

RELAÇÃO ENTRE SUPORTE FAMILIAR, SAÚDE MENTAL E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS¹

MAYRA SILVA DE SOUZA*

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), ITATIBA/SÃO PAULO - BRASIL

ADRIANA SAID DAHER BAPTISTA** MAKILIM NUNES BAPTISTA***

CENTRO UNIVERSITÁRIO HERMÍNIO OMETTO (UNIARARAS), ARARAS/SÃO PAULO - BRASIL;

UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO (USF), ITATIBA/SÃO PAULO - BRASIL

Recibido, junio 30 /2009

Concepto evaluación, diciembre 16/2009

Aceptado, mayo 2/2010

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco. Participaram do estudo 766 estudantes universitários, selecionados de um total de 1775, sendo 388 (50%) homens e 388 (50%) mulheres, com média de idade igual a 21,53 e desvio padrão de 2,38 anos. Foi utilizado o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e um Questionário de Identificação dos Comportamentos dos Estudantes (QICE). Foram encontradas correlações significativas entre os escores dos três instrumentos, o que demonstra que estas três variáveis estão interrelacionadas. Na análise de regressão, com modelo stepwise, encontrou-se que a saúde mental, os comportamentos de risco de violência contra si, violência sexual e poucas atividades de lazer predizem a variável dependente Suporte Familiar Total, sendo a saúde mental, aquela com maior preponderância. Nas análises secundárias, foram encontradas diferenças entre os sexos quanto a saúde mental, apontando as mulheres como as mais acometidas. Além disso os homens mostraram uma maior frequência nos comportamentos de risco. É importante o estudo destas variáveis no conhecimento de fatores de risco e proteção para saúde mental, e base para criação de programas de prevenção e intervenção.

Palavras-chave: família; saúde mental; comportamento de risco

RELACIÓN ENTRE APOYO FAMILIAR, SALUD MENTAL Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre apoyo familiar, salud mental y comportamientos de riesgo. Participaron en el estudio 766 estudiantes universitarios, seleccionados de un total de 1.775, siendo 388 (50%) hombres y 388 (50%) mujeres, con edad media de 21,53 y desviación típica de 2,38. Fue utilizado el *Inventário de Percepção de Suporte Familiar* (IPSF), el *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) y el *Questionário de Identificação dos Comportamentos dos Estudantes* (QICE). Fueron encontradas correlaciones significativas entre las puntuaciones de los tres instrumentos, mostrando de esa forma que las tres variables estarían relacionadas. En el análisis de regresión con el modelo *stepwise*, se verificó que la salud mental, los comportamientos de riesgo de violencia contra sí mismo, la violencia sexual y pocas actividades relacionadas con el ocio, predicen la variable dependiente del Apoyo Familiar total, siendo la salud mental la que tuvo mayor predominancia. En los análisis secundarios fueron encontradas diferencias entre los géneros en cuanto a salud mental, mostrando a las mujeres como las más afectadas. Asimismo, los hombres mostraron en mayor frecuencia comportamientos de riesgo. Es importante el estudio de estos constructos para el conocimiento de los factores de riesgo y protección para la salud mental, y base para la creación de programas de prevención e intervención.

Palabras clave: familia; salud mental; comportamiento de riesgo

* Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco (USF), Itatiba/São Paulo, Brasil, e-mail: souza.mayra@gmail.com

** Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo/São Paulo, Brasil, Docente do Centro Universitário Hermínio Ometto, Araras/São Paulo, Brasil, e-mail: daherbaptista@ig.com.br

*** Doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo/São Paulo, Brasil. Docente do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF), Itatiba/São Paulo, Brasil. Bolsista Produtividade CNPq, e-mail: makilim.baptista@saofrancisco.edu.br

¹ Pesquisa parcialmente financiada pelo Centro Universitário Hermínio Ometto – Araras – São Paulo, Brasil

RELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT, MENTAL HEALTH AND RISK BEHAVIOR IN UNDERGRADUATES STUDENTS

Abstract

This study aimed at assessing the relation between family support, mental health and risk behavior. 776 undergraduate students participated in this study, selected from a total of 1775. Among these, 388(50%) were men and 388 (50%) were women, with a mean age of 21.53 and standard deviation of 2.38 years. The *Perception of Family Support Inventory*, the *Self Reporting Questionnaire*, and a *Student's Behavior Identification Questionnaire* were the instruments used. Correlations between scores of the three instruments were found, thus showing the link between these three variables. Regression analysis using the *stepwise* model verified that mental health, risk behaviors of self-inflicted violence, sexual violence and a few activities related to leisure time predicted the dependent variable of total Family Support, where mental health was the predominant factor. In secondary analysis, differences between genders regarding mental health were found, showing that women were the most affected and men had a higher frequency of risk behaviors. Studying these constructs is important for generating knowledge about risk and protective factors in mental health and constitutes a starting point for the creation of prevention and intervention programs.

Key words: family, mental health, risk behavior

A família é considerada um agrupamento de pessoas, podendo ser restrita a marido, mulher e filhos, ou extensa, incluindo outros membros da família (como avós, tios, primos, etc.), ou constituída também por outros tipos de arranjos familiares (madrasta, padrasto, enteado, dentre outros), que tem como função colaborar para o desenvolvimento de novos membros para a sociedade, socializando-os e outorgando-lhes apoio físico e emocional (Alchaer, Bahsas, Nieto & Salinas, 1994). De acordo com Carvalho e Almeida (2003), além de funcionar como mediadora entre o indivíduo e a sociedade, a família é apontada como essencial para a sobrevivência de seus membros no que tange à proteção, transmissão da cultura, de capital econômico, das relações de gênero e de solidariedade entre gerações.

Para Campos (2004), a família exerce funções como proteção, afeição e formação social, que são determinantes no desenvolvimento de seus filhos. Lidchi e Eisenstein (2004) ressaltam o desenvolvimento da confiança em um membro da família, que acontece na medida em que as funções autonomia e proteção lhes são oferecidas equilibradamente pelos familiares. Desta maneira uma família funcional é percebida como afetiva, com presença de diálogo, coesa, com regras flexíveis, porém com limites claros, oferecendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante das situações-problema.

A família se constitui como um dos principais pontos da vida psíquica das pessoas, sendo base da construção de um modelo relacional que permite criar outras relações, desde as laborais, de amizade, de parentesco, até a construção de uma nova família. Pautas, normas, funções e obrigações são assimilados em cada um de seus membros que, por oposição ou similaridade, se identificam com seu grupo familiar. Tais identificações podem influenciar estilos de

personalidade e também modelos de relação, ou seja, formas de manifestar afetos e emoções (Ceberio, 2006).

Baptista e Oliveira (2004) compreendem o suporte familiar como demonstrações de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existentes entre os integrantes da família. Em momentos de crise, a família pode ajudar o jovem a lidar com as situações problemas, atuando como sistema protetor. Por outro lado, o grupo familiar também pode operar como agente estressor, contribuindo para o desenvolvimento de doenças mentais em seus membros (Féres-Carneiro, 1992).

Em adição, o ajustamento da criança na escola, seu desempenho escolar, a capacidade de criar laços de amizade e aderir às regras da sociedade para comportamento moral e de conduta são considerados desafios no desenvolvimento. Nesse contexto, a família é um dos principais sistemas de suporte com que a criança pode contar para enfrentar esses desafios, contribuindo com a valorização dos esforços da criança, com envolvimento positivo na vida escolar desta e com a oferta de experiências educacionais e culturais enriquecedoras, além de constituir base de estabilidade emocional. Sendo assim, são consideradas três formas de suporte que a família pode oferecer, sejam eles, suporte específico para realização escolar, suporte ao desenvolvimento e suporte emocional (Bradley, Caldwell & Rock, 1988; Dubow, Tisak, Causey, Hryshko & Reid, 1991; Marturano & Loureiro, 2003; Stevenson & Baker, 1987).

O suporte para a realização escolar traduz o envolvimento dos pais com a vida acadêmica de seus filhos, em termos de exigência e disposição de tempo e espaço adequado em casa para a realização dos deveres escolares, a interação com o professor e o estabelecimento de um hábito de horários diários para as atividades básicas. Esse tipo de supervisão dos pais tem sido associado a um

melhor desempenho escolar durante a infância (Kellaghan, Sloane, Alvarez & Bloom, 1993; Stevenson & Baker, 1987). O suporte ao desenvolvimento consiste numa disposição dos pais em compartilhar com a criança parte do seu tempo livre, proporcionando-lhe um rol de atividades culturais e educacionais, favorecendo o seu desenvolvimento cognitivo, seu desempenho escolar e ajustamento interpessoal (Bradley & Corwyn, 2002). Por sua vez, o suporte emocional se caracteriza por elevada coesão, ausência de hostilidade e uma relação afetiva apoiadora para com a criança. Essas características familiares possuem efeito protetor diante das adversidades, na medida em que seu oposto tem sido associado aos transtornos emocionais e comportamentais na infância (Fieser, Wilder & Bickham, 2000).

Bazán, Sánchez, Corral & Catañeda (2006) apresentaram modelos de equação estrutural de variáveis associadas com a aquisição da língua escrita e no desempenho em domínios de leitura e escrita. Os modelos mostram dentre outras, as influências familiares no desempenho acadêmico, destacando, a qualidade do ambiente familiar, a educação dos pais, o estilo de ensino paterno, o apoio dos pais em tarefas escolares, a escolaridade da mãe, a escolaridade do chefe de família, as expectativas da mãe e a renda familiar. Bazán, Sánchez y Castañeda (2007) e Bazán, Osuna e Ross (2003) ressaltam que é necessário levar em conta essas as variáveis que influenciam no processo educativo.

Algumas diferenças são demarcadas em relação à percepção de suporte familiar, uma vez que as relações de gênero impressas na cultura influenciam na formação dos filhos. Romanelli (1999) analisou as relações entre pais e filhos de camadas médias de um bairro da cidade de Ribeirão Preto. Participaram 10 famílias, com as quais foram realizadas entrevistas gravadas, de acordo com um roteiro semi-estruturado. O autor ressalta que, apesar de pais e mães declararem que deram as mesmas orientações para filhos e filhas, estes se diferenciaram segundo o papel do gênero na sociedade. As limitações e controle incidem mais intensamente sobre as filhas, o que é congruente com posturas e representações dos pais acerca do papel feminino, na família e na sociedade. Os filhos do sexo masculino são menos propensos a acatar suas determinações, demandando maior vigilância sobre eles.

Em um estudo de validade para o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), Baptista, Santos, Alves e Souza (2008) avaliaram as respostas de 349 universitários buscando padrões de correlação entre suporte familiar com traços de personalidade. Não foram encontradas diferenças entre os gêneros em relação à percepção de su-

porte familiar. Já no estudo conduzido por Rigotto (2006), na busca de correlações entre suporte familiar (IPSF), suporte social e autoconceito, com 254 universitários, foram encontradas diferenças entre os gêneros para a percepção de suporte familiar recebido em duas dimensões do IPSF, quais sejam, autonomia e adaptação familiar. Os resultados sugerem que os homens percebem mais autonomia e adaptação familiar, traduzidas por sentimentos de independência, compreensão, inclusão e cooperação, quando comparados às mulheres.

Souza (2007) estudou a relação entre o suporte familiar e a saúde mental em 520 universitários, utilizando o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), e também não encontrou diferenças significativas entre os sexos no que diz respeito à percepção de apoio familiar. Foram encontradas correlações significativas entre os instrumentos, o que demonstra que a percepção de demonstrações de afeto, carinho, expressões verbais e não-verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos, tais como inclusão e compreensão, além do estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família, estão associados à menor sintomatologia de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental.

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas em ausência de doença ou enfermidade. A manutenção da saúde mental constitui-se como parte fundamental da saúde geral, permitindo ao indivíduo o aproveitamento pleno de suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, o enfrentamento de dificuldades na vida, a produção no trabalho e a contribuição para ações em sociedade.

Na atualidade, no que tange à saúde mental, os estudos epidemiológicos psiquiátricos têm sido valorizados, pois permitem maior compreensão da prevalência dos transtornos mentais e suas implicações para o indivíduo, incluindo funcionamento pessoal, familiar e social. Nesse contexto, são estudados os transtornos mentais comuns (TMC), que se referem a sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes. Esses sintomas acusam um limiar entre saúde e doença, caracterizando um mal-estar inespecífico que pode acarretar limitações e prejuízos na qualidade de vida transformando-se num grave problema de saúde. (Bener & Tewik, 2006; Vitolo & cols, 2005).

Várias circunstâncias familiares se encontram relacionados aos TMC, tais como enfermidade mental de um dos

país, depressão materna, discórdia entre o casal, morte de um dos pais, divórcio, famílias reconstituídas, uniparentais ou mesmo numerosas, uso de castigo freqüente, abandono emocional e violência familiar. Por outro lado, existem fatores considerados protetores nas relações familiares para tais problemas e desordens como comunicação clara, regras definidas, informação compartilhada com todos os membros, habilidade no manejo de crises eventuais, capacidade de expressar sentimentos, harmonia e apoio conjugal, adequada supervisão e monitoramento dos pais, autonomia e outros (Barra, Toledo & Rodriguez, 2002).

Desta forma, assim como citado por Costa e Ludermir (2005), o apoio social como um todo, incluindo o grupo familiar, pode funcionar como agente protetor aos transtornos mentais comuns, à medida que ampara o indivíduo e lhe dá possibilidade de lidar com eventos inesperados. Visto que a rede de apoio tem a função de ser um fator minimizante do estresse, uma vez que relacionamentos de apoio promovem bem-estar. Quando o indivíduo sente-se bem, devido às relações de afetividade, melhor se adapta à circunstâncias novas e, mesmo quando os eventos estressores não podem ser evitados, seus efeitos são menores, causando menor prejuízo à sua saúde psicológica. Neste sentido, o apoio social está diretamente relacionado ao suporte emocional ou prático, isto é, às relações de afetividade ou de cuidados e atenções, fornecido pela família, faz o indivíduo sentir-se amado, cuidado e seguro, contribuindo para a sensação de coerência e controle sobre sua vida.

Os TMC associam-se a outros vários fatores, como sexo, idade, raça, e estado civil. Destaca-se o fator sexo (feminino), que constitui um risco para o desenvolvimento de determinados transtornos mentais. Uma das explicações para tal risco é que, na atualidade, a mulher desempenha múltiplos papéis na sociedade, tais como esposa, mãe, educadora e trabalhadora. Além dessa multiplicidade de papéis, que por si só já podem gerar muitos conflitos, a mulher ainda sofre significativamente com a discriminação sexual, abuso e violência doméstica e sexual (Organização Mundial de Saúde, 2001). Em relação ao fator idade, vale ressaltar que especificamente em jovens-adultos, os TMC estão ligados às desordens alimentares, uso de drogas, problemas na esfera da sexualidade e comportamentos anti-sociais (Feijó & Oliveira, 2001). Uma possível explicação é que nesse período, os comportamentos de risco são mais freqüentes. Esses comportamentos referem-se às ações ou condutas do indivíduo de maneira que possam comprometer ou desviar o seu desenvolvimento natural, oferecendo riscos que comprometam sua saúde física ou mental, podendo também oferecer riscos a uma comunidade. (Silva & Deus, 2005).

Nos Estados Unidos, os comportamentos de risco dos jovens são monitorados anualmente pelo *Center for Disease Control* (CDC), com o propósito de pensar em intervenções para mudança de conduta destes jovens que poderiam resultar positivamente no seu quadro de saúde. Desta forma constata-se a importância dada pela literatura aos estudos destes comportamentos, como padrões de uso de cigarro, uso de álcool e outras substâncias, hábitos alimentares, condutas violentas e comportamento no trânsito, dentre outras. As pesquisas brasileiras que abordam este tema são escassas e enfatizam comportamentos específicos tais como o não uso de métodos contraceptivos relacionados à gravidez precoce e o uso de substâncias psicoativas. (Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho & Gouveia, 2000).

Um estudo conduzido por Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), estudou a freqüência de vários comportamentos de saúde entre estudantes de escolas estaduais e particulares da cidade de São Paulo, SP. Foram sorteadas 10 escolas estaduais e selecionadas 7 escolas privadas. Para a coleta de dados, utilizou-se a versão do questionário utilizado pelo "*Centers for Disease Control*" para monitorar comportamentos de risco entre jovens. Ao todo foram analisados dados de 1808 estudantes, de 12 a 18 anos. Os resultados encontrados indicaram que uma proporção significativa de estudantes praticou comportamentos considerados como risco à saúde, sobretudo na faixa de 15 a 18 anos de idade. No geral, os comportamentos mais praticados foram: andar de motocicleta sem capacete (segurança pessoal), uso de substâncias psicoativas, quais sejam, álcool, inalantes e maconha (dependência química), não utilização de preservativos na última relação sexual (comportamento sexual), andar armado (violência), tentar suicídio (violência contra si) e controle de peso por métodos não-saudáveis (hábitos alimentares). Em relação ao gênero, os estudantes do sexo masculino relataram maior freqüência nos comportamentos de risco relacionados à segurança pessoal, dependência química, comportamento sexual e violência, ao mesmo passo que as estudantes do sexo feminino relataram mais comportamentos de risco relacionados à violência contra si e aos hábitos alimentares. Os autores avaliam a contribuição desses dados na estruturação de ações públicas que visem promover a saúde na clientela-alvo.

Em estudo mais atual, Avanci, Assis, Oliveira, Ferreira e Pesce (2007) pesquisaram os problemas de saúde mental de adolescentes escolares e identificaram alguns aspectos individuais, sociais e familiares associados ao seu desenvolvimento. A amostra foi composta por 1.923 alunos de 7^a/8^a séries e de 1^o/2^o anos de escolas públicas e privadas do município de São Gonçalo, RJ. Para avaliar os TMC utilizou-se a escala *Self-Reported Questionnaire*

e foram avaliadas ainda questões relativas aos aspectos individuais, familiares e sociais. Como metodologia de análise dos dados, utilizou-se a regressão logística simples, tendo a razão de chance como medida para interpretação dos resultados. Como resultado, violência psicológica, eventos difíceis do relacionamento familiar, auto-estima, satisfação com a vida, sexo e competência na escola se mantiveram no modelo final, indicando seu potencial em comprometer a saúde mental. Os autores consideraram que a apresentação destes dados pode subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas para o atendimento do adolescente, especialmente em termos preventivo e de promoção à saúde na área de saúde mental.

Maddaleno, Morello e Espínola (2003), num artigo sobre a saúde de jovens da América Latina e do Caribe, apontam desafios para os próximos anos para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde pública voltados para atenção primária. As autoras argumentam sobre a saúde geral e mental, e sobre comportamentos relacionados à saúde, como saúde sexual e reprodutiva e abuso de substâncias. Dentre os desafios apontados atenta-se para a utilização de um enfoque de gênero nos serviços, de maneira a estruturar um serviço de saúde sensível às diferenças entre masculino e feminino.

Com relação aos estudos com estudantes universitários, destaca-se o trabalho de Pillon, O'Brien e Chavez (2005), que teve como objetivo descrever a relação existente entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. A amostra foi composta por 200 alunos de primeiros anos de graduação, dos quais, metade eram mulheres e metade homens, com idade entre 18 e 26 anos. Para avaliar os comportamentos de risco dos estudantes foi utilizado o *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS). Os resultados mostraram a relação entre gênero e o uso de drogas, bem como de outros comportamentos de risco na amostra do estudo em questão. Em quase todos os comportamentos de riscos estudados, os homens mostraram maior frequência, com exceção ao uso de drogas ilícitas, no qual os resultados foram baixos em ambos os sexos, e portanto, mais próximos. Para os comportamentos relacionados à dependência química, os homens tiveram maior frequência no uso de bebidas alcoólicas. No que diz respeito à segurança pessoal, os homens dirigiram mais sob o efeito de drogas. Na categoria referente aos comportamentos de violência, os homens estiveram mais envolvidos em brigas com amigos e polícia. E ainda, em relação ao comportamento sexual, os homens tiveram maior número de relações que as mulheres, com maior número de parceiras, com menor proteção e sob o efeito de álcool.

Um estudo realizado em La Paz (Bolívia), por Oliveira e Luis (2005), identificou fatores de riscos para o consumo de álcool em escolares, divididos em 7 áreas, a saber, comportamento, saúde mental, habilidades sociais, família, escola, pares e recreação. Participaram do estudo 88 estudantes de escolas públicas, com faixa etária de 10 a 18 anos, que foram divididos em 2 grupos, sendo 44 que consomem bebidas alcoólicas e 44 que não consomem. Foi aplicado um questionário demográfico e outro com perguntas referentes ao consumo de drogas (tipo, frequência e razões para iniciar o uso), e questões de identificação de problemas na área. Os resultados apontaram como risco para o grupo que consome bebidas, os fatores sócio-econômicos. O grupo que não consumia bebidas mostrou vulnerabilidade nas áreas de comportamento, recreação e escola, e para este grupo a área familiar mostrou-se como fator protetivo significativamente em relação ao grupo que consumia bebidas.

Costa e Ludermir (2005) avaliaram a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com o apoio social. Participaram 483 pessoas, sendo 200 (41,41%) homens e 283 (58,50%) mulheres, todas maiores de 19 anos, residentes de uma comunidade da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Para coleta de dados utilizou-se um inquérito domiciliar, questões sobre condições sócio-econômicas, o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) e o *Medical Outcome Study Question*. Os transtornos mentais comuns tiveram prevalência de 36% e as análises utilizadas demonstraram que pessoas com baixo apoio social apresentam duas vezes mais chances de ter TMC que os que têm alto apoio social, mesmo após o ajuste por idade, escolaridade e participação no mercado de trabalho. Os autores ressaltam a importância de se investir em redes de apoio social para promover a interação dos indivíduos e aumentar a autoconfiança e as habilidades de enfrentamento dos problemas.

Um estudo realizado no México analisou a relação entre algumas características de família e o intento suicida em adolescentes. Participaram 343 jovens estudantes que responderam um questionário que explorou características demográficas e sobre família, tais como estrutura familiar e perguntas *Likert* sobre dinâmica dos pares, manejo de conflito e agressividade, comunicação e expressão de afeto, estabelecimento de normas na família e dificuldades financeiras. Foram separados grupos de adolescentes com e sem intuito suicida, e as características familiares foram separadas em níveis leve, moderado e grave. Como resultado, o grupo de adolescentes com intuito suicida teve pontuações significativamente distintas do grupo sem intuito suicida nas características manejo

de conflitos e agressividade, dinâmica dos pares, comunicação inadequada, dificuldades financeiras, e dimensões familiares em conjunto, o que leva à conclusão de que o intuito suicida está bastante relacionado com as interações afetivas na família (Valadez-Figueiroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya & González-Gallegos, 2005).

Velásquez, Cabrera, Chainé, Caso-Lopez e Torres (2002) conduziram um estudo com o intuito de identificar e descrever os fatores associados com o comportamento agressivo em 345 crianças mexicanas em idade escolar. Para a coleta dos dados foram utilizadas escalas psicométricas, quais sejam, Questionário de Agressividade Infantil, Índice de Estresse da Criança, Inventário de Práticas Disciplinares, Escala do Ambiente Social Familiar e Índice de Reação. Os resultados indicaram fatores de risco para a conduta agressiva, como características do filho e do pai, com práticas disciplinares irritáveis e explosivas. Por outro lado, os fatores protetivos para este tipo de conduta são uma adequada organização familiar, com fixação de metas, religiosidade e coesão familiar, adicionada a uma disciplina flexível e congruente que independe do estado de ânimo dos pais e da supervisão das atividades dos filhos, favorecendo seu desenvolvimento social e familiar.

Compreendendo a relação entre as variáveis envolvidas, o objetivo geral desse estudo foi verificar a relação entre o suporte familiar, a saúde mental e os comportamentos de riscos, inclusive analisar, por intermédio de regressão, como se comportam essas variáveis, utilizando-se o suporte familiar total como dependente. Como objetivo secundário, pretendeu-se avaliar possíveis diferenças entre sexos quanto ao apoio percebido da família, quanto à prevalência de TMC e quanto à frequência de comportamento de riscos gerais e específicos praticados pelos participantes.

MÉTODO

Participantes

O banco amostral inicial da pesquisa foi composta de 1755 estudantes universitários, com faixa etária compreendida entre 17 e 58 anos, de ambos os sexos, matriculados nos décimos, oitavos, sextos, quartos e segundos períodos dos cursos de formação superior de Bacharelados e Tecnólogos de um Centro Universitário do interior do estado de São Paulo. Para o presente estudo foram selecionados inicialmente o número total de homens do banco amostral, sendo 338 (50%) homens e pareadas 338 (50%) mulheres, por idade, compreendida entre 17 e 26 anos,

média de 21,53 e desvio padrão de 2,38 anos, totalizando 776 estudantes.

Instrumentos

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF)

É um instrumento criado para avaliar o suporte que o indivíduo recebe do grupo familiar. Consta de uma escala *likert* de três pontos, a saber, “sempre, ou quase sempre”, “às vezes” e “nunca ou quase nunca”, contendo 42 itens e três dimensões. A primeira dimensão é denominada Afetivo-Consistente (21 itens) e evidencia as relações afetivas positivas intra-familiares, desde o interesse pelo outro, até a expressão verbal e não-verbal de carinho, clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,91. A segunda é chamada de Adaptação Familiar, com 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiwa, vergonha, relações agressivas de brigas e gritos, irritação, incompreensão, e ainda percepção de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Sendo assim, os itens desse fator foram invertidos para que pudessem ser calculados com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,90. Por fim, o terceiro fator é chamado de Autonomia Familiar, sendo composto por oito itens, se refere à percepção de autonomia que o indivíduo tem de sua família, o que denota relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família. Para esse fator, foi encontrado Alfa de *Cronbach* de 0,77. (Baptista, 2007, 2005).

Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Instrumento de rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) para a avaliação da saúde mental. A validade para a população brasileira foi realizada por Mari e Williams (1986), com sensibilidade de 83% e especificidade de 80%. É composto por vinte questões nominais do tipo sim/ não, quatro sobre sintomas físicos e dezesseis sobre distúrbios psico-emocionais. Em estudo mais recente sobre sua validade, com 485 indivíduos de Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, e tendo como padrão-ouro a SCID-IV-TR (*Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*), o SRQ-20 apresentou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, tendo como ponto de corte ideal 7/8. O poder discriminativo encontrado para diagnóstico psiquiátrico do instrumento foi 0,91 e o coeficiente *alfa de Cronbach*, de 0,86 (Gonçalves, Stein & Kapezinski, 2008).

Questionário de Identificação dos Comportamentos dos Estudantes (QICE)

O questionário utilizado nesta pesquisa foi baseado no instrumento utilizado pelo CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*, o *Youth risk behavior surveillance - United States* (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion). O questionário original, de acordo com Carlim-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), caracteriza-se no formato de auto-preenchimento anônimo, visando à aplicação coletiva em sala de aula. Seu conteúdo aborda tópicos centrais como, comportamento no trânsito, violência contra si e contra terceiros, consumo de substâncias (tabaco, álcool, maconha e inalantes), práticas sexuais, hábitos alimentares e controle de peso. O instrumento utilizado neste estudo constou de 52 questões divididas nas seguintes categorias: comportamentos relacionados à segurança pessoal; comportamentos relacionados a violência; comportamentos relacionados a violência contra si; comportamentos relacionados a dependência química: fumo, álcool e substâncias psicoativas; comportamento sexual; hábitos alimentares e comportamentos relacionados a controle de peso; comportamentos relacionados a atividades de lazer.

Procedimento

Para facilidade na aplicação dos instrumentos, estes foram adaptados ao formato eletrônico, por uma equipe de informática. A aplicação dos instrumentos aconteceu no decorrer de dez dias, sendo realizada no período manhã, tarde e noite. Na aplicação, uma das pesquisadoras dirigia-se até a sala de aula, pedia licença ao professor, se apresentava aos alunos, explicava aos alunos a proposta da pesquisa, a qual se referia a um estudo sobre o comportamento dos universitários. Assegurava-se da mesma maneira o anonimato aos participantes e, logo após convidava-se os alunos para se dirigirem ao laboratório de informática para que pudessem responder os instrumentos.

Ao chegarem ao laboratório de informática, outra pesquisadora que aguardava os alunos, orientava-os para que sentassem individualmente nos computadores. Explicava que a pesquisa era composta por quatro instrumentos e que, a cada vez que abrissem um dos instrumentos se abriria um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que devia ser lido atenciosamente e aceito apenas se o aluno concordasse em responder ao instrumento, e para tanto, seria necessário digitar uma senha de concordância, numa janela específica para isso e, caso o aluno não concordasse, o instrumento não se abriria.

Ao entrar na página específica para a pesquisa, os instrumentos estavam dispostos na seguinte ordem: Ficha de

Caracterização, Questionário de Identificação dos Comportamentos dos Estudantes - QICE, Inventário de Percepção de Suporte Familiar - IPSF e SRQ-20. O período de aplicação para cada grupo, de aproximadamente 40 alunos, durou em média 25 minutos.

Para análise dos dados, foi utilizado o programa SPSS *Statistics 15 for Windows*. Os escores brutos de cada instrumento foram somados e submetidos à análise de correlação de Pearson. Para análise de diferenças entre os grupos de sexo os escores do IPSF e do QICE foram separados em fatores e foram submetidos à prova *t de Student*. Também foi realizada uma análise de regressão. Os dados desta pesquisa também estão sendo utilizados em outro estudo, com objetivos diferentes, porém, complementares. Por esta razão, o recorte da presente pesquisa limita-se à realização dessas análises propostas.

RESULTADOS

Buscou-se correlacionar os três instrumentos por meio da correlação paramétrica de *Pearson*. Os resultados encontrados demonstraram uma correlação de $r = -0,431$, altamente significativa ($p=0,000$) para o Inventário de Suporte Familiar (IPSF) com o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Esse resultado demonstra que quanto maior o suporte familiar percebido, menor é a pontuação em transtornos mentais comuns.

Outra correlação encontrada foi entre o IPSF e o Questionário de Identificação dos Estudantes (QICE), de $r = -0,119$, com $p = 0,001$, ou seja, altamente significativa. Desta forma, quanto mais adequado o suporte familiar percebido, menor a frequência de comportamentos de riscos entre os estudantes.

A última correlação, entre o SRQ-20 e o QICE foi de $r = 0,116$, com $p = 0,001$, também bastante significativa. Sendo assim, quanto maior a pontuação em transtornos mentais comuns, maior a frequência de comportamentos de risco detectados entre os universitários.

Também foi realizada uma análise de regressão, tipo *stepwise*, utilizando-se como variável dependente as pontuações do suporte familiar total. Como variáveis independentes utilizaram-se a pontuação de saúde mental total e das dimensões que compunham os fatores de risco, a saber: comportamentos relacionados à segurança pessoal; violência; violência contra si; dependência química (fumo, álcool e substâncias psicoativas); comportamento sexual; hábitos alimentares (e comportamentos relacionados a controle de peso) e comportamentos relacionados a atividades de lazer. Os resultados podem ser vistos na Tabela 1.

Tabela 1
Regressão entre as Variáveis

| Modelo | Coeficientes Não padronizados | | Coeficiente Padronizado | t | Significância |
|----------------------|-------------------------------|-------------|-------------------------|--------|---------------|
| | B | Erro padrão | Beta | | |
| (Constante) | 71,258 | 1,583 | | 45,016 | 0,000 |
| 1 Saúde mental total | -1,283 | 0,143 | -0,407 | -8,957 | 0,000 |
| Violência contra si | -1,912 | 0,603 | -0,145 | -3,171 | 0,002 |
| Sexual | -0,304 | 0,093 | -0,140 | -3,249 | 0,001 |
| Atividades de lazer | 0,871 | 0,396 | 0,094 | 2,198 | 0,028 |

Como pode ser observado na regressão, pior saúde mental foi a variável que mais pode prever o baixo suporte familiar, com uma contribuição bem maior do que alguns dos comportamentos de risco. Nesse sentido, das sete dimensões dos comportamentos de risco, apenas três entraram no modelo final, ou seja, comportamentos autolesivos, comportamentos de risco sexuais e carência de atividades de lazer, mas todas com poder preditivo bastante baixo.

Em seguida, foram avaliadas diferenças entre os grupos feminino e masculino de acordo com a pontuação destes no IPSF, SRQ-20 e QICE. Na Tabela 2, é possível notar que as médias encontradas para o sexo masculino e

feminino em cada uma das dimensões do instrumento que avalia suporte familiar foram bem parecidas, com resultados não significativos, o que indica que não houve diferenças expressivas na percepção de homens e mulheres em relação ao apoio que recebem da família.

Ainda na Tabela 2, as médias dos escores dos instrumentos SRQ-20 e do QICE para homens e mulheres foram bem diferentes e altamente significativas. Esse resultado demonstra que mulheres apresentaram maior pontuação no instrumento que avalia TMC e menor frequência de comportamentos de riscos quando comparadas aos homens. Foram analisadas também, as diferenças entre os sexos de acordo com as categorias do QICE, como mostra a Tabela 3.

Tabela 2
Teste *t* por grupos de sexo segundo IPSF, SRQ-20 e QICE

| | Sexo | Média | Desvio Padrão | t | p |
|--------------------------|-------------------|-------|---------------|--------|-------|
| IPSF_Afetivo-Consistente | Masculino (N=388) | 28,52 | 8,79 | 0,997 | 0,319 |
| | Feminino (N=388) | 29,17 | 9,21 | | |
| IPSF_Adaptação Familiar | Masculino (N=388) | 19,64 | 3,96 | -0,101 | 0,920 |
| | Feminino (N=388) | 19,61 | 3,86 | | |
| IPSF_Autonomia Familiar | Masculino (N=388) | 13,24 | 2,87 | -1,231 | 0,219 |
| | Feminino (N=388) | 12,98 | 2,96 | | |
| IPSF_Suporte Total | Masculino (N=388) | 61,41 | 13,30 | 0,368 | 0,713 |
| | Feminino (N=388) | 61,80 | 13,80 | | |
| SRQ-20 | Masculino (N=388) | 3,89 | 3,93 | 6,62 | 0,000 |
| | Feminino (N=388) | 6,00 | 4,62 | | |
| QICE | Masculino (N=388) | 40,38 | 18,90 | -8,45 | 0,000 |
| | Feminino (N=388) | 29,87 | 15,60 | | |

Tabela 3

Teste *t* por grupos de sexo de acordo com as categorias do QICE

| | Sexo | Média | Desvio Padrão | t | p |
|----------------------|-------------------|-------|---------------|---------|-------|
| Segurança Pessoal | Masculino (N=388) | 3,38 | 3,03 | -7,418 | 0,000 |
| | Feminino (N=388) | 1,98 | 2,16 | | |
| Violência | Masculino (N=388) | 1,05 | 2,24 | -5,657 | 0,000 |
| | Feminino (N=388) | 0,34 | 1,08 | | |
| Violência Contra Si | Masculino (N=388) | 0,88 | 1,06 | 0,874 | 0,565 |
| | Feminino (N=388) | 0,95 | 1,15 | | |
| Dependência Química | Masculino (N=388) | 11,40 | 9,50 | -6,437 | 0,000 |
| | Feminino (N=388) | 7,44 | 7,55 | | |
| Comportamento Sexual | Masculino (N=388) | 14,48 | 6,65 | -10,741 | 0,006 |
| | Feminino (N=388) | 9,66 | 5,81 | | |
| Hábitos Alimentares | Masculino (N=388) | 5,51 | 2,59 | 4,255 | 0,000 |
| | Feminino (N=388) | 6,35 | 2,89 | | |
| Atividades de Lazer | Masculino (N=388) | 2,97 | 1,48 | -0,090 | 0,898 |
| | Feminino (N=388) | 2,87 | 1,42 | | |

Diante das diferenças encontradas entre os sexos, pode-se observar que os homens estiveram mais expostos aos comportamentos de risco relacionados à segurança pessoal, violência, dependência química e comportamento sexual, quando comparados às mulheres. Estas, por sua vez, se expuseram mais a comportamentos relacionados aos hábitos alimentares, quando comparadas aos homens. As diferenças entre os comportamentos de violência contra si e atividades de lazer não diferenciaram mulheres e homens, uma vez que não foram significativas estatisticamente.

DISCUSSÃO

Assim como encontrado na literatura pesquisada, a relação entre as variáveis suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco confirmam-se no presente estudo. A correlação entre o suporte familiar e saúde mental traduz a importância da família enquanto sistema protetor ou amenizador das situações de crise, o que colabora para a saúde mental de seus integrantes e, o quanto que a saúde mental pode influenciar na percepção sobre o suporte familiar. As manifestações de carinho, afeto, apoio, limites, abertura ao diálogo, dentre outras, podem também colaborar para o desenvolvimento saudável do indivíduo, como

apontado por Barra, Toledo & Rodriguez (2002) e Souza (2007). De forma contrária, como apontado por Valadez-Figueiroa, Amezcua-Fernández, Quintanilla-Montoya & González-Gallegos (2005), fenômenos bastante associados com a saúde mental, tal como a ideação suicida pode estar associada a déficits nos solucionamento de conflitos, comunicação inadequada entre o indivíduo e os membros da família/pares, aumento de agressividade, dentre outras características que podem dificultar a convivência, e, portanto, a percepção de um adequado funcionamento familiar.

Os resultados condizem também com os estudos de Costa e Ludermir (2005), que encontraram relação entre baixo apoio social e chance de desenvolver TMC, e de Avanci & cols. (2007), que ressaltam as dificuldades no relacionamento familiar como parte importante num modelo de variáveis que podem comprometer a saúde mental. O suporte familiar também encontrou-se correlacionado com os comportamentos de risco no presente estudo. Ainda que a magnitude desta correlação tenha sido baixa, foi considerada significativa para a análise estatística escolhida. Ressalta-se que este resultado pode ter sido influenciado pelo tamanho da amostra, podendo não ter encontrado resultados significativos em amostra menor. Oliveira e Luis (2005), mesmo utilizando uma amostra

pequena, identificaram o grupo familiar como fator protetivo potente para o comportamento de risco específico de consumo de álcool.

A relação entre comportamentos de risco e saúde mental em jovens encontrada no presente estudo também foi significativa e de magnitude baixa, e desta forma também pode ter sido influenciada pela amostra estudada no presente estudo. De qualquer maneira, como ressaltam Feijó e Oliveira (2001) e Silva e Deus (2005), os comportamentos de risco são mais frequentes em jovens-adultos e tais condutas podem trazer implicações tanto para a saúde física quanto mental e vice-versa. Desta maneira, a saúde, de uma forma geral, parece estar relacionada aos comportamentos de risco, uma vez que determinadas condutas podem trazer riscos para si e para a comunidade (como transmissão de doenças, agressão física, prejuízo funcional pelo uso de álcool, dentre outros), no entanto não necessariamente estes comportamentos estarão relacionados à saúde mental.

Em relação às diferenças encontradas entre sexos, o suporte percebido não difere entre homens e mulheres. Esse resultado condiz com aqueles encontrados por Baptista, Santos, Alves e Souza (2008) e Souza (2007), e contradiz os encontrados por Romanelli (1999) e Rigotto (2006), que apresentam os homens como mais independentes da família, e mais adaptados, com mais sentimentos de inclusão e cooperação quando comparados às mulheres. Como essas diferenças entre sexos sofrem influências dos padrões e representações dos papéis sociais, é compreensível que os resultados sejam diferentes em cada amostra específica. Para tentar explicar melhor essa relação é necessária a inclusão de outras variáveis que possam estar relacionadas ao suporte familiar, como micro-cultura, nível social, representação social, dentre outros.

As diferenças entre sexos encontradas com relação à saúde mental condizem com a literatura. A OMS (2001) aponta que a mulher é mais acometida por transtornos mentais devido à multiplicidade de papéis desempenhados na atualidade e ainda sofre significativamente com discriminação sexual, abuso e violência doméstica e sexual. Os resultados encontrados no que tange a diferença entre os sexos para a frequência de comportamentos de risco praticados também são corroborados na maior parte das categorias específicas.

No estudo de Pillon, O'Brien e Chavez (2005), os homens relataram maior frequência em comportamentos de risco relacionados à dependência química, à segurança pessoal, à violência, e sexual, como nos dados encontrados no presente trabalho. Já em Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000), os homens também relata-

ram maior frequência nos comportamentos citados acima, mas comportamentos relacionados aos hábitos alimentares como controle de peso por métodos não saudáveis e relacionados à violência contra si, como tentativas de suicídio, foram mais praticados por mulheres. No presente estudo, os riscos para os hábitos alimentares também são significativamente mais praticados por mulheres, e as médias para a categoria violência contra si são maiores para mulheres, embora não significativamente diferentes dos homens. Uma outra categoria utilizada no trabalho atual é a atividades de lazer, que diz respeito à frequência em reuniões sociais, festas, que não obteve associação significativa com gênero, e não foi abordada nos estudos citados acima.

A importância do estudo destas variáveis pauta-se no conhecimento dos fatores de risco e proteção para saúde mental e pode nortear para a criação de programas de prevenção e intervenção voltados à população. Conclui-se também que o cuidado com a saúde mental poderá aumentar as chances de uma percepção mais adequada sobre o suporte familiar, ampliando os relacionamentos saudáveis no cerne do sistema familiar. Estudos futuros podem abordar outras variáveis de interesse ligadas ao suporte familiar, saúde mental e comportamentos de risco, assim como utilizar outras amostras, com outras faixas etárias.

REFERÊNCIAS

- Alchaer, J. R. A., Bahsas, F. B., Nieto, R. H., & Salinas, P. J. (1994). Relacion entre el funcionalismo familiar, el estrés y la ansiedad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 3 (3-4), 81-86.
- Avanci, J. Q., Assis, S. G., Oliveira, R. V. C., Ferreira, R. M., & Pesce, R. P. (2007). Fatores Associados aos Problemas de Saúde Mental em Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 287-294.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia ciência e profissão*, 27(3).
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, Santos, Alves e Souza (2008). Correlação entre Percepção de Suporte Familiar e Traços de Personalidade em Universitários. *International Journal of Hispanic Psychology*, 1:167-183.
- Baptista, M. N. & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (3), 58-67.
- Barra, F. de La, Toledo, V., & Rodriguez, J. (2002). Estudio de salud mental em dos cohortes de niños escolares de Santia-

- go occidente. II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 40(4), 347-360.
- Bazán, A., Osuna, B. & Ross, G. (2003). Interés familiar, opinión del maestro, y desempeño en lectura y escritura em niños de primaria. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(2), 255-264.
- Bazán, A., Sánchez, B. & Castañeda, S. (2007). Relación estructural entre apoyo familiar, nivel educativo de los padres, características del maestro, y desempeño en lengua escrita. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 12, 701-729.
- Bazán, A. Sánchez, B., Corral, V. & Catañeda, S. (2006). Utilidad de los Modelos Estructurales en el Estudio de la Lectura y la Escritura. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 89-97.
- Bener, A., & Tewfik, I. (2006). Prevalence of overweight, obesity, and associated psychological problems in Qatari's female population. *Obesity Reviews*, 7, 139-145.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Bradley, R. H.; Caldwell, B. M. & Rock, S. L. (1988). Home environment and school performance: A ten-year follow-up and examination of three models of environmental action. *Child Development*, 59, 852-867.
- Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. Em: J. Mello Filho, *Doença e Família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carlini-Cotrim, B; Gazal-Carvalho, C., & Gouveia, N. (2000). Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*. 34(6), 635-645.
- Carvalho, I. M. M. de, & Almeida, P. H. de. (2003). Família e Proteção Social. *São Paulo em Perspectiva*, 17 (2), 109-122.
- Ceberio, M. R. (2006). Vejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Recuperado em 18 fev. 2006: <http://www.psiquiatria.com>.
- Costa, A. G., & Ludermir, A. B. (2005). Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(1), 73-79.
- Dubow, E. F., Tisak, J., Causey, D., Hryshko, A. & Reid, G. (1991). A two-year longitudinal study of stressful life events, social support, and social problem-solving skills: Contributions to children's behavioral and academic adjustment. *Child Development*, 62, 583-599.
- Feijó, R. B., & Oliveira, E. A. (2001). Comportamento de Risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*. 77 (Supl.2), 125-134.
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, suplemento, 485-493.
- Fieser, B. H., Wilder, J. & Bickham, N. L. (2000). Family context in developmental psychopathology. Em A. J. Sameroff, M. Lewis & S. M. Miller (Orgs.), *Handbook of developmental psychology* (p.115-134). New York: Kluwer Academic / Plenum.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapezinski, F. (2008). Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrument de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(2), 380-390.
- Kellaghan, T.; Sloane, K.; Alvarez, B. & Bloom, B. S. (1993). *The home environment and school learning: Promoting parental involvement in the education of children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. Em: J. Mello Filho, *Doença e Família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maddaleno, M., Morello, P., & Espínola, F. I. (2003). Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes em latinoamérica y el Caribe: desafíos para la próxima década. *Salud Pública de México*, 45(1), 132-139.
- Mari, J. J.; Williams, P. (1986). A Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Marturano, E. M. & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. Em A Del Prette e Z. A. P. Del Prette (Orgs.) *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem*. Campinas, Alínea.
- Oliveira, M. R., & Luis, M. A. V. (2005). Factores de riesgo para el consumo de alcohol em escolares de 10 a 18 años, de estabelecimentos educativos fiscaes em la ciudad de La Paz – Bolivia (2003-2004). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (número especial), 880-887.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado em 20 de nov. 2005: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Conselho Executivo – 107ª sessão*. Recuperado em 21 mar. 2005: www.saude.mec.br/OMS.htm.
- Pillon, S. C., O'Brien, B., & Chavez, K. A. P. (2005). A relação entre o uso de drogas e comportamentos de risco entre universitários brasileiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (número especial), 888-895.
- Rigotto, D. M. (2006). Evidências de validade entre Suporte Familiar, Suporte Social e Autoconceito. *Dissertação de Mestrado*, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Romanelli, G. (1999). O relacionamento entre pais e filhos em famílias de camadas médias. *Cadernos de Psicologia e Educação - Paidéia*, Ribeirão Preto, 8(14-15), 123-136.
- Silva, A. S. e Deus, A. A. (2005). Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: Estudo comparativo. *Análise Psicológica*. Lisboa., 23(2), 151-172.
- Souza, M. S. de (2007). Suporte Familiar e Saúde Mental: Evidência de Validade Baseada na Relação entre Variáveis. *Dissertação de Mestrado*, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba.
- Stevenson, D. J. & Baker, D. P. (1987). The family-school relation and the child's school performance. *Child Development*, 58, 1348-1357.

- Valadez-Figueiroa, I., Amezcua-Fernández, R., Quintanilla-Montoya, R. & González-Gallegos, N. (2005). Familia e intento suicida em el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 69-78.
- Velásquez, H. A., Cabrera, F. P., Chainé, S. M., Caso-Lopez, A. C., & Torres, N. B. (2002). Factores de riesgo, factores protectores y generalización del comportamiento agresivo en una muestra de niños en edad escolar. *Salud Mental*, 25(3), 27-40.
- Vitolo, Y. L. C., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R. & Bordin, I. A. S. (2005). Crenças e atitudes educacionais dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 716-724.