

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA EM CIDADES PEQUENAS

Larissa Lehmkuhl*; Aline Arakawa Belaunde**.

* *Mestranda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial Universidade Federal de Santa Catarina.*

** *Docente do departamento de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Mestrado Profissional) da Universidade Federal de Santa Catarina Universidade Federal de Santa Catarina.*

** *Autor para correspondência e-mail: larilehmkuhl@gmail.com*

PALAVRAS-CHAVE

Saúde Mental
Fatores de Risco
Fatores de Proteção
Adolescência
Cidades Pequenas

KEYWORDS

Mental Health
Risk Factors
Protective Factors
Adolescence
Small Towns

RESUMO: A temática da proteção e risco para a saúde mental na adolescência tem ganhado cada vez mais relevância. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pontua que um em cada cinco adolescentes no mundo sofre com problemas relacionados à saúde mental. Considerando a determinação social da saúde, entende-se que características do local onde uma pessoa reside, como o porte do município, podem contribuir como um fator de risco ou proteção associado à saúde mental. Por isso, está revisão objetiva identificar fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em cidades pequenas, que são maioria no Brasil. Os resultados foram sintetizados por meio de revisão integrativa. A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2020 nas bases de dados Pubmed/ MEDLINE, SCOPUS, Web of Science, PsycINFO, LILACS, BDENF, IndexPsi e SciELO. Do total de 283 estudos encontrados, 20 foram selecionados para compor a presente revisão de literatura. Os fatores de risco e proteção identificados foram categorizados como antropométricos, sociodemográficos, familiares, escolares, interpessoais, individuais e comportamentais que, por fim, puderam ser agrupados em domínios chamados biológico, social e psicológico. Conhecer os fatores de risco e proteção para a saúde mental em um local e para um público específicos é de extrema relevância para o planejamento e execução de ações de promoção de saúde e proteção de agravos, especialmente no âmbito da saúde coletiva.

RISK AND PROTECTIVE FACTORS FOR MENTAL HEALTH IN ADOLESCENCE IN SMALL TOWNS

ABSTRACT: The topic of protection and risk for mental health in adolescence has gained increasing relevance. The Pan American Health Organization (PAHO) points out that one in five adolescents in the world suffers from problems related to mental health. Considering the social determination of Health, it is understood that characteristics of the place where a person lives, such as the size of the city, can contribute as a risk or protective factor associated with mental health. Therefore, this review aims to identify risk and protective factors for mental health in adolescence in small towns, which are the majority in Brazil. The results were synthesized through an integrative review. The research was carried out in July 2020 in the databases Pubmed / MEDLINE, SCOPUS, Web of Science, PsycINFO, LILACS, BDENF, IndexPsi, and SciELO. Of the 283 studies found, 20 were selected to compose the present literature review. The identified risk and protective factors were categorized as anthropometric, sociodemographic, family and school elements, interpersonal, individual and behavioral, which were then grouped into domains called biological, social and psychological. It is extremely important to know the risk and protective factors for mental health in a specific location and public, in order to plan and execute actions to promote health and to protect against diseases, especially in the field of public health.

Recebido em: 17/12/2020

Aprovação final em: 04/03/2021

DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2021.v24i3.1161>

INTRODUÇÃO

Atualmente, a discussão sobre proteção e risco para a saúde mental na adolescência tem ganhado cada vez mais relevância devido à divulgação de dados alarmantes. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) pontua que um em cada cinco adolescentes no mundo sofre com problemas relacionados à saúde mental (OPAS BRASIL, s/d). É possível afirmar que estas questões estão relacionadas a diferentes aspectos da vida de uma pessoa, entendidos como fatores de risco e proteção para a saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde, estes fatores estão distribuídos em três domínios principais - social, psicológico e biológico - e interagem de forma dinâmica entre si, não podendo ser compreendidos de forma isolada (BRASIL, 2013).

Os fatores de risco e proteção identificados remetem ao conceito de determinação social da saúde (DSS), no qual se entende que as condições de vida e trabalho de uma pessoa contribuem com a sua condição de saúde e fatores de risco à população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Tal conceito é firmado na lei orgânica do SUS, quando se pontua que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, características do local onde uma pessoa reside, como o porte do município, podem contribuir como um fator de risco ou proteção associado à saúde mental. Por isso, esta revisão irá voltar-se para os adolescentes de pequenas cidades. Pontua-se que existe um esforço entre pesquisadores, especialmente da área da geografia, em conceituar este tipo de cidade. Mesmo em relação ao número de habitantes, entendido como um aspecto quantitativo dessa definição, não há consenso. Destaca-se o quanto diferentes podem ser duas cidades com o mesmo número de habitantes, seja a nível nacional ou internacional, entendendo que aspectos como serviços e produtos ofertados, uso urbano, economia local, dentre outros, precisam ser levados em consideração nas pesquisas, para além do contingente populacional (FERNANDES, 2018).

Compreendendo a complexidade dessa discussão, não se busca realizar a conceituação do termo “cidade pequena”, mas destacar a importância dos estudos que consideram este espaço, especialmente no contexto brasileiro, no qual as pequenas cidades são maioria absoluta. Destaca-se ainda que esta revisão será elaborada sob o olhar da saúde coletiva em uma cidade pequena. Salienta-se que foi possível compreender, analisar e comparar os dados coletados em referência às cidades pequenas, dado que não foi utilizado como critério delimitação geográfica ou o número de habitantes, mas a informação trazida na metodologia dos artigos selecionados, ou seja, cidades pequenas e/ou áreas rurais. O objetivo desta revisão é identificar fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em cidades pequenas.

METODOLOGIA

Os resultados foram sintetizados por meio de revisão integrativa, que é uma forma de revisar, criticar e sintetizar a literatura sobre um tema representativo de forma integrada, proporcionando o entendimento a partir de diferentes perspectivas (TORRACO, 2005). Sobre a apresentação da revisão em si, buscou-se ainda o suporte da recomendação PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), *checklist* composto por 27 itens e fluxograma de quatro etapas.

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Buscou-se reunir informações sobre proteção e risco para saúde mental na adolescência em cidades pequenas. A questão norteadora desta pesquisa foi “Quais os fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em cidades pequenas?”.

BUSCA NA LITERATURA

A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: Pubmed/ MEDLINE (área das ciências da saúde, de abrangência mundial); SCOPUS (múltiplas áreas, abrangência mundial); Web of Science (plataforma multidisciplinar de abrangência mundial); PsycINFO (principal base em Psicologia, abrangência mundial); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos periódicos LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (área da Enfermagem, abrange América Latina) e IndexPsi (Psicologia, abrangência nacional), e SciELO (plataforma multidisciplinar que também inclui periódicos científicos brasileiros).

A pesquisa foi realizada no mês de julho de 2020. Para elaboração das estratégias de busca, foram utilizados os termos “Saúde mental”, “Transtorno mental”, “Adolescentes”, “Cidade pequena”, bem como seus sinônimos e variações cujas estratégias podem ser consultadas no Apêndice A.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Em relação aos critérios de elegibilidade, foram incluídos artigos científicos que abordassem dados sobre saúde mental na adolescência em cidades pequenas e seus possíveis fatores de risco e proteção associados. Para adolescência foi considerada a faixa etária de 10 a 19 anos, conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os estudos foram selecionados a partir do ano de 2011 (últimos dez anos) nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Foram excluídas teses, dissertações, resumos, livros, artigos de revisão e estudo de caso, editoriais e comentários, bem como trabalhos que não foram realizados em cidades definidas como pequenas pelo(s) autor(es) ou que não diferenciavam resultados para essas cidades. Destaca-se que, para inclusão ou exclusão dos artigos, contou-se com o suporte de um segundo avaliador.

COLETA DE DADOS

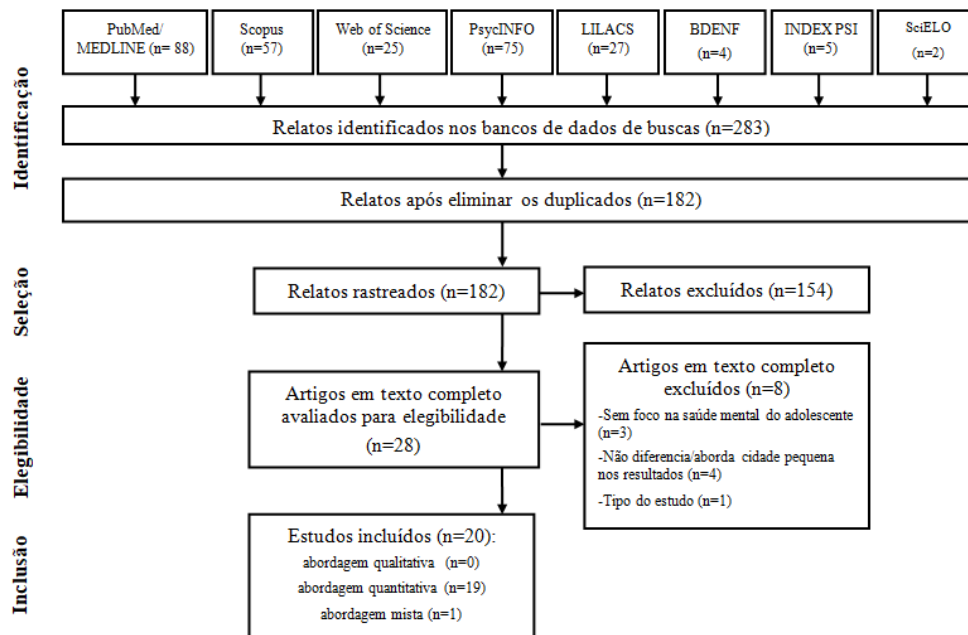
Foram extraídos dos artigos as seguintes informações autor(es) e ano, objetivos, metodologia (amostra/ participantes, desenho dos estudos, coleta de dados), principais resultados dos artigos eleitos e questões de saúde mental abordadas. Posteriormente, essas informações foram resumidas no Quadro 1. Os estudos foram organizados em ordem decrescente por ano de publicação.

SÍNTESE DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos dados foi baseada na análise temática de Braun e Clarke (2006), na qual inicialmente foi realizada uma categorização indutiva, com identificação dos fatores associados, risco e proteção, e em seguida, na etapa dedutiva, estes foram agrupados nos domínios social, biológico e psicológico - conforme indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de 283 estudos, 20 foram selecionados para compor a presente revisão de literatura. O fluxo deste processo pode ser acompanhado na Figura 1.

Figura 1- Processo de seleção dos estudos para revisão.

Fonte: elaborado pela autora, adaptado do PRISMA, 2020.

CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS

Quase a totalidade (N=19, 95%) dos artigos incluídos era de abordagem quantitativa, permanecendo apenas um com metodologia mista (PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017). As pesquisas foram realizadas com adolescentes de diferentes países, como Polônia (ŁUCKA *et al.*, 2019; MAZUR *et al.*, 2016), Escócia (MARTIN *et al.*, 2018), Coreia do Sul (PARK *et al.*, 2017), Chile (GAETE *et al.*, 2016), Canadá (PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; HUYNH *et al.*, 2013); Itália (CAPRARA *et al.*, 2014), com predominância nos Estados Unidos (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; RHEW *et al.*, 2018; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017, PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011).

Em geral, as pesquisas foram realizadas com adolescentes de cidades pequenas, porém oito (40%) delas incluíam outros espaços, diferenciando em seus resultados de onde eram os adolescentes (TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MARTIN *et al.*, 2018; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HUYNH *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). Esses, por vezes, encontraram diferenças de acordo com o tipo da cidade. Algumas variáveis, todavia, foram apresentadas em relação à população de estudo de modo geral, porém é possível compreender quais delas eram passíveis de generalização para os adolescentes de cidades pequenas.

Pontua-se que uma parcela dos estudos (40%) apresentou desenho longitudinal (RHEW *et al.*, 2018; CAPRARA *et al.*, 2014; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011).

Quadro 1 - Sumário dos artigos incluídos.

Autores (ano)	Objetivo	Metodologia	Principais resultados
1 Gillis e El-Sheikh (2019)	Investigar a atividade física como moderadora das relações entre duração e qualidade do sono e problemas internalizados (ex. depressão, ansiedade) e externalizados (ex. uso de álcool, brigas com pares) de adolescentes.	N* = 235 adolescentes**. Transversal. Pesquisa quantitativa.	Adolescentes com sono mais curto ou de baixa qualidade em conjunto com menos atividade física apresentaram níveis mais elevados de problemas internalizados e externalizados Adolescentes com mais atividade física tiveram níveis mais baixos de problemas internalizados e externalizados independente da duração ou qualidade do sono.
2 Łucka <i>et al.</i> (2019)	Determinar a prevalência de ortorexia nervosa entre jovens em idade escolar das voivodias da Pomerânia e Várnia-Masúria e pesquisar fatores que aumentam o risco de ortorexia nervosa. Foi feita uma tentativa de encontrar diferenças na ocorrência de ortorexia nervosa entre jovens de grandes e pequenas cidades.	N = 864 indivíduos. Transversal Pesquisa quantitativa.	27% dos indivíduos apresentaram risco de ortorexia nervosa considerando pontuação de 35 como ponto de corte. Não houve diferenças estatisticamente significativas no risco de ortorexia nos grupos de cidades grandes e cidades pequenas. Indivíduos com suspeita de ortorexia apresentam IMC notavelmente mais alto.
3 Martin <i>et al.</i> (2018)	Examinar a relação entre as características socioambientais do bairro e os resultados do consumo de álcool em uma amostra de adolescentes urbanos e rurais.	N = 1558 estudantes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	Adolescentes não urbanos tiveram maior chance de já ter bebido. Coesão social do bairro foi relacionada a ter bebido alguma vez. Conexões sociais positivas desencorajam o uso de álcool por adolescentes. Entre os adolescentes que bebem: residentes em cidades pequenas têm maiores chances de beber e embriagar-se semanalmente em comparação com as áreas urbanas. Maior embriaguez em áreas rurais remotas. Adolescentes de áreas menos carentes tinham menor probabilidade de beber semanalmente.
4 Rhew <i>et al.</i> (2018)	Examinar os efeitos do <i>Communities That Care (CTC)</i> em relação ao uso de drogas no mês anterior e comportamento delinquente no ano anterior entre os jovens que permaneceram em sua comunidade de estudo original durante os 2 primeiros anos de implementação do <i>CTC</i> .	N= 4.407 jovens. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	Efeitos maiores para os jovens que permaneceram em sua comunidade de estudo durante os primeiros 2 anos de implementação da intervenção do <i>CTC</i> em comparação com as estimativas do projeto <i>intention-to-treat (ITT)</i> . Esses efeitos incluíram probabilidade reduzida de uso de álcool, consumo excessivo de álcool, uso de tabaco e comportamento delinquente.
5 Paceley; Gof-fnett; Gandy-Guedes (2017)	Examinar a associação entre vitimização <i>anti-SGM (Sexual and gender minority)</i> física e não física, a percepção do clima da comunidade e o tamanho da comunidade e seus efeitos sobre a depressão, ansiedade e estresse entre os jovens <i>SGM</i> .	N = 296 jovens que se identificam como <i>SGM</i> . Transversal. Pesquisa quantitativa.	A associação entre formas não físicas de vitimização e depressão, ansiedade e estresse foram maiores que de vitimização físicas e variáveis da comunidade. Ambos os tipos de vitimização foram mais comuns em comunidades percebidas como hostis e cidades pequenas.
6 Paceley, Okrey-Anderson, Heumann (2017)	Identificar como jovens transgêneros e não binários (<i>gender questioning</i>) em cidades não metropolitanas e cidades metropolitanas pequenas, no Centro-Oeste dos EUA, percebem suas comunidades em termos de tamanho, clima e recursos específicos para transgêneros.	Transversal Pesquisa mista. N = 70 (quantitativo) N = 7 (qualitativo)	Variações no clima da comunidade de acordo com o tamanho do município. Tamanho da comunidade não foi associado ao fornecimento de recursos de apoio. Clima da comunidade foi associado com a disponibilidade, utilização e necessidades não atendidas de recursos da comunidade, para além do impacto do tamanho da comunidade.
7 Park <i>et al.</i> (2017)	Examinar os fatores de risco e problemas psicológicos associados à vitimização por violência em uma amostra representativa de adolescentes coreanos em todo o país.	N = 65.528 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	Os adolescentes correm maior risco de vitimização por violência se fossem homens, mais velhos, se tinham pais de nacionalidade estrangeira, não residiam com a sua família, trabalhassem em meio período, residirem em cidades pequenas ou áreas rurais, se fossem de nível socioeconômico alto ou baixo (SES), apresentarem alto ou baixo nível de desempenho acadêmico, usarem álcool ou tabaco e fossem sexualmente ativos. A vitimização da violência foi negativamente associada à percepção de saúde e felicidade e foi positivamente associada à percepção do estresse, humor deprimido e suicídio.



Quadro 1 - Sumário dos artigos incluídos (cont.).

8 Tu; Marks; El-Sheikh (2016)	Examinar o papel moderador do apego às mães e pais na associação entre sono do adolescente e saúde mental.	N = 106 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	A percepção do apego aos pais moderou as relações entre qualidade do sono dos adolescentes e seu ajustamento. Para sintomas externalizados e autoestima, adolescentes com maior risco de desajustamento foram aqueles que relataram sono de má qualidade, juntamente com apego menos seguro aos pais. Adolescentes que experimentaram uma melhor qualidade do sono, em conjunto com apego mais seguro aos pais, apresentaram os níveis mais baixos de sintomas de ansiedade. Apego menos seguro foi associado a altos níveis de sintomas de ansiedade, independentemente da qualidade do sono.
9 Mazur <i>et al.</i> (2016)	Determinar se a atividade física influencia a variabilidade de índices selecionados de saúde mental.	N = 2.015 alunos. Transversal. Pesquisa quantitativa.	Em uma análise multivariada, a pressão do trabalho escolar junto com o gênero foram os principais preditores do <i>General Health Questionnaire (David Goldberg)</i> , versão GHQ-12. O aproveitamento escolar e o alto nível de atividade física foram identificados como fortes fatores de proteção. O efeito protetor da atividade física pareceu ser mais forte em cidades pequenas e vilas que nas grandes cidades e foi mais visível no domínio da disfunção social.
10 Gaete <i>et al.</i> (2016)	Determinar a prevalência do uso de tabaco e álcool ao longo da vida em adolescentes de 10 a 14 anos e fatores relacionados.	N = 1392 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	Seis e Onze por cento dos participantes relataram ter fumado e usado álcool ao longo da vida, respectivamente. Fumar foi associado à idade, ter problemas de comportamento, tabagismo das mães, perceber que os pais tinham problemas com drogas, e morar com ambos os pais. O uso de álcool foi associado principalmente à idade, ter problemas de comportamento, perceber que outros alunos consumiam drogas, uso de álcool por ambos os pais e perceber a falta de apoio familiar.
11 Pulver; Davi- son; Pickett (2015)	Examinar a relação entre o uso do tempo de adolescentes em áreas rurais e pequenas cidades e o alto risco para o uso recreativo de medicamentos prescritos em áreas rurais.	N = 2393 adolescentes. Transversal. Pesquisa quantitativa.	O tempo dos colegas fora do horário escolar e a não participação em atividades extracurriculares foram significativamente associados ao uso recreativo de medicamentos prescritos pelos jovens da zona rural. O uso de drogas por pares, uma vida familiar infeliz e o consumo excessivo de álcool explicaram a maioria dessas associações.
12 Caprara <i>et al.</i> (2014)	Avaliar a eficácia de uma intervenção piloto realizada na escola chamada CEPIDEA, projetada para promover o comportamento pró-social no início da adolescência.	N = 151 alunos no grupo de intervenção e 173 alunos no grupo controle. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	Uma análise da curva de crescimento latente revelou que o grupo de intervenção, em comparação com o grupo controle, mostrou um aumento do comportamento de ajuda junto com uma diminuição da agressão física e verbal ao longo do tempo. Os resultados sugerem que a promoção do comportamento pró-social pode servir para neutralizar a conduta agressiva e melhorar o desempenho acadêmico durante a adolescência.
13 Smokowski <i>et al.</i> (2014)	Examinar se a dinâmica do sistema familiar desempenha um papel mais importante na previsão de sintomas internalizados do adolescente que os processos de aculturação.	258 pares de adolescentes latinos-pais (total de 516 participantes). Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	O conflito entre pais e adolescentes e a saúde mental dos pais foram preditores significativos de sintomas internalizados dos adolescentes. Sintomas internalizados diminuíram com o passar do tempo nos Estados Unidos. Mulheres e adolescentes de famílias de baixo nível socioeconômico relataram mais sintomas internalizados, enquanto os participantes que estavam nos Estados Unidos há mais tempo relataram menos sintomas.
14 Hawkins <i>et al.</i> (2014)	Testar se o sistema de prevenção do <i>Communities That Care (CTC)</i> reduziu níveis de risco e comportamentos problemáticos do adolescente em toda a comunidade, 8 anos após implementação do CTC	N = 4.407 alunos. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	Estudantes nas comunidades do CTC eram mais propensos que estudantes em comunidades controle de se absterem de qualquer uso de drogas, beber álcool, fumar cigarros e envolvimento em delinquência, e eram menos propensos a ter cometido um ato violento. Não houve diferenças significativas por grupo de intervenção nos riscos direcionados a prevalência do uso de substâncias no mês ou ano anterior, ou delinquência no ano anterior ou violência.



Quadro 1 - Sumário dos artigos incluídos (cont.).

15 McGarvey <i>et al.</i> (2014)	Avaliar a eficácia geral do <i>Adolescent Community Reinforcement Approach with Assertive Continuing Care (A-CRA/ACC)</i> , modelo de tratamento para jovens de baixa renda e suas famílias em uma pequena cidade (Lynchburg) e uma comunidade rural (Amherst) na Virgínia Central, EUA.	N= 147 adolescentes. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	A eficácia do programa foi confirmada. Mais de dois terços (68,7%) dos adolescentes relataram abandonar o uso de cannabis por 12 meses. O uso da cannabis nos últimos 90 dias diminuiu significativamente desde o primeiro acompanhamento e mostra declínio consistente até o final do tratamento. O número médio de dias de falta à escola e ser expulso da escola diminuiu progressivamente desde a linha de base até o final do tratamento.
16 Osgood <i>et al.</i> (2013)	Testar a hipótese de que uma intervenção preventiva baseada em evidências mudará redes de amizade de adolescentes para reduzir o potencial de influência dos pares em relação a comportamento antissocial.	Cerca de 11.000 alunos (duas coortes sucessivas). Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	A intervenção teve um impacto benéfico no potencial de influência antissocial de redes de amizade adolescentes. As intervenções preventivas baseadas em evidências atuais podem alterar a rede amizade dos adolescentes de maneira que reduzem o potencial de influência dos pares em direção ao comportamento antissocial.
17 Huynh <i>et al.</i> (2013)	Examinar a relação entre a exposição ao espaço natural público e o bem-estar emocional positivo entre os adolescentes canadenses.	N = 17249 alunos. Transversal. Pesquisa quantitativa.	As relações entre as medidas do espaço natural e bem-estar emocional positivo eram fracas e faltou consistência geral, mas efeitos protetores modestos foram observados em cidades pequenas. O bem-estar emocional positivo era mais fortemente associado a outros fatores, incluindo características demográficas, riqueza familiar e percepção dos arredores da vizinhança.
18 Whitt; Garland; Howard (2012)	Examinar a prevalência e correlatos da inalação de hélio em uma grande amostra de jovens em situação de risco.	N = 723 adolescentes. Transversal Pesquisa quantitativa.	11,5% adolescentes inalaram hélio com a intenção de ficar sob efeito de drogas (“chapado”), e um terço dos usuários de hélio relatou que realmente ficava sob os efeitos quando inalava hélio. Os usuários de hélio eram significativamente mais propensos a serem caucasianos, a viver em áreas rurais / pequenas cidades e ter histórico de doença mental, alucinações auditivas e uso de álcool e maconha que não usuários. Os usuários de hélio também relataram significativamente mais sofrimento psiquiátrico no momento da pesquisa, tendência suicida, experiências traumáticas de vida e atitudes, traços e comportamentos antissociais que os não usuários.
19 Hawkins <i>et al.</i> (2012)	Testar se o sistema de prevenção <i>Communities That Care (CTC)</i> reduziu os níveis de risco e comportamentos problemáticos dos adolescentes em toda a comunidade 6 anos após instalação do CTC e 1 ano após os recursos fornecidos pelo estudo terminarem.	N= 4.407 jovens. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	Os níveis médios de riscos direcionados aumentaram menos rapidamente entre as séries 5 e 10 em CTC que nas comunidades controle no décimo ano. A incidência de comportamento delinquente, uso de álcool, e uso de cigarro, e a prevalência do uso atual de cigarro, delinquência no ano anterior e comportamento violento foram significativamente mais baixos no CTC que em comunidades controle na 10ª série.
20 Spath <i>et al.</i> (2011)	Examinar as descobertas a longo prazo de um Ensaio Clínico Randomizado de um modelo de parceria comunidade- universidade projetado para prevenir o uso indevido de substâncias e problemas relacionados.	N = 11.960 alunos participaram no início do estudo. Longitudinal. Pesquisa quantitativa.	Resultados mostraram uso de substâncias significativamente menor no grupo de intervenção para 12 dos 15 desfechos pontuais, com reduções relativas de até 51,8%. As análises de trajetória de crescimento mostraram um crescimento significativamente mais lento no grupo de intervenção para 14 de 15 resultados.

Fonte: Desenvolvido pela autora. 2020. * “N” significa número de participantes; ** termos como “adolescente”, “jovem”, “aluno”, “estudante”, variam conforme abordagem dos autores.

QUESTÕES DE SAÚDE MENTAL DESTACADAS

Sobre as questões de saúde mental abordadas, destacam-se: Problemas chamados de internalizados, especialmente depressão, ansiedade e estresse - incluído o estresse específico para uma minoria (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014); Sono (PARK *et al.*, 2017; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016); Suicídio (PARK *et al.*, 2017); Problemas chamados de externalizados, especialmente de comportamento e consumo de substâncias psicoativas (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; MARTIN *et al.*, 2018; RHEW *et al.*, 2018; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; GAETE *et al.*, 2016; MAZUR *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; CAPRARA *et al.*, 2014; HAWKINS *et al.*, 2014; MC-GARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011); Ortorexia nervosa (ŁUCKA *et al.*, 2019); Bem-estar emocional (HUYNH *et al.*, 2013), com possibilidade de incluir nesta categoria a Percepção de saúde e felicidade (PARK *et al.*, 2017) e Autoestima (TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016).

Com relação às questões de saúde mental destacadas, é possível resgatar Lopes *et al* (2016) que pontuam que cerca de 90% dos transtornos mentais identificados em estudos de base populacional compõe-se de transtornos não psicóticos, sendo denominados então transtornos mentais comuns (TMC) por possuírem elevada prevalência na população geral (20% a 30%). Os TMC, conceito definido por David Goldberg, incluem depressão não psicótica, ansiedade e sintomas somatoformes, abrangendo manifestações como insônia, fadiga, dificuldades para tomada de decisão, apetite, tristeza, dificuldades de concentração e sentimento de inutilidade (PINHEIRO *et al.*, 2007). Com exceção dos problemas externalizados e ortorexia nervosa, todos os outros estudos investigaram questões que podem ser consideradas TMC. Destaca-se que o uso de álcool (incluído em problemas externalizados) e os transtornos agravados são os outros dois conjuntos de situações destacados nos cuidados à saúde mental na Atenção Básica, porém são menos frequentes e pouco demandados pelos usuários (BRASIL, 2013).

Os TMCs têm sido entendidos como importante questão de saúde coletiva, sendo as três síndromes (ansiosa, depressiva, de somatização) as mais frequentes na atenção básica (BRASIL, 2013). Eles apresentam alta prevalência nos estudos populacionais realizados com adolescentes (52,2% em Monteiro *et al.*, 2020; 30,0% em Lopes *et al.*, 2016; 28,8% em Pinheiro *et al.*, 2007). Goldberg (1994) argumenta que as duas grandes dimensões de sintomas que são base para os TMC - relacionados à depressão e ansiedade - são associadas à variáveis sociais e também biológicas.

De acordo com o Ministério da Saúde, “é recente o reconhecimento de que crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental e de que esses problemas podem ser tratados e cuidados”, sendo que as diretrizes mais claras para esse cuidado foram traçadas no documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil”, apenas em 2005 (BRASIL, 2013, p. 103; BRASIL, 2005). Reforça-se, a partir deste, que o atendimento à saúde mental do adolescente demanda um trabalho intersetorial que extrapola o campo da saúde, a partir da noção de rede pública ampliada de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes, sempre compreendendo que são sujeitos singulares, com histórias, dificuldades e potencialidades singulares que precisam ser levadas em consideração independente do “domínio” a ser observado.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO ASSOCIADOS

Buscou-se identificar na literatura fatores que se associaram às questões de saúde mental. A partir da identificação, foi possível categorizar em fatores antropométricos, sociodemográficos, familiares, escolares, interpessoais, individuais e comportamentais que, por fim, puderam ser agrupados aos domínios biológico, social e psicológico, conforme indicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). Esta relação

pode ser vista no quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Fatores associados identificados.

Domínio Biológico	Fatores Antropométricos	Idade Sexo/ Gênero/ Identidade de gênero Raça/Etnia IMC (altura e peso)
Domínio Social	Fatores Sociodemográficos	Características do local de residência Nível socioeconômico Vínculo empregatício
	Fatores Familiares	Saúde mental dos pais Uso de substâncias psicoativas por familiares Residir com a família Relação entre os pais e entre pais e adolescentes Apego seguro aos pais e mães Pais estrangeiros
	Fatores Escolares	Desempenho acadêmico Estresse escolar Participação em atividades extracurriculares
	Fatores Interpessoais	Uso de drogas por pares Influência dos pares Tempo com colegas fora do horário escolar
Domínio Psicológico	Fatores Individuais e Comportamentais	Histórico de doença mental ou sintomas relacionados Tendência suicida Experiências traumáticas de vida (inclui violências sofridas) Forma corporal percebida Uso de substâncias psicoativas Problemas de comportamento Atividade Sexual Atividade Física Sono

Fonte: Desenvolvido pelas autoras, 2020.

DOMÍNIO BIOLÓGICO

Em relação à idade, os estudos indicaram que, quanto mais velhos, maior o risco para a saúde mental do adolescente. No estudo de McGarvey *et al.* (2014), por exemplo, observou-se que quanto mais velhos, maior a chance de os adolescentes se envolverem em comportamentos de risco como uso prolongado de cannabis e de álcool; o uso de álcool e tabaco também era mais provável em adolescentes mais velhos como aponta estudo de Gaete *et al.* (2016). Park *et al.* (2017), por sua vez encontraram que, quanto mais velhos, maior a vitimização por violência, acarretando em outros riscos para a saúde mental. Enquanto isso, Huynh *et al.* (2013) identificaram associação positiva e significativa entre bem-estar emocional e

idades mais jovens ao comparar estudantes de 16 e 11 anos.

Sobre o assunto, Malta *et al.* (2014) destacaram em seu estudo referente à Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012, desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), que o uso de substâncias psicoativas era maior para alunos mais velhos. Lopes *et. al.* (2016), ao descrever a prevalência de TMC entre adolescentes, identificaram maior prevalência entre as meninas de 15 a 17 anos e menor entre os meninos de 12 a 14 anos. No estudo de Pinheiro *et al.* (2007), adolescentes com 17 anos mostraram prevalência de TMC de 1,37 vezes mais alta do que os que tinham 15 anos. Esses são alguns exemplos que corroboram a informação de que, quanto mais velho o adolescente, maior o risco para sua saúde mental.

Todavia, Łucka *et al.* (2019) encontraram maior pontuação de risco para ortorexia nervosa em estudantes do junior secondary school (mais novos), comparados aos do senior secondary school, o que esteve relacionado também ao índice de massa corporal dos adolescentes; observou-se que quanto maior o IMC, maior o risco para ortorexia nervosa. Em outro estudo, quando o peso foi considerado insuficiente ou acima, houve maior risco de vitimização por violência e consequentemente para outras questões de saúde mental - incluindo sintomas depressivos e tendência suicida (PARK *et al.*, 2017). Destaca-se aqui o estudo de Becker *et al.* (2002) com meninas adolescentes que aborda o impacto da televisão sobre atitudes e comportamentos alimentares; neste estudo, a insatisfação corporal, bem como os comportamentos de risco para transtornos alimentares, aumentaram conforme aumento da exposição midiática, que apresenta o corpo magro como ideal. Kubota (2014), por sua vez, trouxe também a PeNSE de 2012 que indicou que estudantes que se auto classificaram “muito gordos” ou “muito magros” eram muito mais propensos a comportamentos de risco e muito mais sujeitos a sofrer bullying frequente e outras violências. Na PeNSE de 2015 também é trazida a discussão do quanto a inadequação entre o ideal de um corpo magro e a percepção da forma corporal (que é um dos fatores incluídos no domínio psicológico) acarreta em comportamentos de risco do adolescente (IBGE, 2016).

Em relação ao sexo, gênero e/ou identidade sexual, pontuou-se o risco aumentado para meninas quando abordados sintomas de ansiedade e depressão e ainda ortorexia nervosa (transtorno relacionado à alimentação). Meninas, por sua vez, dormiam mais e melhor, sendo que a qualidade do sono foi indicada como fator protetivo. Homens faziam mais atividade física, também considerada fator protetivo, e apresentavam maior bem estar emocional, todavia, corriam mais risco de sofrerem por violência, nas amostras pesquisadas. A questão de gênero é frequentemente trazida em diferentes estudos. Monteiro *et al.* (2020) identificaram associação positiva e significativa entre TMC e o sexo feminino na amostra de adolescentes escolares. Lopes *et. al.* (2016) observaram que a prevalência de TMC foi sempre maior entre as meninas do que entre os meninos, em todas as faixas etárias. O Ministério da Saúde destaca (considerando a população em geral) que mulheres têm aproximadamente duas vezes mais chance de apresentar TMC quando comparadas aos homens, enquanto estes apresentam mais problemas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas; pontua também que provavelmente essas diferenças estão mais relacionadas aos papéis sociais do que ao sexo propriamente dito (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, destaca-se o risco de violência para minorias sexuais e de gênero, que pode levar ao aumento de problemas de saúde mental (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; ŁUCKA *et al.*, 2019; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; HUYNH *et al.*, 2013). A discussão referente às minorias sexuais trouxe a “teoria do estresse de minoria” (minority stress theory), identificando o maior risco de adoecimento mental para essas populações (PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017, PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017). De acordo com a pesquisa National Survey on LGBTQ Youth Mental Health 2019, da Organização norte-americana The Trevor Project, 39% dos jovens LGBTQ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) consideraram seriamente a tentativa de suicídio nos últimos 12 meses, sendo que para

jovens transgêneros e não binários esse número era de 54% (THE TREVOR PROJECT, 2019).

A mesma teoria pode ser aplicada em relação a minorias étnico-raciais (OPAS BRASIL, s/d); no Brasil, por exemplo, mulheres negras e pardas estão mais vulneráveis ao sofrimento mental. Nos artigos incluídos, em relação à raça/etnia, os participantes aborígenes relataram bem-estar emocional inferior em comparação com estudantes caucasianos; estes, por sua vez, eram mais propensos ao uso de determinadas substâncias, como o Hélio, quando comparados a afro-americanos e latinos e outros não caucasianos (HUYNH *et al.*, 2013; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012).

DOMÍNIO SOCIAL

Sobre os fatores sociodemográficos, o nível socioeconômico, em geral quando mais baixo, acarretava maior risco para a saúde mental (PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). Adolescentes que trabalhavam (em tempo parcial) também estavam em maior risco de sofrer violência (PARK *et al.*, 2017). É frequente a indicação de que a pobreza está associada a maior sofrimento mental, que pode estar relacionada à necessidade de trabalho por parte do adolescente (BRASIL, 2013; OPAS BRASIL, s/d). De acordo com o IBGE (2016), a inserção de adolescentes no mercado de trabalho acontece em maior proporção em países mais pobres e de renda média. O Ministério da saúde pontua que adolescentes que exercem qualquer forma de trabalho não previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estão em risco para situações de vulnerabilidade, e refere ainda que jovens que vivenciam carências econômicas e sociais ainda são pouco incluídos em pesquisas e programas de capacitação profissional (BRASIL, 2017).

Em relação à caracterização do local de residência, o tamanho da cidade e a diferenciação urbano versus rural ganhou destaque. Nas cidades pequenas houve maior risco para uso e abuso de substâncias, como álcool e hélio, e de vitimização por violência. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017), o uso de álcool é a situação mais comum encontrada na Atenção Básica e precisa ser estendida para a atenção à saúde do adolescente. Apesar de os artigos não serem publicados no Brasil, não é difícil encontrar adolescentes brasileiros que fazem uso da substância. A PeNSE 2015 apontou que 55,5% dos adolescentes escolares do 9º ano já haviam experimentado algum tipo de bebida alcoólica, com algumas regiões chegando a quase 70% (IBGE, 2016).

Em relação ao tema da violência, o Atlas da Violência – Retrato dos Municípios Brasileiros publicado em 2019, elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) em parceria com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública, destaca que as taxas de homicídio dos municípios pequenos cresceram 113% entre 1997 e 2017. É necessário pontuar que o Atlas define cidade pequena como aquela de até 100 mil habitantes. O documento pontua ainda as diferenças em relação aos índices de desenvolvimento humano dos municípios com mais de 100 mil habitantes que apresentaram as maiores e menores taxas de violência; apesar de não incluir as pequenas cidades nesse momento, reforça a relação da maior média percentual de jovens entre 15 e 24 anos que não estudavam, não trabalhavam e eram vulneráveis à pobreza, e maior violência (IPEA, 2019).

Porém nesse mesmo perfil de cidades, a atividade física e a exposição a espaços naturais públicos tiveram efeito protetor mais evidente; enquanto isso, grandes cidades apresentaram efeitos negativos para a saúde mental. Percebe-se que no âmbito dos municípios, é importante compreender as suas características a fim de identificar quais podem ser os aspectos mais ou menos relacionados aos processos de saúde e doença da sua população. Entra em questão a definição da Organização das Nações Unidas (ONU) de município saudável: além de atender às questões básicas de saúde, um município saudável é “aquele que, continuamente, cria e melhora o meio ambiente físico e social, fortalecendo os recursos comunitários, de modo a permitir a seus habitantes apoiarem-se mutuamente no desempenho de suas funções e na plena realização de suas potencialidades” (GOMES; BASTOS; FERES, 2016, p. 2).

Destaca-se aqui o Plano Diretor¹ como instrumento de planejamento desses aspectos. Todavia, de acordo com a lei nº 10.257 de 2001, não há obrigatoriedade de elaborar o Plano Diretor para municípios de pequeno porte, ou seja, estes muitas vezes acabam fora de ações de planejamento e ordenamento urbano, por exemplo (BRASIL, 2001). Mendonça *et al.* (2016, p. 2908), ancorados em Girardi (2015), referem que as cidades pequenas também se encontram geralmente em “[...] áreas geográficas mais isoladas, com situações de maior vulnerabilidade social e econômica [...]” e por vezes acabam sofrendo ainda por falta de recursos humanos de saúde, como os próprios médicos.

Ainda em relação à tipologia da cidade, que pode ser urbana ou rural, por exemplo, verificou-se nos estudos que adolescentes de áreas rurais (associadas por vezes a pequenas cidades) tinham maior risco para uso e abuso de substâncias, enquanto os que moravam em pequena área metropolitana apresentaram maior chance de estresse (MARTIN *et al.*, 2018; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012; HUYNH *et al.*, 2013). Destaca-se que cada país constrói a sua tipologia. No Brasil, o IBGE (2017) diferenciou as tipologias “município predominantemente urbano”, “município intermediário”, “município predominantemente rural”, considerando o número de habitantes e densidade populacional. Essa classificação possibilita diferenciar elementos econômicos, culturais, dentre outros.

Destaca-se que, nos artigos pesquisados, a tipificação “rural” também foi apresentada em conjunto com as pequenas cidades, como por exemplo em Pulver, Davison e Pickett (2015), o que é frequente na literatura, tendo em vista que o tamanho populacional ou patamar demográfico pode ser um critério para definição de meio rural. O Ministério da Saúde acrescenta que a dinâmica de vida de adolescentes e jovens moradores de áreas rurais demandam questões particulares que necessitam ser levadas em consideração ao pensar a atenção à saúde, incluindo, por exemplo, o trabalho frequentemente iniciado em menores idades, junto à família (BRASIL, 2017).

A percepção de segurança na vizinhança, áreas menos carentes e com menos problemas estruturais foram indicadas como protetoras para a saúde mental (MARTIN *et al.*, 2018; HUYNH *et al.*, 2013). Destacam-se ainda os resultados que apontaram que a exposição ao espaço natural público e atividade física foram mais protetivos nas cidades pequenas (HUYNH *et al.*, 2013; MAZUR *et al.*, 2016), que pode indicar diferenças em relação aos modos de vida. O meio rural, por exemplo, acarreta a ideia de uma maior presença do espaço natural público, bem como uma relação diferenciada com a natureza, mais próxima, a qual muitas vezes é fonte primária de renda. Todas estas características devem ser levadas em consideração no planejamento de políticas públicas, especialmente de promoção da saúde.

Questões de relacionamento comunitário também foram protetoras, como a coesão social do bairro, percepção de clima comunitário que não seja hostil, e apoio comunitário, especialmente em relação à vitimização por violência, estresse relacionado à minoria sexual e uso de álcool (MARTIN *et al.*, 2018; PACELEY; OKREY-ANDERSON; HEUMANN, 2017; PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017). Destaca-se o artigo de Pacey, Okrey-Anderson e Heumann (2017), que integra esses dados quando aponta a percepção de clima comunitário hostil em comunidades rurais, com menor número de habitantes, menos recursos comunitários e valores comunitários mais conservadores.

Em relação aos fatores familiares, problemas de saúde mental dos pais, incluindo o uso de substâncias psicoativas, relacionavam-se ao uso de substâncias pelos adolescentes e ainda sintomas internalizados, como ansiedade e depressão (GAETE *et al.*, 2016; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). Adolescentes que não residiam com a família estavam em maior risco para vitimização por violência (PARK *et al.*, 2017), e os que não moravam com ambos os pais também apresentaram maior risco para uso do tabaco (GAETE *et al.*, 2016).

¹ O Plano Diretor é o principal instrumento da política urbana brasileira e deve assegurar o atendimento das necessidades dos cidadãos quanto à qualidade de vida, à justiça social e ao desenvolvimento das atividades econômicas (BRASIL, 2001).

A relação entre os pais e destes com os adolescentes pode incluir fatores de risco como conflitos entre os pais e adolescentes, vida familiar infeliz, falta de apoio familiar, relacionados nos estudos ao uso de substâncias e sintomas de ansiedade e depressão. A falta do apego seguro aos pais e mães também acarretava em maior risco para sintomas chamados externalizados, autoestima e ansiedade (TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; GAETE *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; SMOKOWSKI *et al.*, 2014). A riqueza da família, que remete ao nível socioeconômico, também foi associada a maior bem estar (HUYNH *et al.*, 2013). Em relação ao item “pais estrangeiros” destaca-se o estudo de Park *et al.* (2017) que evidenciou maior risco de vitimização por violência para adolescentes com pais de outra nacionalidade.

Em relação aos fatores familiares, sabe-se da importância do fortalecimento de vínculos para a prevenção de comportamentos de risco; morar com ambos os pais, a supervisão familiar e o bom relacionamento entre pais e filhos são frequentemente entendidos como principais fatores de proteção para a saúde mental da criança e adolescente (IBGE, 2016). Destaca-se a necessidade da atenção e comprometimento dos pais tanto para identificar que o adolescente precisa de ajuda, quanto para dar suporte ao manejo terapêutico, na intervenção (BRASIL, 2013).

A família também é quem faz o contato com a Escola, muitas vezes responsável pela identificação de demandas de saúde dos estudantes. Destaca-se que alterações de comportamento sem causa esclarecida na escola podem ser indicadores de problemas em saúde mental. Sendo o ambiente no qual o adolescente passa boa parte do seu dia e semana, a escola pode vir a ser espaço de proteção da saúde mental do adolescente quando entendida como ponto de saúde ampliado, possibilitando ações de prevenção, promoção e até mesmo intervenção em saúde (BRASIL, 2013).

Sobre os fatores escolares, em um dos estudos pontuou-se que o desempenho acadêmico tanto alto quanto baixo pode ser um fator de risco, enquanto em outro, o alto desempenho foi considerado protetivo (PARK *et al.*, 2017; MAZUR *et al.*, 2016). O estresse escolar foi apresentado como fator de risco para disfunção social, ansiedade e depressão (MAZUR *et al.*, 2016). Além disso, a participação em atividades extracurriculares também foi abordada em Pulver, Davison e Pickett (2015) como protetiva para uso de substâncias (nesse caso, uso recreativo de medicamentos). A participação em atividades extracurriculares está ligada ainda aos fatores interpessoais, de relacionamento com os pares, como o tempo com os colegas passado fora do horário escolar. Ainda em relação ao uso de substâncias, pontuou-se aumento de risco quando há percepção de que os pares utilizam drogas (GAETE *et al.*, 2016; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015).

O relacionamento com pares é também observável no ambiente escolar, onde parte da rede de amizades é constituída. Diferentes autores abordam a importância dos grupos na adolescência; serão destacados aqui Ozella e Aguiar (2008, p. 113-114), que em uma de suas pesquisas com adolescentes abordaram o quanto, para aqueles participantes, os “[...] grupos aparecem como orientadores de comportamentos, valores, atitudes e hábitos. Levantamos a hipótese de que são fundamentais para a definição da própria identidade dos adolescentes, da constituição de suas subjetividades”. A OPAS Brasil (s/d) reforça que o relacionamento com os pares é determinante e importante da saúde mental dos adolescentes.

O Ministério da Saúde pontua que “não há como garantir que família, escola, comunidade e sociedade só promovam fatores de proteção aos sujeitos, já que elas são também fontes de conflitos e de adversidades, que vulnerabilizam os sujeitos”, ou seja, a manutenção da saúde está relacionada ao vínculo familiar estabelecido, comunicação, estilo parental, bem como relações com fatores escolares, interpessoais e comunitários (BRASIL, 2017, p. 30).

DOMÍNIO PSICOLÓGICO

Em relação aos fatores individuais e comportamentais, nota-se que o histórico de doença mental ou sintomas relacionados acarretam risco para diferentes questões de saúde mental como a ortorexia nervosa,

uso de substâncias psicoativas e comportamentos antissociais (ŁUCKA *et al.*, 2019; MARTIN *et al.*, 2018; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). Este primeiro ponto proporciona a reflexão que esses adolescentes já estão em situação de vulnerabilidade, ou seja, o fato de possuir um problema de saúde mental pode acarretar em risco para outras questões (como pessoas com transtorno alimentar em risco para ortorexia nervosa, de acordo com ŁUCKA *et al.*, 2019). Além disso, considerando os TMC tem-se a intersecção das síndromes ansiosa, depressiva e de somatização, na qual é possível entender que sintomas diferentes relacionados a uma mesma questão podem se manifestar em conjunto (BRASIL, 2013).

Experiências de vida, como situações traumáticas, ser vítimas de algum tipo de violência ou estigma, também foram consideradas risco para questões como depressão, ansiedade, estresse, percepção de saúde e felicidade e suicídio (PACELEY; GOFFNETT; GANDY-GUEDES, 2017; PARK *et al.*, 2017; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). Em relação à temática do suicídio Whitt, Garland e Howard (2012) também verificaram a tendência suicida como fator de risco para outras questões de saúde mental. Além desses itens, a forma corporal percebida também foi apontada como um possível fator de risco e proteção para a saúde mental adolescente no contexto da violência (PARK *et al.*, 2017).

Nesse sentido, observa-se que a violência volta a ganhar destaque. A PenSE de 2015 (IBGE, 2016) identificou que 14,5% dos estudantes do 9º ano declararam ter sofrido agressão física por um adulto da família nos últimos 30 dias, enquanto 23,4% haviam se envolvido em alguma briga e/ou luta no mesmo período. Além da violência física, é necessário considerar os outros formatos (violência psicológica, sexual, negligência, histórico de punição, por exemplo). Sofrer bullying, que pode ser entendido como um tipo de violência psicológica, foi declarado por 7,4% dos estudantes pesquisados. Em relação à violência sexual, é sabido que as meninas são as maiores vítimas (diferente das violências físicas), e que geralmente ocorre de forma intrafamiliar, adquirindo um caráter de “invisibilidade” (IBGE, 2016; BRASIL, 2017).

Paceley, Okrey-Anderson, Heumann (2017) apontam ainda para a violência que ocorre de forma indireta (por meio de escuta e observação de outras situações, por exemplo). Tem-se ainda a questão do suicídio, que é entendido como uma violência auto-provocada e é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos (BRASIL, 2017). A OPAS Brasil (s/d) reforça que as violências são reconhecidamente fatores de risco para a saúde mental do adolescente e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) destaca a importância de observar especificidades de cada segmento populacional para o enfrentamento à violência.

O uso e abuso de substâncias psicoativas, especialmente álcool e tabaco, foram trazidos como fatores de risco para uso de outras substâncias e vitimização por violência (MARTIN *et al.*, 2018; PARK *et al.*, 2017; PULVER; DAVISON; PICKETT, 2015; WHITT; GARLAND; HOWARD, 2012). Problemas de comportamento também foram associados ao uso de substâncias (GAETE *et al.*, 2016). Adolescentes sexualmente ativos estiveram em maior risco de vitimização por violência (PARK *et al.*, 2017). E por fim, altos níveis de atividade física e qualidade do sono, como já pontuado anteriormente, foram identificados como protetores da saúde mental (GILLIS; EL-SHEIKH, 2019; TU; MARKS; EL-SHEIKH, 2016; MAZUR *et al.*, 2016).

Em relação à atividade sexual, o Ministério da Saúde pontua que ter iniciado vida sexual sem o apoio necessário dos serviços de saúde ou estar vivenciando gravidez não planejada são uma das situações de risco que podem ser produtores de vulnerabilidade para a saúde do adolescente de maneira geral (BRASIL, 2017).

Sobre o sono e a atividade física, a OPAS Brasil (s/d) refere que exercícios regulares e padrões de sono saudáveis são hábitos que promovem o bem-estar emocional. O Ministério da Saúde também aponta para a importância da atividade física na promoção e manutenção da saúde do adolescente (BRASIL, 2017). Fochesatto *et al.* (2020) indicam que a OMS incluiu o sono e a atividade física como componentes de uma tríade básica para a promoção da saúde mental. Os autores, em estudo de caso-controle, encontraram associação entre a qualidade do sono e sintomas emocionais, hiperatividade e desatenção, problemas

de conduta e problemas de relacionamento com os pares, nos meninos, enquanto para as meninas as relações encontradas não foram significativas. Ainda sobre o sono, entende-se que sua alteração pode ser indicadora de diferentes questões como a depressão e situações de violência (BRASIL, 2017). Na PeNSE 2015, por exemplo, 11,3% dos adolescentes perderam o sono por conta de ansiedade e preocupações nos últimos 12 meses, sendo a proporção de meninas duas vezes maior em relação aos meninos no cenário brasileiro (IBGE, 2016). Em relação à atividade física, o estudo de Campos *et al.* (2020) utilizou dados da PeNSE 2015 e identificou melhora dos indicadores de saúde associada à prática regular de atividade física. Destaca-se que maior proporção de meninos referiram realização de atividade física nessa amostra (IBGE, 2016).

ESTUDOS LONGITUDINAIS: INTERFACES

É necessário destacar aqui também os estudos longitudinais (RHEW *et al.*, 2018; HAWKINS *et al.*, 2014; CAPRARA *et al.*, 2014; SMOKOWSKI *et al.*, 2014; MCGARVEY *et al.*, 2014; OSGOOD *et al.*, 2013; HAWKINS *et al.*, 2012; SPOTH *et al.*, 2011) que visavam comprovar a eficácia dos programas apresentados. Excetua-se o estudo de Smokowski *et al.* (2014), que concentrou-se na pesquisa sobre os processos de aculturação e dinâmica familiar e sua relação com a saúde mental dos adolescentes. Rhew *et al.* (2018), Hawkins *et al.* (2012) e Hawkins *et al.* (2014) trouxeram o sistema de prevenção Communities That Care (CTC) como possibilidade de proteção/ promoção da saúde mental do adolescente, como redução de comportamentos problemáticos (incluindo delinquência e violência) e uso de substâncias (especialmente álcool e tabaco). Já Caprara *et al.* (2014) apresentaram a intervenção Promoting Prosocial and Emotional Skills to Counteract Externalizing Problems in Adolescence (sendo o acrônimo italiano: CEPIDEA). Esse visa à promoção de comportamento pró-social, havendo no estudo consequente redução de agressão física e verbal entre os estudantes.

Osgood *et al.* (2013) e Spoth *et al.* (2011), por sua vez, trouxeram o PROSPER (Promoting School-University Partnerships to Enhance Resilience), que auxiliou na redução do potencial de influência dos pares (em relação ao comportamento antissocial) e na redução do uso de substâncias. Diferente das intervenções para prevenção, o A-CRA/ACC (Adolescent Community Reinforcement Approach/ Assertive Continuing Care) foi um tratamento apresentado por McGarvey *et al.* (2014) que auxiliou na redução do uso da cannabis e também do álcool, bem como a melhora para frequência escolar. Observa-se que os fatores estudados estariam especialmente relacionados ao Domínio Psicológico, especialmente fatores comportamentais.

Observados estes pontos (e considerando que há muitos mais a serem estudadas), nota-se que atualmente existe um consenso acerca da determinação social e sua importância para a saúde individual e coletiva das pessoas, o que por vezes, parece não se estender para a saúde mental quando o “problema” é compreendido predominantemente intrínseco ao domínio psicológico (especialmente quando se trata de adolescência, frequentemente entendida como “faixa etária problemática”). Esta questão pode ser identificada quando se observa que parte significativa dos artigos pesquisados preocupa-se com a temática dos “comportamentos problemáticos”, incluindo o uso de substâncias. Felizmente, os artigos longitudinais indicaram também que intervenções a nível de ambiente, como o escolar, podem auxiliar para a redução desses comportamentos e consequentemente de outros tipos de sofrimento.

Destaca-se que os estudos longitudinais apresentaram limitações como, por exemplo, não serem generalizáveis para grandes cidades ou áreas mais urbanas. A questão do urbano e rural também pode ser limitador quando se faz a junção de rural com pequena cidade, tendo em vista que jovens residentes em áreas mais ou menos urbanizadas, numa mesma cidade, podem ter padrões de atividades e comportamentos distintos. Além disso, os estudos longitudinais geralmente perdem parte dos participantes iniciais, que podem ser parte dos que apresentam os comportamentos/questões de interesse do estudo.

Por sua vez, os estudos transversais indicaram com frequência a limitação de não ser possível fazer inferências causais e nem temporais entre os fatores e a questão de saúde mental pesquisada. Apresentaram também que nem sempre a amostra contemplava variabilidade suficiente para ser generalizável ou comparável, como por exemplo em termos culturais, raciais e até mesmo em termos diagnósticos (ou seja, resultados obtidos com participantes considerados saudáveis nem sempre podem ser generalizadas para outros contextos).

Limitação de ambos os estudos é que alguns fatores foram avaliados apenas com um item, o que não possibilita a ampla compreensão sobre a resposta; talvez, ainda, algum fator relacionado não tenha sido medido; além disso, os estudos atentavam-se para determinados aspectos da saúde mental selecionados. Outra frequente limitação, para ambos os tipos de estudo, são as respostas de autorrelato; entende-se que podem ser comprometidas por desejabilidade social ou desonestidade nas respostas, apesar de serem sabidamente confiáveis.

Assim, destaca-se a importância do olhar integral para cada adolescente e suas particularidades, observando que a saúde mental de crianças e adolescentes “está diretamente relacionada ao nível alcançado e competência alcançada no funcionamento psicológico e social” (WHO, 2005, p. 7, tradução da autora). Também se reforça que, assim como as doenças físicas, o sofrimento mental resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais (WHO, 2002).

CONCLUSÃO

Esta revisão buscou identificar fatores de risco e proteção para a saúde mental na adolescência em cidades pequenas, considerando os domínios biológico, social e psicológico. Algumas questões (especialmente e âmbito psicológico) foram trazidas por vezes como fatores de risco, outras como consequências da condição de saúde mental e outras como a própria questão abordada, como é o caso principalmente do uso e abuso de substâncias e violências. Isto faz refletir o quanto um fator pode não ser de risco ou proteção per se, pois é necessário considerar a interação entre os domínios, ou seja, o ser humano integralmente, para a promoção da saúde mental e prevenção de agravos. Dessa forma, pode-se enfatizar a complexidade do trabalho nessa área, que não se restringe ao setor da saúde, mas faz-se fundamental o trabalho interprofissional e setorial.

Conhecer os fatores de risco e proteção para a saúde mental em um local e para um público específicos é de extrema relevância para o planejamento e execução de ações, especialmente no âmbito da saúde pública, onde atualmente a lógica de trabalho é de base territorial. O estudo aqui apresentado possibilita que a temática ganhe visibilidade dado a produção ainda escassa envolvendo cidades pequenas na literatura nacional, podendo suscitar que possam ser realizadas mais pesquisas nesse âmbito, inclusive com os adolescentes como público-alvo. A partir dos resultados encontrados, observa-se que apesar da temática dos fatores de risco e proteção na adolescência ser recorrente, o público de pequenas cidades é pouco contemplado, especialmente no Brasil, onde esse tipo de cidade é maioria..

REFERÊNCIAS

BECKER, A. E.; BURWELL, R. A.; GILMAN, S. E.; HERZOG, D. B.; HAMBURG, P. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. **British Journal of Psychiatry**. v. 180, p. 509-514, 2002.

BRASIL. Lei n.8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Lei n.10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - n. 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 234 p.

BRAUN, V. CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n.2, p. 77-101, 2006.

BUSS, P. M., PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, A. S.; CAMPOS, E. S.; LOURINHO, L. A.; SOARES, S. L.; FERREIRA, H. S. Indicadores de saúde e atividade física: importância das pesquisas sobre adolescentes escolares. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 6, n. 8, p.60963-60981, 2020.

CAPRARA, G. V.; KANACRI, B. P. L.; GERBINO, M.; ZUFFIANO, A.; ALESSANDRI, G.; VECCHIO, G.; CAPRARA, E.; PASTORELLI, C.; BRIDGLALL, B. Positive effects of promoting prosocial behavior in early adolescence: evidence from a school-based intervention. **International Journal of Behavioral Development**, v. 38, n.4, p. 386–396, 2014.

FERNANDES, P. H. C. O urbano brasileiro a partir das pequenas cidades. **Revista Eletrônica Geoaraguaia**. V. 8, n. 1, p. 13-31, 2018.

FOCHESATTO, C. F.; GAYA, A.; BRAND, C.; MOTA, J.; BANDEIRA, D. R.; LEMES, V. B.; MARTINS, C. M. L.; GAYA, A. R. Sleep and childhood mental health: role of physical activity and cardiorespiratory fitness. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 26, n. 1, p. 48-52, 2020.

GAETE, J. OLIVARES, E.; ROJAS-BARAHONA5, C. A.; RENGIFO, M. J; LABBÉ, N.; LEPE, L.; SILVA, M.; YÁÑEZ, C.; CHEN, M. Consumo de tabaco y alcohol en adolescentes de 10 a 14 años de la ciudad de San Felipe, Chile: prevalencia y factores asociados. **Revista Médica de Chile**. v. 144, p. 465-475, 2016.

GILLIS, B. T.; EL-SHEIKH, M. Sleep and adjustment in adolescence: physical activity as a moderator of risk. **Sleep Health**. v. 5, p.266–272, 2019.

GOLDBERG, D. A bio-social model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. v. 90, suppl. 385, p. 66-70.

GOMES, B. S. de M., BASTOS, S. Q. de A., FERES, F. L. C. Espaços Urbanos Saudáveis e os Determinantes Sociais da Saúde. ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde. **Anais**, p. 1-20, 2016.

HAWKINS, J. D.; OESTERLE, S.; BROWN, E. C.; MONAHAN, K. C.; ABBOTT, R. D.; ARTHUR, M. W.; CATALANO, R. F. Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviors after installation of the Communities That Care Prevention System in a randomized trial. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**. v. 166, n. 2, p. 141-148, 2012.

HAWKINS, J. D.; OESTERLE, S.; BROWN, E. C.; ABBOTT, R. D.; CATALANO, R. F. youth problem behaviors 8 years after implementing the Communities That Care Prevention System: A Community-Randomized Trial. **JAMA Pediatrics**. v. 168, n. 2, p. 122-129 2014.

HUYNH, Q.; CRAIG, W.; JANSSEN, I.; PICKETT, W. Exposure to public natural space as a protective factor for emotional well-being among Young people in Canada. **BMC Public Health**. v. 13. 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil**: uma primeira aproximação. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 83p.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Ministério da Economia. Fórum Brasileiro de Segurança Pública (Org.). **Atlas da violência**: Retratos dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2019. 52p.

KUBOTA, L. C. **Discriminação contra os estudantes obesos e os muito magros nas escolas brasileiras**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2014. 38p.

LOPES, C. S.; ABREU, G. A.; SANTOS, D. F.; MENEZES, P. R.; CARVALHO, K. M. B.; CUNHA, C. F.; VASCONCELLOS, M. T. L.; BLOCH, K. V.; SZKLO, M. ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, suppl 1, p. 1-9, 2016.

ŁUCKA, I; DOMARECKI P., JANIKOWSKA-HOŁOWEŃKO, D.; PLENIKOWSKA-ŚLUSARZ, T.; DOMARECKA M. The prevalence and risk factors of orthorexia nervosa among school-age youth of Pomeranian and Warmian-Masurian voivodeships. **Psychiatria Polska**. v. 53, n. 2, p. 383-398, 2019.

MALTA, D. C.; OLIVEIRA-CAMPOS, M.; PRADO, R. R.; ANDRADE, S. S. C.; MELLO, F. C. M.; DIAS, A. J. R.; BOMTEMPO, D. B. Uso de substâncias psicoativas, contexto familiar e saúde mental em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.17, suppl.1 p. 46-61, 2014.

MARTIN, G.; INCHLEY, J.; MARSHALL, A.; SHORTT, N.; CURRIE, C. The neighbourhood social environment and alcohol use among urban and rural Scottish adolescents. **International Journal of Public Health**. v. 64, p. 95-105. 2018.

MAZUR, J.; NAŁĘCZ, H.; KLESZCZEWSKA, D.; MAŁKOWSKA-SZKUTNIK, A.; BORRACCINO, A. Behavioural factors enhancing mental health – preliminary results of the study on its association with

physical activity in 15 to 16 year olds. **Developmental Period Medicine**, v. 4, p. 315-124, 2016.

MENDONÇA F. F.; MATTOS, L. F. A. de; OLIVEIRA, E. B. D. de; DOMINGOS, C. M.; OKAMURA, C. T.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. de. A. Participação dos municípios de pequeno porte no Projeto Mais Médicos para o Brasil na macrorregião norte do Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 21, n. 9, p. 2907 - 2925, 2016.

MCGARVEY, E. L.; LEON-VERDIN, M.; BLOOMFIELD, K.; WOOD, S.; WINTERS, E.; SMITH, J. Effectiveness of A-CRA/ACC in treating adolescents with cannabis-use disorders. **Community Mental Health Journal**. v. 50, p. 150-157, 2014.

MONTEIRO, D. S.; MARTINS, R. D.; GOMES, N. P.; MOTA, R. S.; CONCEIÇÃO, M. M.; GOMES, N. R.; NERY, C. L. Fatores associados ao transtorno mental comum em adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, suppl 1, p. 1-8.

OPAS BRASIL – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Saúde mental dos adolescentes**. s/d. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839>. Acesso em: 01 nov. 2020.

OSGOOD, D. W.; FEINBERG, M. E.; GEST, S. D.; MOODY, J.; RAGAN, D. T.; SPOTH, R. S.; GREENBERG, M.; REDMOND, C. Effects of PROSPER on the influence potential of prosocial versus antisocial. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, p. 174-179, 2013.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PACELEY, M. S.; GOFFNETT, J.; GANDY-GUEDES, M. Impact of victimization, community climate, and community size on the mental health of sexual and gender minority youth. **Journal of Community Psychology**. p. 1-14, 2017.

PACELEY, M. S.; OKREY-ANDERSON, S.; HEUMANN, M. Transgender youth in small towns: perceptions of community size, climate, and support. **Journal of Youth Studies**. v. 20, n. 7, p. 822-840, 2017.

PARK, S.; LEE, Y.; JANG, H.; JO, M. Violence Victimization in Korean Adolescents: Risk Factors and Psychological Problems. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 14, n. 5, 541, 2017.

PINHEIRO, K. A. T.; HORTA, B. L.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, L. L.; TERRES, N. G.; SILVA, R. A. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 29, n. 3, 2007.

PULVER, A.; DAVISON, C.; PICKETT, W. Time-use patterns and the recreational use of prescription medications among rural and small town youth. **The Journal of Rural Health**. v. 31, p. 217–228, 2015.

RHEW, I. C.; OESTERLE, S.; COFFMAN, D.; HAWKINS, D. Effects of exposure to the Communities

That Care Prevention System on youth problem behaviors in a community- randomized trial: employing an inverse probability weighting approach. **Evaluation & the Health Professions**. p. 1-20, 2018.

SMOKOWSKI, P. R.; ROSE, R. A.; EVANS, C. B. R.; COTTER, K. L.; BOWER, M.; BACALLAO, M. Familial influences on internalizing symptomatology in Latino adolescents: An ecological analysis of parent mental health and acculturation dynamics. **Development and Psychopathology**. v. 26, p. 1191–1207, 2014.

SPOTH, R.; REDMOND, C.; CLAIR, S.; SHIN, C.; GREENBERG, M.; FEINBERG, M. Preventing substance misuse through community–university partnerships: randomized controlled trial outcomes 4½ years past baseline. **American Journal of Preventive Medicine**. v. 40, n. 4, p. 440-447, 2011.

THE TREVOR PROJECT. **National Survey on LGBTQ Mental Health**. 2019. New York, New York: The Trevor Project. Disponível em: <https://www.thetrevorproject.org/survey-2019/?section=Introduction>. Acesso em: 01 nov. 2020.

TORRACO, R. J. Writing integrative literature reviews: guidelines and examples. **Human Resource Development Review**. v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

TU, K. M.; MARKS, B. T.; EL-SHEIKH, M. Sleep and mental health: the moderating role of perceived adolescent-parent attachment. **Sleep Health**, 2016.

WHITT, A.; GARLAND, E. L. HOWARD, M. O. Helium inhalation in adolescents: characteristics of users and prevalence of use. **Journal of Psychoactive Drugs**. v. 44, n.5, p. 365-371, 2012.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança** [versão portuguesa] Lisboa: Climepsi Editores, 2002. 206 p.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child and adolescent mental health policies and plans**. Genebra: WHO, 2005, 85 p.