



Estudos de Psicologia

ISSN: 1413-294X

revpsi@cchla.ufrn.br

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Brasil

Aquino Morais, Camila; Matos Amparo, Deise; Fukuda, Cláudia Cristina; Tarrouquella Brasil, Katia

Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros

Estudos de Psicologia, vol. 17, núm. 3, septiembre-diciembre, 2012, pp. 369-379

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26125519004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Concepções de saúde e doença mental na perspectiva de jovens brasileiros

Camila Aquino Moraes

Deise Matos Amparo

Universidade de Brasília

Cláudia Cristina Fukuda

Katia Tarrouquella Brasil

Universidade Católica de Brasília

Resumo

O estudo investiga a perspectiva de adolescentes e jovens acerca de suas concepções de saúde e doença mental. Compreende-se que o processo de construção da saúde-doença é influenciado pela perspectiva individual, familiar e sociocultural. Participaram do estudo 1163 jovens de ambos os sexos, com idade média de 15,84 anos. Utilizou-se como instrumento um questionário autoaplicável, formulado em estudo anterior com jovens suíços de língua portuguesa. Investigaram-se as concepções de saúde e doença mental, dentre outros aspectos do tema. Nos resultados, observaram-se aspectos da visão holística e do modelo tradicional de saúde mental. A doença mental foi caracterizada como uma desordem emocional, revelando a influência das experiências internas e relacionais na concepção de adoecimento mental. Diferenças de nível socioeconômico foram observadas nas concepções de saúde e doença mental.

Palavras-chave: adolescência; juventude; saúde mental; doença mental; concepções de saúde e doença mental.

Abstract

Brazilian young people perceptions of mental health and illness. The study investigates young people conceptions of health and mental illness. The theoretical approach understands that the process of construction of health and disease is influenced by individual, family and sociocultural factors. Participants were 1163 young people of both sexes with a mean age of 15.84 years. A Self-administered questionnaire was formulated in a previous study with young Portuguese-speaking Switzerland. Mental health and illness concepts were investigated and also others issues about it. In the results, we found aspects of holist and traditional concepts of mental health. Mental illness was characterized as an emotional disorder, revealing the influence of internal and relational experiences in the design of mental illness. Socioeconomic differences were observed in this concept.

Keywords: adolescents, young people, mental health, mental illness, concepts of mental health-illness.

O aumento de pesquisas sobre a saúde dos jovens e adolescentes cresceu em nível nacional e internacional. Diversos motivos impulsionaram este fenômeno, dentre eles, a alta incidência de comportamentos de risco nesta população, uso de drogas, escassa prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, gravidez precoce, ações ilegais como furtos e roubos, tráfico, homicídio e suicídio (CEBRID, 2003; CEVS, 2006; Pantoja, Bucher, & Queiroz, 2006; Tavares, Montenegro, & Prieto, 2004). O alto índice de alcoolismo e a dependência a drogas ilícitas que afetam a população de crianças, adolescentes e principalmente de jovens, são também graves problemas de saúde pública. A dependência de álcool e drogas ocasiona inúmeros problemas sociais, como acidentes levando à morte, comportamentos agressivos,

roubos, dentre outros (CEVS, 2006; Marsiglia, Silveira, & Carneiro Junior, 2007). Ademais, os adolescentes e jovens são identificados como um grupo etário vulnerável e de risco para diversos transtornos mentais, como: depressão, transtornos de conduta, transtornos alimentares, além de ser suscetível a situações de risco como uso de drogas e violência (Benetti, Ramires, Schneider, Rodrigues, & Tremarin, 2007).

O impacto destes comportamentos tem mobilizado o contexto social e exigido intervenções em diferentes níveis, pois essas questões se tornaram um problema social e de saúde pública. Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indicou que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, mas apenas uma minoria delas recebe o tratamento básico. Por este fato, a pesquisa na área da saúde

mental tem sido considerada prioritária em muitos países.

Apesar de, nos últimos anos, os Estados Unidos identificarem um crescente número de patologias na infância e adolescência, de modo geral, neste país e no continente europeu, discute-se a dificuldade de diagnosticar crianças, adolescentes e jovens quando estes têm problemas mentais. E, ainda mais difícil é a realização de um tratamento adequado para a problemática manifestada (Burns et al., 1995; John, Offord, Boyle, & Racine, 1995; Wittchen, 2000).

Na América Latina e no Caribe, as taxas de prevalência de problemas de saúde mental variam de 15 a 21% para amostras probabilísticas de crianças e adolescentes (Duarte et al., 2003). No Brasil, as pesquisas voltadas para a saúde mental dos adolescentes e jovens são escassas.

Os estudos populacionais de prevalência realizados no Brasil foram estes: Fleitlich e Goodman (2004), Cury e Galfoto (2003) e Benvegnú, Fassa, Facchini, Wegman e Dall' Agnol (2005). Frente a um levantamento geral desses estudos, observa-se que as taxas de prevalência obtidas com instrumentos de rastreamento variam de 13,5 a 35,2%, quando informado por pais ou responsáveis. Ao questionar o adolescente, as taxas variam de 12,6 a 13,1%, e aos professores de 8,3 a 10,3% (Bordin & Paula, 2007).

A Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) mostrou que as pessoas no início e no final da vida apresentam mais problemas de saúde, e que o número de pessoas com problemas de saúde é inversamente proporcional à renda familiar (IBGE, 2000, 2005, 2010). Além disso, existe uma alta correlação positiva entre acesso ao médico e o poder aquisitivo da população (IBGE, 2000).

Em 2003, o maior motivo do não-atendimento foi a indisponibilidade de senhas ou vagas (49%) ou a carência de médicos (26%). Outras barreiras ao serviço de saúde foram: a falta de dinheiro; demora e distância do serviço; transporte e horário de trabalho/folga incompatível. O não-atendimento foi 6,5 vezes maior para a população de baixa renda (IBGE, 2005). O último suplemento em saúde realizado pela PNAD foi em 2008. Nesta pesquisa, observou-se que quanto maior era a classe de rendimento mensal domiciliar per capita, menor era a proporção de domicílios cadastrados no Programa Saúde da Família (PSF). Conforme aumentava o rendimento, a proporção de pessoas que procuravam o posto de saúde local reduzia, atingindo apenas 4,8% entre aqueles com rendimento mensal domiciliar per capita de mais de cinco salários mínimos (s.m.). Em contrapartida, as visitas aos consultórios particulares mostraram associação positiva com o rendimento (IBGE, 2010).

Nesta pesquisa, observou-se uma pequena diferença entre o atendimento e o rendimento mensal domiciliar per capita, os valores crescem de 95,4%, para aqueles com até um quarto do s.m., até 99,4%, para os que pertenciam à maior classe de rendimento (IBGE, 2010).

O atendimento foi avaliado como “muito bom ou bom” para 86,4% das pessoas, regular para 10,4%, e “ruim ou muito ruim” para 3,1%. De todos os atendimentos, 58,6% foram realizados em instituições públicas. As pessoas que não foram atendidas na primeira vez no serviço de saúde, informaram que o principal motivo foi a falta de vaga, ou por não terem conseguido senha (39,6%) ou porque não havia médico atendendo (34,6%). Em

2008, do total de pessoas que procuraram por atendimento de saúde, 97,5% foram atendidos na primeira ou na última procura, este percentual equivale a 26,6 milhões de pessoas. Em 1998 e 2003, este percentual foi de 98,0% para os dois anos (IBGE, 2010).

Apesar dos problemas que afetam a saúde mental na adolescência serem preocupantes, observa-se que essa população ainda não desfruta de uma atenção adequada para atender suas dificuldades e sofrimentos psíquicos. Entretanto, esforços têm sido realizados no campo da saúde pública e privada para atender a demanda dessa população.

Na saúde pública, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), inclusive aqueles destinados especificamente às crianças e aos jovens, são a estratégia primordial da reforma psiquiátrica. A perspectiva de atendimento em rede na saúde mental, como previsto na Política Nacional de Saúde Mental, propõe a implantação de diferentes dispositivos de atendimento às crianças e aos adolescentes portadores de sofrimento psíquico e uso abusivo de drogas: CAPS-i, CAPS-ad, centros de convivência, ambulatórios de saúde mental, leitos de internação em hospitais gerais infanto-juvenis, entre outros. Também aponta para a necessidade de serviços e profissionais preparados na atenção primária para identificar e encaminhar crianças e adolescentes com dificuldades de relacionamento interpessoal e para aqueles com comportamento de risco para o uso de álcool e outras drogas; bem como para atuar em programas preventivos e de base comunitária. Como instrumento de transformação da assistência, os CAPS têm como objetivo acolher o indivíduo já com agravos em saúde mental e promover sua integração social e familiar, visando à construção de sua autonomia. (Ministério da Saúde, 2004).

A rede de atenção privada em saúde é mais um prestador de serviço à saúde mental da população brasileira, fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANSS). A rede de atenção suplementar, embora não tenha um projeto voltado para a atenção à adolescência, tem se preocupado em propor novos modelos assistenciais visando adequar sua ação reguladora, assim como garantir uma atenção resolutiva e de qualidade para os beneficiários dos planos de saúde, fortalecendo a relação operadora-prestador-beneficiário (Malta et al., 2004). Assim, tanto as operadoras como a rede de assistência à saúde pública têm se preocupado com o cuidado e a promoção em saúde, particularmente com o desenvolvimento das tecnologias leves que traz uma perspectiva mais ampla à saúde quando qualifica a lógica do beneficiário (Merhy, 2002).

Esta pesquisa vem ao encontro da política de qualificação da saúde, ao introduzir a perspectiva do usuário na análise das suas concepções sobre saúde e doença mental, bem como permitirá conhecer as concepções dos adolescentes, a acessibilidade e o atendimento a esta população. A formação de conhecimentos na área da saúde mental, a partir da perspectiva do usuário, é fundamental para apoiar as decisões de gestores e profissionais da área da saúde mental.

Conceito de saúde

A evolução histórica das concepções sobre saúde e doença deu origem a modelos específicos de atenção à saúde. Morais

(2005) aponta três visões principais de saúde a partir do século XX: o conceito médico; o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) e o conceito ecológico.

O conceito médico, baseado no modelo biomédico tradicional, com influência do modelo cartesiano, adota a cisão entre mente e corpo e define saúde como ausência de doença, a qual é vista como o mau funcionamento dos mecanismos biológicos. Esse modelo propõe o corpo como uma máquina e, para um bom funcionamento, deve ter ausência de problemas, sinais ou sintomas. Dessa forma, o médico intervém quimicamente, concentrando-se em detalhes específicos do corpo, valorizando o aspecto orgânico, em detrimento de outros aspectos envolvidos no processo de adoecer (Morais, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ampliou a concepção do modelo biomédico acerca do processo saúde/doença, na medida em que, ao se estabelecer relações com as áreas sociais e psíquicas, o processo saúde/doença deixa de ter caráter estritamente causal e a intervenção extrapola o aspecto físico ou químico. O diferencial desta nova definição é a visão holística de saúde, visto que a concebe como um estado positivo de bem-estar. Entretanto, esta definição recebe críticas por apresentar um caráter estático e subjetivo (Rezende, 1989; Segre & Ferraz, 1997). A proposição subjacente a este conceito implica a ideia de saúde como um estado perfeito e completo, o que é irreal e inatingível. De acordo com Rezende (1989), essa visão não considera o intercâmbio, muitas vezes conflituoso, existente entre o ser humano e o seu meio ambiente, além da postura humana ativa e dialética frente aos antagonismos sociais. Ademais, a definição da OMS é ampla e vaga, perdendo especificidade para ser definida operacionalmente e aplicada em situações práticas. Faltam qualidades que efetivamente definam o que seja bem-estar. Ao mesmo tempo, Segre e Ferraz (1997) destacam o fato de que as expressões “perfeição” e “bem-estar” não existem por si mesmas, estando sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, partindo da linguagem e da experiência singular do indivíduo. Portanto, bem-estar, felicidade ou perfeição ocorrem para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, dá sentido a tal uso semântico, legitimando-o.

Segundo a perspectiva ecológica, o processo saúde/doença deve ser compreendido de forma mais abrangente, considerando a historicidade, multidimensionalidade e a processualidade. A historicidade diz respeito à influência do contexto sócio-cultural sobre a definição de práticas ditas saudáveis ou não. Isso é decorrente da constatação de que a saúde e, por conseguinte, a doença, nem sempre foram vistas da mesma forma ao longo da história e nas diferentes culturas. A integralidade ou multidimensionalidade, por sua vez, refere-se à consideração da saúde e da doença a partir de aspectos psicológicos, sociais e espirituais, além dos biológicos, tradicionalmente destacados. Dessa forma, a saúde deixa de ser vista como ausência de doença, ao passo que a compreensão da doença também não fica restrita à alteração/desequilíbrio biológico. Por fim, a processualidade diz respeito à consideração da saúde e da doença como partes de um mesmo *continuum* e não como estado absoluto e estático, independentes um do outro (Morais, 2005).

As ideias dos indivíduos sobre saúde e doença têm impacto

sobre suas atitudes e comportamentos de saúde. Nesse sentido, na literatura há uma tendência à realização de pesquisas sobre as visões das pessoas, dos mais variados contextos, a respeito das noções de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002). Uma ideia comum subjacente às pesquisas que se dedicam ao estudo da visão de saúde e doença é a de que estas são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que ocorrem. Dessa forma, a definição do que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia tanto interculturalmente quanto intraculturalmente. Papel de destaque foi atribuído à visão de saúde e doença, pois alguns autores (Boruchovitch & Mednick, 2002; Minayo, 1998; Rezende, 1989) afirmam que elas condicionam a forma como cada pessoa experimenta seus estados de saúde e de doença, os comportamentos adotados para evitar a doença ou restabelecer a saúde e, inclusive, as próprias práticas de atendimento à saúde.

Segundo Minayo (1998), saúde e doença podem ser vistas como expressão social e individual e, também, como expressão das contradições sociais. A partir dessas visões, o contexto sociocultural é percebido como influenciando a definição das atitudes e comportamentos relacionados à saúde/doença e à própria legitimação da condição de “estar doente”. No entanto, a vivência pessoal desses estados ao longo da vida por cada indivíduo também deve ser um aspecto a ser considerado, uma vez que, de acordo com Minayo (1998), “é no indivíduo que essas visões se unificam: é ele que sofre os males ou detém a saúde” (p. 194).

O entendimento das concepções de saúde/doença enquanto expressões da realidade social, que refletem as contradições do sistema capitalista, é outra contribuição à compreensão da construção social das concepções de saúde e doença (Minayo, 1998). As representações dominantes são mediadas pelos profissionais de saúde que tendem a se ater ao contorno biológico e individual do doente para explicar o fenômeno saúde/doença. Ao fazer isso, separam o sujeito de seu meio, de sua experiência existencial e dos condicionamentos de sua situação. Atualmente, a mídia pode ser considerada como o maior veículo de reprodução das representações dominantes, usurpando a capacidade crítica e singular de cada indivíduo, ao manipular as ideias a serem disseminadas e deturpando as realidades como lhe convêm.

O processo de reelaboração de conceitos na sociedade é desafiante e pode influenciar na reorganização de dispositivos e estratégias de atendimento e inclusão do doente mental (Silveira & Braga, 2005). Os conceitos de saúde e doença mental, bem como as estratégias de ação usadas pelos indivíduos, podem ser considerados como barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental na medida em que dificulta a busca, adesão e manutenção do tratamento necessário. Enfocar a visão do usuário é reconhecê-lo como ator social envolvido no sistema. Nesta perspectiva, usuários adolescentes, ou potenciais usuários, podem dar uma contribuição relevante à formação de conhecimentos na área da saúde mental, que irá apoiar as decisões de gestores e profissionais de saúde.

Método

Participantes

Participaram desta pesquisa 1160 jovens de Brasília, Porto Alegre, Fortaleza e Belém. Os participantes pertenciam a três grupos: escolas públicas em regiões de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), escolas particulares em região de alto IDH, serviços de saúde mental públicos e da rede conveniada (particular). Os participantes das escolas foram selecionados por sorteio, considerando a faixa etária de 13 a 18 anos. Os participantes do grupo clínico foram definidos de

acordo com a possibilidade de acesso dos(as) pesquisadores(as) aos participantes nas unidades de atenção em saúde do sistema público e privado. A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra por região e tipo de grupo.

Quanto ao sexo dos participantes, houve um percentual um pouco maior de sujeitos do sexo feminino (53,2%). Na composição da amostra dos subgrupos, observou-se também um percentual maior de jovens do sexo feminino, respectivamente, nos grupos da escola pública (GPu), grupo da escola privada

Tabela 1
Descrição dos participantes por cidade e grupo

Cidades brasileiras	Escolas Públicas	Escolas Particulares	Serviços de Saúde	Totais
Brasília	351	144	86	581
Porto Alegre	99	192	58	349
Fortaleza	73	54	3	130
Belém	25	25	50	100
Totais	548	415	197	1163

(GPa) e grupo clínico (GCl). A idade variou de 10 a 21 anos, com média de 15,8 anos ($DP = 1,68$). As médias de idade por grupo foram 15,9 anos ($DP = 1,47$), 16,1 anos ($DP = 1,59$) e 14,8 anos ($DP = 2,14$), respectivamente, para GPu, GPa e GCl. Identificou-se que os participantes do GCl eram, em média, mais jovens que os grupos escolares ($F(2, 1007) = 38,18; p < 0,001$). Optou-se por não subdividir aquele grupo porque o número de participantes seria reduzido, comprometendo as comparações com os grupos escolares. É viável a elaboração de um artigo que aprofunde especificamente os grupos clínicos público e particular, bem como a complexidade da rede de atendimento que perpassa a ambos.

Verificou-se que 435 (37,5%) jovens cursavam o Ensino Fundamental (do 5º ao 9º ano) e 609 (52,5%) o Ensino Médio (do 1º ao 3º ano), os demais jovens (9%) não informaram o grau escolar. Não foram encontradas diferenças significativas entre o grau escolar e os tipos de grupos.

Instrumentos

O instrumento usado seguiu um modelo de questionário que investigava a visão dos jovens sobre saúde e doença mental e sobre os serviços de saúde. Este questionário foi adaptado do estudo realizado anteriormente na Suíça por Käppler, Möhler-Kuo, Gonçalves, Gianella, Peng, Zehnder e Anastasi, no estudo Access to Mental Health Care to Children – (AMHC) do *Department of Child and Adolescent Psychiatry da University of Zurich*.

O instrumento foi elaborado a partir de um estudo qualitativo com grupos focais de jovens, familiares e profissionais relacionados ao cuidado infanto-juvenil, como pediatra, educador e recreacionista. A formulação do questionário como instrumento de pesquisa em saúde possibilitou o acesso às informações de um grupo maior de participantes, no entanto, é importante ressaltar que o estudo pode ser enriquecido com a associação a outras metodologias qualitativas. No questionário, foram consideradas informações que trataram dos conceitos de saúde mental e das estratégias de ajuda utilizadas no cuidado com os jovens. O questionário contém questões qualitativas e quantitativas, dividido em quatro categorias pré-definidas: saúde; família; bem-

estar; e condições de vida. No Brasil, foi aplicado o questionário adaptado da versão lusitana do instrumento original. A adaptação do instrumento deu-se seguindo os seguintes procedimentos: a) tradução e revisão da linguagem do instrumento de tal forma que os termos utilizados correspondessem aos usados no Brasil, considerando a diversidade cultural das diferentes regiões do país; b) aplicação do instrumento traduzido em um pequeno grupo de participantes (jovens e cuidadores) advindos de regiões diferentes do Brasil (Brasília, Fortaleza, Porto Alegre); c) análise e discussão dos questionários respondidos com a equipe de aplicadores; d) revisão dos termos onde houve alguma dificuldade de compreensão no grupo; e) reaplicação; e f) formatação do modelo final de questionário utilizado na pesquisa.

Para a análise dos dados deste artigo foram utilizadas as sessões A e B acerca da concepção de saúde e doença mental, ambas da categoria saúde. Os grupos de itens para concepção de saúde e doença mental eram compostos de 16 e 17 afirmações, respectivamente, sobre o que, para os participantes, significava alguém estar saudável e doente mentalmente/emocionalmente. Para cada afirmação era solicitado aos jovens que assinalassem sua resposta em uma escala *Likert* de 4 pontos (1- não concordo a 4 - concordo totalmente).

Considerações éticas

A seleção da escola particular e pública foi realizada de acordo com os seguintes critérios: a) localização em região com alto índice de IDH para escola particular, b) localização em região com baixo índice de IDH para escola pública, c) facilidade de acesso aos pesquisadores. A pesquisa seguiu os trâmites legais tendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UCB No. 86/2006). O questionário foi aplicado coletivamente em sala de aula após os alunos terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O questionário dos cuidadores foi encaminhado aos familiares via estudante e estes também assinaram o TCLE. No grupo clínico, foram contatadas as instituições da rede pública e particular, que trabalham com saúde mental de jovens. Nos serviços de saúde, foram convocados os cuidadores individualmente, explicada a pesquisa e obtida a anuência de cada cuidador com assinatura do

TCLE. Com os jovens dos sistema de saúde público e privado, o questionário foi aplicado de forma individual em sala cedida pelas instituições após assinatura do TCLE.

Os dados foram analisados, buscando-se identificar o significado de saúde e doença mental para os jovens, com suporte de análises estatísticas descritivas e inferenciais. A análise dos dados foi dividida em três eixos, análises individuais das afirmações sobre saúde e doença mental/emocional, análise da estrutura fatorial das afirmações e análise das relações entre as concepções de saúde e doença mental e local da coleta de dados (escola pública, escola particular e serviço de saúde), esta variável foi denominada tipo de grupo do jovem.

Resultados

Análises descritivas das concepções de saúde e doença mental

As Tabelas 2 e 3 apresentam as médias de concordância dos jovens com as afirmações sobre as concepções de saúde e doença mental por ordem crescente de média e valores de testes *t* significativos ($p < 0,05$) para as diferenças das médias entre as afirmações.

Para as concepções de saúde mental/emocional, verificou-se que os jovens concordaram que “poder se relacionar bem com os outros” e “não usar drogas”, são as concepções mais representativas de saúde mental/emocional, seguidas por “algo muito importante”, “ser alegre”, “ter energia”, “pensamento

positivo”, “poder ir à escola” e “estar em equilíbrio”. Em terceiro lugar, ficaram as concepções “perceber o que não deve ser feito”, “conseguir pensar de forma clara” e “ter a vida sob controle”. Em quarto lugar, a concepção “ser normal”. Em quinto, “eu sei o que é, mas é difícil explicar”, “não ter problemas” e “não ter que ir ao psicólogo-psiquiatra”. Por último, com menor grau de importância para os jovens, encontrou-se a concepção “não ser tão sensível”.

Quanto à doença mental, observou-se que o item que os jovens mais concordaram foi “é algo que deve ser levado a sério”, sendo que tal concepção tem uma média expressivamente mais alta que as demais. O segundo grupo de concepções sobre doença mental foram: “quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre”, “não sentir-se bem” e “sentir-se magoado, ferido”, tais concepções retratam a doença mental como uma interação entre corpo-mente. O terceiro grupo é caracterizado pelas seguintes concepções: “algo mais difícil de controlar que uma doença física”, “estar triste e infeliz”, “não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia”, “alguma coisa não está bem com a cabeça”, “estar estressado” e “ter dificuldade em se concentrar”. Em quarta posição ficaram “é difícil de definir”, “quando psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento” e “não ter amigos”. Em seguida, apareceu “algo que não se percebe logo” e, por último, “algo que quase não pode ser curado”, “ser diferente dos outros” e “algo que se tem desde o nascimento”. As últimas concepções apresentaram média abaixo de 2, demonstrando uma discordância dos jovens em relação a elas.

Tabela 2
Médias, desvios padrões e valores de *t* das concepções de saúde mental

Concepções de saúde mental	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> *
Se relacionar bem com os outros (1)	1156	3,35	0,79	
Não usar drogas (2)	1147	3,32	1,04	
Algo muito importante (3)	1135	3,15	0,91	4,04 (2 X 3)
Ser alegre, feliz (4)	1154	3,11	0,89	
Ter energia (5)	1149	3,10	0,89	
Pensamento positivo (6)	1157	3,08	0,90	
Poder ir à escola (7)	1147	3,08	1,02	
Estar em equilíbrio (8)	1150	3,05	0,83	2,07 (8 X 9)
Perceber o que não deve ser feito (9)	1149	2,97	0,95	
Consegue pensar de forma clara (10)	1149	2,95	0,89	
Ter a vida sobre o controle (11)	1148	2,89	0,98	4,70 (11 X 12)
Ser normal (12)	1147	2,68	1,16	5,88 (12 X 13)
Eu sei o que é, mas é difícil explicar (13)	1130	2,41	1,03	3,52 (13 X 14)
Não ter problemas (14)	1148	2,25	1,06	
Não ter que ir ao psicólogo-psiquiatra (15)	1152	2,19	1,10	3,02 (15x16)
Não ser tão sensível (16)	1153	2,06	0,90	

* valores de *t* significativos a $p < 0,05$

Análises fatoriais das concepções de saúde e doença mental

Com o objetivo de verificar como as concepções de saúde e doença mental podem ser agrupadas, foram realizadas análises fatoriais, considerando o grupo de concepções de saúde e doença mental separadamente.

Para a determinação do número de fatores, procedeu-se inicialmente a análise de componentes principais (PC), com análise do *scree plot* e da porcentagem de variância explicada. Utilizou-se como critério *eigenvalue* maior que 1 (Tabachnick & Fidell, 1996). Em seguida, realizou-se a análise do *Principal*

Axis Factoring (PAF) com rotação oblíqua (*Oblimin*). Para inclusão de um item no fator, utilizou-se o critério de carga fatorial maior que 0,30.

Para o conjunto de concepções de saúde mental, verificou-se que o *Kayser Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy* (KMO) foi de 0,889 e o teste de Bartlett foi significativo, demonstrando a fatorabilidade dos dados. A análise exploratória pelo método PC demonstrou a adequação de dois fatores. Dessa forma, procedeu-se a extração de dois fatores pela PAF com rotação oblíqua. Tais fatores explicaram 34,4% da variância total. O primeiro fator agrupou concepções de saúde mental relacionada ao bem estar físico emocional e social e apresentou

Tabela 3
Médias, desvios padrões e valores de t das concepções de doença mental

Concepções de doença mental	N	M	DP	t*
Algo que deve ser levado a serio (1)	1145	3,15	0,96	9,60 (1 X 2)
Quando o corpo não esta bem, a cabeça também sofre e vice-versa (2)	1152	2,76	1,01	
Não sentir-se bem (3)	1148	2,72	1,00	
Sentir-se magoado,ferido (4)	1148	2,70	1,00	1,69 (4 X 5)
Algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo (5)	1149	2,63	1,04	
Estar triste, infeliz (6)	1153	2,62	1,07	
Não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia (7)	1147	2,59	0,99	
Alguma coisa não está bem na cabeça (8)	1143	2,53	1,01	
Estar estressado (9)	1153	2,51	1,02	
Ter dificuldade em se concentrar bem (10)	1146	2,49	0,96	2,24 (10 X 11)
É difícil de definir (11)	1122	2,39	1,04	
Quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento (12)	1150	2,32	1,03	
Não ter amigos (13)	1150	2,31	1,18	2,05 (13 X 14)
Algo que não se percebe logo (14)	1146	2,22	0,92	10,68 (14 X 15)
Algo que quase não pode ser curado (15)	1141	1,79	1,01	
Ser diferente dos outros (16)	1140	1,76	0,98	
Algo que se tem desde o nascimento (17)	1146	1,70	0,96	

* valores de t significativos a $p < 0,05$

consistência interna de 0,76, sendo denominado bem estar. O segundo fator foi caracterizado por concepções que relacionam a saúde mental a “ser normal”, “não precisar de ajuda profissional” e “poder ir à escola”, vislumbrando uma perspectiva de saúde como “não doença”. A consistência interna desse fator foi relativamente baixa (0,64). A Tabela 4 apresenta os resultados dessas análises. Os itens “eu sei o que é, mas não sei explicar” e “não ser tão sensível” não apresentaram cargas fatoriais acima de $\alpha = 0,30$ em nenhum fator.

As análises fatoriais das concepções de doença mental demonstraram que os dados eram fatoráveis, KMO de 0,86 e Teste de Bartlett, significativo. A solução mais adequada resultou em 3 fatores, explicou 44,2% da variância total. Dois itens apresentaram cargas fatoriais maiores que $\alpha = 0,30$ em mais de um fator e foram mantidos nos dois fatores, e o item “é difícil de definir” não carregou em nenhum fator, conforme o critério da carga fatorial. O primeiro fator foi composto por sete itens referentes, principalmente a “não sentir-se bem”, “estar triste, magoado ou estressado”, “não ter amigos” e a “doença na cabeça”, sendo denominado desordem emocional. Esse fator apresentou boa consistência interna ($\alpha = 0,79$). O segundo fator foi composto por apenas 4 itens e apresentou baixa consistência interna ($\alpha = 0,63$), o conteúdo dos itens desse fator caracteriza-se por concepções de doença mental como “algo que se tem do nascimento”, “não pode ser curado”, “ser diferente dos outros” e “deve ser tratado por profissionais”. O terceiro fator foi composto por sete itens, cujos conteúdos referem à doença mental como “algo sério”, “difícil de ser controlada”, “doença na cabeça”, levando à “dificuldade de concentração” e caracteriza-se pela “interação corpo-mente”, por estar mais vinculado a uma visão de adoecimento característico da perspectiva biomédica tradicional e sua gravidade, esse fator foi denominado de doença. Este fator apresentou consistência interna de 0,70 (Tabela 5).

Diferenças entre os grupos nas concepções de saúde e doença mental

Para essa análise foi utilizada a variável tipo de grupo com três níveis: 1- grupo escolar público (GPu); 2- grupo escolar particular (GPa); e 3- grupo clínico (GCl). Identificou-se que 548 jovens (47,2%) foram classificados como sendo do GPu, 415 (35,8%) do GPa e 197 (17,0%) do GCl.

Foi utilizada análise de variância fatorial (ANOVA 3 X 2) para verificar diferenças entre os fatores de concepções de saúde e doença mental, tipo de grupo e sexo dos jovens. Foram considerados nesta análise o fator 1 (bem-estar) de concepções de saúde mental e os fatores 2 (desordem mental) e 3 (doença) de concepções de doença mental, por apresentarem índices de consistência interna iguais ou superiores a 0,70. A Tabela 6 apresenta as médias e desvios padrões dos fatores nos grupos por sexo.

Verificou-se diferença significativa em relação ao efeito principal no fator desordem emocional e tipo de grupo ($F(2, 1091) = 2,86; p < 0,05$), análise *post hoc* (método Tukey) demonstrou que jovens do GPa apresentavam média significativamente maior no fator dos que jovens do GPu ($p < 0,05$), mas não foi identificada diferença significativa entre os grupos escolares e clínicos. Assim, houve maior concordância dos jovens do GPa sobre doença mental poder ser concebida como uma desordem emocional que dos jovens do GPu. Houve também uma evidência de interação entre tipo de grupo e sexo neste fator ($F(2, 1091) = 2,65; p < 0,10$), que permite detalhar o efeito principal, jovens do sexo masculino do GPa apresentaram média maior na concepção de doença mental como desordem emocional, não havendo diferença entre os grupos quando considerada apenas a amostra feminina.

Não foram encontradas outras diferenças significativas, não sendo possível identificar influência do tipo de grupo nem do sexo do jovem nos fatores das concepções de saúde e doença mental.

Discussão

Tabela 4
Cargas fatoriais, eigenvalues e consistência interna das concepções de saúde mental

Concepções de saúde mental	Fator 1	Fator 2
Relacionar-se bem com os outros	0,56	
Pensamento positivo	0,55	
Estar em equilíbrio	0,53	
Ter energia	0,51	
Ser alegre, feliz	0,49	
Consegue pensar de forma clara	0,45	
Algo muito importante	0,43	
Ter a vida sobre o controle	0,42	
Perceber o que não deve ser feito	0,40	
Não usar drogas	0,30	
Ser normal		0,73
Não ter problemas		0,50
Não ter que ir ao psicólogo-psiquiatra		0,45
Poder ir à escola		0,41
<i>Eigenvalue</i>	3,15	2,50
% da variância explicada	26,2	8,3
N de itens	10	4
Alfa de Cronbach	0,76	0,64

Tabela 5
Cargas fatoriais, eigenvalues e consistência interna das concepções de doença mental

Concepções de doença mental	Fator 1	Fator 2	Fator 3
Não sentir-se bem.	0,81		
Estar triste, infeliz.	0,74		
Sentir-se magoado, ferido.	0,60		
Estar estressado.	0,45		
Não ter amigos.	0,40		
Não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia.	0,38		
Algo que se tem desde o nascimento.		0,77	
Algo que quase não pode ser curado.		0,71	
Ser diferente dos outros.		0,42	
Quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento.		0,32	0,31
É difícil de definir.			
Algo que deve ser levado a serio.			0,54
Algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo.			0,49
Quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa.			0,43
Alguma coisa não está bem na cabeça.	0,31		0,34
Ter dificuldade em se concentrar bem.			0,32
Algo que não se percebe logo.			0,30
<i>Eigenvalue</i>	3,24	1,98	2,60
% da variância explicada	26,26	10,66	7,24
N de itens	6	4	7
Alfa de Cronbach	0,79	0,63	0,70

Durante muitos anos os jovens não foram alvo prioritário dos serviços de saúde mental na rede pública de saúde. Na última década, passaram a ser um segmento da população a receber

mais efetivamente esses cuidados. Contudo, identifica-se a escassez de serviços e profissionais para atender os jovens na atenção primária. Considera-se que uma intervenção precoce

sobre as dificuldades de relacionamentos interpessoais, nos comportamentos de risco para o uso de álcool e outras drogas, poderia diminuir os riscos à saúde mental em um período da vida

em que esses sujeitos se mostram particularmente fragilizados. Nesse contexto, faz-se necessário que as intervenções primárias e secundárias de atenção à saúde na rede pública e suplementar

Tabela 6
Médias e desvios padrões nos fatores de concepções de saúde e doença mental

Fatores	Tipo de grupo	Sexo	Média	DP	N
Fator de concepção de saúde mental: Bem-estar	GPu	M	3,09	0,56	253
		F	3,15	0,56	217
		Total	3,12	0,56	470
Fator de concepção de doença mental: Desordem emocional	GPA	M	3,11	0,44	209
		F	3,09	0,46	182
		Total	3,10	0,45	391
Fator de concepção de doença mental: Doença	GCI	M	3,10	0,50	87
		F	3,08	0,54	87
		Total	3,09	0,52	174
Fator de concepção de doença mental: Doença	GPu	M	2,59	0,73	270
		F	2,48	0,82	235
		Total	2,54	0,78	505
Fator de concepção de doença mental: Doença	GPA	M	2,62	0,60	218
		F	2,70	0,63	188
		Total	2,66	0,62	406
Fator de concepção de doença mental: Doença	GCI	M	2,58	0,67	98
		F	2,45	0,75	88
		Total	2,52	0,71	186
Fator de concepção de doença mental: Doença	GPu	M	2,60	0,64	264,00
		F	2,57	0,71	225,00
		Total	2,59	0,67	489,00
Fator de concepção de doença mental: Doença	GPA	M	2,62	0,46	219,00
		F	2,58	0,48	183,00
		Total	2,60	0,47	402,00
Fator de concepção de doença mental: Doença	GCI	M	2,60	0,53	92,00
		F	2,52	0,67	92,00
		Total	2,56	0,60	184,00

possam conhecer as concepções de saúde mental dos jovens, para que suas ações possam atingir de forma integral essa população, os quais apresentam demandas, comportamentos e um modo de lidar com a saúde e com o adoecimento que difere dos outros segmentos da população atendidos.

Através dos dados apresentados por essa pesquisa, observa-se que a concepção de saúde mental para os jovens, independente da condição social, está relacionada com a capacidade de relacionar-se bem com os outros (relações interpessoais). Tendo em vista que os espaços fundamentais de relacionamento dos jovens são a escola e a família, ambos devem ser alvos de ações abrangentes em saúde mental, tendo como foco a prevenção a comportamentos de riscos e a promoção em saúde mental.

A saúde mental dos adolescentes precisa ser compreendida em uma perspectiva sistêmica. Família, escola, comunidade e demais microssistemas, no qual o adolescente está inserido, agem sobre os comportamentos e estado emocional destes. A interação dos contextos significativos que influenciam o desenvolvimento é fundamental para o prover cuidado e promover a saúde (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

A importância dos relacionamentos para a saúde mental foi também um aspecto encontrado no primeiro estudo que utilizou esse instrumento no Brasil, realizado em Porto Alegre, com trinta jovens de baixa renda (Aquino-Morais, 2008). O estudo apontou que, à medida que a pessoa se desenvolve, ela vai ampliando sua rede social e construindo a habilidade de entrar e sair dos diversos contextos, estabelecendo interações saudáveis. Sentido de pertencimento, boa relação interpessoal, comunicabilidade,

dentre outras habilidades, asseguram certo nível de estabilidade ambiental e emocional, sendo vistos como fatores protetores (Ferriolli, Marturano, & Puntel, 2007).

No entanto, as relações interpessoais, ao mesmo tempo em que podem ser geradoras de saúde mental, podem também desestabilizar, por exemplo, no contexto familiar, quando os pais não oferecem modelos de referências estáveis e oscilam entre passividade e ameaça, o risco à saúde dos jovens pode ser maior (Matos, 2008). Do mesmo modo, as relações de amizade podem ser protetivas quando promovem a cooperação e a reciprocidade, mas, quando são persecutórias, colocam em risco a saúde mental dos jovens. Portanto, vale destacar que a sociabilidade é um aspecto relevante para o ser humano, pois o processo de desenvolvimento é permeado pelas interações que se estabelecem no *continuum* da vida.

A associação do conceito de saúde mental com o item “não usar drogas” revela uma compreensão da população sobre os riscos destas à saúde mental. Esta temática vem sendo debatida nacionalmente devido à gravidade e desastrosas proporções que a droga atingiu na área de saúde pública, principalmente com a disseminação do crack na população de baixa renda. A dependência química de crianças, adolescentes e jovens é uma problemática internacional, como no Canadá (Adlaf & Zdanowicz, 1999; Roy, Haley, Leclerc, Cédras, & Boivin, 2002), Estados Unidos (Ginzler, Cochran, Domenech-Rodriguez, Cauce, & Whitbeck, 2003), México (Dominguez, Romero, & Paul, 2000) e Brasil (Forster, Tannhauser, & Barros, 1996; Noto et al., 2004; Thiesen & Barros, 2004). Nos últimos anos,

o uso de drogas psicotrópicas por jovens tem sido frequente, o que agrava diferentes problemas em nível orgânico, social e psicológico (Neiva-Silva, 2008; Noto et al., 2004). O usuário de crack apresenta maior incidência de transtornos psiquiátricos, psicoses e comportamentos violentos do que usuários de outras drogas mais danosas, como certos tipos de cocaína (Laranjeira, Dunn, & Ribeiro Araújo, 2001).

A relação da saúde mental com “ter um bom relacionamento com os outros” e “não usar drogas”, remete à perspectiva de atendimento em rede na saúde mental. A política nacional de atenção à saúde mental prevê a criação de dispositivos diversificados e específicos para o atendimento aos jovens portadores de sofrimento psíquico e uso abusivo de drogas. Também aponta para a necessidade de serviços e profissionais preparados na Atenção Primária para identificar e encaminhar crianças, adolescentes e jovens com dificuldades de relacionamento interpessoal, e para aqueles com comportamento de risco para o uso de álcool e outras drogas; bem como para atuar em programas preventivos para estas duas questões. Uma vez que a escola é considerada um fator protetivo para o não uso de drogas (Carlini-Cotrim, 1992; Forster et al., 1992; Noto et al., 2004), convém considerar ações preventivas que operem nesse contexto, atuando de forma articulada a uma rede de suporte social eficiente.

Aspecto interessante apontado pela análise fatorial dos dados dessa pesquisa é a evidência de que o fator *bem-estar* associado ao bem-estar físico, emocional e social apresenta forte consistência interna. Esse dado aponta para a influência da concepção de saúde mental proposta pela OMS, indicando que os jovens corroboram com essa perspectiva que introduz uma visão holística e positiva de saúde ligada ao bem-estar. Mesmo considerando as críticas de alguns autores (Rezende, 1989; Segre & Ferraz, 1997) a essa concepção como apresentando um caráter irreal, estático e subjetivo, ela tem um importante papel na construção da concepção do próprio adolescente e isso pode ter consequências para as políticas de saúde dirigidas a estes. Faz-se necessário, no entanto, identificar o que para o adolescente significa bem estar. Esse fator será analisado em outros artigos da pesquisa, relacionando as concepções de saúde mental ao bem-estar.

O segundo fator agrupa as concepções de saúde mental a “ser normal”, “não precisar de ajuda profissional” e “poder ir à escola”, remetendo a uma perspectiva de saúde como “não doença”. Essa conceitualização caracteriza a influência de um modelo biomédico de saúde que considera a noção de patologia e normalidade e busca de profissional especializado (Coelho & Almeida-Filho, 1999).

No que se refere à concepção de doença mental, os itens “não se sentir bem”, “estar triste”, “magoado ou estressado”, “não ter amigos” e a “noção de doença na cabeça” formaram um fator. Esse agrupamento, denominado desordem emocional, denota uma forte influência das experiências internas e relacionais na concepção de adoecimento mental. Vários autores (Boruchovitch & Mednick, 2002; Minayo & Souza, 1989; Rezende, 1989) pressupõem uma forte influência das ideias e experiências dos indivíduos sobre as concepções de doença e saúde mental, indicando que elas condicionam a forma como cada pessoa

experimenta seus estados de saúde e doença e os comportamentos adotados para evitar o adoecimento e restabelecer a saúde.

Porém, ressalta-se que a formulação do instrumento se deu a partir de um estudo qualitativo com a população suíça, a realização deste mesmo procedimento com uma amostra brasileira viabilizaria uma compreensão mais ampla e complexa do tema, uma vez que permitiria aos adolescentes/jovens construir concepções livremente, em vez de opinar sobre concepções previamente elaboradas. Fukuda, Garcia e Amparo (2012) propuseram a análise de concepções de saúde mental de jovens por meio de seus desenhos, encontrando categorias muito próximas aos fatores identificados no presente estudo.

Ao se considerar dimensões contextuais, como fator sócio econômico, a análise da relação entre os grupos de jovens, considerando aqueles advindos da escola pública, privada ou do grupo clínico, demonstra-se que os jovens do grupo da escola privada apresentam média significativamente maior no fator que relaciona adoecimento à desordem emocional, sem diferenças significativas entre os grupos escolares e clínicos. De forma geral, pode-se inferir que o contexto cultural e fatores socioeconômicos podem permitir uma maior significação das experiências individuais e relacionais na construção do conceito de adoecimento mental. Como coloca Minayo (1998), o entendimento das concepções está ligado à expressão de uma realidade social e à vivência pessoal desses estados.

Considerações finais

O estudo com os jovens propicia melhor entendimento sobre as necessidades e realidade desta população. Nesta perspectiva, usuários jovens ou potenciais usuários podem dar contribuição relevante à formação de conhecimentos na área da saúde mental, pois são fonte de informação para medidas de prevenção e intervenção. Os serviços e sistemas de saúde têm participação importante na determinação dos níveis de saúde e condições de vida de cada comunidade do país. Aprofundar, especificar e ampliar o conhecimento sobre eles, na perspectiva da acessibilidade, desempenho e impacto dos sistemas, e sobre as condições e a qualidade da atenção prestada em contextos específicos é imprescindível. Tais conhecimentos podem se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde. A qualificação do setor de saúde abrange a dimensão da atenção à saúde dos beneficiários, deste modo, é fundamental lançar o olhar para a prestação de serviços no cuidado em saúde mental, principalmente no caso dos jovens.

Nesta perspectiva, os dados dessa pesquisa podem contribuir com a avaliação do modelo de atenção, organização e qualidade dos serviços, possibilitando a incorporação dos resultados pelos setores de saúde que estão diretamente vinculados ao beneficiário, aumentando a cobertura dos serviços e a geração de novos processos de atenção. Esse aspecto é fundamental para a qualificação da intervenção e dos serviços de atenção em saúde mental, uma vez que preocupar-se com a visão do usuário é reconhecê-lo como ator social envolvido no sistema. Desta forma, essa pesquisa contribui dando visibilidade aos jovens e suas percepções, e fornecendo informações, subsídios concretos para a estruturação de novos modelos de atendimento.

Essa perspectiva visa qualificar as tecnologias leves pertinentes à saúde, uma vez que, numa perspectiva mais ampla, aproxima a relação prestador-beneficiário e está centrada na lógica do beneficiário, impactando nas formulações da Política Nacional de Saúde.

Referências

- Adlaf, E. M., & Zdanowicz, Y. M. (1999). A cluster-analytic study of substance problems and mental health among street youths. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4), 639-660.
- Aquino-Morais, C. (2008). *Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. (000704975)
- Benetti, S. P. da C., Ramires, V. R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P. G., & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282.
- Benvegnú, L. A., Fassa, A. G., Facchini, L. A., Wegman, D. H., & Dall'Agnol, M. M. (2005). Work and behavioral problems in children and adolescents. *International Journal of Epidemiology*, 34, 1417-1424.
- Bordin, I. A. S., & Paula, C. S. (2007). Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp.101-117). Porto Alegre: Artmed.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Bronfenbrenner, U., & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner & W. Damon (Orgs.), *Handbook of child psychology* (Vol. 1, pp. 993-1027). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M., & Erkanli, A. (1995). Data watch. Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14(3), 147-159.
- Carlini-Cotrim, B. (1992). *A Escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (2003). *Apostila de treinamento: entrevistadores. Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. Universidade Federal de São Paulo: São Paulo, SP.
- CEVS - Centro Estadual de Vigilância em Saúde (2006). *A saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Rede estadual de análise e divulgação de indicadores para a saúde. Porto Alegre: Secretaria Estadual da Saúde.
- Coelho, M. T. A. D., & Almeida-Filho, N. (1999). Normal- patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, 9(1), 13-16.
- Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 139-145.
- Dominguez, M., Romero, M., & Paul, G. (2000). Los "Niños Callejeros": una visión de si mismos vinculada al uso de las drogas. *Salud Mental*, 23(3), 20-28.
- Duarte, C., Bordin, I., Bird, H., Miranda, C. T., Hoven, C., & Berganza, C. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry*, 33, 203-222.
- Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 251-259.
- Fleitlich, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatric*, 43, 727-734.
- Forster, L. M. K., Barros, H. M. T., Tannhauser, S. L., & Tannhauser, M. (1992). Meninos de rua: Relação entre abuso de drogas e atividades ilícitas. *ABP-APAL*, 14, 115-120.
- Forster, L. M. K., Tannhauser, M., & Barros, H. M. T. (1996). Drug use among street children in southern Brazil. *Drug and Alcohol Dependence*, 43(1, 2), 57-62.
- Fukuda, C. C., Garcia, K. A., & Amparo, D. M. (2012). Concepções de saúde mental a partir da análise do desenho de adolescentes. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(2), 207-214.
- Ginzler, J. A., Cochran, B. N., Domenech-Rodriguez, M., Cauce, A. M., & Whitbeck, L. B. (2003). Sequential progression of substance use among homeless youth: an empirical investigation of the Gateway Theory. *Substance Use & Misuse*, 38, 725-758.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000). Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998. In *Pesquisa Nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE - Departamento de emprego e rendimento.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005). Acesso e utilização de serviço de saúde. In *Pesquisa nacional por amostra de domicílio*. Recuperado de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho_rendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Um Panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: 2208. In *Pesquisa Nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro, Brasil: IBGE - Departamento de emprego e rendimento.
- John, L. H., Offord, D. R., Boyle, M. H., & Racine, Y.A. (1995). Factors predicting use of mental health and social services by children 6-16 years old: findings from the Ontario Health Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 76-86.
- Laranjeira, R. R., Dunn, J., & Ribeiro Araújo, J. (2001). Álcool e drogas na sala de emergência. In N. J. Botega (Org.), *Práticas psiquiátricas no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 223-250). Porto Alegre, Artmed.
- Malta, D. C., Cecílio, L. C. O., Merhy, E. E., Franco, T. B., Jorge, A. O., & Costa, M. A. (2004). Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 433-444.
- Marsiglia, R. G., Silveira, C., & Carneiro Junior, N. (2007). Brasil: indicadores sociodemográficos e características das políticas públicas na década de 1990. In M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp.17-37). Porto Alegre: Artmed.
- Matos, M. G. (2008). A saúde do adolescente: o que se sabe e quais são os novos desafios. *Análise Psicológica*, 2(26), 251-263.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3^a Ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Minayo, M. C. S., & Souza, H. O. (1989). Na dor do corpo, o grito da vida. In N. R. Costa, C. L. Ramos, M. C. S. Minayo & E. N. Stoz (Orgs.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde* (pp. 76-101). Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicosocial*. Brasília: DF.
- Morais, N. A. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. (000543583)
- Neiva-Silva, L. (2008). *Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua: um estudo longitudinal* (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. (000632003)
- Noto, A. R., Nappo, S., Galdróz, J. C. F., Mattei, R., Carlini, M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2004). *Levantamento nacional sobre o uso de drogas*

- entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003.* CEBRID – Escola Paulista de Medicina.
- Pantoja, F. C., Bucher, J. S., & Queiroz, C. H. (2006). *Adolescentes grávidas em Macapá, Amapá, Brasil: vivências de uma nova realidade.* Manuscrito submetido para publicação.
- Rezende, A. L. M. (1989). *Saúde – Dialética do pensar e do fazer.* São Paulo: Cortez.
- Roy, E., Haley, N., Leclerc, P., Cedras, L., & Boivin, J. F. (2002). Drug injection among street youth: the first time. *Addiction*, 97, 1003-1009.
- Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31, 538-542.
- Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2005). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1996). *Using multivariate statistics.* Nova Iorque: Harper Collins.
- Tavares, M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção ao suicídio: princípios e estratégias In G. Maluschke, J.S.N.F. Bucher-Maluschke & K. Hermanns (Orgs.), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp.231-257). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.
- Thiesen, F. V., & Barros, H. M. T. (2004). Measuring inhalant abuse among homeless youth in southern Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(2), 201-205.
- Wittchen, H. (2000). Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research – the NAPE Lecture 1999. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 2-10.

Camila Aquino Moraes, mestra em Psicologia do Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Endereço para correspondência: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia. Campus Darcy Ribeiro. CEP: 70000-000. Brasília, DF. E-mail: camilasmorais@gmail.com

Deise Matos Amparo, doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, é professora Adjunta II da Universidade de Brasília. E-mail: deise.amparo.matos@gmail.com

Cláudia Cristina Fukuda, doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, é professora do Mestrado em Psicologia da Universidade Católica de Brasília. E-mail: claudiafukuda@hotmail.com

Katia Tarrouquella Brasil, doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, é professora adjunta da Universidade Católica de Brasília. E-mail: ktarrouquella@gmail.com