

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E
CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

Elisabeth Lima Dias da Cruz

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E CONSUMO DE
ÁLCOOL EM ADOLESCENTES ESCOLARES

RECIFE
2017

ELISABETH LIMA DIAS DA CRUZ

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E CONSUMO DE
ÁLCOOL EM ADOLESCENTES ESCOLARES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Neurociências.

Linha de pesquisa: Neurociência Comportamental

Orientadora: Dra. Paula Rejane Beserra Diniz.

**RECIFE
2017**

Catálogo na fonte:
bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4:1895

C955t Cruz, Elisabeth Lima Dias da.
Transtorno de ansiedade social e consumo de álcool em adolescentes
escolares / Elisabeth Lima Dias da Cruz. – Recife: o autor, 2017.
90 f.; il.; 30 cm.

Orientadora: Paula Rejane Beserra Diniz.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de
Ciências da Saúde. Programa de pós-graduação em neuropsiquiatria e
ciências do comportamento.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde mental. 2. Comportamento. 3. Transtornos fóbicos. 4. Bebidas
alcoólicas. I. Diniz, Paula Rejane Beserra (orientadora). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2018 - 052)

ELISABETH LIMA DIAS DA CRUZ
TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E CONSUMO DE
ÁLCOOL EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Doutora em Neurociências.

Aprovada em: 24/11/2017

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Viviane Colares Soares de Andrade Amorim
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Iracema da Silva Frazão
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Paula Rejane Beserra Diniz
Universidade Federal de Pernambuco
(Presidente da Banca)

*Aos meus pais, Roberto Gois e Dilma Lima,
pelos ensinamentos e incentivos ao estudo para
conquistar com dignidade o crescimento
profissional.*

*Ao meu filho Diego Lima Dias de Almeida,
que me ensinou manter o equilíbrio emocional nos
momentos cruciais para concluir mais uma etapa
da vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, à Deus por ter me concebido sabedoria, paciência, saúde e oportunidade de realizar este projeto pessoal e profissional.

Ao meu pai, Roberto Gois, e a minha mãe, Dilma Lima, pelo amor concedido, pela ajuda nos momentos de grandes dificuldades, dando-me força e incentivo a continuar perseverando ao longo do trajeto desta etapa da vida.

Ao meu filho, Diego Lima, que me ensinou o amor incondicional de mãe, sempre carinhoso, lindo e sorridente, iluminando cada etapa desse percurso.

À minha irmã, Luciana Lima, pelo estímulo contínuo para ultrapassar barreiras imaginárias, porém factíveis de concretização.

À minha orientadora Profa. Dra. Paula Rejane Beserra Diniz, que aceitou me orientar com uma proposta desafiadora, incentivando-me e apoiando-me nos momentos necessários para realização dessa pesquisa nos últimos 4 anos.

À Profa. Dra. Magdala de Araújo Novaes, pelos ensinamentos desde a graduação, apoiando-me na construção de uma carreira profissional de excelência.

Meus sinceros agradecimentos a todos os profissionais da Educação Estadual e gestores locais que nos abriram as portas das Instituições de Ensino apoiando a realização desta pesquisa.

Aos meus ex-alunos, Enfermeiros, Felipe dos Santos e Rozeni da Mata e a Enfermeira Cinthia pela participação do Grupo Neurociência Comportamental, colaborando para a realização desta pesquisa.

Aos alunos de graduação do Curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco, Instituto Pernambucano de Ensino Superior, Faculdade Estácio de Sá, pela colaboração nas etapas de discussão, coleta e tabulação dos dados.

Às amigas, Priscila Diniz, Virgnian Amorim, Emanuela Batista, Karolina Silva, Luciene Coutinho, Ana Paula Melo, Eveline Raquel e Géssica Almeida, pelo apoio imprescindível nesse processo de mudança de vida, pessoal e profissional.

Aos demais parentes e amigos, pela compreensão nas ausências necessárias e minha eterna gratidão a todos que contribuíram com este estudo.

*“O principal objetivo da educação é criar pessoas capazes de fazer coisas novas
e não simplesmente repetir o que as outras gerações fizeram”
(Jean Piaget)*

*“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas transforma o mundo.”
(Paulo Freire)*

RESUMO

Os distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais e comportamentais acontecem em aproximadamente 20% das crianças e adolescentes, sendo comuns no período da adolescência o surgimento do transtorno de ansiedade social e o uso de álcool. O objetivo foi investigar a associação entre o Transtorno de Ansiedade Social e o Consumo de Álcool em adolescentes escolares. Estudo transversal (seccional) e caso-controle, realizado na Rede de Educação do Estadual da Cidade do Recife, Brasil, com adolescentes (11 a 17 anos). Utilizou-se o questionário “Biodemográfico”; “*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*”; “*Development and Well-Being Assessment (DAWBA)*”; e “*The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*”. Para o estudo transversal, 479 alunos foram selecionados. 69,94% representa o gênero feminino, idade média de 15,15 ($\pm 1,47$) anos, 94,3% não trabalham, 92,48% possuem irmãos, 34,66% das mães concluíram o ensino médio e 52,82% consideram sua saúde boa. É importante destacar que 68,06% possuem algum transtorno emocional e comportamental, destacando hiperatividade (23,38%) e sintomas emocionais (21,92%). Analisando a prevalência, 28,8% apresentaram indicativo para o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social e 15,2% apresentaram risco de uso nocivo de álcool, ambos prevaleceram o gênero feminino (76,09% e 79,45%) e idade de 16 anos (32,61% e 38,36%), respectivamente. Dos alunos que apresentaram sintomatologia positiva para TAS, 83,33% possuem algum transtorno emocional ou comportamental, destacando sintomas emocionais (38,41%), hiperatividade (35,51%), problemas de conduta (28,26%) e problemas com colegas (13,04%). Já o grupo com risco de uso nocivo de álcool, 82,19% possui alguma alteração, estando relacionada principalmente a problemas de conduta (45,21%), hiperatividade (41,1%) e sintomas emocionais (36,99%). No estudo de caso-controle, para verificar se o TAS é fator de risco para o uso de álcool, utilizou-se 138 alunos com indicativo para o diagnóstico de TAS (casos) e 341 sem TAS (controle). Observou-se que 10,96% dos alunos “Com Risco” de uso nocivo de álcool possuem “Muito” medo ou evitam comer na frente das outras pessoas e 1,37% “Tem Certeza” que o medo de situações sociais é excessivo ou irracional ($p < 0,05$), porém as demais variáveis respostas não tiveram associação estatisticamente significativa. Desta forma, conclui-se que os alunos “Com TAS” e “Com Risco” de uso nocivo de álcool, mesmo apresentando os sintomas emocionais e comportamentais, não houve evidências de associação entre os sintomas de transtorno de ansiedade social e o consumo de álcool na adolescência.

Palavras Chaves: Saúde Mental. Comportamento. Transtornos Fóbicos. Bebidas Alcoólicas. Adolescente.

ABSTRACT

The development impairments and mental and behavioral disorders are found in approximately 20% of children and youth, which are common during puberty the onset of Social Anxiety Disorder (SAD) and alcohol use. The objective of this research was to explore the association between SAD and alcohol use among youth population at schools. This is a cross-sectional and case-control study, with youth from 11 to 17 years old from Brazil's Educational Network from the State of Pernambuco, City of Recife. The questionnaire used were: "Biogeographic questionnaire"; "Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)"; "Development and Well-Being Assessment (DAWBA)"; and "The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)". 479 students were selected to be part of the analysis from cross-sectional study. 69,94% represents the female gender, average age of 15,15 years old ($\pm 1,47$), 94,3% are unemployed, 92,48% have siblings, 34,66% of the moms graduated high school and 52,82% consider their health good. It is important to highlight that 68,06% have some Emotional and Behavioral Disorder, in special Hyperactivity (23,38%) and Emotional problems (21,92%). Analyzing the prevalence, 28,8% showed the indicative to have the diagnosis of SAD and 15,2% showed to be at risk for the alcohol abuse, both female gender is the majority (76,09% and 79,45%) and age of 16 years old (32,61% and 38,36%), respectively. Out of the total number of students with positive symptoms for SAD, 83,33% have another type of Emotional or Behavioral Disorder, which they are Emotional problems (38,41%), Hyperactivity (35,51%), Conduct problems (28,26%) and Peer problems (13,04%). Regarding to the risk group for alcohol abuse, 82,19% have some alteration related mainly to the Conduct problems (45,21%), Hyperactivity (41,1%), and Emotional problems (36,99%). At case-control study, to verify if the SAD is a risk factor for the alcohol abuse, it was taken consideration 138 students with indicative to have the diagnosis of SAD (cases studies) and 341 without the disorder (controlled sample). It was observed that 10,96% of the students "at risk" for alcohol abuse have "High" level of fear or they avoid eating in front of other people, and 1,37% "Are Sure" that the fear of social situations is excessive or irrational ($p < 0.05$); however, the variety of the rest of other responses did not have a significant statistic association. In conclusion, although the students "having SAD" and "at risk" of alcohol abuse have emotional and behavioral symptoms, there was no correlated evidences between SAD and alcohol abuse during adolescence.

Keywords: Mental Health. Behavior. Phobic Disorders. Alcoholic Beverages. Adolescent.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das escolas públicas estaduais do ensino fundamental e médio da cidade do Recife e alunos matriculados de 11 a 17 anos, segundo censo escolar de 2014.....	29
Tabela 2 – Distribuição da idade e gênero dos alunos pesquisados.....	39
Tabela 3 – Características sociodemográficas dos alunos pesquisados segundo o gênero.....	40
Tabela 4 – Distribuição dos adolescentes segundo as subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ.....	41
Tabela 5 – Classificação das subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ segundo o gênero.....	42
Tabela 6 – Distribuição da idade e gênero dos alunos pesquisados, segundo a presença ou ausência do Transtorno de Ansiedade Social (TAS).....	43
Tabela 7 – Características sociodemográficas dos alunos pesquisados segundo a presença ou ausência do Transtorno de Ansiedade Social.....	44
Tabela 8 – Classificação das subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ segundo presença ou ausência do transtorno de ansiedade social.....	45
Tabela 9 – Distribuição da idade e gênero dos alunos pesquisados segundo o risco de uso nocivo de álcool.....	46
Tabela 10 – Características sociodemográficas dos alunos pesquisados segundo o risco de uso nocivo de álcool.....	47
Tabela 11 – Classificação das subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ segundo risco de uso nocivo de álcool.....	48
Tabela 12 – Distribuição das variáveis do DAWBA – Transtorno de Ansiedade Social segundo o Risco de Uso Nocivo de Álcool.....	50
Tabela 13 – Estimativas dos parâmetros, teste de significância e odds das variáveis selecionadas no modelo para explicar o Transtorno de Ansiedade Social.....	51
Tabela 14 – Estimativas dos parâmetros, teste de significância e odds das variáveis selecionadas no modelo para explicar o risco de uso nocivo de álcool.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição das Gerências Regionais de Educação no Estado de Pernambuco, 2015.....	28
Figura 2 – Resíduos de Pearson do modelo para o Transtorno de Ansiedade Social.....	52
Figura 3 – Gráfico normal de probabilidade com envelopes para os componentes de Desvios do modelo Binomial para o Transtorno de Ansiedade Social.....	53
Figura 4 – Curva ROC do modelo para o Transtorno de Ansiedade Social.....	53
Figura 5 – Resíduos de Pearson do modelo do Risco de Uso Nocivo de Álcool.....	55
Figura 6 – Gráfico normal de probabilidade com envelopes para os componentes de Desvios do modelo Binomial para o Risco de Uso Nocivo de Álcool.....	56
Figura 7 – Curva ROC do modelo do Risco de Uso Nocivo de Álcool.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de risco e problemas de saúde mental na adolescência.....	21
Quadro 2 – Fatores de risco para o transtorno de ansiedade social.....	24
Quadro 3 – Fatores de risco para o transtorno por uso de álcool.....	25
Quadro 4 – Pontuação das subescalas e escala total de dificuldades do SDQ.....	33
Quadro 5 – Seções do “Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA – versão para jovens entre 11 a 17 anos)	34
Quadro 6 – Intervenções, zona de risco, padrão de uso conforme escore do AUDIT.....	35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PERGUNTA CONDUTORA	16
3	HIPÓTESE.....	16
4	OBJETIVOS	18
4.1	Objetivo Geral	18
4.2	Objetivos Específicos	18
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
5.1	Saúde Mental na Adolescência.....	20
5.2	Transtorno de Ansiedade Social	22
5.3	Uso de Álcool em Adolescentes	24
5.4	Fatores de Risco entre Ansiedade Social e Uso de Álcool.....	26
6	MATERIAL E MÉTODOS	28
6.1	Tipo de Estudo.....	28
6.2	Local do Estudo	28
6.3	População Alvo	29
6.4	Amostra	29
6.4.1	Amostra do Estudo Transversal.....	29
6.4.2	Amostra do Caso Controle	30
6.5	Implementação do Estudo	31
6.6	Instrumento de coleta de dados	32
6.6.1	Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	32
6.6.2	Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes - Development and Well-Being Assessment (DAWBA)	33
6.6.3	The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	34
6.7	Análise dos dados	35
7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	36
8	RESULTADOS	39
8.1	Características da Amostra	39
8.2	Perfil Emocional e Comportamental	41
8.3	Prevalência da Amostra	42
8.4	Transtorno de Ansiedade Social X Uso Nocivo de Álcool	49
9	DISCUSSÃO	58

10 CONCLUSÕES	63
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE - Manual de orientações para coleta de dados	75
ANEXO A – Questionário Biodemográfico.....	79
ANEXO B – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	82
ANEXO C – Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes - <i>Development and Weel-Being Assessment (DAWBA)</i>	84
ANEXO D - AUDIT	88
ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	89

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase dinâmica marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial que ocorre na transição da infância para a idade adulta, caracterizada pelas alterações fisiológicas, psicológicas, cognitivas e socioculturais. Por se tratar de um período de transformações, os jovens tendem a experimentar o novo ou o proibido, tornando-se mais vulneráveis às intempéries da vida humana, podendo assim surgir manifestações de transtornos emocionais ou comportamentais (CRUZ, 2011; GOMES, BADARÓ, LOURENÇO, 2014).

Os transtornos mentais e comportamentais na infância e adolescência são considerados um problema de saúde pública com prevalência mundial entre 10 a 20%, sendo que de 4 a 6% dessa população necessita de acompanhamento intensivo, pois seus impactos refletem na saúde física e mental da família, no rendimento escolar e na vida adulta (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003, 2005).

Dentre os principais transtornos na adolescência destacam-se: transtornos de uso de substâncias psicoativas; transtornos de humor; transtornos alimentares; transtornos fóbicos; transtornos de ansiedade; transtorno de estresse pós-traumáticos; e transtornos de conduta.

O Transtorno de Ansiedade Social (TAS), também denominado por Fobia Social (FS) está classificado como problema de internalização que tem seu início na infância/adolescência, sendo uma patologia crônica e contínua, apresentando comprometimento no âmbito pessoal, social e profissional. É caracterizada pelo medo excessivo e irracional do indivíduo em ser julgado negativamente pelos demais da sociedade ou em passar por situações constrangedoras, dessa forma provoca tendência ao isolamento. Possui uma prevalência que varia de 0,5 a 13% (APA, 2013; DITZ et al, 2015; FURMARK, 2002), apresentando dificuldades de relacionamento interpessoal (interação familiar e nos setores da sociedade), a baixa autoestima, o baixo desempenho escolar, a evasão escolar e o prejuízo no processo de memória, percepção e pensamento (FERNANDES et al. 2014). Além de poder a vir apresentar outros transtornos comórbidos, como o uso de substâncias e os transtornos depressivos, elevando assim o risco de suicídios.

Vale ressaltar que o adolescente permanece parte do dia no ambiente escolar, entre indivíduos da mesma idade, e que os principais eventos estressores do TAS acontecem na escola, como apresentar dificuldade de leitura em voz alta e fluência em sala de aula, escrever

no quadro, participar de apresentações artísticas ou esportivas e de conversar com outros adolescentes e adultos.

A experimentação do álcool começa tipicamente na adolescência, entre os 12 e 15 anos de idade, e tende a aumentar no final dessa fase e início da idade adulta, mas diminui à medida que as pessoas madurecem. Entretanto, alguns utilizam o uso do álcool para aliviar os sintomas da ansiedade deixando-os desinibidos e seguros do pavor da situação social e que no decorrer da vida pode ocasionar situações constrangedoras e de dependência, além da persistência dos sintomas da fobia (PAIVA et al., 2008; APA, 2013; LOPES et al., 2013).

A *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) evidenciou que o Transtorno de Ansiedade Social na vida estava associada a aumento do risco para dependência de álcool ou uso abusivo de álcool. No entanto, a associação entre o transtorno de ansiedade social e uso de álcool em adolescentes parece ainda não estar clara na literatura nacional e internacional, devido aos poucos trabalhos publicados, a heterogeneidade metodológica e a regionalização dos mesmos. Conforme Edwards et al. (2014), este tipo de transtorno durante a adolescência exibiu associação conflitante com o uso precoce de álcool.

O levantamento de informações sobre a saúde mental em adolescentes é complexa e necessita de estudos epidemiológicos para comparar as diferentes áreas populacionais e determinar a magnitude do problema, identificando os fatores positivos e negativos dos transtornos a fim de apontar intervenções primárias e/ou intervenções breves para reduzir o peso desses transtornos.

No Brasil, ainda são poucos os estudos a respeito do Transtorno de Ansiedade Social, o que demonstra a necessidade em compreender mais sobre o transtorno em nossa realidade e sobre sua associação com o uso de álcool ainda se mostra conflitante na literatura mundial (KIELING et al, 2011; PEREIRA; LOURENÇO, 2012).

JUSTIFICATIVA

A prevenção de problemas de comportamento infantojuvenil é considerada prioridade nas políticas de saúde, visto que a taxa referente aos problemas de comportamento atinge até 35% em famílias de baixa renda e que os países têm trabalhado com metas para reduzir as taxas de prevalência e de incidência referentes aos problemas comportamentais de tentativas de

suicídio, comportamento abusivo e violento, depressão e ansiedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010; FERNANDES et al., 2014).

Considerando as lacunas existentes de estudos sobre TAS em adolescentes e o uso de álcool, surgiu o interesse em contribuir com o levantamento das características emocionais e comportamentais desta população, estimando a prevalência do transtorno de ansiedade social e do consumo de álcool em adolescentes escolares e verificando se este transtorno seria um fator de risco para o uso nocivo de álcool.

Esta pesquisa é relevante para que os gestores escolares, profissionais da educação e profissionais da saúde passem a conhecer o perfil dos adolescentes matriculados na rede educacional pública estadual da Cidade do Recife, Brasil, e assim direcionar o planejamento das atividades da promoção da saúde e prevenção da doença. A identificação precoce desses transtornos pode controlar os fatores de riscos e contribuir na redução das taxas de morbidade e mortalidade da doença, agravo ou risco rastreado.

2 PERGUNTA CONDUTORA

O transtorno de ansiedade social é alto na população e resultam em diferentes graus de incapacidade e limitações sociais e ocupacionais. O quadro clínico tem início precoce na adolescência com a idade média de 15 anos e 60% dos eventos estressores acontecem no ambiente escolar. Já que experimentação do álcool começa tipicamente na mesma faixa etária entre (12 a 15 anos de idade), existe associação entre os sintomas de transtorno de ansiedade social com o consumo de álcool pelo adolescente escolar?

3 HIPÓTESE

Há associação entre e os sintomas de ansiedade social e o consumo de álcool em adolescentes escolares.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Investigar a associação entre o Transtorno de Ansiedade Social e o Risco de Uso Nocivo de Álcool em adolescentes escolares

4.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil emocional e comportamental dos adolescentes escolares
- Determinar a prevalência do Transtorno de Ansiedade Social e do Risco de Uso Nocivo de Álcool entre os adolescentes escolares
- Verificar se o transtorno de Ansiedade Social é fator de risco para o uso de álcool na adolescência

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Saúde Mental na Adolescência

A Saúde dos Adolescentes e Jovens (10 a 24 anos) é representada por novos modelos de produzir saúde, representando os hábitos e comportamentos da vida, que de acordo com o contexto e desigualdades sociais resultam em situações de vulnerabilidades evidenciadas nos grupos de riscos (BRASIL, 2017).

Todo ser humano passará pela fase da adolescência, apresentando momentos de rebeldia, desenvolvimento do corpo, instabilidade emocional, tendência à desobediência, atuação dos hormônios, crescimento, desenvolvimento do raciocínio lógico, busca da identidade, busca de independência, ou seja, as dimensões biológica, cognitiva, psicológica e sociocultural são características universais, inevitáveis e naturalizadas, necessitando assim uma atenção integral à saúde do adolescente.

Os avanços na neurociência e na medicina do comportamento já mostraram que muitas doenças físicas e mentais resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. No mundo, 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais e comportamentais, ou neurobiológicos ou problemas psicossociais decorrentes do uso de álcool ou drogas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002; STEFANELLI, FUKADA, ARANTES, 2008).

Na tentativa de prevenir o desenvolvimento desses problemas e outras doenças na fase de transição entre a infância e a fase adulta, foram instituídas ações de promoção da saúde e prevenção da doença para a Saúde do Adolescente e Jovem, tais como, o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), o Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, entre outros.

Nos programas governamentais, além da avaliação e acompanhamento psicossocial, são desenvolvidas ações sobre os aspectos do desenvolvimento normal e patológico do adolescente, a fim de identificar os grupos de riscos e, desta forma, realizar atividades direcionadas para cada grupo no espaço das unidades básicas, nas comunidades ou nas escolas (JAGER et al., 2014).

Esses grupos podem ser identificados pelos fatores de risco e problemas de saúde mental explicitadas no Quadro 1 (PINTO et al., 2014).

Quadro 1. Fatores de risco e problemas de saúde mental na adolescência.

Fatores de Riscos	Problemas de saúde mental
Próprios indivíduos	• Baixa autoestima, menor desejo de viver, depressão e ansiedade • Sentimento de tristeza/solidão • Insônia, fadiga, esquecimento, irritabilidade, dificuldades de concentração e sentimento de inutilidade • Transtorno de atenção/hiperatividade, transtorno oposicional/conducta queixas somáticas • Necessidade de sentir prazer • Autoagressão ou tentativa de suicídio; ideação suicida • Agressividade/ altos níveis de raiva/ problemas interpessoais
Familiares	• Vivenciar violência doméstica com punição física, dificuldades de relacionamento familiar (pais e irmãos) • Baixo suporte emocional em casa durante a infância • Influência dos pais e dos amigos para utilizar tabaco, álcool e outras drogas • Divórcio dos pais, problemas financeiros da família • Pais que convivem ou morreram com HIV/Aids; transmissão vertical do HIV
Escolares	• Baixo desempenho ou abandono escolar • Vivenciar discriminação e racismo que levam a um maior sofrimento emocional, Bullying • Pertencer à classe socioeconômica menos favorecidas • Pressão social dos pares e da vida acadêmica; vestibular como evento estressante
Sociais	• Não estar trabalhando ou estudando • Problemas com contato social e violação de regras • Agressividade e violência física sofrida; situações de abuso sexual com ameaça de vida e lesão física • Estar institucionalizado ou vivendo em abrigo • Envolvimento com gangues, pobreza urbana • Alta frequência de exposição à violência comunitária, roubo, assalto e uso de armas de fogo • Problemas legais, envolvimento com acidentes automobilísticos e prática de atos violentos • Comportamentos de risco para o HIV, atividade sexual precoce, violência sexual grave • Problemas na adesão ao tratamento antirretroviral

Fonte: Adaptado de Pinto et al. (2014).

Para buscar a sustentação do binômio saúde/educação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9.394) e construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais, integram os profissionais de saúde, educação, pais e/ou responsáveis, alunos e membros comunitários para transformar a escola um lugar saudável e propício ao bem-estar, ao crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014; BRASIL, 1997).

Deve-se considerar na avaliação psicossocial as informações dos diversos atores sociais envolvidos com o adolescente, tendo como objetivo olhar para além do problema identificado, sendo necessário conhecer suas condições sociais, educacionais e familiares, ou seja, a

multiplicidade de fatores (culturais, biológicos, psicossociais, espiritual e intelectual) que influência na saúde e na doença mental (STEFANELLI, FUKADA, ARANTES, 2008).

Uma das estratégias utilizadas para a investigação multifatorial em detecção de casos prevalentes de ansiedade e depressão é o uso de instrumento de rastreio em saúde mental, como também o uso consciente de estratégias de comunicação adequada e/ou terapêuticas nas relações interpessoais. Populações investigadas, mesmo sem relatar queixas sintomáticas, apresentaram indicativo para o diagnóstico de alguma psicopatologia (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016).

O sistema escolar é o forte aliado dos profissionais de saúde para se trabalhar no entendimento biopsicológico do adolescente e suas consequências sociais e emocionais. É o espaço estratégico e privilegiado para a implementação das políticas de saúde pública, uma vez que a saúde mental do adolescente vai além de distúrbios físicos, de conduta e de falta de capacidade para a aprendizagem (BRASIL, 2008, 2011), ou seja, é a integração dos diferentes paradigmas interpessoais, neurobiológicos e sociais que refletem na qualidade de vida deste cidadão.

5.2 Transtorno de Ansiedade Social

Ansiedade é definida como estado de humor vago e desagradável de medo, apreensão negativa em relação ao futuro e desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho, que inclui manifestações somáticas como: cefaleia, dispneia, taquicardia, tremores, vertigem, sudorese, parestesias, náuseas, diarreia; e psíquicas como: inquietação interna, insegurança, insônia, irritabilidade, desconforto mental, dificuldade para se concentrar com o meio social (CASTILLO et al., 2000; DALGALARRONDO, 2008; SADOCK; SADOCK, 2010).

Na adolescência é comum encontrar o medo, a ansiedade e a esquivia relacionada à competência profissional ou acadêmica, às ameaças abstratas e às situações sociais. Entretanto, a diferença entre a ansiedade normal e a ansiedade patológica está relacionada a uma reação mais curta e autolimitada.

Segundo o Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5), os principais quadros de ansiedade são: o transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social (fobia social), transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de estresse pós-traumático. Dentre os tipos

citados, os Transtornos de Ansiedade Generalizada, Ansiedade de Separação e Fobia Específica são os mais prevalentes na adolescência (APA, 2013).

O TAS é um dos transtornos psiquiátricos mais frequente na adolescência que apresenta características de prejuízos sociais, ocupacionais e familiares, podendo apresentar predisposição ao uso de substâncias ilícitas e outros transtornos de ansiedade (VIANA; LOURENÇO, 2017).

Crianças e adolescentes que apresentam o TAS relatam desconforto em falar em sala de aula, comer na cantina próximo a outras crianças, ir a festas, escrever na frente de outros colegas, usar banheiros públicos, dirigir a palavra a figuras de autoridade como professores e treinadores, além de conversas/brincadeiras com outros da mesma idade. Sendo que o padrão mais amplo de medo, esquiva e interações sociais são mais evidentes em adolescentes quando comparados com crianças menores (APA, 2013).

Ao se encontrarem em uma dessas situações, comumente há a presença de sintomas físicos como: palpitações, tremores, calafrios e calores súbitos, sudorese e náusea. Os jovens também podem expressar a ansiedade por meio do choro, "acessos de raiva" ou afastamento de situações sociais nas quais haja pessoas não familiares. Enquanto nos adultos observa-se o medo persistente e intenso de situações onde a pessoa julga estar exposta à avaliação de outros, ou se comportar de maneira humilhante ou vergonhosa (MIGUEL; GENTIL; GATTAZ, 2011; CASTILLO et al., 2000).

Conforme Nardi, Quevedo e Silva (2014), existem dois tipos de TAS: o específico (circunscrito) e o generalizado (complexo). No primeiro caso a sintomatologia está restrita a situações sociais mais reservadas, como por exemplo falar em público, com duração de ao menos 6 meses em atividade rotineira, enquanto no TAS generalizado o quadro clínico se encontra mais grave, envolvendo os familiares e possui uma longa duração.

Os principais fatores de risco para o transtorno de ansiedade social estão representados no Quadro 2:

Quadro 2. Fatores de risco para o transtorno de ansiedade social.

Fatores de Riscos	Características
Temperamentais	● Inibição comportamental e medo de avaliação negativa
Familiares	● Superproteção, controle e autoritarismo dos pais ● Divórcio dos pais ● Conflitos no ambiente familiar
Ambientais (Escolares e Sociais)	● Maus tratos e adversidades na infância ● Bullying ● Rejeição ● Exposição ao ridículo, humilhação
Herança genética e fisiológica	● Interação gene-ambiente: alta inibição comportamental e modelo socialmente ansioso por parte dos pais ● Parentes de primeiro grau têm uma chance 2 a 6 vezes maior de apresentar o transtorno

Fonte: Adaptado do DMS-5 (APA, 2014) e Nardi, Quevedo e Silva (2014).

Ao verificar os aspectos neurobiológicos do transtorno de ansiedade social destacam-se alterações no circuito temporo-límbico, relacionado às respostas do medo. Além dos neurocircuitos serotoninérgicos e dopaminérgicos, envolvendo a região pré-frontal e os gânglios de base (YUDOFISKY; HALES, 2014). Estudos de neuroimagem realizados em pacientes com TAS mostram hiperatividade da amígdala e das estruturas temporais mediais anteriores, incluindo o giro para-hipocampal, úncus, ínsula (FURMARK, 2002; STRAUBE; MENTZEL; MILTNER, 2005; ETKIN; WAGER, 2007).

5.3 Uso de Álcool em Adolescentes

A adolescência é um período de formação de identidade em que novas atividades são experimentadas como: as relações sociais, emocionais e sexuais. Nesse contexto, na maioria das vezes, o adolescente experimenta drogas lícitas ou ilícitas e dependendo dos padrões de uso pode perdurar até a vida adulta, sendo indicativos da necessidade de estabelecer ações de promoção à saúde e prevenção da doença (PEREIRA, LOUREIRO, 2012).

O uso de álcool é comum e contribui para o problema de saúde mental. O primeiro contato tipicamente inicia na adolescência, tende a aumentar no final dessa fase e no início da idade adulta, mas tendem a diminuir à medida que as pessoas amadurecem. O início precoce é definido de forma diferente entre os estudos, que vão antes dos 12 anos aos 15 anos de idade. Possui uma prevalência mundial estimada em 7,5% na população total com 15 anos ou mais de idade, superior nas regiões da Europa (16,5%) e Américas (13,7%) (LOPES et al., 2013; GARCIA; FREITAS, 2015).

Segundo Lopes et al. (2013), estudo realizado em 2012 e publicado pela *DrugFacts: High School and Youth Trends* cerca de 72% dos adolescentes nos Estados Unidos utilizavam frequentemente substâncias lícitas e ilícitas. Pesquisa realizada no Brasil pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) mostra que 65,2% dos jovens escolares relataram ter experimentado álcool (GALDURO´Z et al., 2004). Em um estudo realizado no Estado da Paraíba foi relatado que 71% dos estudantes de escolas públicas fizeram uso de álcool nos últimos seis meses e desses, verificou-se que 59,5% já consumiram álcool até a embriaguez (CERQUEIRA et al., 2011).

O uso de substâncias interfere nas questões acadêmicas, podendo atingir o desenvolvimento cognitivo interferindo nas escolhas vocacionais e no desenvolvimento de habilidades para lidar com o emocional (LOPES et al., 2013). Conforme as políticas públicas voltadas para este público, observa-se que múltiplas estratégias de intervenção são propostas por profissionais de saúde, educação, justiça, ministério público e assistência social, na tentativa de reduzir os problemas associados ao uso nocivo de bebidas alcoólicas por adolescentes.

Os principais fatores de riscos para o transtorno por uso de álcool em adolescentes estão representados no Quadro 3:

Quadro 3. Fatores de risco para o transtorno por uso de álcool.

Fatores de Riscos	Características
Ambientais	• Atitudes culturais em relação ao consumo de álcool (influência da mídia) • Disponibilidade do álcool (ex: preço, acesso) • Níveis de estresse • Níveis de ansiedade
Familiar e Social	• Relacionamento conturbado com os pais (separação, brigas) • Presença de um membro que faz uso do álcool • Abuso sexual e baixa autoestima • Início precoce do trabalho relacionado ao contato com adultos • Experiências pessoais adquiridas com álcool (diversão e lazer ou isolamento) • Aceitação dos pares
Herança genética e fisiológica	• Padrão familiar, influências genéticas (40 a 60% possui variação no risco) • Parentes próximos de pessoas com transtorno por uso de álcool (3 a 4 vezes maior) • Filhos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, mesmo quando essas crianças foram adotadas ao nascer por pais adotivos sem o transtorno (3 a 4 vezes maior)
Modificadores do curso	• Altos níveis de impulsividade estão associados a um início mais precoce e grave do transtorno por uso de álcool

Fonte: Adaptado do DMS-5 e Rozin, Zagonel (2012).

Ao verificar os aspectos neurobiológicos do uso de álcool na adolescência observa-se alterações funcionais e anatômicas nas substâncias branca e cinzenta, destacando as alterações de ativação cortical em regiões relacionadas ao controle inibitório, memória e sistema de

recompensa. Este consumo impacta no mau funcionamento cognitivo, atingindo a memória verbal, funcionamento visuoespacial, velocidade psicomotora, memória de trabalho e atenção. (SQUEGLIA; GRAY, 2016).

5.4 Fatores de Risco entre Ansiedade Social e Uso de Álcool

Como relatado anteriormente no capítulo “saúde mental na adolescência”, os problemas emocionais e comportamentais são provenientes de vários fatores de riscos como: culturais, biológicos, psicossociais, espiritual, intelectual, social e familiares.

Ao realizar o estudo de revisão sistemática intitulado “*Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review*” (CRUZ, MARTINS, DINIZ, 2017), observou-se que os fatores de risco associados entre o TAS e o uso de Álcool na adolescência estão relacionados ao uso de drogas e álcool no gênero feminino (TERLECKI et al., 2012; TERLECKI, BUCKNER, 2015), aprovação pelos pares, problemas afetivos para os fins de enfreteamento e/ou motivos de conformidades (TERLECKI et al., 2012; BUCKNER et al., 2008a; BUCKNER et al., 2008b; SCHNEIER et al., 2010) fatores culturais, frequência de usos de álcool e de embriaguez presença de comorbidades secundárias como depressão e transtornos de ansiedade (VIANA, ANDRADE, 2012; BUCKNER, TURNER, 2009).

O Transtorno de Ansiedade Social precede o aparecimento de transtornos por uso de álcool, sendo importante realizar o levantamento epidemiológico em saúde mental para direcionar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, destacando os fatores de riscos relacionados aos problemas emocionais e comportamentais frequentes na adolescência, e quanto aos riscos do consumo precoce de bebidas alcoólicas. Vale destacar que os jovens com transtorno de ansiedade social são cinco vezes mais propensos a desenvolver dependência do álcool do que aqueles sem o transtorno (BUCKNER et al., 2006; PAIVA et al., 2008; WU et al., 2010; MALTA et al., 2014; DAHNE et al., 2014).

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de análise descritiva, quantitativa, epidemiológico transversal (seccional) e estudo de caso controle.

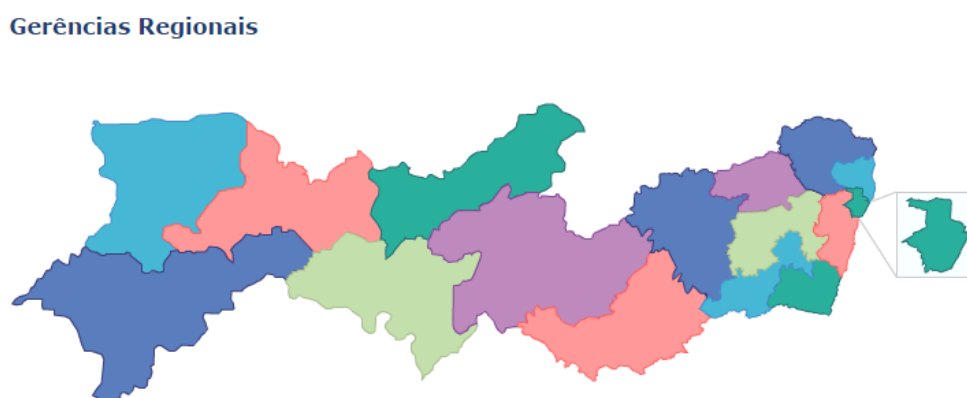
O estudo epidemiológico transversal ou seccional apresenta como vantagens: o alto potencial descritivo e a simplicidade analítica, assim como garantir a precisão dos resultados e evitar distorções de análise e de interpretação. Segundo Hulley et al. (2008), esse tipo de investigação consegue examinar associações e estimar a probabilidade de um paciente apresentar determinada patologia no futuro.

O estudo de caso-controle foi realizado com os alunos com possíveis diagnósticos de transtorno de ansiedade social (casos) e os alunos sem o transtorno de ansiedade social (controle), no período da coleta. Considerado como estudos epidemiológicos que buscam identificar fatores de riscos para a doença, possui o desfecho tradicional a presença ou a ausência da doença. Hulley et al. (2008) aponta que os estudo de caso-controle além de fornecer informações descritivas, também faz uma estimativa da magnitude de associação entre a variável preditora e a presença ou a ausência de doença.

6.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado nas Escolas Públicas Estaduais da Cidade do Recife, a qual se encontra subdividia em GRE Recife Norte e Sul.

Figura 1. Distribuição das Gerências Regionais de Educação no Estado de Pernambuco, 2015.



Fonte: Portal da Secretaria de Educação, Governo do Estado de Pernambuco.

De acordo com o Censo Escolar de 2014, as GRE Recife Norte e Sul possuíam um total de 166 Instituições de Ensino regular (fundamental e médio) e as escolas de referências de ensino médio (EREM).

Tabela 1. Distribuição das escolas públicas estaduais do ensino fundamental e médio da cidade do Recife e alunos matriculados de 11 a 17 anos, segundo censo escolar de 2014.

GRE Recife	Números de Escolas	%	Número de alunos	%
Norte	80	48,2	35.668	44,7
Sul	86	51,8	44.143	55,3
Total	166	100	79.811	100

Fonte: Secretaria de Educação, Governo do Estado de Pernambuco.

6.3 População Alvo

A população alvo deste estudo foi composta por adolescentes matriculados no ensino fundamental e médio da Rede Pública de Escolas Estaduais da Cidade do Recife (GRE Norte e Sul), na faixa etária de 11 a 17 anos de ambos os gêneros, tendo como critério de exclusão da população os alunos matriculados nas escolas técnicas estaduais e na educação de jovens e adultos (EJA).

6.4 Amostra

6.4.1 Amostra do Estudo Transversal

De acordo com a versão preliminar do Censo Escolar do Estado de Pernambuco de 2014, a população de estudantes matriculados nas escolas públicas estaduais da Cidade do Recife, na faixa etária de 11 a 17 anos, era composta por 79.811 adolescentes.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o programa Sample XS, distribuído pela Organização Mundial de Saúde para apoiar o planejamento amostral em estudos transversais, e adotou-se os seguintes parâmetros:

- Proporções de rapazes/moças e estudantes matutino/vespertino (cerca de 50/50%);
- Intervalo de confiança de 95% (IC95%);
- Erro máximo de 5 pontos percentuais;
- Efeito do desenho (d_{eff}) = 2 (efeito do delineamento de amostragem);

- Estimativa da prevalência para ansiedade em 13% (DITZ, 2015).

Vale ressaltar que foi adicionada um total 20% o tamanho da amostra inicial em cada GRE para o caso de substituição ou perda amostral, totalizando assim 477 sujeitos a serem pesquisados.

Para seleção da amostra foi utilizado o método de amostragem por conglomerado em 3 estágios. Foi dividida a população em GRE Recife Norte e GRE Recife Sul. Realizou-se o sorteio dos conglomerados utilizando o Software Estatístico R - versão 3.1.3 para selecionar as 16 escolas e posteriormente realizou-se um novo sorteio com as turmas e nível de ensino (ensino fundamental e ensino médio).

Os critérios de inclusão adotados foram: adolescentes devidamente matriculados nas escolas públicas estaduais da Gerência Regional de Educação Recife Norte e Sul; possuir idade entre 11 a 17 anos; entregar a autorização do representante legal, pais ou responsável mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) pelo adolescente. E os critérios de exclusão foram: adolescente ausente da escola no período da coleta; e sem autorização do representante legal, pais ou responsável.

6.4.2. Amostra do Caso Controle

Para a seleção da amostra do estudo de caso foram considerados os alunos que se encontraram com o indicativo para o diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Para responder o questionário: “Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes *Development and Well-Being Assessment (DAWBA)*”, os alunos eram teriam que responder obrigatoriamente o Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*.

Ao analisar o resultado do escore os alunos que obtivessem na área emocional ≥ 6 (classificados em limítrofe e anormal) ou aqueles que responderam “Sim” para a pergunta C1 “Você evita ou tem medo de situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas ou de fazer coisas na frente de outras pessoas?” do DAWBA, continuariam respondendo a entrevista. Desta forma, foram identificados 138 alunos com indicativo para o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social.

6.5 Implementação do Estudo

Após aprovação do Comitê de Ética, foi formada uma equipe de 8 pessoas para coleta dos dados que foi calibrada para uso dos instrumentos de Pesquisas e recebeu treinamento, padronizando as ações referentes a abordagem em sala de aula. Todos receberam um manual de orientações gerais sobre os procedimentos de coleta de dados e os instrumentos de coleta (ANEXOS A, B, C e D).

A pesquisadora responsável realizou o primeiro contato com a Instituição de ensino, contatando a Direção da Escola. Nessa conversa inicial houve a apresentação da proposta da pesquisa com entrega dos seguintes documentos: o resumo do estudo, a carta de anuência da Secretaria Estadual de Educação e os instrumentos de coleta, assim como a apresentação da equipe de coleta. Esta etapa de apresentação e acolhimento foi fundamental para organizar o local da escola utilizado como o ponto de apoio os pesquisadores. As coletas de dados foram realizadas simultaneamente em diferentes escolas.

No primeiro semestre de 2016 foi realizado o estudo piloto em 2 escolas públicas, sendo uma semi-integral e outra do ensino médio regular com o intuito de calibrar a equipe e verificar os ajustes necessários para a coleta de dados. Estes resultados foram apresentados como resultados parciais para a banca examinadora do processo de qualificação.

A coleta de dados desta pesquisa aconteceu em duas etapas: segundo semestre de 2016 (outubro, novembro e dezembro) e primeiro semestre de 2017 (abril, maio, junho) com um total de 494 estudantes entrevistados. Foi necessário expandir o período de coleta e dividir em semestres devido aos feriados, momentos de paralisação pelos professores e atividades do calendário acadêmico como período de provas e atividades curriculares que interferiram no andamento da coleta.

No primeiro dia na escola, os pesquisadores assistentes entregaram os TCLE nas turmas selecionadas e verificaram o local que para realização da pesquisa (biblioteca, sala de informática ou outro local disponibilizado pela coordenação da escola). Foi apresentada a equipe de pesquisadores e explicado aos alunos o objetivo e as questões éticas da pesquisa (ex: sigilo do nome do participante e escola vinculada).

No dia seguinte, os pesquisadores retornaram à escola para recolhimento dos TCLE assinados pelos pais e/ou responsáveis e mediante a entrega do documento os alunos eram direcionados ao local reservado para a entrevista, com duração média de 40 a 60 minutos. Vale destacar que houve participação de alunos com deficiência auditiva com auxílio dos interpretes de Libras que os acompanham nas atividades diárias da escola.

Para facilitar o processo de tabulação de dados, a pesquisadora responsável construiu um formulário eletrônico, realizando treinamento da equipe de como realizar a tabulação dos dados. Após tabulação foi realizada a limpeza do banco de dados e importação para o Software Estatístico R-Project 3.1.3 onde foi realizada verificada as inconsistências do banco de dados e realização da análise estatística.

6.6 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes Instrumentos de coleta de dados:

- Questionário Biodemográfico – (Anexo A);
- Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) – (Anexo B);
- Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes - *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA) – (Anexo C).
- *The Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) – (Anexo D)

6.6.1 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) é um instrumento de rastreamento (*screening*) que visa avaliar a saúde mental de crianças e adolescente. Disponível gratuitamente em mais de 40 idiomas, incluindo o português (<http://www.sdqinfo.com>) (SAUR; LOUREIRO, 2012).

É composto por 25 itens (10 itens sobre capacidades, 14 itens sobre dificuldades e um item neutro). As respostas estão representadas como: falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro, podendo ser assinalada apenas uma única opção por item e encontra-se dividido em cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social.

Para cada uma das 5 escalas a pontuação pode variar de 0 a 10 e a escala total de dificuldades a pontuação varia de 0 a 40 (Quadro 4).

Quadro 4: Pontuação das subescalas e escala total de dificuldades do SDQ.

	Normal	Limítrofe	Anormal
Pontuação de Sintomas Emocionais	0 – 5	6	7 – 10
Pontuação de Problemas de Conduta	0 – 3	4	5 – 10
Pontuação de Hiperatividade	0 – 5	6	7 – 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 – 3	4 – 5	6 – 10
Pontuação para Comportamento Pró-social	6 – 10	5	0 – 4
Pontuação Total de Dificuldades	0 – 15	16 – 19	20 – 40

Fonte: SDQ, 2016.

Considerado como instrumento para avaliação dos indicadores de saúde mental infantojuvenil. Construído e validado para esta população é possível realizar o levantamento dos transtornos psiquiátricos, auxiliar no planejamento dos serviços de saúde e educacional, identificar pessoas ou grupos em risco e desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde mental.

Para este estudo foram analisados os resultados do escore das subescalas do SDQ: sintomas emocionais; problemas de conduta; hiperatividade; problemas com colegas; e comportamento pró-social. Também foi analisado o total de dificuldades encontrada para os alunos entrevistados.

6.6.2 Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes - *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA)

O DAWBA é um pacote de entrevista, questionários e técnicas de classificação projetadas para gerar diagnósticos psiquiátricos com base na Classificação Internacional de Doenças - CID-10 e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM-IV) em crianças e adolescentes, porém com adaptação em andamento para o DMS-5. Disponível em aproximadamente 30 línguas, sendo este apresentável na versão online (<http://www.dawba.info>) e impressa (GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016).

Para aplicar este instrumento de pesquisa não é necessário que seja um psiquiatra ou psicólogo infantil, pesquisadores e entrevistadores que não tenham muita, ou até mesmo nenhuma, experiência prévia em saúde mental infantil pode aplicá-lo desde que recebam treinamento específico (DAWBA, 2012).

O DAWBA é composto por 14 seções que iniciam com perguntas de rastreamento para o diagnóstico em questão, sendo obrigatória a aplicação prévia do SDQ (Quadro 5). Existe

versões para os pais ou cuidadores, professores e adolescentes, sendo esta uma opção para os estudos epidemiológicos clínicos e comunitários.

Quadro 5. Seções do “Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA – versão para jovens entre 11 a 17 anos)

A – Ansiedade de Separação	H – Depressão
B – Fobias Específicas	J – Atenção e Atividade
C – Fobia Social	K – Comportamento Desagradáveis e Difíceis
D – Ataques de Pânico e Agorafobia	L – Dificuldades Menos Comuns
E – Transtorno de Estresse Pós-Traumático	M – Áreas de Dificuldades
F – Compulsões e Obsessões	N – Capacidades
G – Ansiedade Generalizada	P – Alimentação, Peso e Forma Corporal

Fonte: DAWBA, 2017.

Para este estudo foi utilizado a Seção C – Fobia Social da versão do “Questionário para jovens entre 11 a 17 anos”, sendo analisado as seguintes variáveis dependentes: medo de situações sociais como: conhecer pessoas novas; encontrar com muitas pessoas; comer na frente dos outros; responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula; ler em voz alta na frente dos outros; escrever na frente dos outros; ter medo excessivo ou irracionais de situações sociais.

6.6.3 *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*

O instrumento “*The Alcohol Use Disorders Identification Test*” (*AUDIT*) desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde com um método simples de triagem para avaliar o uso nocivo e a dependência de bebidas alcoólicas e a mensuração e frequência do consumo de álcool de uma pessoa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O AUDIT é composto por 10 perguntas distribuídas da seguinte forma: perguntas 1-3 estão relacionadas ao consumo de álcool; 4-6 referem-se à dependência de álcool; e de 7-10 consideraram-se os problemas relacionados ao álcool. Conforme Mattara et al. (2010), o AUDIT pode ser indicado como um instrumento de rastreamento em estudos epidemiológicos e que possui confiabilidade satisfatória quando aplicado em adolescentes, devido as características de autopreenchimento, fácil compreensão e aplicação.

O Quadro 6 apresenta pontuação do AUDIT, a correspondência com a Zona de Risco, Padrão de Uso e a Intervenção mais apropriada para cada nível de risco.

Quadro 6. Intervenções, zona de risco, padrão de uso conforme escore do AUDIT

Escore AUDIT	Zona de Risco	Padrão de Uso	Intervenção
0 a 7	Zona I	Consumo de Baixo Risco	Educação para o Álcool
8 a 15	Zona II	Uso de Risco	Orientação Básica
16 a 19	Zona III	Uso Nocivo	Orientação Básica mais Aconselhamento Breve e Monitoramento Continuado
20 ou mais	Zona IV	Provável Dependência	Encaminhamento a um Especialista para Avaliação do Diagnóstico e Tratamento

Fonte: Adaptado do Gorenstein, Wang, Hungerbuhler, 2016.

Para este estudo foi analisada a classificação Zona de Risco, conforme escore do AUDIT, considerando alunos “Sem Risco de Uso Nocivo de Álcool” (Zona I) e alunos “Com Risco de Uso Nocivo de Álcool” (Zona II e III).

6.7 Análise dos dados

Inicialmente foi realizada a análise exploratória dos dados, a fim de conhecer o comportamento geral das variáveis, realizando a análise descritiva e para as variáveis categóricas foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Perason (X^2).

Foi realizada a análise bivariada para investigar a associação entre o Transtorno de Ansiedade Social e o uso de álcool. É importante salientar que em todos os testes de hipóteses feitos no trabalho foi considerada um nível de significância de $\alpha = 0,05$.

A variável resposta (o adolescente com transtorno de ansiedade social) é uma variável que se comporta seguindo a distribuição Bernoulli, ou seja, uma variável binária, que pertence à classe da família exponencial. Dessa forma o modelo ajustado é uma aplicação do modelo de regressão logística, sendo considerada a função de ligação logit.

$$\text{logit}(\pi_i) = \ln\left(\frac{\pi_i}{1-\pi_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_{1,i} + \dots + \beta_p x_{p,i} \quad (1),$$

em que, $Y_i \sim B(\pi_i, n_i)$ corresponde a i -ésima observação da variável resposta, com suas respectivas variáveis explicativas $x_{1,i}, x_{2,i}, \dots, x_{p,i}$ e π_i é a chance de sucesso da i -ésima variável (AGRESTI, 2007).

As variáveis explicativas ou utilizadas para esse modelo serão utilizadas partindo do instrumento “The Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) – (Anexo D).

Após o ajuste do modelo, se faz necessário observar se existem falhas no ajuste do modelo proposto. Como por exemplo, multicolinearidade e heterocedasticidade. Que podem ser facilmente detectados a partir da análise de diagnóstico e de resíduos.

Após estudar a bondade do ajuste, se faz necessário observar o poder de predição do modelo. No documento da 57ª Reunião Anual da Rbras (2012), Giolo afirma que essa predição é mensurada a partir da Curva ROC. Essa curva representa o gráfico da taxa das estimativas verdadeiras que são positivas versus a taxa das estimativas falsas que são positivas.

Uma vez que o modelo proposto é validado, a interpretação do modelo se dá em função da Odds Ratio (Razão de Chance). Como o próprio nome sugere, podemos entender a odds ratio como a razão de duas chances.

Segundo Agresti (2007) a razão de chances pode ser entendida como uma medida de associação entre tabelas de contingência que considera a probabilidade do sucesso π . É importante salientar que essa medida pode variar entre zero e infinito. Temos que a odds ratio é definida por:

$$odds_i = \frac{\pi_i}{(1-\pi_i)} \quad (2).$$

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido à Plataforma Brasil (www.saude.gov.br/paltaformabrasil) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, considerando as diretrizes estabelecidas na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sob o nº CAAE: 50181415.1.0000.5208.

Buscou-se o cumprimento dos Aspectos Éticos da referida Resolução, garantindo-se a total confidencialidade sobre as informações prestadas e sigilo sobre a identidade dos sujeitos participantes, sendo disponibilizados a esses o TCLE e o TALE, em duas vias, a via do participante e a via do pesquisador.

Estes documentos visaram esclarecer sobre os objetivos, a metodologia, os riscos e os benefícios em participar da pesquisa e, ao mesmo tempo, a solicitar a anuência à participação no estudo. Não houve remuneração aos participantes.

Considerou-se a possibilidade de acontecer risco mínimo de constrangimento por entender parcialmente o instrumento de pesquisa e que qualquer desconforto durante a aplicação do questionário seria interrompido a entrevista até esse desconforto ser eliminado e

o mesmo se sentir seguro para continuar sua participação. Sendo os benefícios esperados o rastreamento de problemas emocionais e comportamentais nos adolescentes escolares, identificação do consumo de álcool e o indicativo para o diagnóstico de transtorno de ansiedade social.

8 RESULTADOS

8.1 Características da Amostra

Foram coletadas informações de 494 alunos, tendo sido excluídos 15 alunos (3%) devido a faixa etária, totalizando uma amostra de 479 adolescentes (96,96% dos dados iniciais).

A representatividade das informações será exposta segundo o gênero, presença ou ausência do Transtorno de Ansiedade Social e com Risco ou sem Risco de consumo de álcool. Observa-se, na Tabela 1, que a idade dos alunos pesquisados variou de 11 a 17 anos e o percentual das faixas etárias variou de 2,51% a 29,02%. Houve predominância do gênero feminino e a idade média foi de 15,15 ($\pm 1,47$) anos.

Tabela 2 - Distribuição da idade e gênero dos alunos pesquisados.

Variável		n	%
Gênero	Feminino	335	69,94
	Masculino	144	30,06
Idade	11 anos	16	3,34
	12 anos	12	2,51
	13 anos	33	6,89
	14 anos	69	14,41
	15 anos	124	25,88
	16 anos	139	29,02
	17 anos	86	17,95
Total		479	100

A maioria (94,36%) dos alunos entrevistados não trabalham e 51,78% se consideram pardos. 92,48% possuem irmãos, sendo que 34,33% das meninas são filhas caçulas e 40,97% dos meninos são os filhos mais velhos. Ao verificar o nível escolaridade materna 34,66% concluíram o ensino médio. 85,18% deles têm internet em casa e 52,82% deles consideram que sua saúde é boa. Note que existe associação apenas a condição de saúde com o gênero dos alunos ($p < 0,05$), sendo que os indivíduos do sexo masculino parecem ter uma percepção mais positiva (Tabela 3).

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos alunos pesquisados segundo o gênero.

Variável		Feminino		Masculino		Total		P-valor ¹
		n	%	n	%	n	%	
Trabalho	Não trabalho	316	94,33	136	94,44	452	94,36	0.9878
	Sim, até 20 horas semanais	17	5,07	7	4,86	24	5,01	
	Sim, mais de 20 horas semanais	2	0,6	1	0,7	3	0,63	
	Amarelo(a)	35	10,45	11	7,64	46	9,6	
	Branco(a)	58	17,31	24	16,67	82	17,12	
Etnia	Indígena(a)	12	3,58	5	3,47	17	3,55	0.6687
	Pardo(a)	175	52,24	73	50,69	248	51,78	
	Preto(a)	55	16,42	31	21,53	86	17,95	
Possui irmãos	Não	27	8,06	9	6,25	36	7,52	0.6172
	Sim	308	91,94	135	93,75	443	92,48	
Escala de irmãos	É intermediário (do meio)	81	24,18	33	22,92	114	23,7	0.5382
	É o (a) filho (a) caçula	115	34,33	43	29,86	158	32,9	
	É o (a) mais velho (a)	112	33,43	59	40,97	171	35,7	
	Não se aplica	27	8,06	9	6,25	37	7,7	
Nível de escolaridade materna	Concluiu a Faculdade	30	8,96	15	10,42	45	9,39	0.8877
	Concluiu o Ensino Médio	122	36,4	44	30,56	166	34,66	
	Concluiu o Fundamental 2	37	11,04	16	11,1	53	11,06	
	Concluiu o Fundamental 1	26	7,76	9	6,25	35	7,31	
	NÃO concluiu a Faculdade	16	4,78	4	2,78	20	4,18	
	NÃO concluiu o Ensino Médio	28	8,36	13	9,03	41	8,56	
	NÃO concluiu o Fundamental 2	30	8,96	19	13,19	49	10,23	
	NÃO concluiu o Fundamental 1	14	4,18	8	5,56	22	4,59	
	NUNCA estudou	2	0,6	1	0,69	3	0,63	
	Não sei	30	8,96	15	10,42	45	9,39	
Internet em casa	Não	54	16,12	17	11,81	71	14,82	0.281
	Sim	281	83,88	127	88,19	408	85,18	
Condições de Saúde	Boa	179	53,43	74	51,39	253	52,82	0.0001*
	Excelente	57	17,01	47	32,64	104	21,71	
	Regular	93	27,76	23	15,97	116	24,22	
	Ruim	6	1,8	0	0	6	1,25	
Total		335	100	144	100	479	100	

* Associação significativa a 5,0%

¹ Através do teste Qui-quadrado de Pearson

8.2 Perfil Emocional e Comportamental

Ao analisar os indicadores de saúde mental do questionário SDQ (Tabela 4), observa-se que 23,38% dos alunos apresentaram Hiperatividade, 21,92% problemas de relação emocional, 17,7% problemas de conduta, enquanto, 25,26% encontram-se no limítrofe relacionado aos problemas com os colegas. É importante chamar atenção que 87,7% dos alunos possuem o comportamento pró-social como normal.

Tabela 4: Distribuição dos adolescentes segundo as subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ.

Variável	Normal		Limítrofe		Anormal		P-valor ¹
	n	%	n	%	n	%	
Sintomas Emocionais	313	65,35	61	12,73	105	21,92	< 0,001
Problemas de Conduta	314	65,55	80	16,7	85	17,75	< 0,001
Hiperatividade	303	63,26	64	13,36	112	23,38	< 0,001
Problemas com Colegas	315	65,76	121	25,26	43	8,98	< 0,001
Comportamento Pró-social	420	87,7	30	6,3	29	6	< 0,001
Total de Dificuldades	62	12,94	91	19	326	68,06	< 0,001

¹ Através do teste Qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 5 observa-se que 68,06% dos adolescentes das escolas públicas foram classificados com alguma alteração emocional ou comportamental. Note ainda que a classificação de dificuldades é dependente da variável “gênero” com 74,63%, uma vez que o p-valor é menor que o nível de significância estabelecido ($p < 0,05$), sintomas emocionais (29,25%), hiperatividade (27,46%), problemas de conduta (20%), exceto para problemas com colegas e comportamento pró-social.

Tabela 5: Classificação das subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ segundo o gênero.

Variável		Feminino		Masculino		Total		P-valor ¹
		n	%	n	%	n	%	
Sintomas Emocionais	Normal	191	57,02	122	84,72	313	65,35	2,02e-06*
	Limítrofe	46	13,73	15	10,42	61	12,73	
	Anormal	98	29,25	7	4,86	105	21,92	
Problemas de Conduta	Normal	205	61,19	109	75,69	314	65,55	0.009197*
	Limítrofe	63	18,81	17	11,81	80	16,70	
	Anormal	67	20,00	18	12,50	85	17,75	
Hiperatividade	Normal	190	56,72	113	78,47	303	63,26	3,51e-02*
	Limítrofe	53	15,82	11	7,64	64	13,36	
	Anormal	92	27,46	20	13,89	112	23,38	
Problemas com Colegas	Normal	224	66,86	91	63,19	315	65,76	0.6965
	Limítrofe	81	24,18	40	27,78	121	25,26	
	Anormal	30	8,96	13	9,03	43	8,98	
Comportamento Pró-social	Normal	298	88,96	122	84,72	420	87,7	0.3898
	Limítrofe	18	5,37	12	8,34	30	6,3	
	Anormal	19	5,67	10	6,94	29	6	
Total de Dificuldades	Normal	25	7,46	37	25,69	62	12,94	5,01e-05*
	Limítrofe	60	17,91	31	21,53	91	19	
	Anormal	250	74,63	76	52,78	326	68,06	
Total		335	100	144	100	479	100	

* Associação significante a 5,0%

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

8.3 Prevalência da Amostra

Ao analisar a amostra segundo a “presença ou ausência do Transtorno de Ansiedade Social”, observou uma prevalência de 28,8% (OR=1,53; IC95% 0,97-2,41), ou seja, 138 alunos apresentaram sintomatologia positiva para TAS, sendo que destes 76,09% são do gênero feminino e 32,61% possuem 16 anos de idade (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da idade e gênero dos alunos pesquisados, segundo a presença ou ausência do Transtorno de Ansiedade Social (TAS).

Variável		Com TAS		Sem TAS		P-valor ¹
		n	%	n	%	
Gênero	Feminino	105	76,09	230	67,45	0.07887
	Masculino	33	23,91	111	32,55	
Idade	11 anos	5	3,62	11	3,23	0.9559
	12 anos	3	2,17	9	2,64	
	13 anos	10	7,25	23	6,74	
	14 anos	19	13,77	50	14,66	
	15 anos	33	23,91	91	26,69	
	16 anos	45	32,61	94	27,57	
	17 anos	23	16,67	63	18,48	
Total		138	100	341	100	

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

De acordo com a Tabela 7, 97,10% dos alunos com TAS não trabalham, 50,72% se consideram pardos, a maioria (94,93%) deles têm irmão, 41,3% são filhos mais velhos, 30,43% das suas mães concluíram o ensino médio, 79,71% deles têm internet em casa e 53,63% deles consideram que sua saúde é boa. Note que a associação da variável escala de irmãos está próximo do valor nominal de significância e a variável se possui internet em casa estão próximos do valor nominal de significância.

Tabela 7 - Características sociodemográficas dos alunos pesquisados segundo a presença ou ausência do Transtorno de Ansiedade Social.

Variável		Com TAS		Sem TAS		Total		P-valor
		n	%	n	%	n	%	
Trabalho	Não trabalho	134	97,10	318	93,26	452	94,36	0.1924
	Sim, até 20 horas semanais	3	2,17	21	6,16	24	5,01	
	Sim, mais de 20 horas semanais	1	0,72	2	0,59	3	0,63	
Etnia	Amarelo(a)	17	12,32	29	8,50	46	9,60	0.4435
	Branco(a)	27	19,57	55	16,13	82	17,12	
	Indígena(a)	4	2,90	13	3,81	17	3,55	
	Pardo(a)	70	50,72	178	52,20	248	51,77	
	Preto(a)	20	14,49	66	19,35	86	17,95	
Possui irmãos	Não	7	5,07	29	8,50	36	7,52	0.2718
	Sim	131	94,93	312	91,50	443	92,48	
Escala de irmãos	É intermediário (do meio)	38	27,54	76	22,29	114	23,80	0.05641
	É o (a) filho (a) caçula	36	26,09	122	35,78	158	32,99	
	É o (a) mais velho (a)	57	41,30	114	33,43	171	35,70	
	Não se aplica	7	5,07	29	8,50	36	7,52	
Nível de escolaridade materna	Concluiu a Faculdade	12	8,70	33	9,68	45	9,39	0.6081
	Concluiu o Ensino Médio	42	30,43	124	36,36	166	34,66	
	Concluiu o Fundamental 2	19	13,77	34	9,97	53	11,06	
	Concluiu o Fundamental 1	12	8,70	23	6,74	35	7,31	
	NÃO concluiu a Faculdade	2	1,45	18	5,28	20	4,18	
	NÃO concluiu o Ensino Médio	13	9,42	28	8,21	41	8,56	
	NÃO concluiu o Fundamental 2	17	12,32	32	9,38	49	10,23	
	NÃO concluiu o Fundamental 1	5	3,62	17	4,99	22	4,59	
	NUNCA estudou	1	0,72	2	0,59	3	0,63	
	Não sei	15	10,87	30	8,80	45	9,39	
Internet em casa	Não	28	20,29	43	12,61	71	14,82	0.04546*
	Sim	110	79,71	298	87,39	408	85,18	
Condições de Saúde	Boa	74	53,62	179	52,49	253	52,82	0.2081
	Excelente	23	16,67	81	23,75	104	21,71	
	Regular	40	28,99	76	22,29	116	24,22	
	Ruim	1	0,72	5	1,47	6	1,25	
Total		138	100	341	100	479	100	

* Associação significativa a 5,0%

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 8 apresenta que 83,33% dos adolescentes das escolas públicas com TAS foram classificados com alguma alteração emocional ou comportamental, entre eles 38,41% possuem os sintomas emocionais alterado, 35,51% apresentam hiperatividade, 28,26% apresentam problemas de conduta, 13,04% problemas com colegas. Note ainda que podemos afirmar que a classificação de dificuldades é dependente da variável transtorno de ansiedade social, uma vez que o p-valor é menor que o nível de significância estabelecido ($p < 0,05$), exceto para comportamento pró-social.

Tabela 8: Classificação das subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ segundo presença ou ausência do transtorno de ansiedade social.

Variável		Com TAS		Sem TAS		Total		P-valor ¹
		n	%	n	%	n	%	
Sintomas Emocionais	Normal	63	45,65	250	73,31	313	65,35	8.78e-09*
	Limítrofe	22	15,94	39	11,44	61	12,73	
	Anormal	53	38,41	52	15,25	105	21,92	
Problemas de Conduta	Normal	72	52,17	242	70,97	314	65,55	0.0001049*
	Limítrofe	27	19,57	53	15,54	80	16,7	
	Anormal	39	28,26	46	13,49	85	17,75	
Hiperatividade	Normal	65	47,1	238	69,79	303	63,26	1,27e-02*
	Limítrofe	24	17,39	40	11,73	64	13,36	
	Anormal	49	35,51	63	18,48	112	23,38	
Problemas com Colegas	Normal	73	52,90	242	70,97	315	65,76	0.0007515*
	Limítrofe	47	34,06	74	21,70	121	25,26	
	Anormal	18	13,04	25	7,33	43	8,98	
Comportamento Pró-social	Normal	119	86,23	301	88,27	420	87,7	0.7702
	Limítrofe	9	6,52	21	6,16	30	6,3	
	Anormal	10	7,25	19	5,57	29	6	
Total de Dificuldades	Normal	6	4,35	56	16,42	62	12,94	1,46e-02*
	Limítrofe	17	12,32	74	21,70	91	19	
	Anormal	115	83,33	211	61,88	326	68,06	
Total		138	100	341	100	479	100	

* Associação significante a 5,0%

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

Conforme análise do risco de uso nocivo de álcool é possível notar uma prevalência de 15,2% (OR=1,8; IC95% 0,98-3,29), ou seja, 73 alunos que apresentaram risco de uso nocivo de álcool, sendo que destes 79,45% são do gênero feminino e 38,36% possuem 16 anos de idade (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da idade e gênero dos alunos pesquisados segundo o risco de uso nocivo de álcool.

Variável		Com Risco		Sem Risco		P-valor ¹
		N	%	n	%	
Gênero	Feminino	58	79,45	277	68,23	0.07392
	Masculino	15	20,55	129	31,77	
Idade	11 anos	1	1,37	15	3,69	0.5253
	12 anos	1	1,37	11	2,71	
	13 anos	6	8,22	27	6,65	
	14 anos	9	12,33	60	14,78	
	15 anos	16	21,92	108	26,6	
	16 anos	28	38,36	111	27,34	
	17 anos	12	16,44	74	18,23	
Total		73	100	406	100	

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

De acordo com a Tabela 10, tem-se que entre os alunos entrevistados “Com Risco” de uso nocivo de álcool (Zona II e III), 94,52% não trabalham, 50,68% se consideram pardos. A maioria (93,15%) deles têm irmão, em que 38,36% são filhos mais velhos, 27,4% das suas mães concluíram o ensino médio, 84,93% deles têm internet em casa e 52,05% deles consideram que sua saúde é boa. Note que a associação das variáveis classificação da saúde apresenta valor nominal de significância ($p < 0,05$).

Tabela 10 - Características sociodemográficas dos alunos pesquisados segundo o risco de uso nocivo de álcool.

Variável		Com Risco		Sem Risco		Total		P-valor
		n	%	n	%	n	%	
Trabalho	Não trabalho	69	94,52	383	94,33	452	94,36	0.6376
	Sim, até 20 horas semanais	3	4,11	21	5,17	24	5,01	
	Sim, mais de 20 horas semanais	1	1,37	2	0,49	3	0,63	
Etnia	Amarelo(a)	12	16,44	34	8,37	46	9,60	0.1444
	Branco(a)	11	15,07	71	17,49	82	17,12	
	Indígena(a)	4	5,48	13	3,2	17	3,55	
	Pardo(a)	37	50,68	211	51,97	248	51,77	
	Preto(a)	9	12,33	77	18,97	86	17,95	
Possui irmãos	Não	5	6,85	31	7,64	36	7,52	1
	Sim	68	93,15	375	92,36	443	92,48	
Escala de irmãos	É intermediário (do meio)	14	19,18	100	24,63	114	23,8	0.7438
	É o (a) filho (a) caçula	26	35,62	132	32,51	158	32,99	
	É o (a) mais velho (a)	28	38,36	143	35,22	171	35,7	
	Não se aplica	5	6,85	31	7,64	37	7,72	
Nível de escolaridade materna	Concluiu a Faculdade	8	10,96	37	9,11	45	9,39	0.3004
	Concluiu o Ensino Médio	20	27,4	146	35,96	166	34,66	
	Concluiu o Fundamental 2	12	16,44	41	10,1	53	11,06	
	Concluiu o Fundamental 1	9	12,33	26	6,4	35	7,31	
	NÃO concluiu a Faculdade	1	1,37	19	4,68	20	4,18	
	NÃO concluiu o Ensino Médio	6	8,22	35	8,62	41	8,56	
	NÃO concluiu o Fundamental 2	9	12,33	40	9,85	49	10,23	
	NÃO concluiu o Fundamental 1	2	2,74	20	4,93	22	4,59	
	NUNCA estudou	1	1,37	2	0,49	3	0,63	
	Não sei	5	6,85	40	9,85	45	9,39	
Internet em casa	Não	11	15,07	60	14,78	71	14,82	1
	Sim	62	84,93	346	85,22	408	85,18	
Condições de Saúde	Boa	38	52,05	215	52,96	253	52,82	0.06541
	Excelente	10	13,7	94	23,15	104	21,71	
	Regular	25	34,25	91	22,41	116	24,22	
	Ruim	0	0	6	1,48	6	1,25	
Total		73	100	406	100	479	100	

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 11 apresenta que 82,19% dos adolescentes das escolas públicas “Com Risco” de uso nocivo (Zona II e III) foram classificados com alguma alteração emocional ou comportamental, entre eles 45,21% apresentam problemas de conduta, 41,1% apresentam hiperatividade e 36,99% apresentam os sintomas emocionais alterados. Note ainda que podemos afirmar que a classificação de dificuldades é dependente do variável nível de risco de uso nocivo, uma vez que o p-valor é menor que o nível de significância estabelecido ($p < 0,05$), exceto para problemas com colegas e para comportamento pró-social.

Tabela 11: Classificação das subescalas dos sintomas emocionais e comportamentais do SDQ segundo risco de uso nocivo de álcool.

Variável		Com Risco		Sem Risco		Total		P-valor ¹
		n	%	n	%	n	%	
Sintomas Emocionais	Normal	31	42,46	282	69,46	313	65,35	4,67e-02*
	Limítrofe	15	20,55	46	11,33	61	12,73	
	Anormal	27	36,99	78	19,21	105	21,92	
Problemas de Conduta	Normal	23	31,51	291	71,67	314	65,55	1.82e-12*
	Limítrofe	17	23,28	63	15,52	80	16,7	
	Anormal	33	45,21	52	12,81	85	17,75	
Hiperatividade	Normal	27	36,99	276	67,98	303	63,26	2,66e-03*
	Limítrofe	16	21,91	48	11,82	64	13,36	
	Anormal	30	41,1	82	20,2	112	23,38	
Problemas com Colegas	Normal	42	57,53	273	67,24	315	65,76	0.1002
	Limítrofe	20	27,4	101	24,88	121	25,26	
	Anormal	11	15,07	32	7,88	43	8,98	
Comportamento Pró-social	Normal	60	82,19	360	88,67	420	87,69	0.05026
	Limítrofe	4	5,48	26	6,4	30	6,26	
	Anormal	9	12,33	20	4,93	29	6,05	
Total de Dificuldades	Normal	4	5,48	58	14,28	62	12,94	0.01615*
	Limítrofe	9	12,33	82	20,2	91	19	
	Anormal	60	82,19	266	65,52	326	68,06	
Total		73	100	406	100	479	100	

* Associação significativa a 5,0%

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

8.4 Transtorno de Ansiedade Social X Uso Nocivo de Álcool

Para verificar se o Transtorno de Ansiedade Social é fator risco ou não do uso de álcool do adolescente escolar, selecionou-se inicialmente os alunos que apresentaram sintomas positivos para o transtorno de ansiedade social, por meio da pontuação na área emocional do Questionário de Capacidades e Dificuldades - *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) ≥ 6 (classificados em limítrofe e anormal) ou que responderam “Sim” para a pergunta C1 “Você evita ou tem medo de situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas ou de fazer coisas na frente de outras pessoas?” do questionário: “Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes - *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA)”, totalizando 294 participantes e destes fechando como indicativo para o diagnóstico de TAS 138 alunos. Desta forma, utilizou-se para o caso controle, 138 alunos com transtorno de ansiedade social (casos) e os 341 alunos sem o transtorno de ansiedade social (controle).

Observa-se na Tabela 12 que ao questionar sobre os principais sintomas do TAS, nas últimas 4 semanas, destaca-se que 10,96% dos alunos “Com Risco” de uso nocivo de álcool possuem “Muito” medo ou evitam comer na frente das outras pessoas e 1,37% “Tem Certeza” que o medo de situações sociais é excessivo ou irracional ($p < 0,05$).

Apesar da maioria das variáveis que compõem o Transtorno de Ansiedade Social não serem estatisticamente significante com o risco de uso nocivo de álcool ($p > 0,05$), observa-se que os alunos “Com Risco” de uso nocivo de álcool apontaram que ficam nervosos ou aborrecidos (17,81%), evitam situações sociais devido a dificuldades em falar, ler ou escrever (13,7%) e possuem medo de se comportar de forma embaraçosa ou que chame a atenção dos outros (10,7%).

Verificou-se por meio de regressão logística binária se o Transtorno de Ansiedade Social é fator de risco para o desenvolvimento do Uso Nocivo de Álcool, observando assim que não existe associação entre as variáveis respostas (Transtorno de Ansiedade Social) e as variáveis explicativas (Risco de Consumo de Álcool) [$X^2(2) = 5,382$; $p=0,068$].

Tabela 12: Distribuição das variáveis do DAWBA – Transtorno de Ansiedade Social segundo o Risco de Uso Nocivo de Álcool.

Variável		Com Risco		Sem Risco		Total		P-valor ¹
		n	%	n	%	n	%	
Conhecer pessoas novas	Não	54	73,97	320	78,82	374	78,08	0.6542
	Um Pouco	17	23,29	77	18,96	94	19,62	
	Muito	2	2,74	9	2,22	11	2,3	
Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa	Não	51	69,86	309	76,11	360	75,15	0.4635
	Um Pouco	16	21,92	75	18,47	91	19	
	Muito	6	8,22	22	5,42	28	5,85	
Comer na frente dos outros	Não	46	63,01	307	75,62	353	73,7	0.01559*
	Um Pouco	19	26,03	83	20,44	102	21,29	
	Muito	8	10,96	16	3,94	24	5,01	
Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula	Não	35	47,94	210	51,72	245	51,15	0.09036
	Um Pouco	23	31,51	150	36,95	173	36,12	
	Muito	15	20,55	46	11,33	61	12,73	
Ler em voz alta na frente dos outros	Não	30	41,1	197	48,52	227	47,39	0.1897
	Um Pouco	24	32,87	139	34,24	163	34,03	
	Muito	19	26,03	70	17,24	89	18,58	
Escrever na frente dos outros	Não	50	68,49	288	70,94	338	70,56	0.9032
	Um Pouco	16	21,92	84	20,69	100	20,88	
	Muito	7	9,59	34	8,37	41	8,56	
Medo de situações sociais é excessivo ou irracional	Não	56	76,71	346	85,22	402	83,93	0.03541*
	Talvez	16	21,92	46	11,33	62	12,94	
	Com certeza	1	1,37	14	3,45	15	3,13	
Fica nervoso/a ou aborrecido/a	Não	46	63,01	310	76,35	356	74,32	0.06079
	Um pouco	14	19,18	61	15,02	75	15,66	
	Muito	13	17,81	35	8,63	48	10,02	
Dificuldades em falar, ler ou escrever (especificamente)	Não	57	78,08	347	85,47	404	84,34	0.06409
	Um Pouco	6	8,22	33	8,13	39	8,14	
	Muito	10	13,70	26	6,4	36	7,52	
Medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame a atenção dos outros	Não	49	67,12	323	79,55	372	77,66	0.07052
	Um Pouco	16	21,92	46	11,33	62	12,94	
	Muito	8	10,96	37	9,12	45	9,4	
Total		73	100	406	100	479	100	

* Associação significativa a 5,0%

¹ Através do testes Qui-quadrado de Pearson

Mesmo sem apresentar associação, é importante verificar quais as variáveis que são importantes para determinar o TAS e Risco de Uso Nocivo de Álcool do adolescente escolar. A seguir serão propostos dois modelos logísticos visando essa identificação.

1. Modelo logístico para o Transtorno de Ansiedade Social

O modelo inicial ajustado para o TAS é:

$$\begin{aligned}\eta = & \beta_0 + \beta_1 \text{MedoDeSituações} + \beta_2 \text{ConhecerPessoas} + \beta_3 \text{EncontrarPessoas} \\ & + \beta_4 \text{ComerNaFrenteDosOutros} + \beta_5 \text{ResponderPerguntas} \\ & + \beta_6 \text{LerEmVozAlta} + \beta_7 \text{EscreverNaFrenteDosOutros} \\ & + \beta_8 \text{SituaçõesSociais}.\end{aligned}$$

Inicialmente foram consideradas todas as variáveis. O modo de ajuste foi retirar individualmente a variável que apresenta o maior nível de significância.

O modelo final para o TAS é:

$$\begin{aligned}\eta = & \beta_0 + \beta_1 \text{MedoDeSituações} + \beta_4 \text{ComerNaFrenteDosOutros} \\ & + \beta_5 \text{ResponderPerguntas} + \beta_6 \text{LerEmVozAlta} \\ & + \beta_7 \text{EscreverNaFrenteDosOutros}.\end{aligned}$$

A Tabela 13 apresenta as estimativas dos parâmetros do modelo, erro padrão e seus respectivos p-valores. Pode-se observar que as variáveis são estatisticamente significativas para o modelo proposto.

Tabela 13: Estimativas dos parâmetros, teste de significância e odds das variáveis selecionadas no modelo para explicar o Transtorno de Ansiedade Social.

Variáveis	Estimativas	Erro Padrão	Pr(> z)	Odds
(Intercept)	-32.673	0.4563	8.07e-13	0,000
Medo de situações	1,1073	0.3539	0.001757	3,026
Comer na frente dos outros	0,7815	0.2959	0.008273	2,185
Responder perguntas	1,1275	0.3021	0.000190	3,088
Ler em voz alta	1,2898	0.3171	4.76e-05	3,632
Escrever na frente dos outros	1,0912	0.2969	0.000238	2,978

A chance de aluno ter Transtorno de Ansiedade Social é de aproximadamente:

- 3 vezes maior entre os alunos que têm “medo de situações sociais”;
- 2 vezes maior entre os alunos que têm “problemas em comer na frente dos outros”;
- 3 vezes maior entre os alunos que têm problemas em “responder perguntas em voz alta”, “ler em voz alta”, e “escrever na frente dos outros”, em comparação com os alunos que não tem problemas com essas atividades.

Visando verificar se o modelo está bem ajustado, se faz necessário realizar a análise dos resíduos e de diagnóstico. A Figura 2 apresenta os Resíduos de Pearson contra as observações. É possível notar que existe um comportamento aleatório dos resíduos.

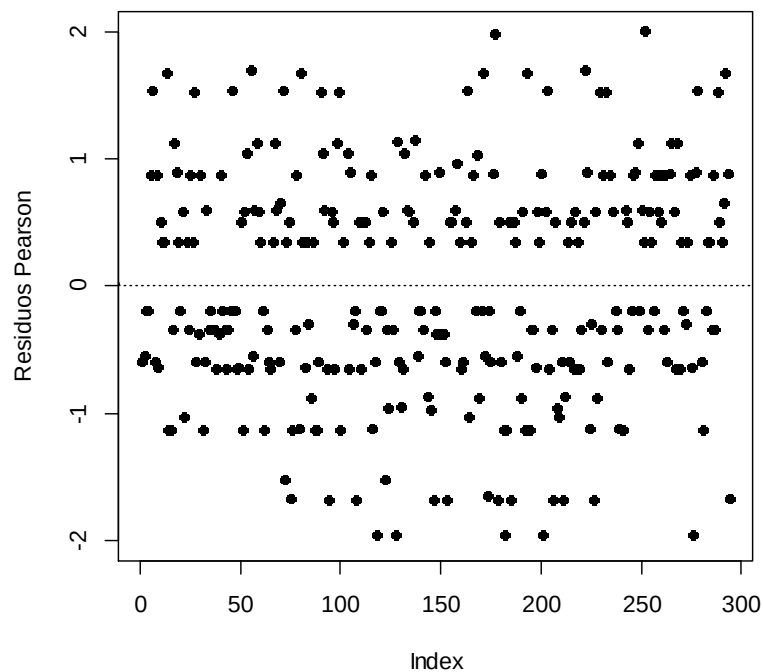


Figura 2: Resíduos de Pearson do modelo para o Transtorno de Ansiedade Social

Na Figura 3 apresentamos o gráfico do envelope, é possível observar que a suposição de que a variável resposta assume distribuição Binomial é válida.

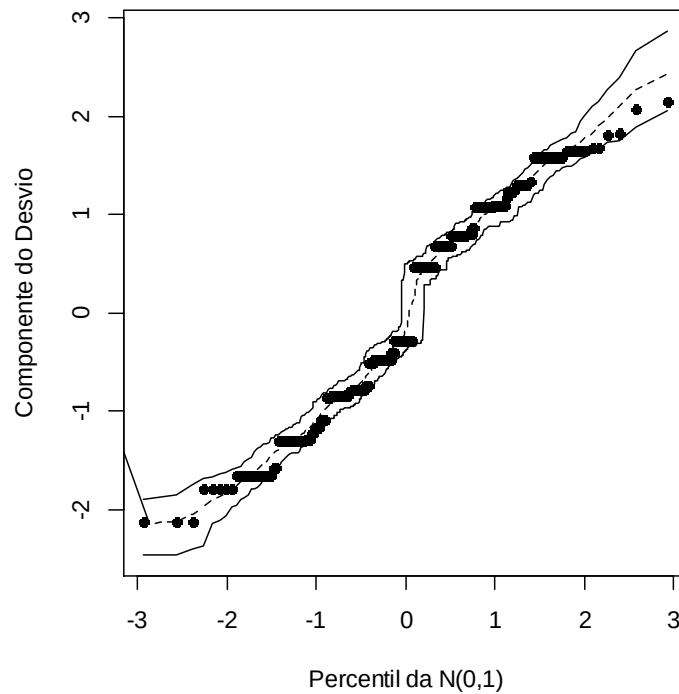


Figura 3: Gráfico normal de probabilidade com envelopes para os componentes de Desvios do modelo Binomial para o Transtorno de Ansiedade Social

Visando verificar o poder de predição deve-se observar a área abaixo da curva ROC. De acordo com a Figura 4 observa-se que a área abaixo da curva representa um valor 81% de cobertura.

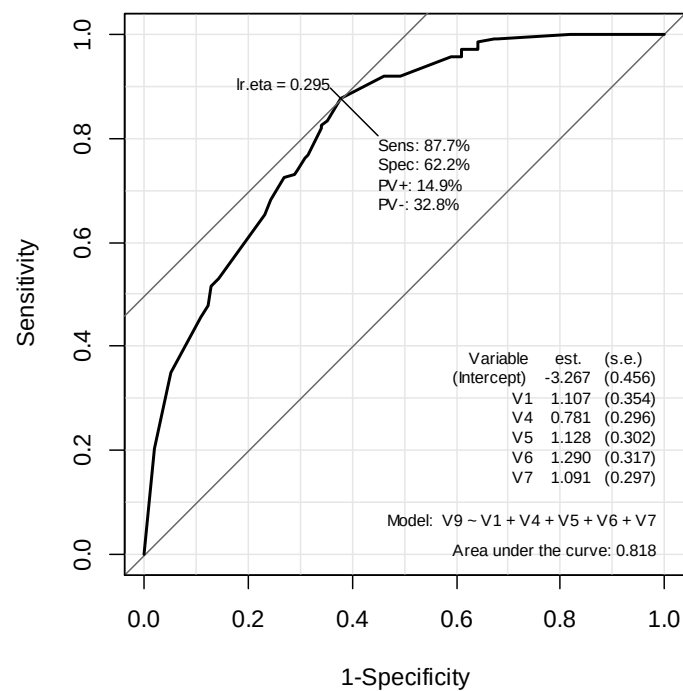


Figura 4: Curva ROC do modelo para o Transtorno de Ansiedade Social

2. Modelo logístico para o Risco de Uso Nocivo de Álcool

O modelo inicial ajustado para o Risco de Usos Nocivo de Álcool é:

$$\eta = \beta_0 + \beta_1 \text{FrequenciaConsumo} + \beta_2 \text{QuantidadeBebida} + \beta_3 \text{ConsumoMaiorQueSeis} \\ + \beta_4 \text{FaltaDeControle} + \beta_5 \text{FaltaDeTarefas} + \beta_6 \text{CurarRessaca} \\ + \beta_7 \text{SentimentoDeCulpa} + \beta_8 \text{FaltaDeMemória} + \beta_9 \text{SeFeri} \\ + \beta_{10} \text{AjudaProfissional}$$

Inicialmente foram consideradas todas as variáveis. O modo de ajuste foi retirar individualmente a variável que apresenta o maior nível de significância.

O modelo inicial ajustado para o Risco de Uso Nocivo de Álcool é:

$$\eta = \beta_0 + \beta_2 \text{QuantidadeBebida} + \beta_3 \text{ConsumoMaiorQueSeis} + \beta_4 \text{FaltaDeControle} \\ + \beta_6 \text{CurarRessaca} + \beta_7 \text{SentimentoDeCulpa} + \beta_8 \text{FaltaDeMemória}$$

A Tabela 14 apresenta as estimativas dos parâmetros do modelo, erro padrão e seus respectivos p-valores. Pode-se observar que as variáveis são estatisticamente significativas para o modelo proposto.

Tabela 14: Estimativas dos parâmetros, teste de significância e odds das variáveis selecionadas no modelo para explicar o risco de uso nocivo de álcool.

Variável	Estimativas	Erro Padrão	Pr(> z)	Odds
(Intercept)	-6,139	-6.355	2.08e-10	0,0022
Quantidade de Bebida	2,300	3.364	0.000769	9,9782
Consumo de mais de 6	1,749	2.581	0.009849	5,7512
Falta de controle	2,627	3.850	0.000118	13,8253
Curar Ressaca	3,367	3.379	0.000726	28,9943
Sentimento de culpa	0,840	2.646	0.008152	2,3152
Falta de memória	2,056	3.395	0.000687	7,8131

A chance do aluno ter Risco para Uso Nocivo de Álcool é de aproximadamente:

- 10 vezes maior para os alunos que possuem uma frequência de consumo de bebidas alcoólica em relação ao aluno que nunca fez uso do álcool.;
- 5 vezes maior entre os alunos que têm já fizeram o “consumo de seis ou mais bebidas em uma única ocasião”;
- 13 vezes maior para os alunos que “nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido”;

- 28 vezes mais entre os alunos que “nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca”;
- 2 vezes mais entre os alunos que “nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido”
- 8 vezes mais entre os alunos que “nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido”.

Visando verificar se o modelo está bem ajustado, se faz necessário realizar a análise dos resíduos e de diagnóstico. A Figura 5 apresenta os Resíduos de Pearson contra as observações. É possível observar que existe um comportamento aleatório dos resíduos.

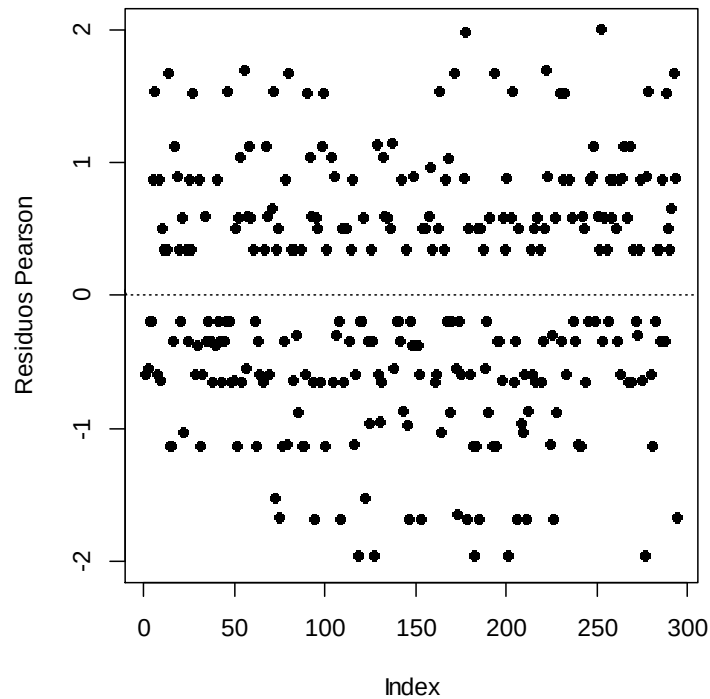


Figura 5: Resíduos de Pearson do modelo do Risco de Uso Nocivo de Álcool

Na Figura 6 apresentamos o gráfico do envelope, de onde é possível observar que a suposição de que a variável resposta assume distribuição Binomial é válida.

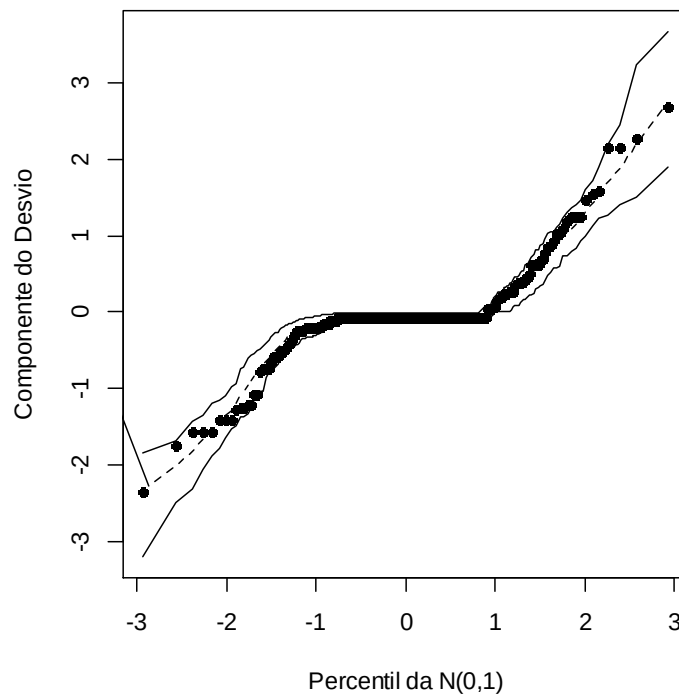


Figura 6: Gráfico normal de probabilidade com envelopes para os componentes de Desvios do modelo Binomial para o Risco de Uso Nocivo de Álcool.

Visando verificar o poder de predição deve-se observar a área abaixo da curva ROC. De acordo com a Figura 7 observa-se que a área abaixo da curva representa um valor 98% de cobertura. Dessa forma, pode-se concluir que o modelo apresentar indicações de que não está mal ajustado e tem um grande poder de predição.

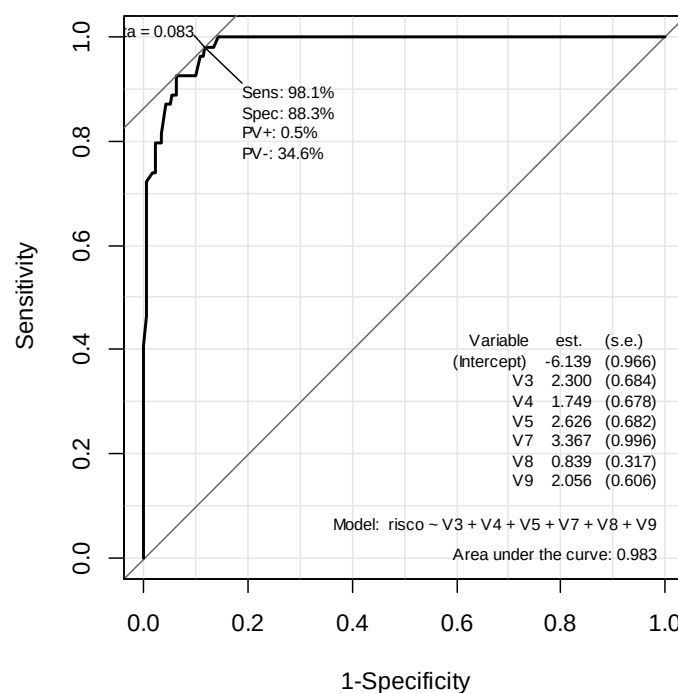


Figura 7: Curva ROC do modelo do Risco de Uso Nocivo de Álcool.

9 DISCUSSÃO

Neste estudo, o objetivo foi verificar a associação do Transtorno de Ansiedade Social e o Consumo nocivo de álcool em adolescentes das escolas públicas estaduais da Cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. Nossos resultados mostram evidências de que não existe associação entre os dois agravos.

A prevalência do Transtorno de Ansiedade Social deste estudo foi de 28,8%, se aproximando dos estudos realizados no Sul e Sudeste do Brasil que apresentaram a prevalência de 23,12% e 20,6%, respectivamente (BAPTISTA, 2006; FERNANDES; TERRA, 2008). Entretanto, em desacordo com os demais pesquisadores que varia de 1,3% a 14,8% (KESSLER et al., 2005; BAPTISTA, 2006; FERNANDES; TERRA, 2008; LOURENÇO et al., 2011; YUDOFISKY; HALES, 2014; NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2014; DITZ et al., 2015; QUEVEDO et al., 2016; STEIN et al., 2017). Essa divergência provavelmente se deve à diferentes metodológicas, país de estudo e instrumentos de avaliação utilizados. Ainda se observa que, corroborando, com os estudos nacionais e internacionais o gênero feminino prevalece, sendo as mulheres mais vulneráveis ao TAS que os homens (FURMARK, 2002; BAPTISTA, 2006; FERNANDES; TERRA, 2008; LOURENÇO et al., 2011; YUDOFISKY; HALES, 2014; NARDI; QUEVEDO; SILVA, 2014; QUEVEDO et al., 2016; HEARN et al., 2016; ASHER; ASNAANI; ADERKA, 2017; STEIN et al., 2017).

Já a prevalência do uso nocivo de álcool em adolescentes escolares foi de 15,2%, estando de acordo com os estudos nas regiões da Europa (16,5%) e Américas (13,7%) (GARCIA; FREITAS, 2013; LOPES et al., 2013). Pela Pesquisa Nacional de Saúde de Escolares, a prevalência em 2009, 2012, 2015 foi de 27,3%, 26,8%, 23,3%, respectivamente (MALTA, 2014; ANDREAZZI, 2016; BRASIL, 2016). Ainda neste estudo houve destaque para o gênero feminino entre 15 e 16 anos de idade, confirmando os achados dos demais pesquisadores.

Ao verificar os sintomas emocionais e comportamentais, maioria possuem alguma alteração, destacando os sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de conduta. O diagnóstico correto é um requisito essencial para uma intervenção adequada a nível individual ou na comunidade, seja para fins epidemiológicos ou de monitorização dos agravos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

O início do primeiro sinal de sofrimento psíquico no período infantojuvenil e devido à dificuldade de rastrear esses sintomas pode levar ao comprometimento da inserção e participação do adolescente no convívio familiar, social e ambiente escolar, sendo necessário

reforçar as ações de promoção da saúde e prevenção da doença (SILVA; SILVA; CAVALCANTE NETO, 2017)

Observou-se ainda que as alterações referentes aos sintomas emocionais, hiperatividade e problemas de condutas prevalece o gênero feminino. Em geral, caracteriza os problemas de conduta para gênero masculino, pois de acordo com o meio cultural os meninos são criados para serem fortes emocionalmente e com características de valentia, enquanto nas meninas há uma característica de maior sensibilidade, apresentando assim uma maior tendência a internalizar as dificuldades emocionais (SAUD; TONELOTTO, 2005; BELL; FOSTER; MASH, 2005; SOUZA-MACHADO; DIEGO, 2017).

O transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH), que tem como características os sintomas de desatenção e/ou hiperatividade e impulsividade e possui predominância do gênero masculino, na proporção de 3:1, o que difere dos resultados encontrados no presente estudo. Sendo um fator de risco para problemas interpessoais e acadêmicos também como taxas mais altas de abuso de substância e comportamento anti-social (WILLCUTT, 2012; POLANCZYK et al., 2014; ALGORTA et al, 2016).

Quanto aos problemas com colegas e o comportamento pró-social não foram observadas diferenças quanto ao gênero, no entanto ao analisar as respostas com classificação “limítrofe, observa-se que os meninos possuem mais problemas com os colegas, podendo a vir a colaborar com o desenvolvimento de outros sintomas relacionados com a socialização entre os pares. O Bullying é muito comum acontecer nesse período da vida, tendo como principais fatores de risco a autoestima, dificuldades de relacionamento em sociedade, sofrer violências psicológicas na escola, meio familiar ou entre os colegas (BANDEIRA; HUTZ, 2010).

Apesar de estudos anteriores apontarem que jovens com transtorno de ansiedade social estão cinco vezes mais propensos a desenvolver dependência do álcool do que aqueles sem o transtorno (BUCKNER et al., 2008a; BUCKNER et al., 2008b; BUCKNER; TURNER, 2009; SCHNEIER et al., 2010; LOPES et al., 2016), o resultado deste estudo demonstrou que não houve associação entre os sintomas do TAS com o risco de uso nocivo de álcool ($p>0,05$) para o adolescentes escolares, contribuindo assim com os resultados encontrados na revisão sistemática realizado pela própria autora (CRUZ; MARTINS; DINIZ, 2017).

Estudos que não apresentaram associação significativa entre o transtorno de ansiedade social e o uso de álcool em adolescentes ainda apontaram a possibilidade de obter diferentes resultados quando observada as diferenças culturais, o acesso gratuito a álcool pelo adolescente, desenvolvimento desta associação a comorbidade da depressão, podendo acontecer na

adolescência tardia ou demorar mais do que 2 anos para desenvolver esta associação (FRÖJD et al., 2011; TERLECKI et al., 2012).

Os fatores de risco que contribuem para esta associação são: o gênero feminino; aceitação pelos pares; problemas afetivos para o uso do álcool; presença de comorbidades secundárias como depressão, ansiedade generalizada, agorafobia, ansiedade de separação e transtorno obsessivo compulsivo (BLUMENTHAL et al., 2010; WU et al., 2010; FRÖJD et al., 2011; TERLECKI et al., 2012; CLERKIN; BARNETT, 2012; ZEHE et al., 2013; DAHNE et al., 2014; TERLECKI; BUCKNER, 2015).

“O reconhecimento precoce de problemas de consumo de bebida, a intervenção precoce em face de tais problemas, as intervenções psicológicas, o tratamento dos efeitos nocivos do álcool, o ensino de novas aptidões para fazer face a situações associadas com alto risco de consumir bebida e de sofrer recorrência, a educação da família e a reabilitação são as principais estratégias de eficácia comprovada para o tratamento de problemas relacionados com a dependência de álcool (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001)”.

É importante salientar que o presente estudo apresentou limitações de idade (11 a 17 anos), devido os critérios do Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes - *Development and Well-Being Assessment (DAWBA)*, assim excluindo os adolescentes com 18 e 19 anos ou a juventude que abrange o público até os 24 anos.

Sugere-se assim o desenvolvimento de futuros trabalhos com o *Social Phobia Inventory (SPIN)*, instrumento de rastreamento para o Transtorno de Ansiedade Social, simples de aplicação e que possui boas propriedades psicométricas e aparente melhor adequação para o público adolescente (VILETE; FIGUEIRA; COUTINHO, 2006; BAPTISTA, 2006; FERNANDES; TERRA, 2008; FRÖJD et al., 2011; GORENSTEIN; WANG; HUNGERBUHLER, 2016). Assim como, realização de estudos longitudinais prospectivos (estudo de coortes), a fim de acompanhar o mesmo grupo populacional, prospectivamente, em um estudo epidemiológico e observar o comportamento dos alunos com o avançar da idade em relação ao consumo de álcool, pois este transtorno está estreitamente ligado aos diversos problemas sociais e de exclusão, sendo necessário integrar as ações de prevenção em estratégias que visem a melhoria da vida das pessoas e comunidades, como acesso à educação e aos cuidados de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Apesar das ocorrências, a importância desta pesquisa se dá pela escassez de estudos investigando a associação entre o Transtorno de Ansiedade Social e o Risco de Uso Nocivo de Álcool em adolescentes. Este trabalho avançou em relação ao levantamento epidemiológico de

saúde mental, sintomas emocionais e comportamentais dos adolescentes nas Instituição de Ensino Público do Ensino Fundamental e Médio, levantando evidências sobre a necessidade de melhor trabalhar as ações de educação em saúde.

A partir do levantamento desses indicadores de saúde mental, alguns aspectos devem ser considerados relevantes, com o intuito de contribuir no planejamento das ações de educação em saúde para a comunidade acadêmica (alunos, pais e/ou responsáveis e professores) e no fortalecimento das práticas de promoção à saúde e prevenção da doença.

Sendo assim, recomenda-se: a) manter parcerias intersetoriais com serviços de saúde (Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família) para o fortalecimento da saúde integral do adolescente no Programa Saúde na Escola; b) estruturar um espaço no âmbito escolar para estimular os profissionais de saúde e/ou da educação a desenvolverem atividades de promoção à saúde e prevenção das doenças; c) realizar o planejamento das ações de educação em saúde mental, com base nos indicadores levantados, a fim de proporcionar as atividades de prevenção primária e/ou intervenções breves; d) ofertar serviço de psicopedagogia para os alunos que apresentam alguma sintomatologia positiva emocional e comportamental.

10 CONCLUSÕES

A abordagem sobre saúde mental vai além de analisar dados estatísticos, tendo a necessidade de investigar os diversos fatores de riscos (problemas sociais, familiares, psicológicos e neurobiológicos), os diversos atores envolvidos (adolescente, pais e/ou responsáveis e profissionais educadores) e a análise qualitativa dos dados coletados.

Os problemas emocionais e comportamentais estão presentes nos adolescentes das escolas públicas estaduais, como também a presença de indicativo para o diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social e Uso Nocivo de Álcool, porém não foi possível encontrar evidências de associação entre eles.

Ademais, sugere-se que seja desenvolvida ações de preventivas e de promoção da saúde mental, como ações educativas sobre o consumo de bebidas alcoólicas na adolescência e sintomas de ansiedade e isolamento social, evitando assim, o desenvolvimento desses transtornos na fase adulta.

REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. **An Introduction to Categorical Data Analysis**. Gainesville, Florida, 2007

ALGORTA, G.P. et al. Diagnostic efficiency of the SDQ for parents to identify ADHD in the UK: a ROC analysis. **European Child & Adolescent Psychiatry**, [s.l.], v. 25, n. 9, p.949-957, 14 jan. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-015-0815-0>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4990620/pdf/787_2015_Article_815.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition: DSM-5 (5th ed)**. Washington, DC. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDREAZZI, M.A.R. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Apresentação IBGE, 26 de agosto de 2016. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000027031408112016144626736582.pdf>>. Acesso em 20 mai. 2017.

ASHER, M.; ASNAANI, A.; ADERKA, I.M. Gender differences in social anxiety disorder: A review. **Clinical Psychology Review**, [s.l.], v. 56, p.1-12, ago. 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004>.

BANDEIRA, C.M.; HUTZ, C.S. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, [s.l.], v.14, n.1, p.131-138, Janeiro/Junho de 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a14>>. Acesso em: 29 Out. 2017.

BAPTISTA, C.A. **Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários**. 2006. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós-graduação em Saúde Mental, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://pgsm.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/2011/11/MESTRADO-CARLOS-ALBERTO-BAPTISTA.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2017.

BELL, D. J.; FOSTER, S. L.; MASH, E. J. **Understanding behavioral and emotional problems in girls**. Handbook of behavioral and emotional problems in girls (pp. 1-21). New York: Plenum Publishers. 2005.

BLUMENTHAL, H. et al. Social anxiety and motives for alcohol use among adolescents. **Psychology Of Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.529-534, 2010. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0019794>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946205/pdf/nihms205356.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: SEE; 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescente**. Brasília:MS; 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instrutivo PSE. Brasília: MS; 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integral na rede de saúde**: módulo 5. 11. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2017. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>> Acesso em: 20 mai. 2017.

BUCKNER, J.D. et al. Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. **Journal Of Psychiatric Research**, [s.l.], v. 42, n. 3, p.230-239, 2008a. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.01.002>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2254175/>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

BUCKNER, J.D. et al. Implications of comorbid alcohol dependence among individuals with social anxiety disorder. **Depression And Anxiety**, [s.l.], v. 25, n. 12, p.1028-1037, 2008b. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20442>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2778209/pdf/nihms71848.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2017.

BUCKNER, J.D.; TURNER, R. Jay. Social anxiety disorder as a risk factor for alcohol use disorders: A prospective examination of parental and peer influences. **Drug And Alcohol Dependence**, [s.l.], v. 100, n. 1-2, p.128-137, fev. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.09.018>. Disponível em: <[http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(08\)00362-1/pdf](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(08)00362-1/pdf)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

CASTILLO, A.R.G.L. et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s.l.], v. 22, p.20-23, 2000. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/s1516-44462000000600006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 out. 2015.

CERQUEIRA, G.S. et al. Consumo de álcool entre estudantes de uma escola pública da cidade de Cajazeiras, PB. **Smad, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (ed. Port.)**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p.18-24, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CLERKIN, E.M.; BARNETT, N. The separate and interactive effects of drinking motives and social anxiety symptoms in predicting drinking outcomes. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 37, n. 5, p.674-677, maio 2012. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.005>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307890/pdf/nihms350336.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016

CRUZ, E.L.D. **Saúde do Adolescente**: uma análise dos serviços de tele-educação da Rede de Núcleos de Telessaúde de Pernambuco. 2011. 169 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Hebiatria, Universidade de Pernambuco, Camaragibe, 2011.

CRUZ, E.L.D.; MARTINS, P.D.C.; DINIZ, P.R.B. Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, [s.l.], v. 93, n. 5, p.442-451, set. 2017. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2017.05.001>. Disponível em: <https://ac.els-cdn.com/S0021755716302261/1-s2.0-S0021755716302261-main.pdf?_tid=251107ca-c260-11e7-b3c1-00000aab0f26&acdnat=1509910565_115ccecbcc5c48b0d603d222bc67808b>. Acesso em: 05 Out. 2017.

DAHNE, J. et al. Adolescent Symptoms of Social Phobia Prospectively Predict Alcohol Use. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs**, [s.l.], v.75, n. 6, p. 929-936, 2014.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4211334/>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAWBA. Information for researchers and clinicians about the Development and Well-Being Assessment (Internet). London: Youthnmid. Disponível em: <<http://www.dawba.info/>>. Acesso em: 28 Out. 2017.

DITZ, C.P. et al. A terapia cognitivo-comportamental em grupo no Transtorno de Ansiedade Social. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 1061-

1080, nov. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2015.

EDWARDS, A.C. et al. Childhood Internalizing Symptoms Are Negatively Associated with Early Adolescent Alcohol Use. **Alcohol Clin Exp Res**, [s.l.], v. 38, n. 6, p.1680-1688, 21 maio 2014. Wiley-Blackwell. DOI: 10.1111/acer.12402. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047162/pdf/nihms571892.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

ESTANISLAU, G.M.; BRESSAN, R.A. (Org.). **Saúde Mental na escola**: o que os educadores devem saber. Porto Alegre: Artmed, 2014. 277p.

ETKIN, A.; WAGER, T.D. Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia. **American Journal Of Psychiatry**, [s.l.], v. 164, n. 10, p.1476-1488, out. 2007. American Psychiatric Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>. Disponível em:

<<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2007.07030504>>. Acesso em: 13 Out. 2017.

FERNANDES, G.C., TERRA, M.B. Fobia social: estudo da prevalência em duas escolas em Porto Alegre. **J Bras Psiquiatr.** v. 57, n. 2, p.122-126, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000200007&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em 15 jun. 2016.

FERNANDES, L.F.B. et al. Prevenção Universal de Ansiedade na Infância e Adolescência: Uma Revisão Sistemática. **Psicologia - Teoria e Prática**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.83-99, 29 dez. 2014. Revista Psicologia: Teoria e Prática. DOI: 10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p83-99. Disponível em:

<<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/viewFile/6600/5147>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

FRÖJD, S. et al. Associations of Social Phobia and General Anxiety with Alcohol and Drug Use in A Community Sample of Adolescents. **Alcohol And Alcoholism**, [s.l.], v. 46, n. 2, p.192-199, 17 jan. 2011. Oxford University Press (OUP).

<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agq096>. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21245062>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

FURMARK, T. Social phobia: overview of community surveys. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, [s.l.], v. 105, n. 2, p.84-93, fev. 2002. Wiley-Blackwell.

<http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x>.

GALDURO'Z, J.C.F. et al. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/index.htm>. Acesso em: 10 fev. 2015.

GARCIA, L.P.; FREITAS, R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 227-237, June 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200227&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Out. 2017.

GOMES, D.A.G.; BADARÓ, A.C.; LOURENÇO, L.M. Revisão da produção científica sobre o transtorno de ansiedade social e sua relação com a adolescência. **Perspectivas Em Psicologia**. Norteamérica, v. 11, n. 01, p.15-24, maio 2014. Disponível em:

<<http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/125/pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y.P.; HUNGERBUHLER, I. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. 500p.

HEARN, C.S. et al. A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder?. **Journal Of Affective Disorders**, [s.l.], v. 208, p.33-40, jan. 2017. Elsevier BV.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.052>. Disponível em:

<[https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327\(16\)31324-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165-0327(16)31324-6)>. Acesso em: 04 nov. 2017.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2008.

JAGER, M.E. et al. O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre PROSAD. **Psicologia em Estudo**. Maringá. v. 19, n.2, p.211-221, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n2/05.pdf>>. Acesso 10 fev. 2015.

KESSLER, R.C. et al. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. **Archives Of General Psychiatry**, [s.l.], v. 62, n. 6, p.593-602, 1 jun. 2005. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>.

KIELING, C. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **The Lancet**, [s.l.], v. 378, n. 9801, p.1515-1525, out. 2011. Elsevier BV. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60827-1. Disponível em: <<http://api.elsevier.com/content/article/PII:S0140673611608271?httpAccept=text/xml>>. Acesso em: 10 maio 2015.

LOPES, C.S. et al. ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**, 50(Suppl 1), 14s, 2016. <http://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>

LOPES, G.M. et al. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s.l.], v. 35, p.51-61, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1516-4446-2013-s105. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100004>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LOPES, G.M. et al. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, [s.l.], v. 35, p.51-61, 2013. FapUNIFESP (SciELO). DOI: 10.1590/1516-4446-2013-s105. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000100004>. Acesso em: 15 fev. 2015.

LOURENÇO, L.M. et al. Análise Bibliométrica dos Estudos sobre Fobia Social e o Uso de Álcool. **Psicologia em Pesquisa**, [s.i.], v. 5, n. 2, p.168-178, 2011. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2011/12/v5n2a09.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

MALTA, D.C. et al. Alcohol consumption among Brazilian Adolescents according to the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.203-214, 18 jan. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400050016>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.

MATTARA, F.P. et al. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. **Smad. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e**

Drogas (edição em Português), [s.l.], v. 6, n. 2, p.296-314, 1 ago. 2010. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v6i2p296-314. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38718>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MIGUEL, E.C.; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. **Clínica psiquiátrica: a visão do departamento e do instituto de psiquiatria do HCFMUSP**. Barueri: Manole; 2011.

NARDI, A.E.; QUEVEDO, J.; SILVA, A.G. **Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care**. Geneva. 2001. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Lisboa. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2017.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **Caring for children and adolescents with mental disorders**. Geneva. 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/media/en/785.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **Mental health policy and service guidance package: child and adolescent mental health policies and plans**. Geneva. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

_____. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (Org.). **Participant manual – IMAI One-day orientation on adolescents living with HIV**. Geneva. 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598972_eng.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PAIVA, D.P. et al. O Estudo da Comorbidade entre Fobia Social e Álcool . The Study of Comorbidity between Social Phobia and Alcohol. **Psicol em Pesqui**. [s.l.], v.2, n. 1, p.40-45, 2008. Disponível em:<http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2009/11/v2n1_40_45_RESUMO.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2015.

PEREIRA, S. M.; LOURENÇO, L. M. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. **Arq. bras. psicol**. Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 47-62, abr. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2015.

PINTO, A.C.S. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n.3, p.555-564, Jun 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342014000300555&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>.

POLANCZYK, G.V. et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. **International Journal Of Epidemiology**, [s.l.], v. 43, n. 2, p.434-442, 24 jan. 2014. Oxford University Press (OUP).
<http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyt261>. Disponível em:
 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4817588/pdf/dyt261.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

QUEVEDO, J. et al. Prevalência de transtornos ansiosos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **J Bras Psiquiatr**, [s.i.], v. 65, n. 1, p.28-35, 2016.
 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852016000100028&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 04 nov. 2017.

REUNIÃO ANUAL DA RBRAS, 57^a., 2012, São Paulo. **Introdução à Análise de Dados Categorizados**. Piracicaba - Sp: Esalq/usp, 2012. 212 p. Disponível em:
 <http://www.rbras.org.br/rbras57/sites/default/files/SRGiolo_57Rbras.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I.P.S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 314-318, 2012. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200025>.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

SAUD, L.F.; TONELOTTO, J.M.F. Comportamento Social na Escola: diferenças entre gênero e séries. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s.l.], v.9, n. 1, p. 47-57, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2823/282321815005/>. Acesso em: 27 Out. 2017.

SAUR, A.M.; LOUREIRO, S.R. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 29, n. 4, p. 619-629, Dec. 2012. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out. 2017

SCHNEIER, F.R. et al. Social anxiety disorder and alcohol use disorder comorbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. **Psychological Medicine**, [s.l.], v. 40, n. 06, p.977-988, 2010. Cambridge University Press (CUP).
<http://dx.doi.org/10.1017/s0033291709991231>. Disponível em:
 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917264/>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires. London: Youthnmid. Disponível em:
 <<http://www.sdqinfo.org/>>. Acesso em: 28 Out. 2017.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO. Governo do Estado de Pernambuco. Disponível em:
 <<http://www.educacao.pe.gov.br/portal/>>. Acesso em 05 de abril de 2015.

SILVA, G.C.; SILVA, R.A.S.; CAVALCANTE NETO, J.L. Saúde mental e níveis de atividade física em crianças: uma revisão sistemática. **Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional**. São Carlos. v. 25, n. 3, p. 607-615, 2017. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2526-8910.ctoAR0905>>. Acesso em: 29 Out. 2017.

SOUSA-MACHADO, T.; DIOGO, C. Problemas de externalização e internalização em pré-adolescentes e vinculação aos pais || Externalizing and internalizing problems in pre-adolescents and attachment to parents. **Revista de Estudios e Investigación En Psicología y Educación**, [s.l.], v. 4, n. 1, p.42-51, 1 jul. 2017. Universidade da Coruna. <http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2017.4.1.1553>. Disponível em: <<http://revistas.udc.es/index.php/reipe/article/viewFile/reipe.2016.4.1.1553/reipe.2017.4.1.1553.g1404>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

SQUEGLIA, L.M.; GRAY, K.M. Alcohol and Drug Use and the Developing Brain. **Current Psychiatry Reports**, [s.l.], v. 18, n. 5, p.1-18, 17 mar. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0689-y>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4883014/>>. Acesso em: 05 maio 2017.

STEIN, D. J. et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. **Bmc Medicine**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.143-164, 31 jul. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-017-0889-2>. Disponível em: <<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-017-0889-2?site=bmcmmedicine.biomedcentral.com>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

STEFANELLI, M. C., FUKUDA, I. M. K., ARANTES, E. C. **Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais**. 1ª edição. Barueri, SP: Manole, 2008. (Série Enfermagem).

STRAUBE, T.; MENTZEL, H.J.; MILTNER W.H. Common and Distinct Brain Activation to Threat and Safety Signals in Social Phobia. **Neuropsychobiology**, [s.l.], v. 52, n. 3, p.163-168, 31 ago. 2005. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000087987>.

TERLECKI, M.A. et al. Brief motivational intervention for college drinking: The synergistic impact of social anxiety and perceived drinking norms. **Psychology Of Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.917-923, 2012. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/a0027982>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3427392/pdf/nihms363597.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016

TERLECKI, M.A.; BUCKNER, J.D. Social anxiety and heavy situational drinking: Coping and conformity motives as multiple mediators. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 40, p.77-83, jan. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.008>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4250333/pdf/nihms629861.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2016.

VIANA, M.C.; ANDRADE, L.H. Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo metropolitan area, Brazil: results from the São Paulo megacity mental health survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 249-260, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462012000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2017.

VIANA, R.S.; LOURENÇO, L.M. Estudo qualitativo sobre a depressão e a ansiedade social na adolescência: Uma Revisão Bibliográfica. **Psicologia.pt**. 2017. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1084.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2017.

VILETE, L.; FIGUEIRA, I.; COUTINHO, E. Adaptação transcultural para o português do Social Phobia Inventory (SPIN) para utilização entre estudantes adolescentes. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre*, v. 28, n. 1, p. 40-48, abr. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082006000100006>.

WILLCUTT, E.G. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. **Neurotherapeutics**, [s.l.], v. 9, n. 3, p.490-499, jul. 2012. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3441936/pdf/13311_2012_Article_135.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2017.

WU, P. et al. The Relationship Between Anxiety Disorders and Substance Use Among Adolescents in the Community: Specificity and Gender Differences. **Journal Of Youth And Adolescence**, [s.l.], v. 39, n. 2, p.177-188, 13 jan. 2009. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-008-9385-5>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809931/pdf/nihms110058.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

YUDOFISKY, S.C.; HALES, R.E. **Fundamentos de neuropsiquiatria e ciências do comportamento**. 2ª edição. Porto Alegre: Atmed, 2014.

ZEHE, Jennifer M. et al. Social and generalized anxiety symptoms and alcohol and cigarette use in early adolescence: The moderating role of perceived peer norms. **Addictive Behaviors**, [s.l.], v. 38, n. 4, p.1931-1939, abr. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.013>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3691382/pdf/nihms-441987.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

APÊNDICE - Manual de orientações para coleta de dados

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. Deve estar sempre com você.

Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual.

Releia o manual periodicamente, evite confiar excessivamente na própria memória.

É responsabilidade de cada voluntário de pesquisa assegurar que todo material esteja disponível!

Leve sempre com você:

- Manual de instruções;
- Questionários;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE);
- Caneta preta ou azul;
- Brindes para os adolescentes.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS RECONHECIMENTO DO SETOR

1º dia na Escola

- Entregar os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nas turmas selecionadas e verificar o local que será realizada a pesquisa (biblioteca, sala de informática ou outro local disponibilizado pela coordenação da escola).
- Apresentar a equipe de pesquisadores e explicar aos alunos do que se trata a pesquisa (título, objetivo, informar que é uma pesquisa da UFPE). Deixar bem claro que ninguém saberá o que eles responderam. O nome do aluno e o nome da escola não será divulgado.
- Para participar da pesquisa precisa entregar o TCLE assinado pelos pais e/ou responsáveis, se não entregar o termo assinado não pode participar.
- Informar que o aluno que participar da pesquisa ganhará um brinde.
- Informar que no dia seguinte vocês estarão recolhendo os TCLE assinados.

Observações:

- Separar TCLE para entregar como segunda via, após realizada a entrevista.
- Entregar TCLE para todos os alunos da sala selecionada. Neste momento teremos perdas de termos de consentimento, nem todos os alunos devolvem os termos assinados ou em branco.

2 ° dia na Escola

- Deve-se chegar à escola com, no mínimo, trinta minutos de antecedência em relação ao horário de início das atividades do projeto.
- A principal atividade a ser realizada neste dia é recolher os TCLE assinados pelos pais e/ou responsáveis e iniciar as entrevistas individuais no local disponibilizado pela escola.
- Registrar o total de TCLE entregue em cada turma e quantos devolveram os termos assinados.
- Iniciar a entrevista com os alunos que entregaram os TCLE assinados.

REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA

A seguir são apresentadas orientações gerais sobre como abordar os adolescentes ao realizar a entrevista. Estas informações são importantíssimas e representam o código de conduta do entrevistador. Informações específicas sobre o preenchimento do questionário durante a entrevista são apresentadas mais adiante.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- Procure estar adequadamente vestido, com a camisa do grupo de pesquisa, para que seja possível identificá-lo facilmente. Sempre vestir a camisa do grupo de pesquisa com calça jeans e sapato/tênis.
- Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar os entrevistados ou membros da escola.
- Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista.
- Nem pense em fumar quando estiver fazendo contato ou entrevistando qualquer pessoa, mesmo que esta fume e lhe ofereça.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de atendê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- No primeiro contato deixe claro que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade de Federal de Pernambuco e que quer apenas conversar.

- Chame o entrevistado sempre pelo nome. Jamais chame alguém de boy, garoto, menina, etc. Isto pode ser interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Seja gentil e educado com o adolescente, porém cuidado para não o tratar de forma infantilizada demais. Procure reter a atenção do adolescente de forma descontraída, mas lembre-se de que estamos investigando um fenômeno e não brincando com eles.
- As entrevistas serão realizadas individualmente, em sala organizada para tal.
- Antes de iniciar a entrevista, entregue o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para o aluno assinar e entregue uma cópia do TCLE.
- Entregue o bloquinho de questionários e explique que são perguntas sobre o seu dia a dia, questões sobre ansiedade e uso de bebida com álcool para ele responder.
 - O questionário Biodemográfico, AUDIT e SDQ (Capacidades e Dificuldades) o aluno deverá responder sozinho e caso surja alguma dúvida você deve ajudá-lo.
 - Os questionários de Transtorno de Ansiedade Social, você deve fazer as perguntas e registrar as respostas dos alunos. Você também pode registrar informações complementares.
- Arquive o questionário, o TCLE e TALE assinados junto ao questionário respondido.
- Deve-se indicar aos adolescentes para preencherem os formulários de caneta.
- Lembre-se! Tudo que estiver anotado no questionário vai ser lido e digitado. Por isso revise, se todos os questionários foram respondidos adequadamente.
- Se necessário dirija-se ao adolescente para solucionar eventuais dúvidas.
- Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, a equipe de pesquisa terá que voltar ao local da entrevista e isto significa mais trabalho para todos.
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação, tentar esclarecer com o pesquisador, e se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.
- Use o pé da página, ou o verso, para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida. Na hora de discutir com o supervisor estas anotações serão muito importantes.
- No final de cada dia, archive o material para ser entregue na próxima reunião do grupo de pesquisa.

ANEXO A – Questionário BiodemográficoEscola: _____

Nome: _____

Turno: ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐ Integral ou Semi-integralTurma: **INFORMAÇÕES PESSOAIS**

1º) Gênero

☐ Masculino☐ Feminino

2º) Qual a sua idade, em anos?

☐ 10 anos☐ 14 anos☐ 18 anos☐ 11 anos☐ 15 anos☐ 19 anos☐ 12 anos☐ 16 anos☐ 13 anos☐ 17 anos

3º) Você trabalha?

☐ Não trabalho☐ Sim, até 20 horas semanais☐ Sim, mais de 20 horas semanais

4º) Você se considera:

☐ Branco(a)☐ Pardo(a)☐ Indígena(a)☐ Preto(a)☐ Amarelo(a)

5º) Você tem irmãos?

- ☐ Sim
☐ Não

Se NÃO passe para o item 7

Se SIM; responda o item 6

6º) Que lugar você ocupa com relação aos irmãos?

- ☐ É o (a) filho (a) caçula
☐ É intermediário (do meio)
☐ É o (a) mais velho (a)

7º) Marque a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe.

- ☐ Minha mãe NUNCA estudou
☐ Minha mãe NÃO concluiu o Fundamental 1 (estudou 1ª a 3ª série)
☐ Minha mãe concluiu o Fundamental 1 (estudou até a 4ª série)
☐ Minha mãe NÃO concluiu o Fundamental 2 (estudou da 5ª a 7ª série)
☐ Minha mãe concluiu o Fundamental 2 (estudou até a 8ª série)
☐ Minha mãe NÃO concluiu o Ensino Médio (estudou do 1º ano ao 3º ano)
☐ Minha mãe concluiu o Ensino Médio (estudou até o 3º ano)
☐ Minha mãe NÃO concluiu a faculdade
☐ Minha mãe concluiu a faculdade
☐ Não Sei

8º) Quantas pessoas moram na sua casa? _____ pessoas

9º) Quantos cômodos tem na sua casa? _____ cômodos

10º) Sobre a sua casa:

Itens em sua casa	Não tem	TEM (quantidade)			
		1	2	3	4
Televisão					
Computador					
DVD					
Rádios					
Automóveis					
Empregadas mensalistas					
Máquinas de lavar					
Geladeira					
Freezer (*)					

11º) Na sua casa tem internet?

☐ Sim

☐ Não

12º) Em geral, você considera que a sua saúde é:

☐ Excelente

☐ Boa

☐ Regular

☐ Ruim

ANEXO B – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par)

A 11-17

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta pareça-lhe estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

Nome

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	☐	☐	☐
Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	☐	☐	☐
Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	☐	☐	☐
Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	☐	☐	☐
Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	☐	☐	☐
Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	☐	☐	☐
Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	☐	☐	☐
Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, os outros jovens gostam de mim	☐	☐	☐
Facilmente perco a concentração	☐	☐	☐
Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	☐	☐	☐
Sou legal com crianças mais novas	☐	☐	☐
Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	☐	☐	☐
Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	☐	☐	☐
Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	☐	☐	☐
Eu penso antes de fazer as coisas	☐	☐	☐
Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	☐	☐	☐
Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	☐	☐	☐
Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações sobre você? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Por quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	☐	☐	☐	☐
AMIZADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZADO ESCOLAR	☐	☐	☐	☐
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) Data de hoje.....

Muito obrigado pela sua ajuda

ANEXO C – Questionário de Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes - *Development and Weel-Being Assessment (DAWBA)*.

Seção C – Fobia Social

Estou interessado em saber se você tem medo especificamente de situações sociais. Considere isto comparando com outras crianças/jovens da mesma idade em situações rotineiras e não leve em conta um dia fora da rotina ou simples timidez

- C1 Em geral, você evita ou tem medo de situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas ou de fazer coisas na frente de outras pessoas?

Não	Sim
0	1

Se C1 = “Sim” ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 6 , então continue. Caso contrário, pule para seção D.

- C2 Nas últimas 4 semanas, você tem ficado com medo de determinadas situações sociais como, por exemplo:

a) Conhecer pessoas novas?

b) Encontrar muitas pessoas, por exemplo, numa festa?

c) Comer na frente dos outros?

d) Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula?

e) Ler em voz alta na frente dos outros?

f) Escrever na frente dos outros?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se nenhum dos itens em C2 for respondido “Muito”, então pule para seção D.

- C3 A maioria das crianças são ligadas a um ou mais adultos-chave, sentindo-se mais seguras quando ele/s está/ão por perto. Algumas crianças só têm medo de situações sociais se estiverem longe deste/s adultos-chave.

Outras crianças sentem medo de situações sociais mesmo na presença destes adultos-chave.

Qual é a alternativa verdadeira para você?

Em geral fico bem em situações sociais quando acompanhado de um adulto-chave.	O medo em situações sociais é intenso mesmo quando adulto/s-chave está/ão por perto.
0	1

- C4 Você tem medo apenas na presença de adultos ou mesmo em situações que envolvam muitas crianças/jovens juntos ou quando tem a oportunidade de conhecer novas crianças/jovens?
- | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------|
| Somente com adultos | Somente com jovens | Com adultos e jovens |
| 0 | 1 | 2 |
- C5 Fora destas situações sociais, você consegue relacionar-se bem com os adultos e crianças que conheça bem?
- | | |
|-----|-----|
| Não | Sim |
| 0 | 1 |
- C6 Você não gosta de situações que envolvam contatos sociais porque tem medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame a atenção dos outros?
- | | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |
- C7 *(Somente perguntar se C2d = "Muito" ou se C2e = "Muito" ou se C2f = "Muito")*
- Você não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?
- | | | |
|-----|--------|-------------|
| Não | Talvez | Com certeza |
| 0 | 1 | 2 |
- C8 Há quanto tempo você tem tido este medo de situações sociais?
- | | | |
|-----------------|-------------|-----------------|
| Menos de um mês | 1 - 5 meses | 6 meses ou mais |
| 0 | 1 | 2 |
- C9 Quantos anos tinha quando seus medos de situações sociais começaram?
- anos
- (Se sempre ou desde o nascimento, marque "0")*
- C10 Quando você está em uma das situações sociais de que tem medo, você geralmente
- | | |
|-----|-----|
| Não | Sim |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
| 0 | 1 |
- a) Fica corado/a (vermelho/a) ou treme?
- b) Tem medo de ficar enjoado/a (vomitar)?
- c) Precisa correr para o banheiro ou teme que não vá dar tempo de chegar lá?

- C11 Quando você está em uma das situações sociais de que tem medo ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, você geralmente fica nervoso/a ou aborrecido/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓	↓	↓
C13	C13	C12

- C12 Com que frequência o medo de situações sociais deixa você aborrecido ou triste assim?

uma vez ou outra	quase todas as semanas	quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

- C13 O seu medo leva-o/a a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓	↓	↓
C15	C15	C14

- C14 O fato de você evitar estas situações interfere com as suas atividades diárias?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

- C15 Você acha que o seu medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

- C16 Você está aborrecido ou triste por sentir este medo?

0	1	2
---	---	---

Se C11 = "Muito" ou se C13 = "Muito", então marque o quadrado para Fobia Social na lista de checagem em M1 (p.37).

- C17 Este medo de situações sociais torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremam- ente
0	1	2	3

M2C: Fobia Social

Se M2C foi assinalado para fobia social, pergunte:

M2C1) Por favor, descreva qualquer medo de situações sociais que sejam um contrassenso, que o/a aborreça seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que você gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

M2C2) Com qual frequência os seus medos de situações sociais são um contrassenso (ou sem sentido) ou aborrecem você?

M2C3) Quando os medos de situações sociais estão piores, qual a gravidade deles?

M2C4) Os medos de situações sociais estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2C5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos de situações sociais? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

ANEXO D - AUDIT

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? *[Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]*

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semanas
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de um vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	--	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES ESCOLARES

Pesquisador: Elisabeth Lima Dias da Cruz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50161415.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.331.556

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de Concentração: Neurociências; da aluna Elisabeth Lima Dias da Cruz e está sob a orientação da Profa. Dra. Paula Beserra Diniz e Coorientação da: Profa. Dra. Magdala de Araújo Novaes.

Esse projeto ocorrerá em dois momentos específicos: 1º Momento - Trata-se de uma análise descritiva, quantitativa, epidemiológica de corte transversal. Será aplicado o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) que se configura como um instrumento para avaliação dos indicadores de saúde mental Infante-Juvenil; 2º

Momento - Trata-se de um caso-controle, o qual fornecerá informações descritivas sobre as características da patologia.

Será aplicado o Questionário DAWBA - versão para Jovens entre 11 e 17 anos e o "AUDIT". O DAWBA é um pacote de entrevista, questionários e técnicas de classificação projetadas para gerar diagnósticos psiquiátricos da CID-10 e DSM-IV em crianças

e adolescentes e o AUDIT é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com um método simples de triagem para avaliar o uso nocivo e a dependência de bebidas alcoólicas e a mensuração e frequência do consumo de álcool de uma pessoa.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-800

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 2128-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br