

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

IVONETE EMMERICH PACHECO

PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM ADOLESCENTES DO
MUNICÍPIO DE MAFRA – SC

CURITIBA

2020

IVONETE EMMERICH PACHECO

PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM ADOLESCENTES DO
MUNICÍPIO DE MAFRA – SC

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória

Coorientadora: Prof.^a Dra. Sandra Regina Baggio Muzzolon

CURITIBA

2020

P116 Pacheco, Ivonete Emmerich
Problemas emocionais e comportamentais em adolescentes
do município de Mafra – Santa Catarina [recurso eletrônico] /
Ivonete Emmerich Pacheco. – Curitiba, 2020.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Criança e do Adolescente. Setor de Ciências da
Saúde. Universidade Federal do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Doria
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Regina Baggio Muzzolon

1. Sintomas comportamentais. 2. Comportamento do
adolescente. 3. Ansiedade. 4. Depressão. I. Doria, Gustavo
Manoel Schier. II. Ivonete Emmerich Pacheco. III. Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Setor
de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.
IV. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



Programa de Pós-Graduação em Saúde
da Criança e do Adolescente – PPGSCA

TERMO DE APROVAÇÃO

A Banca designada pelo Colegiado do Programa **APROVOU** a Dissertação de Mestrado de **IVONETE EMMERICH PACHECO**, intitulada: “PROBLEMAS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE MAFRA-SC”.

A Mestranda pode dar continuidade nos trâmites legais conforme o Regimento do Programa.

Curitiba, 11 de março de 2020.

Prof. Dr. Gustavo Manoel Schier Dória
Professor do Dep. de Medicina Forense e Psiquiatria da UFPR e do PPGSCA

Profa. Dra. Sandra Regina Baggio Muzzolon
Professora do PPGSCA

Profa. Dra. Maria Cristina Antunes
Professora do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná

Prof. Dr. Raffael Massuda
Professor do Dep. de Medicina Forense e Psiquiatria da UFPR

Profa. Dra. Vânia Oliveira de Carvalho
Coordenadora da Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR

À memória de minha mãe, Ivone.

AGRADECIMENTOS

A Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, por acreditarem na proposta deste trabalho.

A Direção, Coordenação, Professores e em especial aos pais e responsáveis pelos alunos do Colégio Mafrense, Centro de Educação Municipal Mafrense e do Centro de Educação Municipal Beija-Flor pelo apoio e pelas respostas aos inventários de avaliação.

Meu especial agradecimento aos adolescentes que efetuaram suas respostas, pois foram à base fundamental que possibilitou a realização deste trabalho. Muito obrigada.

Ao Professor Dr. Gustavo Manoel Schier Dória, pela dedicação, apoio e disposição na orientação.

A Professora Dra. Sandra Regina Baggio Muzzolon pelo apoio em todos os momentos, principalmente naquelas incansáveis horas de digitação dos resultados, por ceder seu espaço físico e também seu espaço no coração.

A Professora Dra. Mônica Nunes Lima Cat, por não medir esforços e realizar a análise estatística, feito com dedicação e apreço.

Ao colegiado do curso de Psicologia da Universidade do Contestado, por serem incentivadores para que este trabalho fosse realizado.

Aos meus alunos do curso de Psicologia da Universidade do Contestado, pois são o motivo para que eu busque melhorar, como professora e pessoa.

A Mestra Hellen Nataly Lagos Guimarães, amiga querida e motivada que me incentivou naquele final de 2016.

Ao meu esposo e também meus familiares, por sempre torcerem por mim.

*“Do rio que tudo arrasta se diz que é violento. Mas
ninguém diz violentas as margens que o comprimem”*

(BERTOLT BRECHT)

RESUMO

O desafio de compreender as alterações comportamentais e emocionais na adolescência é uma tarefa difícil, que necessita de conhecimentos sobre o desenvolvimento biológico, psicológico e social. Nas pesquisas sobre Problemas Emocionais e de Comportamento na infância e na adolescência é de grande auxílio às referências de Achenbach (1991), que caracteriza os problemas emocionais e de comportamento por padrões sintomáticos, que podem ser classificados em dois tipos, denominados por ele como externalizantes e internalizantes. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a frequência de sintomas internalizantes e externalizantes de Adolescentes de uma cidade do sul do Brasil com 56.292 habitantes. Para isso, utilizou-se o *Youth Self Report (YSR)*, instrumento de autorrelato do sistema Achenbach para adolescentes entre 11 e 18 anos, que foram respondidos por 309 adolescentes, de ambos os sexos, de duas escolas públicas e uma particular. Também se utilizou para 65 pais o inventário de avaliação CBCL – *Child Behavior Checklist*. Observou-se frequência significativa de classificação clínica de problemas internalizantes e externalizantes entre os adolescentes, de 38,8% e 16,6%, respectivamente. Na comparação entre os escores obtidos na aplicação das escalas YSR para os adolescentes e CBCL para os pais observou-se que para Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), Problemas Internalizantes ($p < 0,01$) e Total de Problemas ($p = 0,01$), os escores foram maiores no YSR, instrumento próprio para os adolescentes. Na comparação das diferenças dos sintomas internalizantes e externalizantes entre o sexo feminino e masculino, foi verificada a média dos escores de Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$) e Queixas Somáticas ($p < 0,001$), Problemas Sociais ($p = 0,01$) e Problemas de Atenção ($p < 0,01$) maiores no sexo feminino. Conclui-se frequência significativa de problemas internalizantes e externalizantes entre os adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Sintomas internalizantes; Sintomas externalizantes; Depressão; Ansiedade.

ABSTRACT

The challenge of understanding how behavioral and emotional changes in adolescence is a normally difficult task for students to learn various topics, especially about biological, psychological and social development. When you search and develop research on Emotional Problems and Behavior in Childhood and Adolescence, such as Achenbach (1991), which characterizes emotional and behavioral problems by symptomatic patterns, can be very helpful, and was divided by him as externalizing and internalizing problems. This research was aimed at the evaluation of the frequency of internal and external symptoms of adolescents from a southern Brazilian city with 56.292 thousand inhabitants. To verify, use the Youth Self Report (YSR), Achenbach's self-report instrument used in adolescents between 11 and 18 years old, which were answered by 309 adolescents, both sexes, from two public and one private schools. Besides, in order to evaluate their parents (65 were the respondents) the CBCL (Child Behavior Checklist) was used. As the main results we found a significant frequency of clinical symptoms of both internalizing and externalizing problems, 38.8% and 16.6% respectively. Confronting the scores displayed in the application of YSR scales for adolescents and CBCL for parents using anxiety or depression ($p < 0.001$), Internal Problems ($p < 0.01$) and Total Problems ($p = 0.01$), the scores were higher in YSR, the appropriate essay for adolescent's evaluation. When comparing differences between internal and external symptoms between females and males, the mean anxiety/depression scores ($p < 0.001$) and somatic complaints ($p < 0.001$), social problems ($p = 0.01$) and Attention problems ($p < 0.01$) were higher in females. It concludes a significant frequency of internalizing and externalizing problems among adolescents.

Keywords: Adolescence; Internalizing symptoms; Externalizing symptoms; Depression; Anxiety.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – COEFICIENTES DE FIDEDIGNIDADE DE CRONBACH PARA AS ESCALAS DO <i>YOUTH SELF REPORT</i> NOS ADOLESCENTES	49
TABELA 2 - MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO <i>YOUTH SELF REPORT</i> ENTRE OS ADOLESCENTES	49
TABELA 3 – MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO DSM ORIENTADO ENTRE OS ADOLESCENTES	50
TABELA 4 – COEFICIENTES DE FIDEDIGNIDADE DE CRONBACH PARA AS ESCALAS DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> PARA OS PAIS	51
TABELA 5 – MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> PARA OS PAIS	51
TABELA 6 – MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO DSM ORIENTADO ENTRE OS PAIS.....	52
TABELA 7 – COMPARAÇÃO DAS ESCALAS <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA OS ADOLESCENTES E <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> PARA OS PAIS.....	53
TABELA 8 – PORCENTAGEM DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAIS NAS ESCALAS <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA OS ADOLESCENTES E <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> PARA OS PAIS.....	53
TABELA 9 – CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA ADOLESCENTES E <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> PARA OS PAIS.....	54
TABELA 10 – MÉDIAS DAS ESCALAS DO <i>YOUTH SELF REPORT</i> DE ACORDO COM O SEXO DOS ADOLESCENTES	54
TABELA 11 – CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA ADOLESCENTES DE ACORDO COM O SEXO.....	55
TABELA 12 – MÉDIAS DAS ESCALAS DO <i>YOUTH SELF REPORT</i> DE ACORDO COM O SEXO DOS ADOLESCENTES	56

TABELA 13 – CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA ADOLESCENTES DE ACORDO COM O SEXO.....	56
TABELA 14 – COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE AS ESCALAS <i>YOUTH SELF REPORT</i> E DSM ORIENTADO	58

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ASEBA	-	Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do <i>Achenbach</i>
CBCL	-	<i>Child Behavior Checklist</i>
CID-10	-	Classificação Internacional de Doenças
DSM-III	-	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 3ª edição, 1968.
DSM-IV	-	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 3ª edição, 1968 - 4ª edição, 1994
DSM-IV-TR	-	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 3ª edição, 1968. Texto Revisado 2003- 4ª edição, 1994
DSM-5	-	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 2014
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
PEC	-	Problemas Emocionais e de Comportamento
SC	-	Santa Catarina
TDHA	-	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TA	-	Transtorno de Ansiedade
TAG	-	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	-	Transtorno de Ansiedade de Separação
TC	-	Transtorno de Conduta
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOC	-	Transtorno Obsessivo Compulsivo
TDO	-	Transtorno Desafiador Opositor
TD	-	Transtorno Depressivo
TS	-	Transtorno Social
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
YSR	-	<i>Youth Self Report</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 OBJETIVOS	18
1.1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 ADOLESCÊNCIA	19
2.2 PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA - OS SINTOMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES	21
2.2.1 Os Sintomas Internalizantes como Sinais da Depressão na Adolescência	23
2.2.2 Os Sintomas Internalizantes como Sinais da Ansiedade na Adolescência	27
2.2.3 Transtorno Obsessivo Compulsivo em Adolescentes e os Sintomas Internalizantes	33
2.3 PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA – COM SINTOMAS EXTERNALIZANTES	35
2.3.1 Transtornos Disruptivos na Adolescência e os Sintomas Externalizantes	35
2.3.2 Transtorno Desafiador Opositor e os Sintomas Externalizantes	36
2.3.3 Transtorno de Conduta e os Sintomas Externalizantes	38
3 MATERIAL E MÉTODOS	41
3.1 TIPO DO ESTUDO	41
3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO	41
3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	41
3.4 POPULAÇÃO ALVO	41
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	42
3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO	42

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM.....	43
3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	44
3.9.1 Inventário de Autoavaliação para Adolescentes - <i>Youth Self Report</i> (YSR).....	44
3.9.2 Child Behavior Checklist (CBCL).....	44
3.10 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO	46
3.11 TABULAÇÃO DOS DADOS E GERENCIAMENTO DE DADOS.....	46
3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA	46
3.13 ÉTICA EM PESQUISA	47
3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA.....	47
3.15 FOMENTO PARA PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS..	47
4 RESULTADOS.....	48
4.1 ESCALA <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA OS ADOLESCENTES	48
4.2 ESCALA <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> DOS PAIS SOBRE OS ADOLESCENTES	50
4.3 COMPARAÇÃO ENTRE O <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA OS ADOLESCENTES E <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> PARA OS PAIS.....	52
4.4 ESCALA <i>YOUTH SELF REPORT</i> PARA OS ADOLESCENTES DE ACORDO COM AS ESCOLAS DE PROCEDÊNCIA	56
4.5 CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS DO <i>YOUTH SELF REPORT</i> E DSM ORIENTADO	57
5 DISCUSSÃO	59
6 CONCLUSÕES	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE 1 – CARTA AOS PAIS	91
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
APÊNDICE 3 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93

APÊNDICE 4 – ESCALAS DO YSR DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES.....	94
ANEXO 1 – YOUTH SELF REPORT	97
ANEXO 2 – CHILD BEHAVIOR CHECKLIST	101
ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	105

1 INTRODUÇÃO

Compreender as alterações comportamentais e emocionais na adolescência é uma tarefa desafiadora. Patias et al. (2016) listaram motivos para tais dificuldades, considerando a própria escassez, no Brasil, de serviços dedicados à promoção de saúde mental de crianças e adolescentes e também pela dificuldade de abordar estas alterações, pois muitos sintomas confundem-se com comportamentos próprios do adolescente.

A dificuldade de avaliação na adolescência é relatada também por Vinocur e Pereira (2011) quando observaram que o próprio diagnóstico de possíveis transtornos mentais em crianças e adolescentes é um desafio na prática clínica, pela heterogeneidade dos quadros clínicos, peculiaridades diagnósticas, sintomas e por tratar-se de um tema transversal para diferentes especialidades e relacionar-se a uma cultura específica.

No entanto, quando se busca conhecer sobre Problemas Emocionais e de Comportamento (PEC) na infância e na adolescência, apesar de não haver um consenso sobre o conceito, encontra-se em grande parte dos estudos as referências de Achenbach (1991), caracterizando os PEC por padrões sintomáticos, que podem ser classificados em dois tipos, denominados por ele como externalizantes e internalizantes. Quando os problemas comportamentais se apresentam internalizados (pensamentos e/ou sentimentos negativos, como humor deprimido e ansiedade, por exemplo), os mesmos são de reconhecimento mais difícil, permanecendo muitos anos na esfera individual do sofrimento, com pouco impacto para os adultos até que o cumprimento de demandas sociais crescentes se imponha à criança e/ou adolescente. Já os comportamentos externalizantes, tais como a hiperatividade e a agressividade, são trazidos com mais frequência, por serem percebidos com facilidade no meio social (VINOCUR; PEREIRA, 2011).

Os sintomas relativos aos dois tipos de problemas costumam ter início na infância e impactam o desenvolvimento de adolescentes, podendo trazer prejuízos psíquicos e sociais na vida adulta (ROCHA, 2012).

Com considerável valor em pesquisas e utilidade na prática clínica os instrumentos *Child Behavior Checklist (CBCL)* e *YSR (Youth Self Report)* fornecem, por meio de suas escalas, ampla cobertura dos sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e adolescência. O CBCL traz o relato dos pais

sobre as atividades favoritas da criança e/ou adolescente, o grau e a qualidade do envolvimento nas atividades, suas amizades e pode fornecer exemplos concretos das habilidades e dificuldades. Já o YSR é um instrumento de autorrelato em que o próprio adolescente responde as questões sobre si (ACHENBACH, 1991).

O DSM-5 (2014) considera três principais grupos diagnósticos na psiquiatria infantil/adolescência, quais sejam, as desordens emocionais (também descritas como problemas internalizantes), como a depressão, ansiedade, desordens obsessivo-compulsivas e somatização, em que os sinais estão interiorizados nos indivíduos. Outro grupo inclui as desordens de comportamento disruptivo (nomeadas também como problemas externalizantes), tais como a conduta desafiadora excessiva, transtornos de conduta e agressividade a pessoas e animais, além do comportamento transgressor, em que as condutas estão mais dirigidas para o outro. O terceiro grupo é relacionado, principalmente, com os transtornos do desenvolvimento que incluem os problemas de aprendizagem, desordens do espectro autista e a deficiência intelectual (APA, 2014).

Nos últimos anos têm-se aumentado o interesse na área de saúde mental das crianças e dos adolescentes reconhecendo que eles podem vivenciar situações geradoras de prejuízo funcional significativo por terem diagnóstico tardio. Muitas vezes é necessária a compreensão de que nem sempre as dificuldades emocionais e comportamentais são fases transitórias do desenvolvimento normal e podem representar risco para desenvolvimentos de psicopatologias ao longo da vida (COLE, 2008).

Em todo o mundo, estima-se que 10% a 20% dos adolescentes vivenciem PSM, mas permanecem diagnosticados e tratados de forma inadequada. Sinais de transtornos mentais podem ser negligenciados por uma série de razões, tais como a falta de conhecimento ou conscientização sobre saúde mental entre trabalhadores de saúde ou o estigma que os impede de procurar ajuda. Inclusive o suicídio é a terceira principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 19 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

Este é o primeiro estudo referente à saúde mental dos adolescentes na cidade de Mafra – Santa Catarina (SC). Considerando que foram realizados poucos estudos em cidades com este número de habitantes no Brasil, é com esta relevância, pela elevada prevalência de transtornos mentais na adolescência, com significativos prejuízos individuais, familiares e sociais, que se buscou conhecer a

frequência dos sintomas dos adolescentes em uma cidade do interior do sul do Brasil.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever a frequência de problemas internalizantes e externalizantes em adolescentes com idade entre 11 e 18 anos, estudantes de escolas do município de Mafra (SC).

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar as respostas do YSR com a escala orientada pelo DSM-5;
- b) Comparar as diferenças dos sintomas internalizantes e externalizantes entre o sexo feminino e masculino;
- c) Correlacionar as respostas dos pais ao CBCL e pelos adolescentes no YSR.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ADOLESCÊNCIA

Ao abordar o assunto adolescência deve-se considerar, inicialmente, que cada indivíduo possui uma forma particular de vivenciar esse período, dependendo de fatores físicos, emocionais, cognitivos e sociais. O marco inicial da puberdade, que pode ser considerado a ideia principal de transição entre infância e adolescência, não é suficiente para que se tenha uma definição (UNICEF, 2011).

Por vezes, a adolescência é associada a estereótipos negativos criados e propagados culturalmente. Isto ocorre pela perspectiva naturalista que considera esta fase como conflitante, instável e de crises internas e externas (ABERATURY, 1980; KNOBEL, 1981; OSÓRIO, 1992¹ *apud* OZELLA, 2002). Neste aspecto, torna o adolescente um ser desobediente, rebelde e inconstante; dificultando, assim, os estudos que levam em consideração as especificidades desse período transitório repleto de transformações.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) compreende a adolescência - o período dos 12 a 18 anos, podendo ser prorrogado, em casos excepcionais e disposto na lei, até os 21 anos (BRASIL, 1990). No entanto, sabe-se que a definição dessa fase da vida vai, além disso.

A adolescência se configura com características específicas, além de ser repleta de transformações não só físicas, mas psicológicas, emocionais e subjetivas. Esse período é bastante influenciado pelo seu contexto e pelas relações existentes nesse meio, como expôs Sprintahll e Collins (1999), quando falou da importância que os colegas têm no desenvolvimento da adolescência. O grupo de pares, juntamente com a família e a escola, são os principais contextos nos quais os adolescentes desenvolvem suas características pessoais e sociais, úteis para a sua vida adulta.

Comumente, a sociedade não compreende todas as transformações psíquicas, biológicas e sociais que o adolescente enfrenta nessa fase da vida. As várias mudanças e transformações que o acometem, levam a uma reorganização emocional que o torna mais vulnerável às situações de estresse do seu contexto.

¹ OSÓRIO, LC. Adolescência hoje. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1992. 103 p.

Dessa forma, a depressão e/ou ansiedade ocorrem com maior frequência (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017).

A adolescência é vista como uma construção social que tem suas repercussões na subjetividade e no desenvolvimento do homem moderno e não como um período natural do desenvolvimento. É um momento interpretado e construído pelos homens. Estão associadas a ela marcas no desenvolvimento do corpo e essas marcas constituem também a adolescência como um fenômeno social, mas o fato de existirem não devem fazer da adolescência um fato natural. Apesar de apresentar características biológicas em desenvolvimento, essa fase é produzida socialmente, a partir da interação do homem com o mundo que o rodeia e da sua ação transformadora (BOCK, 2004).

Nessa fase, o adolescente deixa de ser considerado como um “não-adulto” ou “não-criança”, e torna-se sujeito ativo, que age sobre o seu meio, ao mesmo tempo em que é influenciado por este. Ozella e Aguiar (2008), por meio de uma pesquisa com jovens a fim de perceber como estes concebem a adolescência, identificaram em algumas considerações a preocupação com a responsabilidade no futuro (vida adulta). Porém, os significados dados a esta responsabilidade são múltiplos, diferindo a partir de gênero, classe social e etnia, o que confirma a necessidade de compreender a adolescência por meio de uma perspectiva que considere a pluralidade que engloba esse conceito, bem como a própria maneira do jovem ser/estar no mundo.

A busca do jovem por vivenciar a adolescência de acordo com padrões preestabelecidos pela sociedade cria uma “cultura juvenil” em cada geração, dotada de valores, características singulares, hábitos, modas e afins que, apesar de serem próprios de uma época, são influenciados pelo percurso histórico (OLIVEIRA, 2006).

A adolescência também é caracterizada como uma fase de busca pela identidade própria. Mesmo sabendo que esta já está sendo construída desde a infância, esse estereótipo continua sendo propagado e incutido nos jovens, tornando-se um dos maiores dilemas desse período. Todas as mudanças e influências vivenciadas durante a adolescência ocasionam mudanças na qualidade de vida desses sujeitos (LIMA, 2019).

A pressão social exercida sobre o jovem ocasiona, muitas vezes, a perda ou diminuição de sua qualidade de vida. Cobranças como ingresso no ensino superior, construção de uma família ou independência, podem ser vistos pelo adolescente

como eventos estressores, causadores de desequilíbrios emocionais. Uma pesquisa realizada por Ozella e Aguiar (2008) demonstrou que, esses eventos estressores, apesar de não serem homogêneos entre todos os adolescentes, os atingem de uma maneira preocupante.

Freire e Tavares (2010) destacaram também o quanto a subjetividade e o individualismo presente na sociedade contemporânea podem agravar esse mal-estar nos sujeitos, pois, dá a ideia de que todas as suas conquistas dependem essencialmente dele, desconsiderando seu contexto, traumas e desafios subjetivos. A partir desse pressuposto, ressalta-se a importância de promover a saúde mental na adolescência, visto que esta é uma etapa do desenvolvimento relevante, repleta de significações e sentimentos.

2.2 PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA - OS SINTOMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES

A literatura apresenta diferentes propostas para compreender e classificar os problemas de comportamentos na adolescência. Thomas Achenbach, desenvolveu o Sistema Achenbach de Avaliação Baseada em Evidências (ASEBA), o qual propõe que os problemas de comportamento podem ser classificados como internalizantes ou externalizantes (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). O sistema Achenbach possibilita conhecer a frequência de PSM e transtornos psiquiátricos sublimiães.

Os problemas de comportamento na infância e na adolescência são definidos por condutas socialmente inadequadas que prejudicam o relacionamento interpessoal, seja com os pares, seja com os adultos (TURINI; BOLSONI-SILVA; DEL PRETTE, 2003).

Estudos apontam para a alta prevalência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes (ANSEMI et al., 2010; FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004) e para o impacto negativo que estes comportamentos podem ter ao longo do desenvolvimento, prejudicando sua vida adulta (HOMEM et al., 2013).

Os problemas internalizantes podem ser observados quando há excesso de preocupação, isolamento social, tristeza, timidez, insegurança e medos. Já os problemas externalizantes são caracterizados pela impulsividade, agressões físicas ou verbais, agitação, provocações e comportamentos opostos (EMERICH et al., 2012).

Os problemas de comportamento externalizantes compõem algumas das principais características dos comportamentos antissociais (APA, 2014) e por esse motivo, muitas vezes, são entendidos como sinônimos (PACHECO et al., 2005).

Rutter (1992) definiu os comportamentos antissociais como as manifestações que violam as normas sociais. Indivíduos com comportamentos antissociais apresentam comportamentos externalizantes, tais como agressividade, desobediência, atitude desafiante e opositora, dificuldade de controle dos impulsos, roubos, fugas, entre outros. Quando intensos e persistentes estes comportamentos podem evoluir, ao longo do desenvolvimento, para o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO), para o Transtorno de Conduta (TC) ou ainda, em adultos, para o Transtorno de Personalidade Antissocial (BORSA; PACHECO; HAUCK, 2013).

Os sintomas externalizantes apresentam alta prevalência em crianças brasileiras (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004) e de outros contextos culturais (SAMARAKKODY et al., 2012). Especificamente, o comportamento agressivo é um tipo de comportamento externalizante que tem sido amplamente discutido na psicologia e que pode ser descrito como um ato ou conduta que visa causar algum dano físico ou psicológico a alguém ou a um grupo de pessoas (BORSA; NUNES, 2011; BORSA; TIELLET; NUNES, 2011; BORSA; PACHECO; HAUCK FILHO, 2013).

Achenbach (1991) descreveu outro tipo de problema de comportamento externalizante comum em crianças e adolescentes, denominado comportamento de quebrar regras. Este é caracterizado por condutas socialmente indesejáveis que violam ou se opõem às normas e regras sociais. São exemplos destes comportamentos o vandalismo, o abuso de álcool e drogas, furtos e mentiras.

Os comportamentos agressivos e de quebrar regras possuem certas semelhanças entre si, pois se manifestam a partir da relação com o meio, envolvem comportamentos socialmente indesejáveis e, quando são intensos e persistentes, tendem a ter repercussões negativas ao longo do desenvolvimento (ACHENBACH, 1991).

Sobretudo, estes sintomas são frequentes durante a adolescência, porque as mudanças e processos de adaptação que eles enfrentam durante esse estágio de desenvolvimento podem ser emocionalmente angustiantes e expressos como problemas comportamentais, afetando o bem-estar e os relacionamentos pessoais com outras pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As alterações comportamentais e emocionais na adolescência podem ter origens diversas. Na atualidade verificam-se mudanças em várias esferas. Melo et al. (2017) destacou algumas mudanças no perfil do adolescente salientando que os jovens se tornam cada vez mais aptos a pensar de forma abstrata e vão adquirindo uma maneira mais flexível de lidar com a realidade, por meio do levantamento e do teste de hipóteses. Adquirem, ainda, a capacidade de metacognição, ou seja, de “pensar sobre o que estão pensando”. A isso, soma-se, uma capacidade de memória crescente, colocando à disposição do indivíduo um banco de informações cada vez maior e um aprimoramento das funções executivas, auxiliando nas tomadas de decisão, no controle de respostas impulsivas e no gerenciamento de toda essa memória acumulada (MELO et al., 2017).

A partir da perspectiva empiricamente baseada de classificação, Achenbach desenvolveu uma série de instrumentos para avaliação de problemas de comportamento em indivíduos de diferentes faixas etárias e destinados a diferentes tipos de informantes. O mais conhecido é o CBCL, desenvolvido para avaliar a competência social, os PEC de crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos a partir da resposta de pais, mães e outros cuidadores. Também amplamente utilizado, o YSR é a versão de autorrelato destinada a avaliar os problemas de comportamento e de competência social de adolescentes entre 11 e 18 anos (BORDIN et al., 2013).

Observar os sintomas internalizantes e/ou externalizantes pode ser um auxílio no diagnóstico das principais patologias que afetam os adolescentes, como os transtornos depressivos, ansiosos, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDHA) e os transtornos disruptivos.

2.2.1 Os Sintomas Internalizantes como Sinais da Depressão na Adolescência

A depressão pode ser abordada sob várias perspectivas: a) a perspectiva biológica remete às questões neurogenéticas, que implicam o aspecto diagnóstico terapêutico; b) a perspectiva sociológica ou racional, que leva em conta manifestações de um prisma social, interpessoal e as condições ambientais; c) a perspectiva psicológica ou psicodinâmica, que envolve aspectos do afeto primário do indivíduo como pertencendo a uma fase do desenvolvimento psicosssexual ou como fazendo parte da história vital, vida pregressa e vicissitudes de suas experiências prévias; d) a perspectiva integrada, que envolve todos esses fatores e parece ser a mais esclarecedora (SALLE; SEGAL; SUKIENNIK, 1996).

Tristeza e infelicidade são componentes da experiência humana normal, principalmente quando sucedem perdas ou frustrações. Algumas vezes, no entanto, esses sentimentos são tão intensos e persistentes que os indivíduos se tornam incapazes de serem funcionais em seu nível habitual. É nessas situações que os rótulos de “depressão clínica”, “depressão maior”, “doença depressiva”, ou “melancolia” são aplicados (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

As pessoas queixam-se de se sentirem “deprimidas”, com o significado de se sentirem infelizes, tristes, ou “para baixo”. A questão é diferenciar a depressão clínica por um lado, dos altos e baixos normais da vida do adolescente, e por outro lado, de condições que podem mimetizar a depressão. Uma das preocupações quando há o diagnóstico de depressão é: como podemos distinguir um comportamento normal de adolescente de um quadro depressivo na juventude? Isso ocorre porque adolescentes geralmente descrevem como normal estarem amargurados, irritáveis, anedônicos ou entediados (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

A prevalência da depressão varia, dependendo da população (por exemplo, de um país), do período considerado (p.ex. último trimestre, último ano, ao longo da vida), do informante (cuidadores, pacientes) e dos critérios usados para o diagnóstico. A maioria dos estudos aponta entre 1% e 2% de prevalência para pré-púberes e cerca de 5% para adolescentes, para um quadro depressivo clinicamente significativo em qualquer período. A prevalência acumulada (acúmulo de casos novos em indivíduos sem histórico ao longo da vida, ou prevalência ao longo da vida) é maior. Por exemplo, por volta dos 16 anos, 12% dos adolescentes do sexo feminino e 7% do sexo masculino apresentaram algum episódio depressivo ao longo da vida (COSTELLO et al., 2003).

A depressão impõe uma carga substancial ao indivíduo que sofre dessa condição, assim como para a sociedade como um todo. Relacionamentos interpessoais, particularmente, sofrem mais quando alguém está deprimido – poucas famílias e amigos podem não ser atingidos pela depressão (OMS, 2018).

A depressão tende a progredir para um curso crônico ou doença recorrente, caso não tratada. Os dados específicos sobre a carga econômica da depressão na infância são atualmente indisponíveis. Entretanto, considerando a continuidade da doença na idade adulta, tal carga tende a ser substancial. Por exemplo, um estudo estimou que numa amostra randomizada de 531 mulheres de 21 anos com quadro

depressivo de início precoce poderia almejar remunerações futuras por volta de 12 a 18% mais baixas do que mulheres de 21 anos cujo quadro depressivo iniciou após os 21 anos ou sem depressão (BERNDT et al., 2000).

Pacientes deprimidos podem demonstrar sintomas clínicos em qualquer idade; entretanto, o padrão varia de acordo com o estágio de desenvolvimento, resultando em diferenças nas manifestações da própria doença no curso da vida. O início precoce está associado a indicadores múltiplos de maior carga de doença ao longo da idade adulta, através de vários domínios, como nunca ter casado, funcionamento social e ocupacional, menor qualidade de vida, mais comorbidades clínicas e psiquiátricas, mais episódios depressivos ao longo da vida e tentativas de suicídio, e maior gravidade dos sintomas (BERNDT et al., 2000).

Ainda que para fazer o diagnóstico clínico de depressão sejam necessários sintomas diariamente presentes, na maior parte do dia e por pelo menos duas semanas, os adolescentes, particularmente os que sofrem de depressão leve ou moderada, geralmente têm afeto reativo e podem, com esforço, esconder seus sintomas (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

O curso é semelhante ao que acontece com adultos, a depressão na juventude apresenta-se com um padrão de recorrência. Um episódio depressivo em pacientes em tratamento clínico dura, em média, de 7 a 9 meses. No entanto, episódios depressivos são, na sua média, condições de remissão espontânea. Contrariamente, há 40% de probabilidade de recorrência dentro de 2 anos. Recorrência é alta mesmo após tratamento. Por exemplo, 196 participantes de um seguimento de 5 anos do “*Treatment of Adolescent Depression Study*”, sendo 110 do sexo feminino e 86 do sexo masculino, mostraram que, apesar de a imensa maioria (96%) recuperarem do primeiro episódio, quase metade (46%) apresentou recorrência após 5 anos (CURRY et al., 2010).

Segundo Birmaher et al. (1996), a chance de novos episódios na idade adulta é de até 60%. Neste sentido, a doença depressiva deveria ser conceitualizada como um transtorno com remissões e recorrências. Pois isso promove implicações importantes no manejo, cujo objetivo deve ser não apenas de reduzir a duração do episódio recorrente e diminuir consequências, mas também prevenir tais recorrências.

Os preditores de recorrência incluem: pouca resposta ao tratamento, maior gravidade, cronicidade, episódios prévios, presença de comorbidades,

desesperança, estilo cognitivo negativo, problemas familiares, pior condição socioeconômica e exposição a abuso ou a conflito familiar (CURRY et al., 2010).

Como já citado, a depressão pode advir de causas diversas e, por isso, é necessário compreender todo o contexto e histórico de vida do adolescente para identificar os possíveis fatores de risco que acarretaram a doença. Problemas em casa, *bullying*, fracasso escolar, pressão psicológica por "perfeição", desrespeito ou agressões podem ser considerados gatilhos para que a depressão surja e/ou se intensifique (SANTOS, 2017).

Para implementar medidas de intervenção da depressão na adolescência, Erse et al. (2016) apontaram para a necessidade de averiguar quais os fatores que potencializam comportamento suicidário, a fim de identificar a melhor maneira de resolver e melhorar o desenvolvimento e interação do adolescente em todos os âmbitos de seu contexto social.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), o suicídio é uma das cinco principais causas de morte no mundo. A conduta suicida (suicídio, tentativa e/ou comportamentos autolesivos), atingem principalmente os adolescentes, sendo uma forma de expressar a dor psicológica profunda que sentem (ERSE et al., 2016).

Vários estudos vêm sendo feitos para compreender a ideação suicida e principalmente sua forte presença na adolescência (PFEFFER, 1985² *apud* AZEVEDO; MATOS, 2014), indicando que essa ideação pode prever comportamentos mais graves e deve ser cessada logo no início.

Uma pesquisa realizada por Azevedo e Matos (2014) contou com 233 alunos de escolas de Portugal com idade entre 14 e 18 anos, a fim de averiguar a relação entre sintomatologia depressiva e ideação suicida. Para sua realização, foram utilizados como instrumentos o Inventário de Depressão para Crianças e a Escala de Ideação Suicida. Obteve-se como resultado que 26 dos 233 adolescentes apresentaram ideação suicida (11,1%). Deste, 20 eram do sexo feminino. No que diz respeito a sintomatologia depressiva, 35 dos 233 adolescentes pontuaram acima do ponto de corte, indicando a presença de sintomatologia depressiva (15,0%). Destes,

² Pfeffer, C. Self-destructive behavior in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 8, 215-226, 1985.

26 eram mulheres. Também foi constatado que, quando mais elevada a sintomatologia depressiva, maiores os níveis de ideação suicida nos adolescentes.

Depressão e comportamento suicida são uma das principais causas de morte em adolescentes no mundo. Para cada suicídio efetivado em adolescentes, há cerca de 100 tentativas documentadas. Pensamentos suicidas são comuns entre os jovens; cerca de um sexto das jovens entre 12 e 16 anos refere algum pensamento nos últimos 6 meses e cerca de um em cada dez rapazes (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

Transtornos psiquiátricos, geralmente comórbidos com depressão, incluem transtornos de ansiedade, problemas de conduta, TDHA, TOC e dificuldades de aprendizagem. Um estudo epidemiológico (COSTELLO et al., 2003) mostrou que em um período de 3 meses, 28% dos jovens diagnosticados com transtorno depressivo também tinham transtorno de ansiedade, 7% TDHA, 3% TC, 3% TDO e 1% transtorno por uso de substâncias.

A ligação entre depressão e ansiedade já é bem conhecida porque sintomas de ambos geralmente coexistem e os indivíduos frequentemente vivenciam episódios depressivos e ansiosos em momentos diferentes ao longo da vida. Passar por um episódio depressivo não só aumenta as chances de próximos episódios depressivos, mas também de episódios ansiosos (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

Depressão é frequentemente comórbida de transtorno de estresse pós-traumático. Adolescentes são vulneráveis a depressão e suicídio durante o ano seguinte ao evento traumático. Os mecanismos incluem a chamada culpa do sobrevivente (em que os outros vieram a óbito ou sofreram danos graves), luto complicado, problemas em gerenciar tarefas cotidianas devido a concentração prejudicada, memórias intrusivas do trauma e desconforto causado por sintomas crônicos de ansiedade. Outras complicações psiquiátricas do estresse traumático que podem interagir com depressão incluem transtorno de pânico, outros transtornos de ansiedade, comportamentos disruptivos, transtorno dissociativo e uso de substâncias (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

2.2.2 Os Sintomas Internalizantes como Sinais da Ansiedade na Adolescência

Ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo

desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma em determinada faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo (CASTILLO et al., 2000).

Os transtornos de ansiedade são provavelmente a psicopatologia mais comum na juventude, tendo prevalência estimada variando de 5% a 25%, mundialmente, sendo que apenas uma porcentagem inferior à prevalência recebe tratamento (BOYD et al., 2000; COSTELLO et al., 2003).

A maioria dos transtornos de ansiedade pediátricos possuem os mesmos critérios diagnósticos que em adultos, exceto o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), atualmente classificado pela Classificação Internacional de Doenças (CID) ou DSM como um dos transtornos frequentemente diagnosticados na infância ou adolescência (KRAIN et al., 2007).

O TAG é caracterizado como reação anormal a uma separação de um ente bem próximo, separação esta que pode ser real ou imaginária, e que interfere significativamente nas atividades diárias e no desenvolvimento do indivíduo. Para se enquadrar nos critérios diagnósticos do DSM, a ansiedade deve estar além do esperado para o nível de desenvolvimento da criança, durar mais de quatro semanas, começar antes dos 18 anos e causar sofrimento ou prejuízo significativos (APA, 2014).

O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) computa aproximadamente metade dos encaminhamentos entre todos transtornos de ansiedade (CARTWRIGHT-HATTON, 2006).

O TAS pode causar marcado sofrimento e prejuízo, podendo, também, levar a várias consequências psicossociais, e é preditivo de transtornos psiquiátricos adultos, especialmente transtorno do pânico. Apesar disto, o transtorno raramente tem sido estudado, e crianças não são usualmente avaliadas clinicamente até o TAS resultar em recusa escolar ou sintomas somáticos. Existem três características chaves do TAS: medos excessivos e persistentes ou preocupações antes e no momento da separação; sintomas comportamentais e somáticos antes, durante e depois da separação; e evitação persistente ou tentativas de escapar da situação de separação (APA, 2014).

Adolescentes com TAS têm queixas físicas mais frequentes nos dias de escola. Os sintomas de ansiedade de separação aparecem mais frequentemente em situações como mudança de escola, início de um novo período escolar (depois das férias de verão, ou ao iniciar o ensino médio), mudança de amigos, ao experimentar eventos adversos, como ser alvo de bullying, ou ao sofrer de enfermidade médica (FIGUEROA et al., 2015).

Os critérios diagnósticos para TAS incluem: presença de pelo menos 3 dos 8 sintomas de ansiedade possíveis que aparecem durante situações de separação (ex.: separação de casa ou dos pais/responsáveis, medo de se perder ou medo de um possível dano acontecer às pessoas próximas; relutância ou recusa em ir à escola, ou ficar sozinho ou ficar sem os pais/responsáveis, entre outros). Os sintomas devem estar presentes durante as últimas quatro semanas e devem começar antes dos 18 anos de idade. Causam pelo menos prejuízo moderado e não são melhor explicados por outro transtorno psiquiátrico (FIGUEROA et al., 2015).

A prevalência é de 3% a 5% em crianças e adolescentes, e decresce com o aumento da idade (COSTELLO; ERKANLI; ANGOLD, 2006). Em um estudo de pesquisa de comorbidade nacional, Kessler et al. (2011) descobriram que os transtornos de ansiedade são os tipos de transtornos mais comuns de maneira geral (seguido de transtornos de comportamento, humor e transtornos por uso de substâncias), e que o TAS era o transtorno de ansiedade mais comum em crianças, mas apenas o sétimo mais comum durante a vida, por ser frequentemente solucionado antes da adolescência.

Outros pesquisadores sugerem que o TAS aumenta a vulnerabilidade para um amplo espectro de transtornos de ansiedade e de humor. Aproximadamente um terço dos casos infantis de TAS persiste na idade adulta se não tratado (SHEAR et al., 2006).

De acordo com o *Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study*, estudo multimodal de ansiedade da criança e do adolescente, os preditores de remissão são: menor idade, *status* não minoritário, baixa gravidade da ansiedade basal, ausência de outros transtornos internalizantes (ex.: ansiedade, depressão) e ausência de fobia social. Muitos estudos têm achado que a prevalência de TAS em adultos é em torno de 6%, até maior que o TAS infantil. De acordo com um estudo, mais de 70% dos casos adultos de TAS começam na infância; então esta poderia

ser uma condição muito mais comum do que se imaginava anteriormente (SHEAR et al., 2006).

Há um amplo consenso de que a interação entre diferentes fatores, biológicos e ambientais, aumenta o risco de transtornos de ansiedade. Por exemplo, a interação entre uma mãe com pouca tolerância à ansiedade e uma criança com inibição comportamental aumenta a probabilidade de resultar em ansiedade na criança. Também é comum que crianças com TAS também se apresentem com outros transtornos de ansiedade ou outras condições como depressão ou transtornos disruptivos (KRAIN et al., 2007).

A ansiedade de separação pode ser abalizada como um transtorno no momento em que ela passa a ser inadequada para o nível de desenvolvimento ou na situação em que influencia negativamente no dia a dia e no desempenho do adolescente (SUEVEG; ASCHENBRAND; KENDALL, 2005; CAIRES; SHINOHARA, 2010).

Os adolescentes, nos momentos em que se encontram sozinhos, acabam tendo medo que algo ruim aconteça a si mesmos ou ainda aos seus pais. Os medos mais recorrentemente encontrados são os de acidentes, sequestros, assaltos ou também doenças que resultem no afastamento definitivos dos pais ou responsáveis (XIMENES, 2011).

As crianças e também adolescentes que sofrem com o referido quadro, não são capazes de dormir sozinhos, resistindo ao sono, entendendo que até o sono causa uma separação ou a perda de controle. Recorrentemente, apontam que tiveram pesadelos permeados por esses temores de separação. Quando existe a elevação desses sintomas, não são capazes de se afastar dos seus pais, até mesmo não saindo de casa. A recusa de frequentar a escola também é frequente em muitos pacientes. O adolescente acometido possui a vontade de frequentar a escola, até consegue se adaptar à ideia, entretanto deixa claro um forte sofrimento no momento de sair de casa (XIMENES, 2011).

Nas situações onde a criança acaba notando que os seus pais vão se ausentar ou no instante em que o afastamento acaba acontecendo de verdade, os sintomas físicos acabam se manifestando, podendo ser dor abdominal, dor de cabeça, náuseas e até mesmo vômitos. No caso dos adolescentes, eles podem apresentar até mesmo alguns sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, tontura e ainda sensações de desmaio. Os referidos sintomas acometem a

autonomia do indivíduo, isso porque limitam significativamente as suas relações e desejos, resultando em elevado nível de estresse pessoal e familiar. É possível ainda que surjam sentimentos de humilhação e de grande medo, com conseqüente baixa autoestima e possível evolução para algum transtorno do humor (CASTILLO et al., 2000).

A ocorrência de protestos ou acessos de raiva, pouca concentração e apatia são mais evidenciados em crianças com idades entre 9 e 12 anos. Queixas somáticas e perda da vontade de frequentar a escola são sintomas mais habituais em adolescentes. Não foi averiguado uma distinção significativa dos referidos sintomas entre adolescentes do sexo masculino ou feminino (VIANNA; CAMPOS; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2009).

Com relação ao TAG, esse pode ficar evidente através da existência de elevada preocupação (expectativa em excesso), sendo evidente na maior parte dos dias em um prazo de tempo de ao menos 6 meses (CAIRES; SHINOHARA, 2010).

No caso de adolescentes acometidos pelo TAG, a ansiedade e a preocupação normalmente prejudicam a qualidade de seu desempenho escolar ou eventos esportivos, mesmo em situações onde não estão sendo avaliados. Pode existir, ainda, preocupação desproporcional com a pontualidade. Estes indivíduos são caracterizados pelo excesso de perfeccionismo e cheios de inseguranças, normalmente refazendo as suas atividades por conta da sua grande autoexigência com seu desempenho, precisando ser perfeito em tudo o que faz (APA, 2014).

Para que os critérios de diagnóstico sejam preenchidos, o TAG ainda precisa deixar evidente ao menos três dos seis sintomas físicos, assim como a inquietação, fadigabilidade, problemas para se concentrar, grande irritabilidade, maior tensão muscular ou também perturbações do sono. Salienta-se que esse quadro não é conseqüente da ingestão ou do abuso de qualquer tipo de substância, de alguma condição médica geral ou por situações notadas especialmente no decorrer do curso de transtorno de humor, transtorno psicótico ou de transtorno global do desenvolvimento. A apresentação de um diagnóstico no caso de crianças e adolescentes é diferente dos adultos no tocante aos sintomas físicos, sendo fundamental então a existência de somente um sintoma somático para a confirmação do diagnóstico nesses indivíduos (APA, 2014).

Ainda no caso de crianças e adolescentes acometidos pela TAG, eles acabam sendo apontados como “miniadultos” por conta de sua elevada

preocupação com compromissos, por conta de seu rígido respeito às regras ou de suas perguntas no âmbito dos perigos consequentes das mais inúmeras situações. Essas referidas preocupações peculiares do indivíduo acometido pela TAG prejudicam o diagnóstico adequado desse transtorno, pois os pais ou responsáveis normalmente não dão valor a esse tipo de preocupação, não entendendo direito a existência desses sintomas da forma que deveria (KENDALL; KRAIN; TREADWELL, 1999).

O transtorno de pânico (TP) pode ser caracterizado pela ocorrência de ataques de pânico constantes que acabam sendo formados por uma sensação de medo ou mal estar extremamente elevado, ocorrendo também sintomas físicos e cognitivos, onde esses começam bruscamente, atingindo a intensidade mais elevada em até 10 minutos. Os referidos ataques resultam em elevadas preocupações que persistem ou na ocorrência de alterações relevantes de comportamento no que diz respeito à possibilidade de que aconteça novos ataques de ansiedade (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

Os sinais mais evidentes apresentam grande intensidade, tendo ainda rápidos sintomas fisiológicos de ansiedade, assim como também existe um medo secundário de morte, assim como de perder o controle ou de enlouquecer, tendo como consequência uma possível esquiva fóbica e medo incessante da ocorrência de novos ataques (KING et al., 2007; STALLARD, 2010).

O TP ocorre duas vezes mais entre mulheres e normalmente começa na fase final da adolescência, entre os 18 e 30 anos; pouquíssimas vezes ocorrem casos durante a infância (KESSLER et al., 2011). Na maior parte das ocasiões, as crianças com menos de 9 anos não são capazes cognitivamente de compreender o perigo dos sintomas físicos. A referida capacidade se associa ao favorecimento da catastrofização dos sintomas de pânico, possivelmente explicando assim a baixa recorrência em crianças (KISSACK; LEÓN, 2005).

Normalmente as crianças tendem a dar mais ênfase aos sintomas somáticos ou a expressarem o pânico como ansiedade de separação aguda (SYLVESTER, 2000). No caso das crianças, existem evidências de algumas reações fisiológicas, tais como hiperventilação, mesmo que em muitos casos elas não evidenciem a presença de sintomas cognitivos, tais como o medo de morrer ou de não ter mais o controle de sua vida, elementos fundamentais para que seja diagnosticada em adultos (ASBAHR; ITO, 1998). Diferentes pesquisas evidenciam que inúmeros

adultos acometidos pelo TP evidenciam os seus primeiros sintomas ainda durante a infância ou quando adolescentes (TEIXEIRA, 2006).

O Transtorno de Ansiedade Social (TS), também conhecido como fobia social, é um transtorno de ansiedade caracterizado por medo acentuado e persistente de uma ou mais situações sociais ou de desempenho, nas quais o indivíduo é exposto a pessoas estranhas ou ao possível escrutínio por outras pessoas (APA, 2014). O indivíduo teme agir de um modo que lhe seja humilhante ou embaraçoso e as situações fóbicas são evitadas ou enfrentadas com intensa ansiedade e sofrimento (APA, 2014).

O TS é um transtorno psiquiátrico comum na infância e na adolescência, com algumas características específicas nessa faixa etária, e já foi associado com importantes prejuízos sociais, ocupacionais e familiares, além de predispor ao uso de drogas e ao desenvolvimento de depressão e de outros transtornos de ansiedade (PINE et al., 1998; STEIN et al., 2001). Diversas modalidades de tratamento tanto psicoterápicas quanto farmacológicas vêm sendo utilizadas no tratamento do TS na infância e na adolescência associado a psicoterapia.

Os TS na infância e na adolescência têm sido descritos como um transtorno psiquiátrico prevalente, incapacitante e associado com prejuízos importantes ao longo do desenvolvimento do indivíduo (ISOLAN; PHEULA; MANFRO, 2006).

2.2.3 Transtorno Obsessivo Compulsivo em Adolescentes e os Sintomas Internalizantes

O Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões ou compulsões que consomem tempo (pelo menos uma hora por dia), causam aflições ou interferem com a vida do paciente ou com a de sua família. Obsessões são ideias, imagens, medos, pensamentos ou preocupações intrusivas, não desejadas e que são sentidas como desconfortáveis, desagradáveis, estressantes ou causadoras de ansiedade. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais pretendidos para ignorar, diminuir ou eliminar a ansiedade ou aflição causada por pensamentos obsessivos. Compulsões usualmente são realizadas de acordo com certas regras que o paciente se sente impulsionado a seguir (APA, 2014).

Sintomas obsessivos-compulsivos variam consideravelmente não apenas de paciente para paciente, mas também no mesmo paciente durante o tempo. Apesar

dessa variação, alguns sintomas são mais frequentes do que outros. Embora existam muitas semelhanças na apresentação clínica ao longo da vida, crianças e adolescentes com TOC também apresentam características específicas. Por exemplo, quanto mais jovem o paciente, maior é a probabilidade de ter compulsões sem obsessões (ROSARIO-CAMPOS et al., 2001).

Não existe consenso sobre a melhor forma de definir a idade de início do quadro; alguns autores a definem como a idade na qual os sintomas começam (ROSÁRIO-CAMPOS et al., 2001), enquanto outros a definem como sendo a idade na qual os sintomas começam a interferir com o funcionamento normal (TÜRKEK et al., 2005).

Além disso, não existe concordância sobre o ponto de corte para a idade do subtipo início precoce; pontos de corte nas idades de 10, 14 ou 18 foram propostos (ROSARIO-CAMPOS et al., 2001). Um estudo sobre comorbidade em 330 pacientes com TOC trouxe alguma luz sobre essa questão; os autores relataram que incluir a idade de início dos sintomas na análise como uma variável contínua foi mais informativa e que 10 e 17 anos foram pontos de corte apropriados para os subgrupos com sintomas de início precoce ou tardio, respectivamente (DE MATHIS et al., 2009).

A idade de início do quadro é importante, porque existe uma crescente evidência que TOC de início precoce pode representar um subtipo distinto de transtorno. Estudos prévios mostraram que adultos que apresentaram quadro clínico precoce tinham doença de maior gravidade e persistência de sintomas, podendo ser menos responsivos ao tratamento. Além disso, sintomas precoces foram associados a menor número de obsessões, mais compulsões semelhantes a tique, mais fenômenos sensoriais e maior taxa de comorbidades (ROSARIO-CAMPOS et al., 2001; DE MATHIS et al., 2009).

Similarmente aos adultos com TOC, 60 a 80% das crianças e adolescentes afetados possuem uma ou mais comorbidades psiquiátricas. Algumas das mais comuns são transtorno de tique, TDAH, outros transtornos de ansiedade, transtornos de humor e alimentares (GELLER, 2006).

A associação entre TOC e transtorno de tique é o mais surpreendente. Crianças com TOC possuem taxas relatadas de tiques variando de 20 a 59% em comparação a 9% e 6%, respectivamente, em adolescentes e adultos. Similarmente, 48% de adultos com TOC de início precoce possuem tiques ou a síndrome de

Tourette, comparado com 10% daqueles com início tardio (ROSARIO-CAMPOS et al., 2001).

O impacto dessa associação levou alguns a descreverem um subgrupo “TOC relacionado a tique”, caracterizado por maior risco de transmissão de TOC subclínico e tiques entre parentes de primeiro grau dos probandos com TOC, maior frequência masculina, idade precoce de início e uma resposta diferente ao tratamento (ROSARIO et al., 2008). Além disso, existe um grupo de transtornos que parece representar um contínuo (pensamentos intrusivos, ansiedade e comportamentos repetitivos) que compartilham mecanismos genéticos e fisiopatológicos com o TOC. Esses transtornos foram nomeados de transtornos do espectro obsessivo-compulsivo e incluem TOC, transtorno dismórfico corporal, transtornos de tique, tricotilomania e transtornos do controle dos impulsos (BIEVENU et al., 2012).

2.3 PROBLEMAS EMOCIONAIS E DE COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA – COM SINTOMAS EXTERNALIZANTES

2.3.1 Transtornos Disruptivos na Adolescência e os Sintomas Externalizantes

O DSM-5 incluiu o TC e o TDO para um novo capítulo que também contém Transtorno de Personalidade Antissocial, Piromania e Cleptomania. As características essenciais de diagnóstico do TC permanecem inalteradas no DSM-5 — um padrão repetitivo e persistente de comportamento no qual os direitos básicos dos outros ou importantes regras sociais são violadas, como evidenciado pela presença de pelo menos três dos 15 critérios (quase idênticos aos do DSM-IV) nos últimos 12 meses. Havia dois subtipos de TC no DSM-IV, dependendo se o início tinha sido durante a infância ou na adolescência (APA, 2014).

Transtornos de comportamento disruptivos são comuns e associados a prejuízos significativos tanto para as crianças quanto para suas famílias, e com uma miríade de desenlaces de ajuste negativos no desenvolvimento posterior (FORD; GOODMAN; MELTZER, 2003; COSTELLO et al., 2003; KIM-COHEN et al., 2005; BURKE et al., 2005; COPELAND et al., 2009).

Problemas de comportamento disruptivo também estão associados com maior custo para a sociedade. Estima-se que os gastos, até a idade de 28 anos,

associados a indivíduos com comportamentos antissociais na infância são pelo menos dez vezes maiores do que em indivíduos não-antissociais (SCOTT et al., 2001).

2.3.2 Transtorno Desafiador Opositor e os Sintomas Externalizantes

Os critérios para o TDO não mudaram substancialmente no DSM-5 comparado ao DSM-IV. Para destacar que TDO tem, tanto sintomatologia emocional e comportamental, os critérios são agora agrupados em: humor irritado/irritável; comportamento argumentativo/desafiante e comportamento vingativo (MACHADO et al., 2015).

Outra mudança no DSM-5 foi feita para especificar a frequência necessária para um comportamento ser considerado sintoma de TDO — dado que muitos comportamentos associados ao TDO ocorrem comumente em desenvolvimento normal de crianças e adolescentes. Para as crianças menores de 5 anos de idade, o comportamento deve ocorrer na maioria dos dias por um período de pelo menos seis meses. Para os indivíduos com 5 anos ou mais de idade, o comportamento deve ocorrer pelo menos uma vez por semana, durante pelo menos seis meses. A alteração acrescenta uma classificação de gravidade dos critérios para refletir pesquisas mostrando que, embora as crianças que apresentam sintomas de TDO em apenas um cenário corram o risco de prejuízos atuais e futuros, o grau de ocorrência dos sintomas em diferentes cenários é um importante indicador de gravidade (FRICK; NIGG, 2012).

Transtorno Desafiador Opositor é um transtorno relativamente comum na infância, com prevalência estimada de 2 a 10% (MAUGHAN et al., 2004; COSTELLO et al., 2003). No entanto, as estimativas de prevalência podem variar dependendo de fatores como: informante (i.e. pai/mãe vs. criança); tipo de relato (i.e. concorrente vs. retrospectivo) e se são incluídas crianças que cumprem critérios para TC.

O TDO é mais comum no sexo masculino. Sintomas são relativamente estáveis na faixa etária entre 5 e 10 anos, mas tendem a declinar a partir desse ponto. É diagnosticado mais raramente em crianças mais velhas, em parte para evitar rotular discordâncias normais entre crianças e seus pais durante a adolescência (QUY; STRINGARIS, 2012).

Até que ponto o TDO e o TC devem ser considerados transtornos isolados ou uma única entidade ainda é tema de debate dentro dos sistemas de

classificações (DSM e CID-10). O TDO é tido como uma forma mais branda de TC, logo, ambos são considerados uma única categoria. Contudo, mesmo que TOD e TC apresentem altos índices de comorbidade, a maioria das crianças diagnosticadas com TDO não desenvolvem TC (ROWE et al., 2010), e ambos transtornos são distinguíveis por uma gama de diferentes correlatos (DICK et al., 2005; NOCK et al., 2007).

Numa tentativa de explicar a heterogeneidade de associações entre TDO na infância e transtornos na idade adulta, Stringaris e Goodman (2009a, 2009b) propuseram que os critérios diagnósticos do DSM-IV consistissem de três dimensões específicas a priori, descritas como "irritabilidade", comportamento "teimoso" e conduta "nociva". Outros (ROWE et al., 2010) identificaram apenas duas dimensões - irritabilidade e teimosia, enquanto alguns (BURKE; HIPWELL; LOEBER, 2010) sugeriram uma separação de sintomas discretamente diferente. Os achados sugerem que humor "irritável" é um preditor mais forte de posterior transtorno emocional (STRINGARIS; GOODMAN, 2009a, 2009b), enquanto comportamento "teimoso" e "nocivo" são mais associados à predição de problemas de conduta.

A idade de começo dos sintomas parece ser um bom preditor de efeitos posteriores. Moffitt (1993) fez a distinção entre as crianças em que os sintomas aparecem na infância e continuam na adolescência (início na infância e persistente) daqueles cujos sintomas ocorrem primeiro na adolescência. Indivíduos no grupo de início na infância e persistente apresentaram piores resultados quando adultos quando comparados com pares sem transtorno e com início na adolescência (MOFFITT et al., 2001; MOFFITT, 2003; MOFFITT, 2006; FARRINGTON et al., 2006; ODGERS et al., 2007).

Fatores temperamentais na primeira infância, como irritabilidade, impulsividade e intensidade das reações a estímulos negativos podem contribuir para o desenvolvimento de um padrão de comportamento desafiador e opositor. É possível que TDO seja alcançado por diferentes rotas temperamentais que poderiam servir de explicação para sua comorbidade. Stringaris, Maughan e Goodman (2010) mostraram que a comorbidade entre TDO e transtornos internalizantes foi mais fortemente associada com emotividade temperamental precoce, enquanto que comorbidade entre TOD e TDAH foi melhor previsto por excesso de atividade temperamental.

Crianças que apresentam comportamento opositor são mais propensas vivenciar relações conturbadas ou problemáticas com pares. Tais crianças são comumente rejeitadas por pares não desviantes e tendem a se associar a outras crianças que apresentam comportamento problemático. Parece provável que a relação entre rejeição por pares e sintomas de TOD na infância é uma via de mão dupla (ARSENEAULT; BOWES; SHAKOOR, 2010).

Comportamentos disruptivos têm sido consistentemente associados com desvantagens sociais e econômicas e com vizinhanças violentas (GUERRA et al., 1995; ROWE et al., 2002).

A importância da interação entre genes e fatores ambientais familiares tem se tornado cada vez mais clara na etiologia dos problemas de comportamento disruptivo em crianças (MOFFITT, 2005).

2.3.3 Transtorno de Conduta e os Sintomas Externalizantes

As descrições clínicas e diretrizes diagnósticas afirmam, de acordo com a CID-10, que o diagnóstico do TC se baseia na presença de condutas do tipo: manifestações excessivas de agressividade e de tirania; crueldade com relação a outras pessoas ou a animais; destruição dos bens de outrem; condutas incendiárias; roubos; mentiras repetidas; cabular aulas e fugir de casa; crises de birra e de desobediência normalmente mais frequentes e graves (SCOTT, 2019).

De 2 a 8% das crianças e adolescentes têm TC. Com relação ao período histórico, um modesto aumento no TC diagnosticável ao longo da segunda metade do século XX também tem sido observado comparando-se avaliações de três estudos sucessivos de coorte de nascimentos na Grã-Bretanha (SCOTT, 2019).

A razão entre sexos é de aproximadamente 4 a 10 homens para cada mulher, com homens excedendo mais ainda as mulheres em frequência e gravidade dos comportamentos (SCOTT, 2019).

Por outro lado, as pesquisas sugerem que as causas para os problemas de conduta são os mesmos para ambos os sexos, mas homens têm mais TC porque eles experienciam mais dos fatores de risco individuais (por exemplo, hiperatividade, atrasos do neurodesenvolvimento). Entretanto, vem crescendo nos últimos anos a preocupação entre clínicos com o aumento de tratamento de comportamentos antissociais em meninas (SCOTT, 2019).

Tem havido considerável atenção para a distinção entre comportamentos agressivos e disruptivos que são vistos primeiramente na primeira infância *versus* aqueles que se iniciam na adolescência (MOFFITT, 1993; PATTERSON; YOERGER, 1993), e esses dois subtipos são classificados no DSM-IV como TC. O início precoce dos sintomas é um forte preditivo de persistência ao longo da infância – e o início precoce de delinquência está mais relacionado à persistência na vida adulta.

As crianças com início precoce dos sintomas diferem daquelas com início mais tardio ao apresentar QI mais baixo, mais problemas de atenção e impulsividade, baixas pontuações em testes neuropsicológicos, maiores dificuldades de socialização e ser mais propensas a vir de circunstâncias familiares adversas (MOFFITT et al., 2001).

Aquelas com início tardio dos sintomas, por outro lado, são mais propensas a se tornar predominantemente delinquentes, como resultado de influências sociais como associação com outros jovens delinquentes ou procura de *status* social por meio de comportamentos delinquentes. Moffitt (1993) chamou o grupo com início precoce de sintomas de “persistente ao longo da vida” e o grupo de início tardio de “limitado à adolescência”, ligando, assim, o curso de desenvolvimento às diferenças em déficits subjacentes.

Achados de seguimentos da coorte Dunedin mostram desfechos relativamente piores na vida adulta para o grupo de pacientes com início precoce dos sintomas nos domínios de violência, saúde mental, abuso de substâncias, trabalho e vida familiar (MOFFITT et al., 2002).

O seguimento até os 32 anos de idade revelou que o grupo com início precoce dos sintomas e curso persistente ao longo da vida teve saúde física comprometida em relação a outros homens da coorte, como mais lesões e traumas, visitas de médicos de atenção primária e hospitalares, e testes clínicos de doenças sexualmente transmissíveis, inflamação sistêmica, doença periodontal, cáries dentárias e bronquite crônica. No entanto, o grupo “limitado à adolescência” não se apresentou sem dificuldades na vida adulta (MOFFITT et al., 2002).

A distinção entre os dois grupos tem sido amplamente apoiada em estudos longitudinais de várias coortes de uma dúzia de países (MOFFITT, 2006).

Como adultos, eles ainda estavam envolvidos em infrações autorrelatadas e também tinham problemas com álcool e drogas. O Estudo do Desenvolvimento da

Delinquência de Cambridge, um estudo longitudinal em 411 homens de Londres de 8 a 46 anos de idade, também constatou que aquelas crianças com comportamento antissocial iniciado na adolescência foram mais propensas a continuar a cometer crimes encobertos na vida adulta, embora seu desempenho no trabalho e relações próximas não tenha sido prejudicado (MCGEE; FARRINGTON, 2010).

A distinção de subtipos de acordo com a idade de início dos sintomas tem forte validade preditiva, mas comportamentos antissociais iniciados na adolescência podem ter consequências mais duradouras do que se supunha anteriormente, e, portanto, ambos, os problemas de conduta iniciados na infância e os iniciados na adolescência, requerem atenção clínica (SCOTT, 2019).

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo observacional, analítico, transversal com coleta prospectiva de dados.

3.2 HIPÓTESE DE ESTUDO

Considerando a natureza associativa dos estudos transversais não comparados, o estudo tem como hipótese de que é elevada a prevalência de problemas internalizantes e externalizantes em adolescentes.

3.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi conduzido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná (UFPR), no período de dezembro de 2017 até dezembro de 2019.

Esta pesquisa foi realizada nas dependências das escolas Centro de Educação do Município de Mafra (CEMMA), Centro de Educação Municipal Beija Flor e Colégio Mafrense, sendo as duas primeiras escolas públicas, estando à primeira situada no centro da cidade, a segunda em um bairro periférico, a terceira escola é da rede privada de ensino e situa-se na área central do município de Mafra (SC).

3.4 POPULAÇÃO ALVO

A pesquisa ocorreu em uma cidade do interior do estado de Santa Catarina, que tem aproximadamente 56.292 habitantes. Essa cidade fica na divisa com o estado do Paraná, tendo uma relação muito próxima com a cidade vizinha. A população de adolescentes estudantes no ensino fundamental II e ensino médio é de aproximadamente 1.670 adolescentes.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados como critérios de inclusão:

- a) Idade de 11 a 18 anos;
- b) Ambos os sexos;
- c) Estudantes do sexto ano do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio;
- d) Preenchimento adequado dos instrumentos de avaliação (CBCL – *Child Behavior Checklist* e YSR – *Youth Self Report*);
- e) Consentimento livre e esclarecido e assentimento verbal e mediante assinatura dos referidos termos.

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- a) Inventários dos pais e dos adolescentes que não preencheram adequadamente os instrumentos de avaliação.

3.7 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Da população alvo, 703 adolescentes preencheram os critérios de inclusão, sendo todos convidados a participar da pesquisa, sendo 450 adolescentes convidados da escola A, 121 adolescentes da escola B e 132 adolescentes convidados da escola C. A participação ocorreu por convite através da carta encaminhada aos pais (Apêndice 1).

Destes, foram recebidos 309 Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) assinados pelos pais, assim como os 309 Termos de Assentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) assinados pelos adolescentes no momento da coleta. Compuseram a amostra do estudo 142 adolescentes do sexo feminino e 167 adolescentes do sexo masculino, e fez parte da amostra as respostas nos inventários de 65 pais/responsáveis.

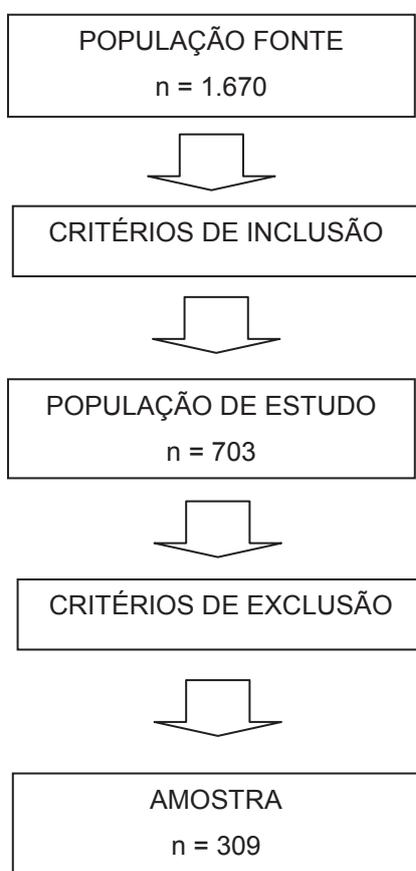
Os inventários de CBCL foram enviados aos pais juntamente com a carta de autorização e o TCLE, porém, somente 65 responderam aos inventários solicitados a eles.

3.8 AMOSTRA E TÉCNICA DE AMOSTRAGEM

Compuseram a amostra do estudo 142 adolescentes do sexo feminino e 167 adolescentes do sexo masculino, e fez parte da amostra as respostas nos inventários de 65 pais/responsáveis.

Os inventários de CBCL foram enviados aos pais juntamente com a carta de autorização e o TCLE, porém, somente 65 responderam aos inventários solicitados a eles (Figura 1).

FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO



3.9 VARIÁVEIS DE ESTUDO

3.9.1 Inventário de Autoavaliação para Adolescentes - *Youth Self Report* (YSR)

Utilizou-se o Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos (YSR - *Youth Self Report*) (Anexo 3) que possui 112 sentenças em que o adolescente responde como percebe a si mesmo, respondido por 309 adolescentes.

O Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR) faz parte do Sistema ASEBA que possui escalas de avaliação que fornecem múltiplas perspectivas sobre o funcionamento de cada entrevistado, de acordo com a sua pontuação, faixa etária e gênero. O ASEBA é o Sistema de Avaliação Multicultural de Psicopatologia e Funcionamento Adaptativo mais utilizado e pesquisado internacionalmente. Com mais de 6.000 publicações de pesquisas em mais de 67 culturas, seus questionários já foram traduzidos em 74 línguas (ACHENBACH; RESCORLA, 2004) (Anexo 1).

3.9.2 Child Behavior Checklist (CBCL)

Dentro deste sistema avaliativo as respostas dos 65 pais dos adolescentes foram obtidas por meio de respostas ao Inventário de Comportamentos para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos (CBCL - *Child Behavior Checklist*) (Anexo 2) é uma das formas de avaliação do ASEBA e foi validado no Brasil por Bordin, Mari e Caeiro (1995).

Os resultados dessa escala permitem classificar os sintomas das crianças e dos adolescentes como *Normal*, *Limítrofe* ou *Clínico*. Para as duas primeiras escalas, *Atividade* e *Social*, os escores menores que 30 são considerados *Clínico*, entre 30 e 33 são *Limítrofe* e acima de 33 *Normal*, ou seja, socialmente competente. Na escala *Total de Competência Social*, os escores menores que 33 são para *Clínico*, entre 33 e 40 para *Limítrofe* e acima de 40 *Normal*. Na escala *Total de Competência Social* quanto maior o escore, mais socialmente competente é a criança e/ou adolescente.

A segunda parte, denominada *Problemas de Comportamento* é composta por 118 questões na qual pais ou cuidadores devem pontuar como “não é verdadeiro/ausente” (escore = 0), “algumas vezes/um pouco verdadeiro” (escore =

1), “frequentemente verdadeiro” (escore = 2) para os últimos seis meses, a contar da data do preenchimento.

De acordo com a análise fatorial e os achados multiculturais, os itens foram divididos em oito síndromes. As três primeiras síndromes, Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Problemas Somáticos são agrupadas como *Problemas Internalizantes* e as síndromes denominadas Quebrar Regras e Comportamento Agressivo como *Problemas Externalizantes*. As outras são analisadas de maneira independente.

QUADRO 1 – SÍNDROMES AGRUPADAS DOS PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

PROBLEMAS INTERNALIZANTES	PROBLEMAS EXTERNALIZANTES	OUTROS PROBLEMAS
Ansiedade e Depressão	Quebrar Regras	Problemas Sociais
Isolamento/Depressão	Comportamento Agressivo	Problemas de Pensamento
Queixas Somáticas		Problemas de Atenção

FONTE: Achenbach (1991)

Os nomes atribuídos às síndromes pertencem a um vocabulário familiar aos profissionais de saúde mental para facilitar a comunicação entre aqueles que fazem uso dos inventários. Porém, essas síndromes não permitem realizar diagnósticos psiquiátrico-psicológicos dos pacientes que se submetem a elas, pois não representam entidades nosológicas. É possível, porém, classificar como *Normal*, *Limítrofe* ou *Clínico*, de acordo com as síndromes, com as Escalas de *Problemas Internalizantes* e *Problemas Externalizantes* ou com o *Total de Problemas de Comportamento* (ACHENBACH, 1991).

Baptista, Baptista e Dias (2001) ressaltaram que é possível incluir o grupo *Limítrofe* entre os *Clínicos*, de acordo com o estudo que se pretende fazer. Nas síndromes, um T escore igual ou acima de 70 é considerado *Clínico*, de 65 a 69 *Limítrofe* e abaixo de 65, *Normal*. Para as escalas de *Problemas Internalizantes* e *Problemas Externalizantes* e para o *Total de Problemas de Comportamento* o T escore deve ser igual ou abaixo de 60 para *Normal*, entre 60 e 63 para *Limítrofe* e igual ou acima de 63 para *Clínico*, respectivamente.

O agrupamento proposto por Achenbach (1991) para os comportamentos e a competência social ajuda o avaliador a traçar um perfil comportamental da criança ou do adolescente (CANINO, 2004; WILLIAMS et al., 2004).

3.10 PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

O estudo foi dividido em 3 etapas para aplicação:

1ª etapa – O projeto foi apresentado pela pesquisadora às diretorias das escolas que concordaram em participar do estudo.

2ª etapa – As diretoras das escolas, em conjunto com a pesquisadora, enviaram uma carta convite aos pais dos alunos (Apêndice 1), juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a autorização da participação dos seus filhos na pesquisa bem como consentindo responder ao inventário do CBCL.

3ª etapa – Os inventários preenchidos foram recolhidos juntamente com os termos de consentimento e foi programado junto às escolas as datas para as aplicação do YSR para os adolescentes com idades de 11 a 18 anos. A pesquisadora então, se dirigiu até as escolas nas datas programadas.

3.11 TABULAÇÃO DOS DADOS E GERENCIAMENTO DE DADOS

1ª etapa – os inventários *YSR* e *CBCL* preenchidos foram recolhidos e corrigidos. Tanto o *YSR* quanto o *CBCL* foram corrigidos através do software *Assessment Data Manager®*), licença de propriedade da UFPR.

2ª etapa - os resultados foram digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®) para posterior análise estatística.

3.12 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As medidas de tendência central e de dispersão estão expressas em médias e desvio padrão (média \pm DP) para as variáveis contínuas de distribuição simétrica e em medianas, valores mínimo e máximo (mediana, mínimo – máximo) para as de distribuição assimétrica. As variáveis categóricas estão expressas em frequência absoluta e relativa.

Para a estimativa da diferença entre variáveis contínuas foram aplicados os testes *t* de *Student* para amostras independentes, *t* de *Student* para amostras dependentes e Análise da variância (ANOVA) com teste post-hoc de Duncan.

Para estimativa da diferença entre as variáveis categóricas foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson.

O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado para estimar a associação entre as variáveis categóricas. Coeficientes entre 0,00 e 0,19 indicaram correlação muito fraca, entre 0,20-0,39 como fraca, entre 0,40-0,69 como moderada, entre 0,70-0,80 como forte, e entre 0,90-1,00 como muito forte.

O coeficiente de Cronbach foi calculado para avaliar a fidedignidade, com uma escala de 0 a 1, sendo considerado bom nível de consistência valores superiores a 0,7.

Para todos os testes foi considerado o nível mínimo de significância de 5% e a amostra conferiu poder de teste de 95% (*Statistica v.10.0 - Statsoft®*).

3.13 ÉTICA EM PESQUISA

A pesquisa foi realizada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPR através do parecer número 2.524.928 (Anexo 3) respeitando as medidas de proteção e minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e instituições envolvidas.

3.14 MONITORIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada considerando as medidas de proteção, minimização de riscos, confidencialidade, responsabilidade do pesquisador e da instituição, de acordo com o compromisso firmado com o Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná na ocasião de submissão do projeto.

3.15 FOMENTO PARA PESQUISA, PROFISSIONAIS E SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Esta pesquisa contou com a participação e infraestrutura das escolas Centro de Educação do Município de Mafra (CEMMA), Centro de Educação Municipal Beija Flor e Colégio Mafrense para aplicação dos inventários e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná.

4 RESULTADOS

Constituíram a amostra do estudo 309 adolescentes, sendo 167 (54,1%) do sexo masculino e 142 (45,9%) do sexo feminino, com média de idade de $13,7 \pm 1,5$ anos, variando de 11 a 18 anos.

Os adolescentes avaliados foram procedentes das escolas A (42,4%) e B (23,6%) e C (34,0%). Sendo as escolas A e B escolas públicas e a escola C particular.

4.1 ESCALA *YOUTH SELF REPORT* PARA OS ADOLESCENTES

Na aplicação da escala YSR obteve-se os resultados de todos os adolescentes para a escala de Competência em Atividades e Acadêmica ($n = 309$) e de 305 adolescentes para a escala de Competência Social. Para os Problemas Emocionais/Comportamentais responderam 307 adolescentes.

Na análise de consistência e fidedignidade da escala YSR observou-se bom nível de consistência para Competências (α de Cronbach = 0,75) e Problemas Emocionais/Comportamento (α de Cronbach = 0,93) (Tabela 1).

Na Tabela 2 estão apresentadas as médias dos escores observados na aplicação do YSR e a distribuição de frequência de acordo com a classificação em *Normal*, *Limítrofe* e *Clínico*. Problemas internalizantes foram observados em 38,8% dos casos e externalizantes em 16,6%.

TABELA 1 – COEFICIENTES DE FIDEDIGNIDADE DE CRONBACH PARA AS ESCALAS DO *YOUTH SELF REPORT* NOS ADOLESCENTES

ESCALAS	α de CRONBACH
Competências	0,75
Atividades	0,66
Social	0,68
Acadêmica	0,83
Total	0,36
Problemas Internalizantes	0,91
Ansiedade/Depressão	0,92
Isolamento/Depressão	0,92
Queixas Somáticas	0,92
Outros Problemas	
Problemas Sociais	0,92
Problemas de Pensamento	0,92
Problemas de Atenção	0,93
Problemas Externalizantes	0,92
Quebrar Regras	0,93
Agressividade	0,92
Total de Problemas	0,91

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Análise de Fidedignidade: α de Cronbach > 0,70

TABELA 2 - MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO *YOUTH SELF REPORT* ENTRE OS ADOLESCENTES

ÁREAS	NORMAL	LIMÍTROFE	CLÍNICO
	n (%)	n (%)	n (%)
Competência			
Atividades	240 (77,7%)	36 (11,6%)	33 (10,7%)
Social	235 (77,1%)	37 (12,1%)	33 (10,8%)
Acadêmica	309 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Total	170 (55,7%)	44 (14,5%)	91 (29,8%)
Problemas Internalizantes	120 (39,1%)	68 (22,1%)	119 (38,8%)
Ansiedade/Depressão	171 (55,7%)	66 (21,5%)	70 (22,8%)
Isolamento/Depressão	246 (80,1%)	35 (11,4%)	26 (8,5%)
Queixas Somáticas	233 (75,9%)	45 (14,7%)	29 (9,4%)
Outros Problemas			
Problemas Sociais	257 (83,7%)	19 (6,2%)	31 (10,1%)
Problemas de Pensamento	260 (84,7%)	23 (7,5%)	24 (7,8%)
Problemas de Atenção	257 (83,7%)	30 (9,8%)	20 (6,5%)
Problemas Externalizantes	226 (73,6%)	30 (9,8%)	51 (16,6%)
Quebrar Regras	279 (90,9%)	25 (8,1%)	3 (1,0%)
Agressividade	251 (81,8%)	25 (8,1%)	31 (10,1%)
Total de Problemas	172 (56,0%)	51 (16,6%)	84 (27,4%)

FONTE: O autor (2020)

Na Tabela 3 estão apresentadas as médias dos escores observados na aplicação do DSM orientado e a distribuição de frequência de acordo com a classificação em *Normal*, *Limítrofe* e *Clínico*. Problemas afetivos (14,0%) e de Ansiedade (16,3%) foram os mais frequentes.

TABELA 3 – MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO DSM ORIENTADO ENTRE OS ADOLESCENTES

ÁREAS	MÉDIA \pm DP	NORMAL	LIMÍTROFE	CLÍNICO
		n (%)	n (%)	n (%)
Problemas Afetivos	59,6 \pm 9,4	221 (72,3%)	42 (13,7%)	43 (14,0%)
Problemas de Ansiedade	60,3 \pm 7,4	226 (73,6%)	31 (10,1%)	50 (16,3%)
TDHA	56,1 \pm 6,1	277 (90,3%)	21 (6,8%)	9 (2,9%)
Problemas Desafiador/Opositor	57,3 \pm 7,2	233 (75,9%)	46 (15,0%)	28 (9,1%)
Problemas de Conduta	55,2 \pm 6,6	272 (88,6%)	17 (5,5%)	18 (5,9%)
Problemas Somáticos	57,4 \pm 7,9	247 (81,0%)	37 (12,1%)	21 (6,9%)

FONTE: O autor (2020)

4.2 ESCALA *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* DOS PAIS SOBRE OS ADOLESCENTES

Na aplicação da escala CBCL obtiveram-se os resultados de 65 pais para a escala de Competência em Atividades e 64 para as escalas de Competência Social e Acadêmica. Para os Problemas Emocionais/Comportamentais obteve-se a participação de 65 pais.

Na análise de consistência e fidedignidade da escala CBCL observou-se bom nível de consistência para Competências (α de Cronbach = 0,78) e Problemas Emocionais/Comportamento (α de Cronbach = 0,94) (Tabela 4).

Na Tabela 5 estão apresentadas as médias dos escores observados na aplicação do CBCL e a distribuição de frequência de acordo com a classificação em *Normal*, *Limítrofe* e *Clínico*. Problemas internalizantes foram observados em 32,0% dos casos e externalizantes em 9,2%.

TABELA 4 – COEFICIENTES DE FIDEDIGNIDADE DE CRONBACH PARA AS ESCALAS DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* PARA OS PAIS

ESCALAS	ALFA DE CRONBACH
Competências	0,78
Atividades	0,74
Social	0,74
Acadêmica	0,86
Total	0,53
Problemas Internalizantes	0,92
Ansiedade/Depressão	0,93
Isolamento/Depressão	0,93
Queixas Somáticas	0,93
Outros Problemas	
Problemas Sociais	0,93
Problemas de Pensamento ²	0,93
Problemas de Atenção	0,93
Problemas Externalizantes	0,93
Quebrar Regras	0,93
Agressividade	0,93
Total de Problemas	0,92

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Análise de Fidedignidade: α de Cronbach > 0,70

TABELA 5 – MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* PARA OS PAIS

ÁREAS	MÉDIA \pm DP	NORMAL	LIMÍTROFE	CLÍNICO
		n (%)	n (%)	n (%)
Competência				
Atividades	44,9 \pm 10,7	54 (83,1%)	6 (9,2%)	5 (7,7%)
Social	44,1 \pm 9,9	49 (76,5%)	9 (14,1%)	6 (9,4%)
Acadêmica	48,8 \pm 6,6	61 (95,3%)	2 (3,1%)	1 (1,6%)
Total	43,5 \pm 10,3	38 (60,3%)	7 (11,1%)	18 (28,6%)
Problemas Internalizantes	58,5 \pm 10,4	33 (50,8%)	11 (16,9%)	21 (32,3%)
Ansiedade/Depressão	61,0 \pm 8,6	38 (58,5%)	14 (21,5%)	13 (20,0%)
Isolamento/Depressão	57,6 \pm 7,4	54 (83,1%)	4 (6,1%)	7 (10,8%)
Queixas Somáticas	58,5 \pm 7,3	51 (78,5%)	4 (6,1%)	10 (15,4%)
Outros Problemas				
Problemas Sociais	56,9 \pm 6,3	59 (90,8%)	3 (4,6%)	3 (4,6%)
Problemas de Pensamento	55,5 \pm 6,2	57 (87,7%)	6 (9,2%)	2 (3,1%)
Problemas de Atenção	54,7 \pm 6,0	60 (92,4%)	4 (6,1%)	1 (1,5%)
Problemas Externalizantes	51,7 \pm 9,7	52 (80,0%)	7 (10,8%)	6 (9,2%)
Quebrar Regras	53,8 \pm 4,5	63 (97,0%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
Agressividade	55,8 \pm 7,0	58 (89,3%)	4 (6,1%)	3 (4,6%)
Total de Problemas	54,1 \pm 10,7	42 (64,6%)	11 (16,9%)	12 (18,5%)

FONTE: O autor (2020)

Na Tabela 6 estão apresentadas as médias dos escores observados na aplicação do DSM orientado e a distribuição de frequência de acordo com a classificação em *Normal*, *Limítrofe* e *Clínico*. Problemas de Ansiedade foram observados em 18,5% dos casos.

TABELA 6 – MÉDIAS E CLASSIFICAÇÃO DAS ESCALAS DO DSM ORIENTADO ENTRE OS PAIS

ÁREAS	MÉDIA \pm DP	NORMAL	LIMÍTROFE	CLÍNICO
		n (%)	n (%)	n (%)
Problemas Afetivos	57,8 \pm 7,8	49 (75,4%)	10 (15,4%)	6 (9,2%)
Problemas de Ansiedade	60,1 \pm 7,6	46 (70,7%)	7 (10,8%)	12 (18,5%)
TDHA	54,2 \pm 5,7	62 (95,4%)	1 (1,5%)	2 (3,1%)
Problemas Desafiador/Opositor	55,0 \pm 6,1	58 (89,2%)	5 (7,7%)	2 (3,1%)
Problemas de Conduta	53,5 \pm 4,8	63 (97,0%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)
Problemas Somáticos	56,1 \pm 6,8	56 (86,2%)	4 (6,1%)	5 (7,7%)

FONTE: O autor (2020)

4.3 COMPARAÇÃO ENTRE O *YOUTH SELF REPORT* PARA OS ADOLESCENTES E *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* PARA OS PAIS

Na comparação entre os escores obtidos na aplicação das escalas YSR para os adolescentes e CBCL para os pais observou-se que para Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), Problemas Internalizantes ($p < 0,01$) e Total de Problemas ($p = 0,01$), os escores foram maiores no YSR (Tabela 7).

Na Tabela 8 estão apresentadas as porcentagens de casos em que os adolescentes se auto classificaram e foram classificados pelos pais como normais nas duas escalas - YSR para adolescentes e CBCL para os pais.

Observou-se correlação moderada entre as escalas YSR para adolescentes e CBCL para os pais para as Competências ($r = 0,40 - 0,60$) e fraca ($r < 0,40$) para os Problemas Emocionais/Comportamentais (Tabela 9).

As médias de todas as escalas do DSM orientado foram maiores no sexo feminino ($p < 0,01$ e $p = 0,01$), com exceção dos Problemas de Conduta ($p = 0,93$) (Tabela 12).

Problemas afetivos ($p = 0,01$), de Ansiedade ($p < 0,01$) e Problemas Somáticos ($p = 0,03$) foram mais observados no sexo feminino, enquanto Problemas Desafiador/Opositor ($p = 0,01$), mais entre os adolescentes do sexo masculino (Tabela 13).

TABELA 7 – COMPARAÇÃO DAS ESCALAS *YOUTH SELF REPORT* PARA OS ADOLESCENTES E *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* PARA OS PAIS

ÁREAS	YSR (n = 65)	CBCL (n = 65)	p
Competência			
Atividades	43,9 ± 9,5	44,9 ± 10,7	0,34
Social	42,3 ± 10,1	44,1 ± 9,9	0,14
Acadêmica	2,1 ± 0,4	48,8 ± 6,6	< 0,001
Total	42,0 ± 9,8	43,5 ± 10,3	0,15
Problemas Internalizantes			
Ansiedade/Depressão	66,6 ± 10,1	61,0 ± 8,6	< 0,001
Isolamento/Depressão	60,4 ± 9,2	57,6 ± 7,4	0,02
Queixas Somáticas	59,0 ± 7,3	58,5 ± 7,3	0,61
Outros Problemas			
Problemas Sociais	58,0 ± 6,8	56,9 ± 6,3	0,33
Problemas de Pensamento	57,3 ± 8,5	55,5 ± 6,2	0,13
Problemas de Atenção	55,7 ± 7,1	54,7 ± 6,0	0,35
Problemas Externalizantes			
Quebrar Regras	53,9 ± 4,8	53,8 ± 4,5	0,94
Agressividade	57,1 ± 6,7	55,8 ± 7,0	0,22
Total de Problemas	58,2 ± 9,9	54,1 ± 10,7	0,01

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste t de Student dependente

TABELA 8 – PORCENTAGEM DE CASOS CLASSIFICADOS COMO NORMAIS NAS ESCALAS *YOUTH SELF REPORT* PARA OS ADOLESCENTES E *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* PARA OS PAIS

ESCALAS	% DE CONCORDÂNCIA
Competências	
Atividades	48 (73,8%)
Social	33 (51,6%)
Acadêmica	61 (19,7%)
Total	32 (50,8%)
Problemas Internalizantes	
Ansiedade/Depressão	19 (29,2%)
Isolamento/Depressão	46 (70,8%)
Queixas Somáticas	41 (63,1%)
Outros Problemas	
Problemas Sociais	51 (78,5%)
Problemas de Pensamento	48 (73,8%)
Problemas de Atenção	52 (80,0%)
Problemas Externalizantes	
Quebrar Regras	60 (92,3%)
Agressividade	52 (80,0%)
Total de Problemas	27 (41,5%)

FONTE: O autor (2020)

TABELA 9 – CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS *YOUTH SELF REPORT* PARA ADOLESCENTES E *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* PARA OS PAIS

ESCALAS	COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO
Competências	
Atividades	0,63
Social	0,50
Acadêmica	0,38
Total	0,65
Problemas Internalizantes	0,27
Ansiedade/Depressão	0,18
Isolamento/Depressão	0,32
Queixas Somáticas	0,31
Outros Problemas	
Problemas Sociais	0,05
Problemas de Pensamento	0,20
Problemas de Atenção	0,17
Quebrar Regras	0,20
Problemas Externalizantes	0,30
Agressividade	0,20
Total de Problemas	0,24

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Correlação de Pearson

TABELA 10 – MÉDIAS DAS ESCALAS DO *YOUTH SELF REPORT* DE ACORDO COM O SEXO DOS ADOLESCENTES

ÁREAS	MASCULINO (n = 167)	FEMININO (n = 142)	p
Competências			
Atividades	42,9 ± 10,4	44,4 ± 10,2	0,21
Social	44,9 ± 9,2	43,4 ± 10,0	0,16
Acadêmica	2,1 ± 0,5	2,1 ± 0,4	0,32
Total	42,4 ± 9,9	42,0 ± 10,5	0,77
Problemas Internalizantes	59,6 ± 9,2	63,1 ± 10,9	< 0,01
Ansiedade/Depressão	62,6 ± 8,6	66,4 ± 11,3	< 0,001
Isolamento/Depressão	57,7 ± 7,5	59,9 ± 9,9	0,03
Queixas Somáticas	57,2 ± 7,9	60,1 ± 8,8	< 0,001
Outros Problemas			
Problemas Sociais	56,7 ± 6,5	58,7 ± 8,4	0,01
Problemas de Pensamento	56,5 ± 7,4	58,1 ± 9,2	0,11
Problemas de Atenção	55,6 ± 7,4	58,3 ± 8,3	< 0,01
Problemas Externalizantes	53,5 ± 9,9	55,4 ± 8,8	0,08
Quebrar Regras	54,3 ± 5,6	54,8 ± 5,6	0,39
Agressividade	57,6 ± 8,2	58,2 ± 7,2	0,44
Total de Problemas	56,7 ± 9,4	59,5 ± 9,9	0,01

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste t de Student

TABELA 11 – CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA *YOUTH SELF REPORT* PARA ADOLESCENTES DE ACORDO COM O SEXO

ÁREAS	MASCULINO			FEMININO			p
	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	
Competências							
Atividades	127 (76,0%)	21 (12,6%)	19 (11,4%)	113 (79,6%)	15 (10,6%)	14 (9,8%)	0,75
Social	135 (82,4%)	14 (8,5%)	15 (9,1%)	100 (70,9%)	23 (16,3%)	18 (12,8%)	0,05
Acadêmica	167 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	142 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,00
Total	92 (56,1%)	30 (18,3%)	42 (25,6%)	78 (55,4%)	14 (9,9%)	49 (34,7%)	0,05
Probl. Internalizantes							
Ansiedade/Depressão	70 (41,9%)	43 (25,7%)	54 (32,3%)	50 (35,7%)	25 (17,9%)	65 (46,4%)	0,03
Isolamento/Depressão	101 (60,5%)	41 (24,5%)	25 (15,0%)	70 (50,0%)	25 (17,9%)	45 (32,1%)	< 0,01
Queixas Somáticas	136 (81,4%)	24 (14,4%)	7 (4,2%)	110 (78,6%)	11 (7,9%)	19 (13,5%)	< 0,01
	144 (86,2%)	7 (4,2%)	16 (9,6%)	89 (63,6%)	38 (27,1%)	13 (9,3%)	<0,001
Outros Problemas							
Problemas Sociais	150 (89,8%)	10 (6,0%)	7 (4,2%)	107 (76,4%)	9 (6,4%)	24 (17,2%)	< 0,001
Probl. de Pensamento	146 (87,4%)	10 (6,0%)	11 (6,6%)	114 (81,4%)	13 (9,3%)	13 (9,3%)	0,34
Problemas de Atenção	147 (88,0%)	12 (7,2%)	8 (4,8%)	110 (78,6%)	18 (12,8%)	12 (8,6%)	0,08
Probl. Externalizantes	130 (77,8%)	11 (6,6%)	26 (15,6%)	96 (68,6%)	19 (13,6%)	25 (17,8%)	0,08
Quebrar Regras	154 (92,2%)	11 (6,6%)	2 (1,2%)	125 (89,3%)	14 (10,0%)	1 (0,7%)	0,51
Agressividade	137 (82,0%)	13 (7,8%)	17 (10,2%)	114 (81,4%)	12 (8,6%)	14 (10,0%)	0,96
Total de Problemas	95 (56,9%)	32 (19,2%)	40 (23,9%)	77 (55,0%)	19 (13,6%)	44 (31,4%)	0,21

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson

TABELA 12 – MÉDIAS DAS ESCALAS DO *YOUTH SELF REPORT* DE ACORDO COM O SEXO DOS ADOLESCENTES

ÁREAS	MASCULINO (n = 167)	FEMININO (n = 142)	p
Problemas Afetivos	58,2 ± 7,6	61,3 ± 11,0	< 0,01
Problemas de Ansiedade	59,3 ± 7,0	61,6 ± 7,7	< 0,01
TDHA	55,3 ± 6,0	57,1 ± 1,0	0,01
Problemas Desafiador/Opositor	56,4 ± 6,9	58,3 ± 7,4	0,01
Problemas de Conduta	55,2 ± 6,7	55,2 ± 6,6	0,93
Problemas Somáticos	56,1 ± 7,3	58,9 ± 8,3	< 0,01

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste t de Student

TABELA 13 – CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA *YOUTH SELF REPORT* PARA ADOLESCENTES DE ACORDO COM O SEXO

ÁREAS	MASCULINO			FEMININO			p
	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	
Problemas Afetivos	126 (75,4%)	26 (15,6%)	15 (9,0%)	95 (68,4%)	16 (11,5%)	28 (20,1%)	0,01
Problemas de Ansiedade	135 (80,8%)	12 (7,2%)	20 (12,0%)	91 (65,0%)	19 (13,6%)	30 (21,4%)	< 0,01
TDHA	151 (90,4%)	11 (6,6%)	5 (3,0%)	126 (90,0%)	10 (7,1%)	4 (2,9%)	0,97
Problemas Desafiador/Opositor	134 (80,2%)	16 (9,6%)	17 (10,2%)	99 (70,7%)	30 (21,4%)	11 (7,9%)	0,01
Problemas de Conduta	150 (89,8%)	6 (3,6%)	11 (6,6%)	122 (87,1%)	11 (7,9%)	7 (5,0%)	0,23
Problemas Somáticos	142 (86,0%)	13 (7,9%)	10 (6,1%)	105 (75,0%)	24 (17,1%)	11 (7,9%)	0,03

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson

4.4 ESCALA *YOUTH SELF REPORT* PARA OS ADOLESCENTES DE ACORDO COM AS ESCOLAS DE PROCEDÊNCIA

As médias das escalas de competência de Atividades e Competência Total foram menores nos adolescentes procedentes da escola B ($p < 0,001$). A média de Competência Social foi maior nos adolescentes procedentes da escola C ($p < 0,01$).

As escolas A e B, são escolas públicas, a primeira situada no centro da cidade, a segunda em um bairro periférico e a escola C é da rede privada de ensino e situa-se na área central do município de Mafra (SC).

Entre os Problemas Emocionais/Comportamentais, as médias das escalas de Ansiedade e de Total de Problemas foram menores entre os adolescentes

procedentes da escola B ($p < 0,001$ e $p = 0,03$) e as médias das escalas de Quebrar Regras e Problemas Internalizantes foram maiores entre os adolescentes procedentes da escola C ($p = 0,04$ e $p = 0,03$) (Apêndice 4).

A frequência de competência em Atividades classificada como *Clínico* ou *Limítrofe* foi maior entre os adolescentes procedentes da escola B ($p = 0,02$), assim como de Competência Total ($p = 0,01$). A de Competência Social foi maior entre os adolescentes procedentes da escola A, com nível de significância limítrofe ($p = 0,08$) (Apêndice 4).

Ansiedade foi observada com maior frequência entre os adolescentes procedentes da escola C ($p < 0,01$), assim como o comportamento de Quebra-Regras, com nível de significância limítrofe ($p = 0,06$). Problemas Internalizantes foram vistos com menor frequência na escola C ($p = 0,03$), enquanto Problemas Totais foram vistos com maior frequência, embora com nível de significância limítrofe ($p = 0,09$) (Apêndice 4).

A média da escala de Problemas de Ansiedade foi menor entre os adolescentes procedentes da escola B ($p = 0,02$) (Apêndice 4).

Problemas afetivos foram vistos com maior frequência entre os adolescentes procedentes da escola C ($p = 0,01$) (Apêndice 4).

4.5 CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS DO *YOUTH SELF REPORT* E DSM ORIENTADO

Na Tabela 14 estão apresentados os coeficientes de correlação entre as escalas de ansiedade do YSR e DSM orientado, destacando-se as correções consideradas fortes ($r \geq 70$).

TABELA 14 – COEFICIENTES DE CORRELAÇÃO DE PEARSON ENTRE AS ESCALAS YOUTH SELF REPORT E DSM ORIENTADO

ITENS DAS ESCALAS	A	S	AC	T	A/D	I/D	QS	OS	PP	PA	QR	AG	PI	PE	PT	PA	PAN	TDHA	D/O	C	PSO
Atividades (A)	1,00	0,30	0,20	0,80	0,04	0,14	0,08	0,03	0,05	0,18	0,10	0,05	0,06	0,02	0,02	0,02	0,05	0,12	0,06	0,11	0,09
Social (S)		1,00	0,18	0,78	0,17	0,30	0,04	0,18	0,07	0,22	0,05	0,04	0,15	0,03	0,11	0,20	0,12	0,07	0,01	0,11	0,04
Acadêmica (AC)			1,00	0,31	0,11	0,12	0,09	0,07	0,06	0,39	0,10	0,06	0,13	0,12	0,20	0,21	0,06	0,26	0,01	0,11	0,15
Total (T)				1,00	0,08	0,27	0,01	0,12	0,01	0,27	0,10	0,06	0,06	0,03	0,06	0,15	0,03	0,14	0,06	0,14	0,02
Ansiedade/Depressão (A/D)					1,00	0,66	0,56	0,70	0,60	0,48	0,32	0,38	0,89	0,44	0,78	0,77	0,78	0,32	0,35	0,26	0,48
Isolamento/Depressão (I/D)						1,00	0,46	0,59	0,49	0,42	0,26	0,29	0,76	0,34	0,63	0,48	0,23	0,23	0,29	0,25	0,39
Queixas Somáticas (QS)							1,00	0,52	0,59	0,36	0,41	0,37	0,74	0,42	0,66	0,49	0,24	0,24	0,33	0,36	0,94
Problemas Sociais (OS)								1,00	0,60	0,49	0,40	0,42	0,68	0,47	0,72	0,66	0,56	0,30	0,37	0,38	0,47
Problemas de Pensamento (PP)									1,00	0,44	0,45	0,44	0,63	0,48	0,71	0,70	0,51	0,32	0,39	0,38	0,55
Problemas de Atenção (PA)										1,00	0,40	0,46	0,49	0,48	0,64	0,53	0,38	0,78	0,42	0,39	0,29
Quebrar Regras (QR)											1,00	0,67	0,39	0,78	0,63	0,45	0,29	0,39	0,53	0,85	0,38
Agressividade (AG)												1,00	0,41	0,89	0,70	0,45	0,33	0,56	0,82	0,80	0,32
Problemas Internalizantes (PI)													1,00	0,52	0,87	0,81	0,73	0,33	0,39	0,33	0,67
Problemas Externalizantes (PE)														1,00	0,82	0,50	0,39	0,56	0,75	0,81	0,37
Total de Problemas (TP)															1,00	0,78	0,65	0,56	0,61	0,60	0,58
Problemas Afetivos (PA)																1,00	0,51	0,36	0,42	0,38	0,54
Problemas de Ansiedade (PAN)																	1,00	0,27	0,31	0,25	,45
TDHA																		1,00	0,45	0,40	0,19
Problemas Desafiador/Opositor (D/O)																			1,00	0,60	0,28
Problemas de Conduta (PC)																					
Problemas Somáticos (PSO)																					

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Correlação de Pearson

5 DISCUSSÃO

O resultado da pesquisa apresentou PSM e transtornos psiquiátricos sublimiares com base em uma amostra representativa de adolescentes: Problemas internalizantes em 38,8% dos casos, externalizantes em 16,6% e Problemas totais em 27,4%. Sendo o primeiro estudo com este objetivo e este público no município de Mafra (SC), buscou-se dados de estudos brasileiros que pudessem endossar os resultados encontrados.

Um estudo de coorte prospectivo sobre prevalência e fatores de risco para transtornos psiquiátricos no início da adolescência foi realizado com os nascidos vivos no ano de 2004 na cidade de Pelotas, sendo avaliado um total de 3.562 indivíduos aos 11 anos de idade, com prevalência geral de transtornos psiquiátricos de 13,2%, porém, estes transtornos foram avaliados usando a Avaliação de Desenvolvimento e Bem estar (LA MAISON et al., 2018).

O presente estudo analisou os resultados por meio do YSR, que foi respondido pelos adolescentes e constatou-se nível *Clinico* em 119 adolescentes (38,8%) para os Problemas Internalizantes e em 51 adolescentes (16,6%) para os Problemas Externalizantes. Os Problemas Internalizantes são caracterizados pelo Isolamento, Queixas Somáticas e também Ansiedade/Depressão, e em relação aos Externalizantes, caracterizados pelas ações de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo (WILKINSON, 2009).

Em um estudo com 377 Adolescentes de 10 a 18 anos que foram recrutados em escolas austríacas, os problemas emocionais e comportamentais foram determinados usando o YSR, onde 16,5% pontuaram na faixa clinicamente relevante, enquanto os problemas de internalização foram mais prevalentes (17,8%) do que os de externalização (7,4%) (PHILIPP; ZEILER; WALDHERR, 2018).

Em uma pesquisa comparativa com 330 adolescentes em Pokhara City do Nepal, por meio do YSR, verificou-se o resultados para Problemas Internalizantes (35,8%) também foram mais comuns que problemas de externalização (18,5%) numa amostra de 330 adolescentes (SHARMA et al., 2019), mostrando resultados muito próximos a presente pesquisa.

No estudo realizado por Lopes et al. (2016) sobre a prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros, por meio *General Health*

Questionnaire (GHQ-12), obteve-se prevalência de 30,0% para os transtornos mentais comuns nos adolescentes.

Já no estudo multicêntrico transversal de Paula et al. (2015), que envolveu 1.676 crianças e adolescentes de 6 a 16 anos, utilizando o instrumentos K-SADS-PL às mães e aos principais cuidadores para identificar os transtornos psiquiátricos infantis atuais, observou-se que a prevalência geral observada de um ou mais transtornos psiquiátricos foi semelhante à maioria das estimativas relatadas para crianças e adolescentes em todo o mundo incluindo as taxas do Brasil (13,1%). Aqui observa-se a diferença quando utiliza-se uma entrevista diagnóstica e um instrumento de triagem como o Inventário de Autoavaliação para Adolescentes, que permite um levantamento sobre a ocorrência de problemas a partir do ponto de vista do próprio adolescente.

Cabe ressaltar a importância da aplicação de um instrumento de triagem em uma população, que traz informações importantes das características da população estudada, bem como dados epidemiológicos referentes aos tipos de problemas que ocorrem com maior frequência e que devem ser o foco de ações preventivas.

No presente estudo, observou-se que 29,8% dos adolescentes tiveram clinicamente afetadas suas competências em um dos itens de atividades ou na competência social, demonstrando a importância do diagnóstico precoce para problemas emocionais e comportamentais, para minimizar os prejuízos nestas áreas, tendo em vista a importância da escola e das atividades escolares nesta fase da vida.

Em uma pesquisa desenvolvida por Saleem e Mahmood (2012), com 1.571 adolescentes, observou-se que os PEC (ansiedade, agressão, afastamento social, sentimento de rejeição e problemas psicossomáticos) se constituíram como forte preditor para o baixo desempenho escolar. Foi utilizada a Escala de Problemas em Crianças em Idade Escolar que avalia problemas emocionais e comportamentais, sendo o desempenho escolar medido em termos de notas percentuais obtidas nos exames recentes.

Em outra investigação conduzida por Marturano, Toller e Elias (2005), com 75 crianças encaminhadas para atendimento psicológico, verificou-se que apesar das capacidades cognitivas preservadas, também houve baixo desempenho escolar, associado, em 70% dos casos, à presença de comportamentos considerados clínicos, tanto internalizantes (medo, retraimento, ansiedade) como externalizantes

(agressão, hiperatividade, manifestações antissociais). Estes sintomas foram avaliados com o CBCL, registro de desempenho acadêmico e questionário de classificação econômica e familiar.

Cabe ressaltar que dificuldades escolares também podem trazer consequências para o comportamento das crianças e dos adolescentes, ou que os problemas emocionais e comportamentais, também podem afetar o desempenho escolar, sendo uma via de mão dupla (TEIXEIRA et al., 2014).

Em relação aos Problemas Internalizantes identificados no presente estudo, os sintomas de Ansiedade/Depressão apareceram com escores *Clínicos* em 22,8%, Isolamento/Depressão em 8,5%, Queixas somáticas em 9,4% e Problemas Sociais em 10,1%, fazendo parte dos quadros depressivos na adolescência.

Diferentes estudos brasileiros têm buscado identificar a prevalência de depressão no público infanto-juvenil. Argimon et al. (2013) avaliaram 88 adolescentes de 12 a 17 anos no sul do país e encontraram ocorrência de 23% de sintomas depressivos moderados e graves através da escala de depressão de Beck (BDI-II).

Couto, Reis e Oliveira (2017) contaram com amostra de 220 estudantes de 11 a 17 anos de escola de rede pública da cidade de Salvador, destes, 7,7% apresentaram sintomas de depressão por meio do questionário para avaliação de sintomas depressivos.

Ainda em relação aos escores de Depressão na amostra desse estudo, 42 (13,6%) adolescentes responderam sim ao item 91 do instrumento YSR, que diz - "*Penso em me matar*", sendo que 28 deles responderam para "*pouca verdadeira ou algumas vezes*" e 14 responderam "*muito verdadeira ou frequentemente verdadeira*".

Compreendendo que o suicídio é o resultado de interações complexas, nas quais fatores individuais e psicossociais, assim como fatores de saúde mental, exercem grande papel, há evidência considerável de que a depressão é o principal fator de risco isolado (há exceções, como na China, onde impulsividade se apresenta como principal fator isolado). Cerca de 60% dos jovens deprimidos afirmam já terem tido pensamentos suicidas e 30% de fato tentam suicídio. O risco aumenta se houve suicídios na família, se o jovem já tentou suicídio antes, se há outros transtornos psiquiátricos comórbidos (p. ex., uso de substâncias), impulsividade ou agressão, se há acesso a ferramentas letais (como armas de fogo), se há experiência de eventos negativos (p. ex., problemas disciplinares, abuso

sexual), entre outros. Comportamentos suicidas e risco de suicídio devem ser avaliados cuidadosamente em cada jovem deprimido (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018).

Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) realizaram uma revisão na literatura acerca da prevalência dos transtornos mentais entre crianças e adolescentes, identificando variação de 0,6 a 30% de ocorrência de transtorno depressivo. Mais da metade dos estudos incluídos na revisão indicaram prevalência de 5,9% a 12,5% de depressão. As diferenças encontradas nos estudos podem ser decorrentes de fatores como instrumentos de avaliação, faixas etárias investigadas e procedimentos de coleta de dados.

As medidas de avaliação não são uniformes e há na literatura uma discussão acerca dos sintomas depressivos mais comuns para o público adolescente. É sabido que os fatores relacionados à depressão na infância e na adolescência envolvem aspectos genéticos, individuais e ambientais. Também dentre estes fatores destacam-se sexo, histórico de transtorno mental familiar, presença de violência comunitária e familiar, configuração e a organização familiar (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

No presente estudo os problemas de Ansiedade também ocorreram significativamente, aparecendo em 16,3% na escala orientada do DSM-5. De acordo com a APA (2014), a prevalência do TAS chega a 4%. O TS tem prevalência de 7 a 9% nos Estados Unidos e mais baixas em países asiáticos, africanos e latino-americanos (2 a 4%).

No Brasil, o estudo realizado por Jatobá e Bastos (2007), para identificar prevalência de depressão e de ansiedade em adolescentes matriculados e frequentando escolas públicas e privadas da cidade do Recife, em Pernambuco, verificou-se prevalência de ansiedade em 19,9% dos adolescentes. A identificação ocorreu pela amostra de 243 adolescentes de 14 a 16 anos que responderam as escalas de Hamilton.

Em crianças e adolescentes, de acordo com Petersen (2011), a prevalência de sintomas de ansiedade pode variar de 4% a 20%.

Garber e Weersing (2010) estimaram que 75% dos adolescentes com a presença de psicopatologia clínica apresentam sintomas comórbidos significativos de ansiedade ou depressão. Muitas vezes, de 25% a 50% dos pacientes jovens com sintomas de depressão também satisfazem critérios para diagnóstico de algum TA.

Porém, 10% a 15% dos adolescentes com diagnósticos primários de TA apresentam sintomas depressivos comórbidos. Esta incoerência pode estar associada com a escassez de pesquisas na área da psicopatologia com crianças e adolescentes.

Na pesquisa para verificar a prevalência de sintomas depressivos e de ansiedade com adolescentes concluintes do ensino médio numa escola pública brasileira do estado do Rio Grande do Sul, com a participação de 70 adolescentes, com idades entre 16 e 19 anos, foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Sintomas depressivos e de ansiedade foram encontrados nos adolescentes do ensino médio desta amostra, e no que se refere à investigação de sintomas de ansiedade, verificou-se no sexo feminino que 13,3% das adolescentes pontuaram nível grave de ansiedade, 20% moderado e 6,7% leve. Já no sexo masculino, 10% apresentaram sintomas moderados e 22,5% em nível leve (GROLLI; WAGNER; DALBOSCO, 2017).

No presente estudo, para Problemas Somáticos a ocorrência para escala do DSM foi de 6,9%. No DSM-5 a prevalência do Transtorno de Sintomas Somáticos na população adulta em geral pode ser em torno de 5 a 7%. Transtorno de Sintomas Somáticos em pessoas do sexo feminino tendem a apresentar mais sintomas somáticos do que as do sexo masculino e, por conseguinte, é provável que a prevalência do Transtorno de Sintomas Somáticos seja maior nelas (APA, 2014).

Neste estudo, a comparação entre os escores obtidos na aplicação das escalas YSR para os adolescentes e CBCL para os pais observou-se que para Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), Problemas Internalizantes ($p < 0,01$) e Total de Problemas ($p = 0,01$), os escores foram maiores no YSR.

Presume-se que as demonstrações em questões somáticas muitas vezes podem ser percebidas com maior facilidade do que sintomas que ficam escondidos na subjetividade de cada adolescente.

Com relação às diferenças de informação, os mais recentes estudos que utilizaram as comparações entre os respondentes (pais, responsáveis, professores, cuidadores) trazem discrepâncias entre as respostas. Os pais geralmente têm informações escassas sobre o comportamento de crianças e adolescentes na escola e, em contrapartida, os professores tendem a ter pouco conhecimento sobre o comportamento em ambiente familiar (ALEXANDER; LILJEQUIST, 2016; CAYE; MACHADO; RODHE, 2013).

Nesta amostra percebeu-se pouca discrepância, talvez pelo número de pais que responderam, ou até sugere-se que possam estar mais atentos aos seus filhos.

Os Problemas Internalizantes também foram maioria nas respostas obtidas pelos pais sobre os adolescentes. Uma pesquisa com adolescentes espanhóis mostrou associação clara entre Problemas Internalizantes (passividade, apatia, depressão, entre outras manifestações) e o estilo parental autoritário. Também foram relatados níveis inadequados de afeto e predominância de agressão e rejeição em relação às crianças, estando associada à expressão de problemas comportamentais externalizantes (agressividade, hostilidade e delinquência). Neste mesmo estudo também foi sugerido que carinho insuficiente recebido da mãe combinada com a rejeição pelo pai estavam associados a maior probabilidade para o filho desempenhar o papel do agressor no ambiente escolar (SIERRA; PEDRERO; PAINO, 2014).

Um importante estudo longitudinal realizado na Austrália por Robinson et al. (2019) - Estudo da Coorte de Gravidez da Austrália Ocidental, com acompanhamento de 14 e 17 anos de 1.596 díades de pais e filhos que preencheram ao CBCL e ao YSR, registrou pouca correlação entre os relatos de adolescentes e pais sobre a saúde mental dos adolescentes e o entendimento dessa discrepância tem importância clínica.

Os fatores maternos, familiares, adolescentes e parentais foram examinados como possíveis preditores de discrepâncias. Quando os escores de YSR dos adolescentes estavam na faixa clínica, mas as classificações da CBCL dos pais não, os adolescentes tiveram maior probabilidade de relatar intoxicação por álcool nos últimos 6 meses, uso de drogas ilícitas, baixa motivação escolar e depressão. Quando os pais relataram comportamento externalizante na faixa clínica, mas os adolescentes não, as características associadas a isso foram idade materna mais jovem, recebendo benefício previdenciário, estresse relacionado aos pais, depressão e mau funcionamento da família (ROBINSON et al., 2019).

Observaram também que os relatos de adolescentes e pais sobre PSM de adolescentes geralmente se correlacionam pouco, mas pouco se sabe sobre quais fatores contextuais levam a discordâncias. A compreensão dos fatores que influenciam a concordância é clinicamente relevante para prever e identificar distúrbios comportamentais externalizantes. Constataram que o uso de substâncias, depressão e baixa motivação escolar impactaram na discrepância nos escores de

comportamento de externalização para adolescentes do sexo masculino de 14 anos e seus pais. Depressão parental, estresse, baixa renda familiar e disfunção familiar também levaram a maior probabilidade de discrepância nos escores (ROBINSON et al., 2019).

Chen et al. (2017), em pesquisa sobre discrepâncias entre relatos de pais e filhos sobre problemas emocionais e comportamentais de adolescentes em Taiwan, observaram concordância moderada entre o YSR e o CBCL numa amostra de 1.412 pares de pais e adolescentes, chegando a refutar a hipótese de que sociedades com fortes tradições de familismo e coletivismo tenham maior concordância entre pais e filhos, sendo o termo familismo utilizado para designar uma ideologia do oriente que prioriza a família.

A questão é que apesar de tão diferentes culturas, os estudos através do YSR e CBCL identificam que os comportamentos dos adolescentes precisam ser melhores examinados para que se possa ajudá-los com a atenção adequada, já que as discrepâncias têm ocorrido e, tendo em vista também, a gama de fatores associados e variáveis a cada um dos adolescentes e pais pesquisados.

Com relação aos problemas de ansiedade, nesta pesquisa observou-se grau de concordância de 18,5% das respostas dos pais no DSM orientado. No entanto, os escores totais para Problemas Internalizantes foram maiores nas respostas do YSR. Observou-se um total de concordância de 18,5% para Problemas Internalizantes e de 64,6% para os Problemas Externalizantes, indicando nesses casos, que as vivências internas do adolescente podem ser pouco percebidas pelos pais.

Ainda assim, o nível de concordância apresentou-se moderado de maneira geral. Quando múltiplos informantes (pais, professores e adolescentes) descrevem seus relatos sobre os comportamentos de uma pessoa, a concordância entre eles é variável. Isso pode ser observado, tanto quando se analisa a frequência e gravidade de problemas de comportamento externalizantes e internalizantes, bem como dos padrões comportamentais de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade (CAYE; MACHADO; ROHDE, 2013; WATABE et al., 2014).

Relatos discordantes entre informantes em relação a problemas comportamentais têm implicações clínicas importantes, tanto para os diagnósticos como também para a intervenção (BORDIN et al., 2013; WAN et al., 2013).

No presente estudo, observou-se maiores frequências tanto de Problemas Internalizantes quanto aos Problemas Externalizantes no sexo feminino. Nas escalas

orientadas do DSM a única exceção foi para os Problemas de Conduta que observados com maior prevalência para o sexo masculino.

Embora diferentes estudos apontem que meninos apresentam significativamente mais problemas de agressividade e de quebra de regras que as meninas tanto no Brasil (EMERICH et al., 2012), como em outras culturas (LOCHMAN, 1987; ACHENBACH, 1991, 1995; IVANOVA et al., 2007), no presente estudo não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. Além disso, não foram observadas pontuações muito altas nas escalas de problemas de comportamento como quebra de regras ou comportamentos agressivos, sugerindo que, neste estudo, tanto no sexo masculino como no sexo feminino há boa capacidade de adaptação no que se refere aos problemas de quebrar regras.

Apesar das diferenças não serem tão significativas, de acordo com Rocha (2012) o sexo feminino, já citado por Wangby, Bergman e Magnusson (1999) em estudo sobre desenvolvimento e problemas de comportamento em meninas, tendem a ser mais críticas consigo mesmas que meninos em autoavaliações. Segundo Heck et al. (2009), isso ocorre pelas habilidades de comunicação das mulheres que podem gerar melhor capacidade de discriminação e autorrelato, ou seja, expondo mais os sentimentos, acabam respondendo com maior facilidade as questões do inventário.

Ansiedade e Depressão ocorreram em 32,1% dos casos no sexo feminino em comparação com o sexo masculino que ocorreu em 15,0%. Para Isolamento/Depressão também se observou maior frequência no sexo feminino (13,5%) em comparação com o sexo masculino (4,2%), o que vai de encontro a prevalências já apontadas e bastante sabidas de que a depressão na adolescência é mais comum no sexo feminino que no masculino. As frequências apresentadas no presente estudo mostram a importância de compreender sobre as emoções dos adolescentes e até mesmo o estímulo para que possam falar do que sentem, podendo muitas vezes, serem julgados quando na realidade estão tendo a necessidade de serem ouvidos.

Em estudo recente com adolescentes austríacos (PHILIPP et al., 2018), também em consistência com a literatura existente, foi observado que as meninas relataram mais problemas totais e internalizantes do que os meninos. Também não foi encontrado diferença para problemas de externalização, diferindo de outros achados, indicando mais problemas de externalização para meninos.

A depressão entre os sexos é semelhante em pré-púberes, mas passa a ser quase o dobro no sexo feminino durante a adolescência (REY; BELLA-AWUSAH; JING, 2018). No estudo realizado por Rocha (2012) sobre as evidências de validade do YSR/2001 para a população brasileira, as meninas atingiram escores mais elevados para a escala de internalização, na qual a depressão está incluída.

Já em pesquisa com 330 adolescentes em Pokhara City in Nepal, Sharma et al. (2018) observaram que os problemas emocionais e comportamentais foram observados com 38,8% entre os adolescentes do sexo masculino e 22,5% do sexo feminino. Os meninos pontuaram mais alto que as adolescentes através do YSR, exceto na síndrome do problema social. Os autores observaram mais adolescentes do sexo masculino (13,8%) com ansiedade e depressão em comparação com adolescentes do sexo feminino (10,7%). Os adolescentes do sexo masculino também apresentaram mais isolamento e depressão em comparação com adolescentes do sexo feminino (9,9% versus 7,3%), com resultados diferentes do presente estudo e dos estudos brasileiros e europeus. Talvez as desigualdades entre os sexos naquele país possam ser uma hipótese para este resultado diferente, já que o Nepal tem cultura ancorada em concepções patriarcais, onde mulheres sozinhas, por exemplo, não possuem nenhum direito - o pai ou o marido é quem podem autorizá-la a ser uma cidadã e é possível que estas questões culturais possam influenciar as respostas do sexo feminino na pesquisa realizada naquele país.

Na presente amostra, a expressão do TC e o TDO ocorreu em maior número no sexo masculino e já foi descrito em outras pesquisas que os meninos tendem a demonstrar mais sua agressividade, até mesmo vivenciada pelas escolhas das brincadeiras desde a infância, que tem sua continuidade na adolescência.

O DSM-5 adiciona um novo especificador “com emoções pró-sociais limitadas”. As pessoas com “transtorno de conduta com emoções pró-sociais limitadas” exibiriam empatia limitada e pouca preocupação com os sentimentos, desejos e bem-estar dos outros, como evidenciado por pelo menos dois dos itens: falta de remorso e culpa; falta de empatia; falta de preocupação com desempenho (não motivado ou preocupado com desempenho na escola ou trabalho); superficialidade ou deficiência de afeto (sentimentos ou emoções expressos são superficiais ou falsos). O atual especificador “com emoções pró-sociais limitadas” é o resultado de várias tentativas de encontrar características interpessoais, afetivas e

comportamentais de psicopatia em crianças e adolescentes (MACHADO et al., 2015).

Várias dimensões de personalidade têm sido identificadas em pessoas com comportamento antissocial, mas emoções pró-sociais limitadas parece ser a mais robusta (FRICK; BARRY; BODIN, 2000).

Além disso, estes sintomas parecem detectar um grupo mais grave, agressivo e estável e são um fator de risco independente para desfechos antissociais na idade adulta (FRICK; DICKENS, 2006; BURKE et al., 2007; LYNAM et al., 2007).

Neste estudo, a frequência de TDAH foi de 2,9%, Problemas Desafiador/Opositor de 9,1% e Problemas de Conduta em 5,9%, relacionando com a escala do DSM do presente estudo. Os levantamentos populacionais sugerem que o TDAH ocorre na maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos. A prevalência do Transtorno de Oposição Desafiante varia de 1 a 11%, com prevalência média estimada de 3,3%. A taxa do transtorno pode variar de acordo com a idade e o sexo da criança. Aparentemente, é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino do que em indivíduos do sexo feminino (1,4:1), antes da adolescência. As estimativas de prevalência para o TC na população em um ano variam de 2 a mais de 10%, com mediana de 4%. A prevalência parece ser bastante consistente em vários países com raça e etnia diferentes. As prevalências aumentam da infância para a adolescência e são mais elevadas no sexo masculino do que no feminino. Poucas crianças que apresentam um Transtorno da Conduta que causa prejuízo recebem tratamento (APA, 2014).

Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) realizaram uma revisão sistemática sobre prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados, com a maior parte dos estudos provenientes de países desenvolvidos, a maioria concentrada nos Estados Unidos e entre os países em desenvolvimento, dois estudos foram realizados no Brasil, sendo grande parte dos estudos realizadas com adolescentes.

Como resultado os transtornos mais frequentes foram: Depressão, TA, TDAH, Transtorno por Uso de Substâncias e Transtornos de Conduta. Os instrumentos utilizados foram os mais diversos, sendo os mais utilizados os critérios do DSM-IV), o *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) e o *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), e com relação ao TDHA a média de

prevalência de TDAH foi de 8,3%. Apenas quatro estudos encontraram prevalências acima de 10%. Já para a prevalência de TC a média de prevalência foi de 4,17%. Os Transtornos de Conduta têm início na infância e podem persistir na adolescência, requerendo atenção, já que a persistência dos comportamentos que caracterizam o transtorno pode conduzir a um diagnóstico de transtorno de personalidade antissocial na idade adulta (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

No artigo de revisão bibliográfica apresentado por Melo et al. (2017) sobre o TC e influência de fatores psicofisiológicos e socioambientais na personalidade de menores no envolvimento de atos infracionais, foram encontrados 182 estudos, destes 32 foram escolhidos, publicados nos anos de 2000 a 2016, e de maneira geral, os estudos selecionados retratam a atuação do psicólogo na detecção precoce do TC, na necessidade de ações de prevenção para reduzir os danos que podem vir a serem causados contra o indivíduo e contra a sociedade, e também na importância da intervenção e apoio da família logo após o diagnóstico de TC, quais os fatores de risco para o aparecimento do TC, os motivos do crescimento de crianças com TC, dentre outros.

Os resultados encontrados neste estudo sobre as comparações das respostas entre as escolas estão descritos a seguir. No entanto, dadas às limitações na comparação de algumas destas variáveis entre escolas (como a influência das diferenças nos níveis sócio-econômicos, localização, etc.) justifica-se prudência nessa análise. Ainda assim, como se trata de dados que podem servir como base para estudos futuros, optou-se por contemplá-los, mesmo que em caráter ilustrativo, as tabelas encontram-se como apêndice 4.

Nas comparações das respostas entre as escolas A, B e C, com relação à competência em atividades e competência total, os escores foram menores para os adolescentes da escola B, que é uma escola pública que fica na parte mais periférica da cidade. A média de competência social foi maior nos adolescentes procedentes da escola C, sendo a escola privada pesquisada.

Nesse aspecto pode-se observar que dentro das competências sociais são questionadas atividades realizadas, jogos favoritos, esportes, grupos que pertencem, além das atividades escolares, tendo tênue diferença que os adolescentes procedentes da escola B realizam menos atividades fora das propostas do ambiente escolar.

Del Prette e Del Prette (2006) definiram habilidades sociais como "diferentes classes de comportamentos sociais do repertório de um indivíduo que contribuem para a competência social, favorecendo um relacionamento saudável e produtivo com as demais pessoas".

Sendo assim, pode-se dizer que habilidades sociais são as estratégias dos indivíduos para apresentarem um desempenho social significativo perante outros indivíduos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2012).

As habilidades sociais tem importância para o bem-estar dos sujeitos e da sua saúde mental. Dessa forma, precisa haver uma promoção das mesmas a fim de tentar reduzir os indicativos de depressão da população, além de favorecê-la com uma melhor qualidade de vida (CAMPOS et al., 2018).

Segundo Rocha (2012), no Brasil, o tipo de escola na qual o adolescente está matriculado geralmente apresenta grande associação com o nível econômico da família. As classes sociais com maior poder econômico matriculam seus filhos em escolas particulares em busca de melhores oportunidades educacionais. Porém, mesmo níveis econômicos inferiores estão elencados como um fator de risco para PSM (JOHNSON et al., 1999). Este efeito não pode ser avaliado na amostra do presente estudo, já que não foi aplicado um questionário de renda familiar.

Com relação aos Problemas Emocionais e Comportamentais as médias das escalas de Ansiedade e Total de Problemas foram menores entre os adolescentes da escola B, sugerindo que talvez as menores exigências escolares, em consequência com menor exigência dos pais, tragam menos ansiedade nos alunos na escola pública.

As médias relacionadas às escalas de Quebrar Regras e Problemas Internalizantes foram maiores na escola C. As competências sociais, que incluem os relacionamentos com os adolescentes da mesma idade, amigos e irmãos foram maiores entre os adolescentes da escola A, escola pública situada na área central da cidade. De acordo com os estudos encontrados, o conceito de competência social, que envolve a funcionalidade e efetividade dos comportamentos manifestos socialmente, a partir da capacidade individual de manejar habilidades sociais e informações socioculturais (SAPIENZA; AZNAR-FARIAS; SALVO; SILVARES, 2005).

De acordo com Solnai (2002) existe semelhança positiva entre competência social, motivação para aprender e sucesso escolar. Assim, as competências sociais,

como as habilidades de enfrentamento (autocontrole, empatia, assertividade) e percepção adequada das informações do entorno e busca de soluções positivas que enriqueçam as relações interpessoais (CASTRO; MELO; SALVO; SILVARES, 2005; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006) estão relacionadas ao bom rendimento acadêmico (CHEN; DONG; ZHOU, 1997; SAPIENZA; AZNAR-FARIAS; SALVO; SILVARES, 2005).

Já o estudo de Feitosa et al. (2009), que objetivou comparar as habilidades sociais de 848 adolescentes portugueses, com e sem dificuldades escolares, confirmou os dados apresentados ao concluir que existe associação entre o repertório deficitário de habilidades sociais e os problemas de aprendizagem na escola. A escola constitui um ambiente que, além da transmissão de aprendizados acadêmicos, proporciona muitas experiências relacionais, seja com os seus pares ou com professores. Estas relações geram habilidades sociais adaptativas: é preciso autocontrole para esperar a sua vez de falar, autopercepção para saber seguir as regras de convivência, assertividade para fazer perguntas ao professor ou dar limites ao colega, autoeficácia para sentir-se capaz de enfrentar os desafios da aprendizagem e autoestima para aceitar críticas ou sugestões (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2006).

As competências sociais também aprimoram o sentimento de pertença ao grupo, especificamente com os colegas de sala de aula e o comportamento de colaboração entre eles e com o professor, motivando o engajamento em atividades acadêmicas. Esta colaboração ajudou alunos a desenvolverem habilidades de solução de problemas e estratégias que facilitavam o aprendizado em sala de aula (DEL PRETTE et al., 2012).

A participação de adolescentes em atividades extracurriculares em período oposto ao das aulas, apontado como um determinante importante para o desenvolvimento das competências sociais, encontrado no estudo de Shernoff (2010), mostrou-se associado ao bom desempenho escolar.

O estudo de Fox et al. (2010), mostrou associação positiva entre a participação em equipes esportivas e o desempenho escolar. Os autores indicaram que esta participação estimula o senso de identificação com a escola e com os valores a ela relacionados, incluindo ter um bom desempenho acadêmico. Nessa mesma direção, uma pesquisa realizada com a finalidade de examinar possíveis associações entre autodeterminação, prática de exercícios, ansiedade, depressão,

estresse e desempenho acadêmico entre adolescentes com idades entre 13 e 14 anos, na Malásia Oriental, sugeriu que os alunos que praticavam exercícios regularmente apresentavam maior autodeterminação, o que estava positivamente associado ao desempenho acadêmico (HASHIM; FREDDY; ROSMATUNISAH, 2012).

Destaca-se que o menor nível de competências sociais pode estar associado a problemas emocionais (MARTURANO; TOLLER; ELIAS, 2005; D'ABREU; D'ABREU; MARTURANO, 2010; SALEEM; MAHMOOD, 2012) e de comportamento (LANGEVELD; GUNDERSEN; SVARTDAL, 2012), os quais também podem influenciar o desempenho escolar, visto que a presença destes tende a comprometer as relações com pares e professores e interferir na dinâmica de aprendizagem e sala de aula (ALVARENGA; PICCININI, 2009; DEL PRETTE; FREITAS; BARRETO, 2012; BORBA; MARIN, 2017).

A ansiedade, observada com escore elevado na escola C, que é a escola privada desta amostra, traz alguns questionamentos sobre as preocupações e cobranças relacionadas ao futuro profissional, vestibular, entre outros, que possam influenciar neste aspecto. Também pelo maior número de atividades que acabam sendo oferecidas pelos pais e, por isso, a sobrecarga pode ser aumentada. E um item que chama atenção é com relação ao próprio medo (que se refere ao sujeito ansioso), sendo menor na escola B, localizada num bairro da periferia com conhecidos problemas sociais, entre eles, violência, uso de drogas, entre outros.

Contudo, apesar do escore menor para a ansiedade ser relacionado à escola B, os adolescentes apresentaram maiores Problemas de Conduta. No estudo realizado por Sharma et al. (2019), em Pokhara City no Nepal, mostrou que adolescentes estudando em escola particular tem quase quatro vezes mais chances de ter problemas externalizantes do que os adolescentes que estudam em escola pública.

No presente estudo, além da limitação citada com relação ao comparativo entre os resultados das escolas, outra limitação foi não trabalhar com o questionário para os professores, pois acompanham os adolescentes em ambiente escolar. Isto pelo tempo limitado do estudo e para não sobrecarregar os professores, que necessitariam de aproximadamente 30 minutos para responder o questionário de cada aluno, sendo que alguns teriam mais de 10 questionários para responder.

A abordagem e a entrega dos inventários, por meio de carta aos pais, se mostrou insuficiente para a obtenção de um número maior de participantes, tendo apenas 65 pais que responderam ao CBCL.

A triagem feita por meio dos inventários possibilitou uma percepção ampliada dos PSM dos adolescentes do município de Mafra, e transtornos psiquiátricos sublimiães com base em uma amostra representativa de adolescentes. Mas outros fatores não foram avaliados, como situação socioeconômica, relações familiares ou outros fatores que possam ter influência nos resultados, para que seja possível compreender quais as estratégias preventivas e terapêuticas mais adequadas que devem ser desenvolvidas.

6 CONCLUSÕES

- a) A frequência de problemas internalizantes, externalizantes e Total de Problemas em adolescentes no município de Mafra (SC) foi elevada.
- b) Quando comparado às respostas do YSR com a escala orientada pelo DSM-5 observou-se que os problemas de Ansiedade foram os mais frequentes, representando 16,3% da amostra e os Problemas Afetivos apareceram em 14,0% da amostra.
- c) Na comparação dos sintomas internalizantes e externalizantes entre os sexos, observou-se que a média dos escores de Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), Isolamento/Depressão ($p = 0,03$), Queixas Somáticas ($p < 0,001$), Problemas Sociais ($p = 0,01$), Problemas de Atenção ($p < 0,01$) e Total de Problemas ($p = 0,01$) foram maiores no sexo feminino. As médias das escalas do DSM orientado de Problemas Afetivos, Problemas de Ansiedade e Problemas Somáticos foram maiores no sexo feminino ($p > 0,01$ e $p = 0,01$) com exceção dos Problemas de Conduta ($p = 0,93$).
- d) Os adolescentes pontuaram mais na escala YSR do que seus pais na escala CBCL para Problemas Internalizantes e total de problemas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou frequência significativa de sintomas de PSM e transtornos psiquiátricos sublimiares com base em uma amostra representativa de adolescentes que vivem em uma cidade do interior do Brasil. Apontou que uma proporção significativa de adolescentes nesse estudo está em risco de PSM, enfatizando a necessidade urgente de prevenção direcionada, especialmente para reduzir a ansiedade e os sintomas depressivos para os adolescentes.

Conduzir uma pesquisa com o público adolescente em uma cidade do interior traz muitas reflexões, até mesmo relacionada à suposição de que uma vida no interior poderia ser mais tranquila e, por isso, levar as escores mais baixos de ansiedade e depressão, por exemplo.

No entanto, surpreende-se que nesta amostra, encontrou-se adolescentes em moderados e graves sofrimentos psíquicos. Apesar da linha tênue entre o que é considerado comum na adolescência e aquilo que corresponde a um intenso sofrimento mental, causando consequências graves na adolescência e também na vida adulta, é necessário nos atentarmos aos sinais que se apresentaram.

Precisa-se perceber os adolescentes, tanto pais, professores, profissionais de saúde, eles próprios, para que dessa forma, com o aumento da consciência, se saiba quando procurar ajuda, pois, já se observou por meio dos estudos que embasaram este trabalho, quantos prejuízos podem surgir por não serem identificados precocemente os sinais de sofrimento mental na infância e adolescência.

Pelos achados significativos de Problemas Internalizantes e Externalizantes entre os adolescentes desta amostragem, se faz necessário que medidas preventivas sejam desenvolvidas, tanto na identificação dos sinais, quanto para o diagnóstico precoce, para que se possa oferecer orientação e cuidados para todas as pessoas envolvidas com este público.

REFERÊNCIAS

- ACHENBACH, T. M. Manual for the child behavior checklist/4-18 e 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont. 1991.
- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. Manual for the ASEBA School-Age Forms, & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. Mental Health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). 4.Ed. Burlington: University of Vermont - Research Center for Children, Youth & Families, 2004.
- ALEXANDER, L.; LILJEQUIST, L. Determining the Accuracy of Self-Report Versus Informant-Report Using the Conners' Adult ADHD Rating Scale. *Journal of Attention Disorders*, v. 20, n. 4, p. 346–352, 2016.
- ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 2, p. 191- 199, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Ed 4(DSM-IV). Washington DC, American Psychiatric Association 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 (5. Ed.) Porto Alegre: Artmed. 2014.
- ANSELMINI, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11 -year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 45, p. 135 -142, 2010.
- ARGIMON, I.; TERROSO, L.; BARBOSA, A.; LOPES, R. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDI-II). *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, v.33, n. 85, p. 354-372. 2013.
- ARSENEAULT, L.; BOWES, L.; SHAKOOR, S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, v. 40, p. 717-729, 2010.
- AZEVEDO, A.; MATOS, A. P. Suicidal ideation and depressive symptomatology in adolescents. *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 15, n. 1, p. 179-190, 2014.

- BAPTISTA, M.; BAPTISTA, A.; DIAS, R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 21, p. 56-61. 2001.
- BERNDT, E. R.; KORAN, L. M.; FINKELSTEIN, S. N. et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, p. 940-947, 2000.
- BIRMAHER, B.; RYAN, N. D.; WILLIAMSON, D. E.; BRENT, D. A.; KAUFMAN, J.; DAHL, R. E. et al. Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, v. 35, n. 11, p.1427-39, 1996.
- BOCK, A. M. B. A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cad. CEDES*, v. 24, n. 62, p. 26-43, 2004.
- BORBA, B. M. R.; MARIN, A. H. Contribuição dos indicadores de problemas emocionais e de comportamento para o rendimento escolar. *Revista Colombiana de Psicología*, v. 26, n. 2, p. 283-294. 2017.
- BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP – APAL*, v. 17, n. 2, 1995.
- BORDIN, I. A.; ROCHA, M. M.; PAULA, C. S.; TEIXEIRA, M. C. T. V.; ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A.; SILVARES, E. F. M. Child behavior checklist (CBCL), youth self-report (YSR) and teacher's report form (TRF): An overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 1, p. 13-28, 2013.
- BORSA, C.; J TIELLET, J.; NUNES, M. L. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Universidade Luterana do Brasil Canoas. Aletheia*, n. 34, pp. 32-46. 2011.
- BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia, Canoas*, n. 34, p. 32-46, 2011.
- BORSA, J. C.; PACHECO, J. T.; HAUCK FILHO, N. Transtorno da Personalidade Antissocial: etiologia e fatores de risco. In L. F. Carvalho & R. Primi (Eds.),

Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: implicações teóricas e práticas (cap. 24). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2013.

BOYD C. P.; KOSTANSKI, M.; GULLONE, E. et al. Prevalence of anxiety and depression in Australian adolescents: comparisons with worldwide data. *Journal of Genetic Psychology*, v. 161, p. 479-92, 2000.

BRASIL. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BURKE, J. D.; HIPWELL, A. E.; LOEBER, R. Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 49, p. 484-492, 2010.

BURKE, J. D.; LOEBER, R.; LAHEY, B. B et al. Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 46, p. 1200-1210, 2005.

CAIRES, M. C.; SHINOHARA, H. Transtornos de ansiedade na criança: um olhar nas comunidades. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, v. 6, n. 1, p. 62-84, 2010.

CAMPOS, J. P. et al. Del. Relações entre depressão, habilidades sociais, sexo e nível socioeconômico em grandes amostras de adolescentes. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 34, p. e3446, 2018.

CANINO, G. Are Somatic Symptoms and Related Distress More Prevalent in Hispanic/Latino Youth? Some Methodological Considerations, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, v. 33, n. 2, p. 272-275, 2004.

CARTWRIGHT-HATTON, S. Anxiety of childhood and adolescence: Challenges and opportunities, *Clinical Psychology Review*, v. 26, n. 7, p. 813-816, 2006.

CASTILLO, A. G. et al. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, n. 2, p. 20-23, 2000.

CAYE, A., MACHADO J.D., & ROHDE L.A. Evaluating Parental Disagreement In ADHD Diagnosis: Can We Rely On A Single Report From Home? *J Atten Disord.*, v. XX(X), p. 1-6, 2013.

CHEN, X.; DONG, Q.; ZHOU, H. Authoritative and authoritarian parenting practices and social and school performance in Chinese children. *International Journal of Behavioral Development*, v. 21, n. 4, p. 885-873, 1997.

CHEN, Y.Y.; HO, S.Y.; LEE, P.C.; WU, C.K.; GAU, S.S.F. Discrepâncias entre pais e filhos no relato de problemas emocionais e comportamentais dos adolescentes em Taiwan. *PLOS ONE*, v. 12, n. 6, p. e0178863, 2017.

COLE, P.M.; LUBY, J.; SULLIVAN, M.W. Emotions and the Development of Childhood Depression: Bridging the Gap. *Child Development Perspectives*, v. 2, p. 141-148, 2008.

COPELAND, W. E.; SHANAHAN, L.; COSTELLO, E. J. et al. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 66, p. 764-772, 2009.

COSTELLO, E. J.; ERKANLI, A.; ANGOLD, A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, v. 47, n. 12, p. 1263-71, 2006.

COSTELLO, E. J.; MUSTILLO, S.; ERKANLI, A. et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, v. 60, p. 837- 844, 2003.

COUTO, I.; REIS, D.; OLIVEIRA, I. Prevalência de sintomas de depressão em estudantes de 11 a 17 anos da rede pública de ensino de Salvador. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 15, n. 3, p. 370-374, 2017.

CURRY, J.; SILVA, S.; ROHDE, P.; GINSBURG, G. et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry*, v. 68, n. 3, p. 263-269, 2010.

D'ABREU, L. C. F.; MARTURANO, E. M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos em Psicologia*, v. 15, n. 1, p. 43-51, 2010.

DE MATHIS, M. A.; DINIZ, J. B.; SHAVITT, R. G et al. Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, v. 14, p. 362-370, 2009.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática*. Petrópolis, RJ: Vozes. 2006.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A.; DE OLIVEIRA, L. A.; GRESHAM, F. M.; VANCE, M. J. Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International*, v. 33, n. 6, p. 615–630, 2012.

DEL PRETTE, Z. A.; FREITAS, L.C.; BARRETO, S. O. Habilidades sociais na comorbidade entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: uma avaliação multimodal. Universidade Federal de São Carlos. São Paulo. v. 42, n. 4, p. 503-510, 2011.

DICK, D. M.; VIKEN, R. J.; KAPRIO, J. et al. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 33, p. 219-229, 2005.

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EMERICH, D. R.; ROCHA, M. M.; SILVARES, E. F. M. Diferenças Quanto ao Gênero entre Escolares Brasileiros Avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18) Universidade de São Paulo São Paulo, v.43, n. 3, p. 380-387, 2012.

ERSE, M. P. Q. A.; SIMÕES, R. M. P.; FAÇANHA, J. D. N.; MARQUES, L. A. F. A.; LOUREIRO, C. R. E. C.; MATOS, M. E. T. S.; SANTOS, J. C. P. Adolescent depression in schools: + Contigo Project. *Journal of Nursing*, v. 4, n. 9, p. 37-44, 2016.

FARRINGTON, D. P.; COID, J. W.; HARNETT, L. M. et al. Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. Home Office Research, Development and Statistics Directorate, 2006.

FEITOSA, F. B.; MATOS, M. G.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Desempenho acadêmico e interpessoal em adolescentes portugueses. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 2, p. 259-266, 2009.

FIGUEROA, A.; SOUTULLO, C.; ONO, Y.; SAITO, K. Ansiedade de separação. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (edição

em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R.; Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

FORD, T.; GOODMAN, R.; MELTZER, H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 42, p. 1203-1211, 2003.

FOX, C. K.; BARR-ANDERSON, D.; NEUMARK-SZTAINER, D.; WALL, M. Physical activity and sports team participation: associations with academic outcomes in middle school and high school students. *J Sch Health*, v. 80, n. 1, p. 31-7, 2010.

FREIRE, T.; TAVARES, D. Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 38, n. 5, p. 184-188, 2011.

FRICK, P. J.; NIGG, J. T. Current Issues in the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Oppositional Defiant Disorder, and Conduct Disorder *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 8, n. 1, p. 77-107, 2012.

FRICK, P.; BARRY, C.; BODIN, S. Applying the concept of psychopathy to children: Implications for the assessment of antisocial youth. In C. Gacono (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2000, p. 1-24.

FRICK, P.J.; DICKENS, C. Current perspectives on conduct disorder. *Curr Psychiatry Rep*, V. 8, P. 59–72, 2006.

GARBER, J.; WEERSING, V. R. Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, v. 17, p. 293-306, 2010.

GELLER D. A. Obsessive-Compulsive and Spectrum Disorders in Children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 29, n. 2, p. 353-370, 2006.

GROLLI, V.; WAGNER, M. F.; DALBOSCO, S. N. P. Sintomas Depressivos e de Ansiedade em Adolescentes do Ensino Médio. *Revista de Psicologia*, v. 9, n. 1, p. 87-103, 2017.

GUERRA, N. G.; HUESMANN, L. R.; TOLAN, P. H. et al. Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 62, n. 518- 528, 1995.

HASHIM, H. A.; FREDDY, G.; ROSMATUNISAH, A. Relationships between negative affect and academic achievement among secondary school students: the mediating effects of habituated exercise. *J Phys Act Health*, v. 9, n. 7, p. 1012-9, 2012.

HOMEM, T.; GASPAR, M.; SEABRA S., AZEVEDO M.; CANAVARRO A. Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica*, v. 31, p. 31-48, 2013.

ISOLAN, L.; PHEULA, G.; MANFRO, G. Tratamento do transtorno de ansiedade social em crianças e adolescentes. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. *Revisão de Literatura*, 2006.

IVANOVA, M. Y.; ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A.; DUMENCE, L.; ALMQUIST, R.; BITENBERG, N. et al. The generalizability of the Youth Self Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Consulting and Clinical Psychology*, v. 75, p. 729-738, 2007a.

IVANOVA, M. Y.; ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A.; DUMENCE, L.; ALMQUIST, R.; BITENBERG, N. et al. Testing the Syndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, v. 36, n. 3, p. 405-417, 2007b.

JOHNSON, J. G.; COHEN, P.; DOHRENWEND, B. P.; LINK, B. G. A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 108, p. 490-499, 1999.

KENDALL, P. C.; KRAIN, A.; TREADWELL, K. Generalized anxiety disorders. Em: R. T. Ammerman; M. Hersen & C. G. Last. (Orgs). *Handbook of prescriptive treatments for children and adolescents*, 2ed., p.155-171. Needham Heights: Allyn & Bacon, 1999.

KESSLER, R. C.; AVENEVOLI, S.; COSTELLO, E. J. et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity

Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, v. 69, p. 372-380, 2011.

KIM-COHEN, J.; MOFITT, T.E.; TAYLOR, A. et al. Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, p. 173-181, 2005.

KING, A. L. S.; VALENÇA, A. M.; MELO-NETO, V. L.; NARDI, A. E. A importância do foco da terapia cognitivo-comportamental direcionado às sensações corporais no transtorno do pânico: relato de caso. *Rev Psiq Clín.*, v. 43, n. 4, p. 191-195, 2007.

KISSACK, M. R.; LEON, N. C. M. Transtorno de Ansiedade Generalizada e transtorno do pânico em crianças e adolescentes. In: Caballo, VE, Simén MA. *Manual de Psicologia Clínica infantil e do adolescente. Transtornos gerais*. São Paulo: Livraria Santos. Editora; 2007.

KRAIN, A. L.; GHAFARI, M.; FREEMAN, J. et al. Anxiety disorders. In Martin A, Volkmar FR (eds). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, p. 538-548, 2007.

LA MAISON, C.; MUNHOZ, T. N.; SANTOS, I. S.; ANSEMI, L. BARROS, F. C.; MATIJASEVICH, A. Prevalence and risk factors of psychiatric disorders in early adolescence: 2004 Pelotas (Brazil) birth cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 53, n. 7, p. 685–697, 2018.

LANGEVELD, J.; GUNDERSEN, K.; SVARTDAL, F. Social Competence as a Mediating Factor in Reduction of Behavioral Problems. *Scandinavian Journal of Educational*, v. 56, p. 381-399, 2012.

LIMA, V. Sintomatologia depressiva em adolescentes: um estudo correlacional com a resiliência. Universidade Estadual da Paraíba, 2019.

LOCHMAN, J. E. Self- and peer perceptions and attributional biases of aggressive and nonaggressive boys in dyadic interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 55, n. 3, p. p. 404–410, 1987.

LOPES, C. S. et al . ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, p. 14s, 2016.

LYNAM, D. R.; CASPI, A.; MOFFITT, T. E.; LOEBER, R.; STOUTHAMER-LOEBER, M. Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *J Abnorm Psychol.*, v. 116, n. 1, p. 155–165, 2007.

MACHADO, J. D.; CAYE, A.; FRICK, P. J.; ROHDE, L. A. DSM-5. Principais Mudanças nos Transtornos de Crianças e Adolescentes. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2015.

MARTURANO, E. M.; TOLLER, G. P.; ELIAS, L. C. S. Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 4, p. 371-380, 2005.

MAUGHAN, B.; ROWE, R.; MESSER, J. et al. Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 45, p. 609-621, 2004.

MCGEE, T. R.; FARRINGTON D. P. Are There Any True Adult-Onset Offenders? *The British Journal of Criminology*, v. 50, n. 3, p. 530–549, 2010.

MELO, W. V. et al. A terapia comportamental dialética na adolescência. In: NEUFELD, Carmem Beatriz (Org.). *Terapia Cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde do Adolescente: competências e habilidade. Série B. Textos Básicos da Saúde. 1ª edição. 2008.

MOFFITT, T. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, v. 700, p. 674-701, 1993.

MOFFITT, T. E.; CASPI, A.; RUTTER, M.; SILVA, P. A. Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study. Cambridge University Press, 2001.

MOFTT, T. E.; CASPI, A.; HARRINGTON, H. et al. Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, v. 14, p. 179-207, 2002.

MOFTT, T. E. Life-course-persistent and adolescencelimited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In TMB LAHEY, A CASPI (eds) Cause of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency, New York: Guilford Press, p. 49-75, 2003.

MOFTT, T. E. Te new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. Psychological Bulletin, v. 131, p. 533-554, 2005.

MOFTT, T. E. Life-course persistent versus adolescencelimited antisocial behavior: Research review. In D CICCHETTI and DJ COHEN (eds.) Developmental Psychopathology. New York: Wiley, 2006.

NOCK, M. K.; KAZDIN, A. E.; HIRIPI, E. et al. Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Journal of Child Psychology and Psychiatry, v. 48, p. 703-713, 2007.

ODGERS, C. L.; CASPI, A.; BROADBENT, J. M. et al. Prediction of diferencial adult health burden by conduct problem subtypes in males. Archives of General Psychiatry, v. 64, p. 476-484, 2007.

OLIVEIRA, M. C. S. L. Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: uma revisão crítica. Psicol. Estud., v. 11, n. 2, p. 427-436, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2018. Folha informativa – Saúde mental dos adolescentes. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839. Acesso em nov 2019.

ORTUÑO-SIERRA J.; FONSECA-PEDRERO E., PAÍNO M.; ARITIO-SOLANA R. Prevalencia de síntomas emocionales y comportamentales en adolescentes españoles. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, v. 7, n. 3, p. 121-130, 2014.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In M. L. J. Contini (Coord.) & S. H. Koller (Org.), Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas (pp.16- 24). Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia. 2002

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

PACHECO, J.; ALVARENGA, P.; REPPOLD, C.; PICCININI, C. A.; HUTZ, C. S. Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 1, p. 55-61, 2005.

PATIAS, N. D.; MACHADO, W. L.; BANDEIRA, D. R.; DELL'AGLIO, D. D. Depression and Stress Scale (DASS-21) – Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 21, n. 3, p. 459-469, 2016.

PATTERSON, G. R.; YOERGER, K. Developmental models for delinquent behavior. In S. Hodgins (Ed.), *Mental disorder and crime* (p. 140–172). Sage Publications, Inc. 1993.

PAULA, C. S. et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 37, n. 2, p. 178-179, 2015.

PHILIPP, J.; ZEILER, M.; WALDHERR, K. et al. Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 53, p. 1325–1337, 2018.

PINE, D.S.; COHEN, P.; GURLEY, D.; BROOK, J.; MA, Y. The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*, v. 55, n. 1, p. 56-64, 1998.

QUY, K.; STRINGARIS A. Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2012.

REY J.M.; BELLA-AWUSAH T.T.; JING L. Depression in Children and Adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP eTextbook of Child and Adolescent Mental Health* (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2018.

ROBINSON, M.; DOHERTY, D.; CANNON, J.; HICKEY, M.; ROSENTHAL, S.; MARINO, J.; SKINNER, S. Comparing adolescent and parent reports of externalizing

problems: A longitudinal population-based study. *The British Psychological Society*, v. 37, p. 247-268, 2019.

ROCHA, M. M. Evidências de validade do Inventário para Adolescentes (YSR/2001) para a população brasileira. (Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil). 2012.

ROSARIO, M. C.; ALVARENGA, P. G.; de MATHIS, A et al. Obsessive-compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, p. 83–95, 2008.

ROSARIO-CAMPOS M. C.; LECKMAN, J. F.; MERCADANTE, M. T.; SHAVITT, R. G.; PRADO, H. S.; SADA, P.; ZAMIGNANI, D.; MIGUEL, E. C. Adults With Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder *American Journal of Psychiatry*, v. 158, p. 11, 2001.

ROWE, R.; COSTELLO, E. J.; ANGOLD, A. et al. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 119, p. 726-738, 2010.

ROWE, R.; MAUGHAN, B.; PICKLES, A. et al. The relationship between DSM–IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 43, p. 365-373, 2002.

RUTTER, M. Adolescence as a transition period: continuities and discontinuities in conduct disorder. *Journal Adolescent Health*, v. 13, p. 451-460, 1992.

SALEEM, S.; MAHMOOD, Z. Relationship between Emotional and behavioral Problems and School Performance of Adolescents. *FWU Journal of Social Sciences*, v. 6, n. 2, p. 187-193, 2012.

SALLE, E.; SEGAL, J.; SUKIENNIK, P. Transtornos depressivos. Em P. B. Sukiennik (Org.). *O aluno problema: Transtornos emocionais de crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Mercado Aberto. 1996.

SALUM, G. A.; BLAYA, C.; MANFRO, G. G. Transtorno do pânico. *Rev. Psiquiatr*, v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. *Estud. Psicol.*, v. 22, n. 2, p. 187-195, 2005.

SAMARAKKODY, D.; FERNANDO, D.; MCCLURE, R.; PERERA, H.; DE SILVA, H. Prevalence of externalizing behavior problems in Sri Lankan preschool children: birth, childhood, and sociodemographic risk factors. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, v. 47, n. 5, p. 757-762, 2012.

SANTOS, A. M. *Depressão na Adolescência e o Papel da Escola em Conjunto com a Família*. Pindamonhangaba – SP: FAPI, 2017. Monografia (Graduação em Pedagogia), Faculdade de Pindamonhangaba, 2017.

SAPIENZA, G.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Competência social e práticas educativas parentais em adolescentes com alto e baixo rendimento acadêmico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 22, n. 2, p. 208-213, 2009.

SCOTT, S. Conduct disorders. In Rey JM, Martin A (eds), *JM Rey's IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (Edição em Português; Dias Silva F, ed). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, 2019.

SCOTT, S.; KNAPP, M.; HENDERSON, J. et al. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, v. 323, p. 191. 2001.

SHARMA, N.; RAI, M.K.; SHARMA, A.; KARKI, S. Emotional and Behavioral Problems among Adolescents in Pokhara City in Nepal. *J Nepal Health Res Counc*, v. 16, n. 41, p. 419-424, 2019.

SHEAR, K.; JIN, R.; RUSCIO, A. M. et al. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, v. 163, p. 1074-1083, 2006.

SHERNOFF, D. Engagement in After-School Programs as a Predictor of Social Competence and Academic Performance. *American Journal of Community Psychology*, v. 45, p. 325-37, 2010.

SOLNAI, A. Relationship between children's social competence, learning motivation and school achievement. *Educational Psychology*, v. 22, n. 3, p. 317-330, 2002.

STALLARD, P. Ansiedade: terapia cognitivo-comportamental para crianças e jovens. Porto Alegre: Artmed, 2010.

STEIN, M.B. et al. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry*, v. 58, p. 251-256, 2001.

STRINGARIS, A.; MAUGHAN, B.; GOODMAN, R (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 49, p. 474-483, 2010.

STRINGARIS, A.; GOODMAN R. Tree dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 50, p. 216-223, 2009a.

STRINGARIS, A.; GOODMAN, R. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 48, p. 404-412, 2009b.

SYLVESTER C. Separation anxiety disorder and other anxiety disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2000, p. 2770-81.

TEIXEIRA, G. Terapêutica Medicamentosa no Transtorno Desafiador Opositivo: revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, v. 100, n. 2, p. 55-58, 2006.

TEIXEIRA, M. C. T. V.; SERACENI, M. F. F.; SURIANO, R.; SANT'ANA, N. Z.; CARREIRO, L. R. R. Fatores de proteção associados a problemas emocionais e comportamentais em escolares. *Estudos de Psicologia*, v. 31, n. 4, p. 539-548, 2014.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. Bras. Psiquiatr*, v. 63, n. 4, p. 360-372, 2014.

TURINI, A., BOLSONI-SILVA, A., DEL PRETTE, A. Problemas de comportamento: um panorama da área. Universidade Estadual Paulista; Universidade de São Paulo Universidade Federal de São Carlos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 32, n. 2, p. 91-103, 2003.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Adolescência: uma fase de oportunidades. 2011.

VIANNA, R. B.; CAMPOS, A. A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Anxiety disorders in childhood and adolescence: a review. *Rev Bras Ter Cogn*, v. 5, p. 46-61, 2009.

VINOCUR, E.; PEREIRA, H. V. F. S. Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 10, n. 2, p. 26-34, 2011.

WAN, I.; WAN, S. B.; AZLIN, N. J. et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms reporting in Malaysian adolescents: Do adolescents, parents and teachers agree with each other? *Asian journal of psychiatry*, v. 6, p. 483-7, 2013.

WANGBY, M.; BERGMAN, L.; MAGNUSSON, D. Development of adjustment problems in girls: what syndromes emergence? *Child Development*, v. 70, n. 3, p. 678-699, 1999.

WATABE, Y.; OWENS, J. S.; EVANS, S. W.; BRANDT, N. E. The Relationship Between Sluggish Cognitive Tempo and Impairment in Children with and Without ADHD. *J Abnorm Child Psychol New York*, v. 42, n. 1, p. 105-15, 2014.

WILKINSON, P. Conceptualization about internalizing problems in children and adolescents. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 373-381, 2009.

XIMENES, L. F. Transtorno de estresse pós traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2011.

APÊNDICE 1 – CARTA AOS PAIS

CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA

Prezados Pais e Responsáveis

Assunto: Apresentação de Projeto de Pesquisa e solicitação de autorização

Prezados:

Apresento o Projeto de Pesquisa intitulado “*Avaliação de Sintomas Internalizantes e Externalizantes em Adolescentes de escolas do município de Mafra-SC*” que tem como objetivo avaliar a prevalência destes sintomas nos adolescentes do nosso município, os sintomas internalizantes são caracterizados como pensamentos e/ou sentimentos negativos, como humor deprimido e ansiedade, por exemplo. Já os comportamentos externalizantes se apresentam como hiperatividade e agressividade.

Para que possamos conhecer se seu filho possui tais sintomas, solicito que respondam todos os itens do inventário na cor azul que segue anexo juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que autoriza sua participação e do seu filho nesta pesquisa.

As informações a serem oferecidas para o pesquisador serão guardadas pelo tempo que determina a legislação e é garantido o anonimato de todas as informações. A pesquisa é coordenada pelo pesquisador responsável Prof^o Dr. Gustavo Schier Dória, docente em psiquiatria na Universidade Federal do Paraná e foi previamente apresentada e aprovada pelo Comitê de Ética da UFPR.

Para tanto, respeitosamente solicito sua contribuição para o andamento da pesquisa e informo que será oferecida a devolutiva com o resultado do inventário para os casos em que os sintomas apresentem necessidade de atendimento.

Agradeço antecipadamente e me coloco a disposição para sanar quaisquer dúvidas que possam surgir.

Ivonete Emmerich Pacheco
Psicóloga CRP 12/12107
Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente pela UFPR
(47) 99976-8984
(47) 3641-5519

APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 2524928
na data de 05/03/2018 gdt.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Prof. Dr. Gustavo M. S. Dória e orientanda Ivonete Emmerich Pacheco – da Universidade Federal do Paraná, convidamos o senhor(a)

responsável legal pelo aluno _____, para participar da pesquisa intitulada: "Avaliação de sintomas internalizantes e externalizantes em adolescentes no município de Mafra", um estudo de cunho acadêmico, que tem como objetivo avaliar os sintomas internalizantes e externalizantes em adolescentes em fase escolar no município de Mafra/SC. Os sintomas internalizantes podem ser pensamentos e/ou sentimentos negativos, como humor deprimido e ansiedade, já os sintomas externalizantes podem ser reconhecidos como a hiperatividade e a agressividade, por exemplo. Avaliar a prevalência de sintomas internalizantes e externalizantes em adolescentes poderá contribuir para ampliar o conhecimento deste público, bem como para que haja o desenvolvimento de estratégias que minimizem riscos de transtornos mentais nesta fase. Também a efetividade de políticas públicas em saúde mental para adolescentes pode ser um fator de contribuição uma melhor saúde mental na fase adulta.

a) Caso você aceite participar da pesquisa, o desenvolvimento do estudo ocorrerá com a resposta ao Inventário de Comportamentos para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos que é composto por 113 sentenças que referem-se a problemas de comportamento e à competência social, devendo este ser respondido pelos pais e/ou responsáveis pelo adolescente. Os itens incluem atividades como brincadeiras, jogos e tarefa; participação em grupos; relacionamento com familiares e amigos; independência para brincar e desempenho escolar. Na maior parte destes itens, é solicitado que os pais comparem o comportamento de seus filhos com o de outras crianças da mesma idade, nos quesitos desempenho e tempo despendido em cada atividade, assinalando como abaixo da média, dentro da média ou acima da média. O instrumento avalia as síndromes reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas sociais, problemas de pensamento e violação de regras. A partir dos escores obtidos nessas escalas, a criança ou adolescente pode ser incluído nas faixas clínica, limítrofe ou normal, em relação ao seu funcionamento global e nos perfis internalizantes e externalizantes. Para inclusão no perfil internalizante, são considerados os itens isolamento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, e para inclusão no perfil externalizante, os itens avaliados são violação de regras e comportamento agressivo. Também será utilizado o Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos (YSR) que possui 112 sentenças para que o adolescente responda como percebe a si mesmo, para tal, o adolescente deverá assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

b) Para tanto você deverá comparecer nas reuniões já programadas pela escola onde seu filho estuda, conforme cronograma pedagógico anual, para as explicações sobre o projeto e o preenchimento do inventário e/ou agendamento de uma data que seja compatível com a sua disponibilidade para o preenchimento.

c) Os riscos relacionados ao estudo são mínimos, porém, caso experimente algum desconforto emocional ao preencher o inventário, além de poder interromper a qualquer tempo, se houver necessidade pode-se encaminhar para a referência municipal para atendimento psicológico.

d) Os benefícios diretos ao adolescente relacionam-se ao desenvolvimento de mais consciência de si a partir da resposta ao YSR. No caso da identificação dos perfis (internalizantes ou externalizantes) ou riscos a ele associados, procurar-se-á fazer contato com os pais e/ou responsáveis para orientações e acompanhamento dos adolescentes, tendo a referência pública municipal e rede privada para atendimento.

Pais ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |
Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 3 – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 2524927
na data de 05/03/2018. gth

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Avaliação de sintomas internalizantes e externalizantes em Adolescentes do município de Mafra-SC

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Gustavo M. S. Doria

Pesquisadora Orientanda: Ivonete Emmerich Pacheco - Psicóloga

Local da Pesquisa: _____

Endereço: _____

O que significa assentimento?

Assentimento significa que você, menor de idade, concorda em fazer parte de uma pesquisa. Você terá seus direitos respeitados e receberá todas as informações sobre o estudo, por mais simples que possam parecer.

Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.

Informação ao participante

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, com o objetivo de avaliar os sintomas internalizantes e externalizantes em adolescentes em fase escolar no município de mafra/sc. Sintomas internalizantes podem ser pensamentos e/ou sentimentos negativos, como humor deprimido e ansiedade. Já os sintomas externalizantes podem ser a hiperatividade e a agressividade, por exemplo.

Avaliar a prevalência de sintomas internalizantes e externalizantes poderá contribuir para o seu autoconhecimento e caso seja necessário poderão ser realizadas orientações e acompanhamento, para que haja o desenvolvimento de estratégias que minimizem riscos de transtornos mentais nesta fase. A efetividade de políticas públicas em saúde mental para adolescentes em sua cidade pode também ser um fator de contribuição para uma melhor saúde mental na fase adulta.

O desenvolvimento do estudo ocorrerá com a resposta ao Inventário de Comportamentos para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos que é composto por 113 sentenças que referem-se a problemas de comportamento e à competência social, devendo este ser respondido pelos pais e/ou responsáveis pelo adolescente. Os itens incluem atividades como brincadeiras, jogos e tarefa; participação em grupos; relacionamento com familiares e amigos; independência para brincar e desempenho escolar. Na maior parte destes itens, é solicitado que os pais comparem o comportamento de seus filhos com o de outras crianças da mesma idade, nos quesitos desempenho e tempo despendido em cada atividade, assinalando como abaixo da média, dentro da média ou acima da média. O instrumento avalia as síndromes reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas sociais, problemas de pensamento e violação de regras. A partir dos escores obtidos nessas escalas, a criança ou adolescente pode ser incluído nas faixas clínica, limítrofe ou normal, em relação ao seu funcionamento global e nos perfis internalizantes e externalizantes. Para inclusão no perfil internalizante, são considerados

Pais ou Responsável Legal [rubrica]
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TALE [rubrica]
Orientador [rubrica]

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |

Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

APÊNDICE 4 – ESCALAS DO YSR DE ACORDO COM A PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES

MÉDIAS DAS ESCALAS DO *YOUTH SELF REPORT* DE ACORDO COM A ESCOLA DE PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES

ÁREAS	C (n = 105)	A (n = 131)	B (n = 73)	p
Competências				
Atividades	43,4 ± 9,7	46,0 ± 10,1	39,4 ± 10,1*	< 0,001
Social	46,5 ± 9,2*	42,5 ± 10,0	43,8 ± 8,8	< 0,01
Acadêmica	2,2 ± 0,4	2,1 ± 0,4	2,0 ± 0,5	0,01
Total	43,7 ± 9,7	42,8 ± 10,3	39,1 ± 10,1*	< 0,01
Problemas Internalizantes	62,2 ± 9,1	61,9 ± 10,6	58,5 ± 10,5*	0,03
Ansiedade/Depressão	65,7 ± 9,4	65,4 ± 10,9	60,3 ± 8,4*	< 0,001
Isolamento/Depressão	58,8 ± 8,3	59,2 ± 9,0	57,7 ± 9,0	0,47
Queixas Somáticas	58,1 ± 8,0	58,5 ± 8,3	59,2 ± 9,3	0,72
Outros Problemas				
Problemas Sociais	58,1 ± 6,7	57,7 ± 8,1	56,8 ± 7,5	0,53
Problemas de Pensamento	58,6 ± 8,5*	56,9 ± 8,4	55,9 ± 7,7	0,08
Problemas de Atenção	57,6 ± 8,7	56,5 ± 7,2	56,6 ± 8,1	0,52
Problemas Externalizantes	56,0 ± 8,7*	53,5 ± 8,7	53,5 ± 11,4	0,09
Quebrar Regras	55,5 ± 6,3*	53,7 ± 4,7	54,6 ± 5,9	0,04
Agressividade	58,4 ± 8,0	57,2 ± 7,1	58,3 ± 8,4	0,39
Total de Problemas	59,7 ± 8,1*	57,7 ± 9,9	55,8 ± 11,1	0,03

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Anova one-way, Teste post-hoc de Duncan M = Mafrense C = Cemma BJ = Beija-Flor

CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA YOUTH SELF REPORT PARA ADOLESCENTES DE ACORDO COM A ESCOLA DE PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES

ÁREAS	C (n = 105)			A (n = 131)			B (n = 73)			p
	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	
Competências										
Atividades	82 (78,1%)	12 (11,4%)	11 (10,5%)	111 (84,8%)	10 (7,6%)	10 (7,6%)	47 (64,4%)	14 (19,2%)	12 (16,4%)	0,02
Social	86 (83,5%)	10 (9,7%)	7 (6,8%)	91 (70,0%)	18 (13,8%)	21 (16,2%)	58 (80,6%)	9 (12,5%)	5 (6,9%)	0,08
Acadêmica	105 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	131 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	73 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1,00
Total	66 (64,0%)	15 (14,6%)	22 (21,4%)	76 (58,5%)	16 (12,3%)	38 (29,2%)	28 (38,9%)	13 (18,0%)	31 (43,1%)	0,01
Problemas Internalizantes	33 (31,4%)	29 (27,6%)	43 (40,9%)	50 (38,2%)	24 (18,3%)	57 (43,5%)	37 (52,1%)	15 (21,1%)	19 (26,8%)	0,03
Ansiedade/Depressão	47 (44,8%)	31 (29,5%)	27 (25,7%)	76 (58,0%)	19 (14,5%)	36 (27,5%)	48 (67,6%)	16 (22,5%)	7 (9,9%)	< 0,01
Isolamento/Depressão	84 (80,0%)	15 (14,3%)	6 (5,7%)	102 (77,9%)	15 (11,4%)	14 (10,7%)	60 (84,5%)	5 (7,0%)	6 (8,5%)	0,41
Queixas Somáticas	79 (75,2%)	17 (16,2%)	9 (8,6%)	100 (76,3%)	18 (13,7%)	13 (10,0%)	54 (76,1%)	10 (14,1%)	7 (9,8%)	0,98
Outros Problemas										
Problemas Sociais	87 (82,9%)	8 (7,6%)	10 (9,5%)	109 (83,2%)	6 (4,6%)	16 (12,2%)	61 (86,0%)	5 (7,0%)	5 (7,0%)	0,67
Problemas de Pensamento	83 (79,1%)	12 (11,4%)	10 (9,5%)	114 (87,0%)	7 (5,3%)	10 (7,7%)	63 (88,8%)	4 (5,6%)	4 (5,6%)	0,31
Problemas de Atenção	84 (80,0%)	13 (12,4%)	8 (7,6%)	111 (84,7%)	13 (9,9%)	7 (5,4%)	62 (87,3%)	4 (5,7%)	5 (7,0%)	0,59
Problemas Externalizantes	76 (72,4%)	7 (6,7%)	22 (20,9%)	100 (76,3%)	14 (10,7%)	17 (13,0%)	50 (70,4%)	9 (12,7%)	12 (16,9%)	0,37
Quebrar Regras	89 (84,8%)	14 (13,3%)	2 (1,9%)	125 (95,4%)	6 (4,6%)	0 (0,0%)	65 (91,5%)	5 (7,0%)	1 (1,5%)	0,06
Agressividade	83 (79,0%)	10 (9,5%)	12 (11,5%)	111 (84,8%)	10 (7,6%)	10 (7,6%)	57 (80,3%)	5 (7,0%)	9 (12,7%)	0,71
Total de Problemas	49 (46,7%)	19 (18,1%)	37 (35,2%)	80 (61,1%)	18 (13,7%)	33 (25,2%)	43 (60,6%)	14 (19,7%)	14 (19,7%)	0,09

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson M = Mafrense C = Cemma BJ = Beija-Flor

MÉDIA DAS ESCALAS DO YOUTH SELF REPORT DE ACORDO COM A ESCOLA DE
PROCEDÊNCIA DOS ADOLESCENTES

DOMÍNIOS	C (n = 105)	A (n = 131)	B (n = 73)	p
Problemas Afetivos	60,4 ± 8,3	60,0 ± 10,7	57,8 ± 8,3	0,17
Problemas de Ansiedade	61,4 ± 7,1	60,6 ± 7,6	58,3 ± 7,2*	0,02
TDHA	56,2 ± 6,2	56,1 ± 5,7	56,1 ± 6,6	0,98
Problemas Desafiador/Opositor	58,2 ± 7,5	56,8 ± 6,8	56,7 ± 7,3	0,22
Problemas de Conduta	55,6 ± 6,9	54,6 ± 6,0	55,8 ± 7,4	0,38
Problemas Somáticos	57,0 ± 7,3	57,2 ± 7,6	58,4 ± 9,1	0,46

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Anova one-way, Teste post-hoc de Duncan M = Mafrense C = Cemma BJ = Beija-Flor

CLASSIFICAÇÃO DA ESCALA YOUTH SELF REPORT PARA ADOLESCENTES DE ACORDO COM A ESCOLA DE PROCEDÊNCIA DOS
ADOLESCENTES

ÁREAS	C (n = 105)			A (n = 131)			B (n = 73)			p
	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	Normal	Limítrofe	Clínico	
Problemas Afetivos	73 (69,5%)	22 (21,0%)	10 (9,5%)	93 (71,0%)	12 (9,2%)	26 (19,8%)	55 (78,6%)	8 (11,4%)	7 (10,0%)	0,01
Problemas de Ansiedade	75 (71,4%)	14 (13,4%)	16 (15,2%)	93 (71,0%)	14 (10,7%)	24 (18,3%)	58 (81,7%)	3 (4,2%)	10 (14,1%)	0,28
TDHA	97 (92,4%)	6 (5,7%)	2 (1,9%)	118 (90,1%)	10 (7,6%)	3 (2,3%)	62 (87,4%)	5 (7,0%)	4 (5,6%)	0,59
Probl. Desafiador/Opositor	74 (70,5%)	20 (19,0%)	11 (10,5%)	104 (79,4%)	17 (13,0%)	10 (7,4%)	55 (77,5%)	9 (12,7%)	7 (9,9%)	0,56
Problemas de Conduta	92 (87,6%)	7 (6,7%)	6 (5,7%)	119 (90,8%)	6 (4,6%)	6 (4,6%)	61 (86,0%)	4 (5,6%)	6 (8,4%)	0,77
Problemas Somáticos	87 (82,9%)	13 (12,4%)	5 (4,8%)	104 (80,6%)	17 (13,2%)	8 (6,2%)	56 (78,9%)	7 (9,9%)	8 (11,2%)	0,51

FONTE: O autor (2020)

NOTA: Teste qui-quadrado de Pearson M = Mafrense C = Cemma BJ = Beija-Flor

ANEXO 1 – YOUTH SELF REPORT



INVENTÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO PARA ADOLESCENTES DE 11 A 18 ANOS (YSR)

Nº de identificação _____

NOME COMPLETO _____			TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (ocupação habitual), mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Favor especificar - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).				
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE	ETNIA OU COR DE PELE	TIPO DE TRABALHO DO PAI: _____				
DATA DE HOJE Dia ____ Mês ____ Ano ____		DATA DE NASCIMENTO Dia ____ Mês ____ Ano ____		TIPO DE TRABALHO DA MÃE: _____			
ESCOLARIDADE ____ Ano <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não frequento a escola	Se você está trabalhando, por favor, informe o tipo de trabalho: _____ _____		Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.				
I. Por favor, cite os esportes que você mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc. <input type="checkbox"/> nenhum			Comparando com outros da sua idade, quanto tempo você dedica a cada um desses esportes?		Comparando com outros da sua idade, como é o seu desempenho em cada um desses esportes?		
a) _____			Menos	Igual	Mais	Pior	
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II. Por favor, cite suas atividades, passatempos, e jogos favoritos, que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas ou cards, ler, tocar violão, desenhar, carros, usar o computador, jogar video-game, artesanatos etc. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão) <input type="checkbox"/> nenhum			Comparando com outro da sua idade, quanto tempo você dedica a cada uma dessas atividades?		Comparando com outros da sua idade, como é o seu desempenho em cada uma dessas atividades?		
a) _____			Menos	Igual	Mais	Pior	
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais você pertence. Por exemplo: grupos de igreja, teatro, música etc. <input type="checkbox"/> nenhum			Comparando com outros da sua idade, como é sua participação em cada um desses grupos?				
a) _____			Menor	Igual	Maior		
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas que você tenha. Por exemplo: office-boy, ajudante de feira, trabalho em loja, lavar a louça, tomar conta de crianças, fazer a cama etc. (Incluir trabalhos pagos e não pagos). <input type="checkbox"/> nenhum			Comparando com outros da sua idade, como é seu desempenho em cada uma dessas tarefas?				
a) _____			Pior	Igual	Melhor		
b) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Favor verificar se todos os itens foram respondidos.

Copyright 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
www.ASEBA.org

Versão brasileira do "Youth Self-Report for ages 11-18"
traduzida por: MM Rocha, EFM Silveiras, CS Paula,
MC Teixeira & IA Bordin (2010)
E-mail: asebabrasil@gmail.com

REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Favor responder todos os itens.

V. 1. Quantos amigos próximos você tem? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana você encontra com amigos ou colegas fora do horário da escola?

(Não incluir irmãos e irmãs) Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Comparando com outros da sua idade, como você:

	Pior	Igual	Melhor	
a) Se dá com seus/suas irmão e irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não tenho irmãos ou irmãs
b) Se dá com outros adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Se comporta em relação aos seus pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Faz as coisas sozinho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. Desempenho nas matérias escolares:

Eu não vou à escola porque _____

Comparando com outros da sua idade, como é seu desempenho nas matérias escolares?

(Só deixe em branco as matérias que não estiver cursando)

	Insuficiente para passar de ano (Abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, computação, biologia, física, química etc.)				
Não incluir educação física e trabalhos manuais.				
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Você tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)? Não Sim – por favor, descreva:

Por favor, descreva qualquer preocupação ou problema com relação à escola:

Por favor, descreva qualquer outra preocupação que você tenha:

Por favor, descreva as suas principais qualidades e pontos positivos:

Favor conferir suas respostas e verificar se todos os itens foram respondidos.

VERSÃO BRASILEIRA DO "YOUTH SELF-REPORT FOR AGES 11-18" TRADUZIDA POR: MM ROCHA, EFM SILVARES, CS PAULA, MC TEIXEIRA & IA BORDIN (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Favor responder todos os itens.

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem adolescentes. Para cada afirmação que descreve você **neste momento ou nos últimos seis meses**, circule **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação a você. Circule **1** se a afirmação é **um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira** em relação a você. Se a afirmação **não é verdadeira** em relação a você, circule **0**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se a você.

0 = NÃO É VERDADEIRA		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Comporto-me de maneira muito infantil para a minha idade	0 1 2	32. Acho que tenho que fazer tudo perfeito
0 1 2	2. Tomo bebida alcoólica sem a permissão dos meus pais (descreva): _____	0 1 2	33. Acho que ninguém gosta de mim
0 1 2	3. Discuto muito	0 1 2	34. Acho que os outros me perseguem
0 1 2	4. Não termino as coisas que começo	0 1 2	35. Sinto-me sem valor ou inferior
0 1 2	5. Poucas coisas me dão prazer	0 1 2	36. Machuco-me acidentalmente com frequência
0 1 2	6. Gosto de animais	0 1 2	37. Meto-me em muitas brigas
0 1 2	7. Gosto de contar vantagem	0 1 2	38. Sou alvo de muitas gozações
0 1 2	8. Tenho dificuldade para me concentrar ou para prestar atenção por muito tempo	0 1 2	39. Ando em más companhias
0 1 2	9. Não consigo tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____	0 1 2	40. Escuto sons ou vozes que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____
0 1 2	10. Tenho dificuldade para parar sentado(a)	0 1 2	41. Ajo sem pensar
0 1 2	11. Sou muito dependente dos adultos	0 1 2	42. Prefiro ficar sozinho(a) do que ficar na companhia dos outros
0 1 2	12. Sinto-me sozinho(a)	0 1 2	43. Minto ou engano os outros
0 1 2	13. Sinto-me confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2	44. Rôo as unhas
0 1 2	14. Choro muito	0 1 2	45. Sou nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	15. Sou bastante honesto(a)	0 1 2	46. Tenho movimentos repetitivos que não consigo parar (tiques) (descreva): _____
0 1 2	16. Sou maldoso(a) com os outros	0 1 2	47. Tenho pesadelos
0 1 2	17. Vivo no "mundo da lua"	0 1 2	48. Os outros adolescentes não gostam de mim
0 1 2	18. Machuco-me de propósito ou já tentei me matar	0 1 2	49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outros adolescentes
0 1 2	19. Tento chamar muita atenção	0 1 2	50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	20. Destruo as minhas próprias coisas	0 1 2	51. Tenho tonturas
0 1 2	21. Destruo coisas que pertencem a outras pessoas	0 1 2	52. Sinto-me muito culpado(a)
0 1 2	22. Desobedeço meus pais	0 1 2	53. Como demais
0 1 2	23. Sou desobediente na escola	0 1 2	54. Sinto-me cansado(a) demais sem motivo
0 1 2	24. Não como tão bem quanto deveria	0 1 2	55. Estou gordo(a), acima do peso
0 1 2	25. Não me dou bem com outros adolescentes	0 1 2	56. Tenho problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica): _____
0 1 2	26. Não me sinto culpado depois de fazer alguma coisa que não deveria ter feito	0 1 2	a. Dores (exceto de cabeça e de estômago).
0 1 2	27. Tenho ciúme ou inveja dos outros	0 1 2	b. Dores de cabeça
0 1 2	28. Desrespeito as regras em casa, na escola e em outros lugares	0 1 2	c. Náuseas, enjôo
0 1 2	29. Tenho medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____	0 1 2	d. Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____
0 1 2	30. Tenho medo da escola	0 1 2	e. Problemas de pele
0 1 2	31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada	0 1 2	f. Dores de estômago ou de barriga
		0 1 2	g. Vômitos
		0 1 2	h. Outros (descreva): _____

Favor conferir suas respostas e verificar se todos os itens foram respondidos.

VERSÃO BRASILEIRA DO "YOUTH SELF-REPORT FOR AGES 11-18" TRADUZIDA POR: MM ROCHA, EFM SILVARES, CS PAULA, MC TEIXEIRA & IA BORDIN (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

Favor responder todos os itens.

0 = NÃO É VERDADEIRA	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA	
0 1 2	57. Ataco fisicamente as pessoas	0 1 2	83. Junto muitas coisas que não preciso e que não servem para nada (descreva): _____
0 1 2	58. Cutuco a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____	0 1 2	84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva): _____
0 1 2	59. Posso ser bastante amigável	0 1 2	85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos (descreva): _____
0 1 2	60. Gosto de experimentar coisas novas	0 1 2	86. Sou teimoso(a)
0 1 2	61. Não vou bem na escola (tiro notas baixas)	0 1 2	87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente
0 1 2	62. Sou desajeitado(a), tenho má coordenação motora	0 1 2	88. Gosto de estar com as pessoas
0 1 2	63. Prefiro estar com pessoas mais velhas do que com as da minha idade	0 1 2	89. Sou desconfiado(a)
0 1 2	64. Prefiro estar com pessoas mais novas do que com as da minha idade	0 1 2	90. Xingo, falo palavrões, sou boca suja
0 1 2	65. Recuso-me a falar	0 1 2	91. Penso em me matar
0 1 2	66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva): _____	0 1 2	92. Gosto de fazer as pessoas rirem
0 1 2	67. Fujo de casa	0 1 2	93. Falo demais
0 1 2	68. Grito muito	0 1 2	94. Faço muita gozação dos outros
0 1 2	69. Sou reservado(a), fechado(a), não conto minhas coisas para ninguém	0 1 2	95. Sou esquentado(a)
0 1 2	70. Vejo coisas que outras pessoas acham que não existem (descreva): _____	0 1 2	96. Penso demais em sexo
0 1 2	71. Fico sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar de mim	0 1 2	97. Ameaço machucar as pessoas
0 1 2	72. Ponho fogo nas coisas	0 1 2	98. Gosto de ajudar os outros
0 1 2	73. Sou habilidoso(a) com as mãos	0 1 2	99. Fumo cigarro ou masco fumo
0 1 2	74. Gosto de me exibir ou fazer palhaçadas	0 1 2	100. Tenho problemas com o sono (descreva): _____
0 1 2	75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2	101. Mato aula, cabulo, gazeio
0 1 2	76. Durmo menos que a maioria dos adolescentes	0 1 2	102. Não tenho muita energia
0 1 2	77. Durmo mais que a maioria dos adolescentes durante o dia e/ou a noite (descreva): _____	0 1 2	103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	78. Sou desatento(a) ou distraio-me facilmente	0 1 2	104. Sou mais barulhento(a) que os outros adolescentes
0 1 2	79. Tenho problemas de fala (descreva): _____	0 1 2	105. Uso drogas (excluir álcool e tabaco) (descreva): _____
0 1 2	80. Luto pelos meus direitos	0 1 2	106. Gosto de ser justo(a) com os outros
0 1 2	81. Roubo em casa	0 1 2	107. Gosto de uma boa piada
0 1 2	82. Roubo fora de casa	0 1 2	108. Gosto de levar a vida numa boa
		0 1 2	109. Tento ajudar os outros sempre que posso
		0 1 2	110. Gostaria de ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Evito relacionar-me com os outros
		0 1 2	112. Sou muito preocupado(a)

Por favor, escreva qualquer outra coisa que descreva seus sentimentos, comportamentos ou interesses:

Favor conferir suas respostas e verificar se todos os itens foram respondidos.

VERSÃO BRASILEIRA DO "YOUTH SELF-REPORT FOR AGES 11-18" TRADUZIDA POR: MM ROCHA, EFM SILVARES, CS PAULA, MC TEIXEIRA & IA BORDIN (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. **PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.**

ANEXO 2 – CHILD BEHAVIOR CHECKLIST

 INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES ENTRE 6 E 18 ANOS (CBCL/6-18)		Nº de Identificação _____	
NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE _____		TIPO DE TRABALHO DOS PAIS (ocupação habitual), mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Favor especificar - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, dona de casa, operário, vendedor de sapato, sargento do exército).	
SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	IDADE _____	ETNIA OU COR DE PELE _____	
DATA DE HOJE Dia ____ Mês ____ Ano ____		DATA DE NASCIMENTO Dia ____ Mês ____ Ano ____	
ESCOLARIDADE _____ Ano <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Não frequenta a escola	Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho(a), mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.		
FORMULÁRIO PREENCHIDO POR (NOME COMPLETO): _____		Seu sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino Sua relação com a criança: <input type="checkbox"/> Mãe/Pai Biológico <input type="checkbox"/> Avó/Avô <input type="checkbox"/> Mãe/Pai Adotivo <input type="checkbox"/> Cuidador(a) de abrigo <input type="checkbox"/> Madrasta/Padrasto <input type="checkbox"/> Outro – especifique: _____	
I. Por favor, cite os esportes que seu/sua filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc. <input type="checkbox"/> nenhum		Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada um desses esportes?	
a) _____ b) _____ c) _____		Menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Mais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Melhor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos favoritos do seu/sua filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carrinho, ler, cantar, usar o computador, jogar video-game. (Não incluir ouvir rádio ou ver televisão) <input type="checkbox"/> nenhum		Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele/ela dedica a cada uma dessas atividades?	
a) _____ b) _____ c) _____		Menos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Mais <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Melhor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu/sua filho(a) pertence. Por exemplo: grupo de igreja, teatro, música etc. <input type="checkbox"/> nenhum		Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um desses grupos?	
a) _____ b) _____ c) _____		Menor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Maior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu/sua filho(a). Por exemplo: office-boy, ajudante de feira, trabalho em loja, lavar a louça, tomar conta de crianças, fazer a cama etc. (incluir trabalhos pagos e não pagos). <input type="checkbox"/> nenhum		Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho dele(a) em cada uma dessas tarefas?	
a) _____ b) _____ c) _____		Pior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Melhor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Não sei <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Favor verificar se todos os itens foram respondidos.			
Copyright 2001 T. Achenbach ASEBA, University of Vermont 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 www.ASEBA.org		Versão brasileira do "Child Behavior Checklist for ages 6-18" traduzida por: IA Bordin, EFM Silveiras, MM Rocha, MC Teixeira & CS Paula (2010) E-mail: asebabrasil@gmail.com	
REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.			
Página 1			

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

V. 1. Quantos amigos próximos o seu filho(a) tem? (Não incluir irmãos e irmãs)

Nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola?

(Não incluir irmãos e irmãs)

Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, como seu filho/filha:

- | | Pior | Igual | Melhor | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| a) Se dá com os irmãos e irmãs? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs |
| b) Se dá com outras crianças ou adolescentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) Se comporta em relação aos pais? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d) Brinca ou trabalha sozinho(a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares:

Se a criança ou adolescente não estiver frequentando a escola, favor especificar o motivo: _____

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?

(Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

	Insuficiente para passar de ano (Abaixo da média exigida pela escola)	Pior	Igual	Melhor
a) Português ou Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matemática ou Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, computação, biologia, física, química etc.)				
Não incluir educação física e trabalhos manuais.				
e) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho(a) frequenta alguma sala de atendimento educacional especial ou instituição especializada?

Não Sim - Que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu de ano?

Não Sim - Especifique o(s) ano(s) e o(s) motivo(s):

4. O seu filho(a) já teve problemas com o desempenho escolar ou outros tipos de problema na escola?

Não Sim - Descreva-os, por favor:

Quando esses problemas começaram? _____

Esses problemas já foram resolvidos? Não Sim - quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

Não Sim - Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação a seu filho(a)?

Por favor, descreva as principais qualidades e pontos positivos de seu filho(a).

FAVOR CONFERIR SUAS RESPOSTAS E VERIFICAR SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18", TRADUZIDA POR: IA BORDIN, EFM SILVARES, MM ROCHA, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)		1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	57. Ataca fisicamente as pessoas		0 1 2 84. Tem comportamento estranho (descreva): _____
0 1 2	58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva): _____		0 1 2 85. Tem idéias estranhas (descreva): _____
0 1 2	59. Mexe nas partes íntimas em público		0 1 2 86. É teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de se irritar
0 1 2	60. Mexe demais nas partes íntimas		0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0 1 2	61. Não vai bem na escola (tira notas baixas)		0 1 2 88. Fica emburrado(a) facilmente
0 1 2	62. É desajeitado(a), tem má coordenação motora		0 1 2 89. É desconfiado(a)
0 1 2	63. Prefere estar com pessoas mais velhas		0 1 2 90. Xinga, fala palavrões, é boca suja
0 1 2	64. Prefere estar com pessoas mais novas		0 1 2 91. Fala que vai se matar
0 1 2	65. Recusa-se a falar		0 1 2 92. Fala ou anda dormindo (descreva): _____
0 1 2	66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva): _____		0 1 2 93. Fala demais
0 1 2	67. Foge de casa		0 1 2 94. Gosta de gozar dos outros
0 1 2	68. Grita muito		0 1 2 95. Tem crises de birra ou é esquentado(a)
0 1 2	69. É reservado(a), fechado(a), não conta suas coisas para ninguém		0 1 2 96. Pensa demais em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não existem (descreva): _____		0 1 2 97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Fica sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar dele(a)		0 1 2 98. Chupa o dedo
0 1 2	72. Põe fogo nas coisas		0 1 2 99. Fuma cigarro ou masca fumo
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva): _____		0 1 2 100. Tem problemas com o sono (descreva): _____
0 1 2	74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas		0 1 2 101. Mata aula, cabula, gazea
0 1 2	75. É muito acanhado(a) ou tímido(a)		0 1 2 102. É pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes		0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite (descreva): _____		0 1 2 104. É barulhento(a) demais
0 1 2	78. É desatento(a) ou distrai-se facilmente		0 1 2 105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco) (descreva): _____
0 1 2	79. Tem problemas de fala (descreva): _____		0 1 2 106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"		0 1 2 107. Faz xixi na calça durante o dia
0 1 2	81. Rouba em casa		0 1 2 108. Faz xixi na cama
0 1 2	82. Rouba fora de casa		0 1 2 109. Choraminga
0 1 2	83. Junta muitas coisas que não precisa e que não servem para nada (descreva): _____		0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
			0 1 2 111. Isola-se, não se relaciona com os outros
			0 1 2 112. É muito preocupado(a)
			113. Por favor, descreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima:
			0 1 2 _____
			0 1 2 _____
			0 1 2 _____

FAVOR CONFERIR SUAS RESPOSTAS E VERIFICAR SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18", TRADUZIDA POR: IÁ BORDIN, EFM SILVARES, MM ROCHA, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem crianças e adolescentes. Para cada afirmação que descreve seu filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**, circule **2** se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação a seu filho(a). Circule **1** se a afirmação é **um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira** em relação a seu filho(a). Se a afirmação **não é verdadeira** em relação a seu filho(a), circule **0**. Por favor, responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicáveis a seu filho(a).

0	1	2	0	1	2					
0 = NÃO É VERDADEIRA (TANTO QUANTO SABE)			1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA			2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA				
0	1	2	1. Comporta-se de maneira muito infantil para sua idade	0	1	2	32. Acha que tem que fazer tudo perfeito	0	1	2
0	1	2	2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais (descreva): _____	0	1	2	33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)	0	1	2
0	1	2	3. Discute muito, é respondão/respondona	0	1	2	34. Acha que os outros o(a) perseguem	0	1	2
0	1	2	4. Não termina as coisas que começa	0	1	2	35. Sente-se sem valor ou inferior	0	1	2
0	1	2	5. Poucas coisas lhe dão prazer	0	1	2	36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes	0	1	2
0	1	2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário	0	1	2	37. Mete-se em muitas brigas	0	1	2
0	1	2	7. Gosta de contar vantagem	0	1	2	38. É alvo de muitas gozações	0	1	2
0	1	2	8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	0	1	2	39. Anda em más companhias	0	1	2
0	1	2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva): _____	0	1	2	40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva): _____	0	1	2
0	1	2	10. Não consegue parar sentado(a), não para quieto(a) ou é hiperativo(a)	0	1	2	41. É impulsivo(a) ou age sem pensar	0	1	2
0	1	2	11. Fica grudado(a) nos adultos ou é muito dependente	0	1	2	42. Prefere estar sozinho(a) do que ficar em companhia de outros	0	1	2
0	1	2	12. Reclama de solidão	0	1	2	43. Mentira ou engana os outros	0	1	2
0	1	2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)	0	1	2	44. Rói as unhas	0	1	2
0	1	2	14. Chora muito	0	1	2	45. É nervoso(a) ou tenso(a)	0	1	2
0	1	2	15. É cruel com animais	0	1	2	46. Tem movimentos repetitivos que não consegue parar (tiques) (descreva): _____	0	1	2
0	1	2	16. É cruel, intimida ou faz maldade com outros	0	1	2	47. Tem pesadelos	0	1	2
0	1	2	17. Vive no "mundo da lua" ou perde-se em seus pensamentos	0	1	2	48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)	0	1	2
0	1	2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou se matar	0	1	2	49. Tem prisão de ventre, intestino preso	0	1	2
0	1	2	19. Exige que prestem muita atenção nele(a)	0	1	2	50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)	0	1	2
0	1	2	20. Destroí suas próprias coisas	0	1	2	51. Tem tonturas	0	1	2
0	1	2	21. Destroí coisas de sua família ou de outros	0	1	2	52. Sente-se muito culpado(a)	0	1	2
0	1	2	22. É desobediente em casa	0	1	2	53. Come exageradamente	0	1	2
0	1	2	23. É desobediente na escola	0	1	2	54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo	0	1	2
0	1	2	24. É difícil para comer	0	1	2	55. Está gordo(a), acima do peso	0	1	2
0	1	2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes	0	1	2	56. Tem problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica):	0	1	2
0	1	2	26. Não se sente culpado depois de se comportar mal	0	1	2	a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)	0	1	2
0	1	2	27. Sente ciúme ou inveja com facilidade	0	1	2	b) Dores de cabeça	0	1	2
0	1	2	28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares	0	1	2	c) Náuseas, enjôos	0	1	2
0	1	2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva): _____	0	1	2	d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva): _____	0	1	2
0	1	2	30. Tem medo da escola	0	1	2	e) Problemas de pele	0	1	2
0	1	2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada	0	1	2	f) Dores de estômago ou de barriga	0	1	2
				0	1	2	g) Vômitos	0	1	2
				0	1	2	h) Outros (descreva): _____	0	1	2

FAVOR CONFERIR SUAS RESPOSTAS E VERIFICAR SE TODOS OS ITENS FORAM RESPONDIDOS.

VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18", TRADUZIDA POR: IA BORDIN, EFM SILVARES, MM ROCHA, MC TEIXEIRA & CS PAULA (2010). E-mail: asebabrasil@gmail.com - REPRODUZIDA SOB LICENÇA Nº 207-12-04-06. PROIBIDA A REPRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA.

ANEXO 3 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE SINTOMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES EM ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE MAFRA-SC

Pesquisador: Gustavo Manoel Schier Dória

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79899817.3.0000.0102

Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.524.928

Apresentação do Projeto:

ver recomendações

Objetivo da Pesquisa:

ver recomendações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ver recomendações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

sem considerações

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Consideram-se apropriados os implementos feitos pelos pesquisadores, razão pela qual aprovado o projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.524.628

da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1020912.pdf	10/12/2017 22:50:40		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	cartaindicativadealteracoessolicitadasCEP.docx	10/12/2017 22:49:40	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodetalhadoCEPcorrigido.docx	10/12/2017 22:48:15	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEcorrigido.docx	10/12/2017 22:41:49	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.docx	10/12/2017 22:40:56	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodetalhadoCEP.docx	13/11/2017 22:04:25	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordanciainstituicaoocoparticipante3.pdf	13/11/2017 21:53:36	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Folha de Rosto	Folhad Rosto.pdf	13/11/2017 10:05:17	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Outros	AtadeAprovacaodoprojeto.pdf	08/11/2017 16:30:38	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Outros	InventariodeComportamentosparacrianc aseadolescentesCBCL618.pdf	06/11/2017 16:20:09	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Outros	InventariodeautoavaliacaoparaadolescentesYSR.pdf	06/11/2017 16:19:03	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeResponsabilidadenoprojeto.pdf	06/11/2017 16:18:07	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.080-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.524.928

Declaração de Pesquisadores	Termodeconfidencialidade.pdf	06/11/2017 16:17:45	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissoparaoiniciodapesquisa.pdf	06/11/2017 16:06:27	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodeusoesspecificodomaterialcoletado.pdf	06/11/2017 16:06:02	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodetornarpublicoosresultados.pdf	06/11/2017 16:05:43	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CheckListDocumental.pdf	06/11/2017 16:05:21	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AnalisedeMerito.pdf	06/11/2017 16:04:44	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	06/11/2017 16:03:31	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	06/11/2017 16:03:14	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OficiodopesquisadorencaminhandooprojetoaoCEPSD.pdf	06/11/2017 15:59:27	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordanciadainstituicaocoparticipante 2.pdf	06/11/2017 15:58:49	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordanciadainstituicaocoparticipante 1.pdf	06/11/2017 15:58:35	Ivonete Emmerich Pacheco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 05 de Março de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br