá-lo excessivamente, apresentam 4,2 mais chance de apresentar TPM em relação àqueles que não sofrem esta forma de violência. Outro estudo, realizado nos EUA, envolvendo 550 adolescentes estudantes com idades entre 11 e 17 anos, constatou que no início da adolescência o ambiente familiar é o preditor de sintomas depressivos mais importante comparado aos eventos estressores da vida[27]. Além disso, outro estudo realizado em Londrina-PR no qual avaliou a presença de Transtornos Psiquiátricos em pais de indivíduos entre 7 e 18 anos de idade, encontrou predominância de transtornos de humor, principalmente a depressão maior e distimia, o que confirma a importância no fator familiar na influencia das depressões na infância e adolescência[28].

A variável escolaridade do chefe da família apresentou uma tendência à associação, o que pode ser através da possível relação com quesitos econômicos. Diferentemente do presente estudo, quesitos econômicos tem apresentado associações estatisticamente relevantes ligadas a TPM em outros estudos, como o recente realizado em Taubaté, São Paulo, no qual revela que áreas urbanas carentes apresentaram taxas mais elevadas quanto a Transtornos Mentais, em torno de 13,7%[7]. Adicionalmente, segundo Maragno *et al*[6], quanto às condições sócio-econômicas, escolaridade e renda, existe uma relação inversamente proporcional entre estas variáveis e a prevalência de TMC (Transtornos Mentais Comuns).

ISSN: 2179-8133

Outros estudos apontam variáveis estatisticamente associadas aos Transtornos Psiquiátricos Menores que não foram encontradas no presente estudo. Como por exemplo, prática de atividade física e IMC (índice de massa corporal)[28], religiosidade[29], hábitos de vida[21, 23] e gênero[4, 23].

A escola, provavelmente, é um dos lugares de maior importância para a identificação precoce de TPM nos alunos[30]. Crianças e adolescentes refletem de maneira diferente as tensões da vida, sendo facilmente identificadas no interior escolar através do contato e convívio cotidiano entre educadores e alunos[30]. Um estudo revela que aqueles que participam ativamente do ambiente escolar têm menores chances de algum transtorno psiquiátrico comparado a aqueles que não participam [3]

Algumas limitações do presente estudo precisam ser destacadas. O caráter transversal pode ter produzido vieses pela medida do desfecho e das exposições no mesmo momento. Além disso, o tamanho da amostra e o fato de não ser representativa da população dificultam a generalização dos resultados.

5. Conclusão

A investigação constatou que pouco mais de um quarto dos entrevistados relatou presença de TPM. Além disto, identificou-se que os distúrbios ansiosos foram os mais identificados entre os adolescentes. Neste sentido, políticas públicas devem considerar ações no âmbito escolar para diagnosticar estes distúrbios precocemente, impedindo ou reduzindo a probabilidade da ocorrência de morbidades de ordem mental em fases da vida mais tardias.

6. Referências Bibliográficas

1. Alwan A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. The Lancet, 2010, 376:1861–1868.

2. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF); 2003.

3. Avanci JQ, Assis SG., Oliveira RVC, Ferreira RM, Pesce RP. Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2007:. 287-294.

4. Who. World health report. Mental health: new understanding, new hope. World Health Organization; 2001.

5. Murray C, Lopez A. The Global Burden of Disease. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.

6. Maragno L,Goldbaum M,Gianini RJ,Novaes HMD,César CLG.Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(8):1639-1648, ago, 2006.

7. Fleitlich B, Bilik. **A** saúde mental nos jovens brasileiros: quais são os principais problemas e como podemos ajudar?. Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2005.

8. Ferreira MA, Alvinir, NAT, Teixeira MLO, Veloso RC (2007). Saberes de Adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto Enfermagem, 16 (2), 217-224.

9. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. Ciência&Saúde Coletiva, 2009.

10. Ballone GJ, Moura EC . Problemas Emocionais na Escola, *Parte 1, in.* PsiqWeb.Disponível em: *www.psiqweb.med.br*. Acessado em 20 de outubro de 2011.

11. http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301/. Acessado em 10 de outubro de 2011.

12. Mari J, Willians PA(1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. Brit. J. Psychiatry, 148: 23-26.

13. Cole TG, Bellizzi MC, Flegal KN, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity old weight: International Survey. British Medical Journal 2000; 320:1-6.

14. Bastos JP, Araújo CL, Hallal PC. Prevalence of insufficient physical activity and associeted factors in brazilians adolescents. Journal of Physical Activity and Health. 2008; 5(6): 777-794.

15. US Department of Health and Human Service. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Disponível em: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf> . Acessado em 1 jun 2011.

16. Guedes, DP, Lopes CC. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey 2007. Revista de Saúde Pública. 2010; 44(5): 840-50.

17. Borges TT, Rombaldi AJ, Knuth AG, Hallal PC. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. Cad Saúde Pública 2009;25(7):1511-20.

18. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ, v.320, p.1-6, 2000.

19. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG.(2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Revista de Saúde Pública. vol.42 suppl.2 São Paulo. Dez.

20. Strelhow MRW, Bueno CO, Câmara SG**.** Percepção e Satisfação com a vida em Adolescentes: Diferença entre os Sexos. Revista Psicologia e Saúde, v. 2, n. 2, jul. - dez. 2010, pp. 42-49.

21. Asbahr FR. Transtornos ansiosos na infância e adolescência: aspectos clínicos e neurobiológicos**.** Jornal de Pediatria - Vol. 80, Nº2(Supl), 2004.

22. Avance JQ, Assis SG, Oliveira RVC. Sintomas depressivos na adolescência: estudo sobre fatores psicossociais em amostra de escolares de um município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2334-2346, out, 2008.

23. Lima D. A clinical study of psychogenic pain in children [thesis].London:University of London; 1994.

24. Rutter M, Tizard K, Whitmore K. Education Health and Behaviour New York: Robert E. Krieger Publishing Company; 1970.

25. Yen JY, Ko CH, Yen CF, Wu HY, Yang MJ. The comorbid psychiatric symptoms of Internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. J Adolesc Health. 2007;41(1):93-8.

26. Nalwa K, Anand AP. Internet addiction in students: a cause of concern. Cyberpsychol Behav. 2003;6(6):653-6.

27. Paiano M, Andrade BB, Cazzoni E, *et al***.** A.lDistúrbios de conduta em crianças do ensino fundamental e sua relação com a estrutura familiar. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum 2007; 17(2):111-121.

28. Nunes SOB, Dario J, Paulucci I. Avaliação familiar de distúrbios mentais em depressões infanto juvenis. J Bras Psiquiatr 1992; 41(8):411-5.

29. Crespo CJ, Smit E, Troiano RP, Bartlett SJ, Macera CA, Andersen RE. Television watching, energy intake, and obesity in US children: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155(3):360-5.

30. Volcan SMA, Sousa PLR, Mari JJ, Horta BL. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. Revista de Saúde Pública 37(4):1-10, 2003.

ISSN: 2179-8133