

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CARLA CRISTINA BORGES SANTOS

**COMPORTAMENTOS E COMPETÊNCIAS DE ADOLESCENTES
BRASILEIROS AVALIADOS COM INSTRUMENTOS ASEBA**

SANTOS

2023

CARLA CRISTINA BORGES SANTOS

**COMPORTAMENTOS E COMPETÊNCIAS DE ADOLESCENTES
BRASILEIROS AVALIADOS COM INSTRUMENTOS ASEBA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro
Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Graziela Sapienza

SANTOS

2023

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237cc Borges Santos, Carla Cristina.
COMPORTAMENTOS E COMPETÊNCIAS DE ADOLESCENTES
BRASILEIROS AVALIADOS COM INSTRUMENTOS ASEBA. /
Carla Cristina Borges Santos; Orientadora Nancy
Ramacciotti de Oliveira-Monteiro; Coorientadora
Graziela Sapienza. -- Santos, 2023.
77 p. ; 30cm

Tese (Doutorado - Pós-graduação Interdisciplinar em
Ciências da Saúde) -- Instituto de Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2023.

1. saúde mental. 2. adolescentes. 3. bateria
ASEBA. I. Ramacciotti de Oliveira-Monteiro, Nancy,
Orient. II. Título.

CDD 610

CARLA CRISTINA BORGES SANTOS

**COMPORTAMENTOS E COMPETÊNCIAS DE ADOLESCENTES BRASILEIROS
AVALIADOS COM INSTRUMENTOS ASEBA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Data de aprovação: 15/ 09/ 2023

BANCA EXAMINADORA

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro - Universidade Federal de São Paulo –
campus Baixada Santista

Coorientadora

Prof^a. Dr^a. Graziela Sapienza - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Banca avaliadora

Prof^a. Dr^a. Jéssica de Assis Silva - Universidade de Taubaté

Prof^a. Dr^a. Sandra Regina Gimenez-Paschoal - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof^a. Dr^a. Maria Fernanda Petrolí Frutuoso - Universidade Federal de São Paulo

Prof. Dr. Rodolfo Eduardo Scachetti - Universidade Federal de São Paulo

AGRADECIMENTOS

A vida de um pesquisador depende de todas as suas escolhas e, principalmente, das pessoas que possibilitam que elas se tornem realidade. Portanto, são muitas as pessoas que merecem ser citadas aqui. Na impossibilidade de fazê-lo, vou agradecer inicialmente àquelas que contribuíram diretamente à realização dessa pesquisa:

Às minhas orientadoras, **Profa. Dra Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro** e **Profa. Dra. Graziela Sapienza**, sem as quais eu não teria concluído esse trabalho.

À **Fernanda Ribeiro de Araújo**, pela maestria estatística, paciência e atenção ímpar na revisão da pesquisa.

Às **colegas do Grupo de Trabalho** da ANPEPP “Saúde mental e competência: avaliação, prevenção e tratamento”, que me abençoaram nesse projeto e me permitiram trabalhar com os dados do levantamento do GT.

Às professoras **Maria Fernanda** (Mafê) e **Sandra Gimeniz-Paschoal** pelas contribuições ao trabalho por ocasião da qualificação.

Aos colegas do **Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano** pela parceria acadêmica de tantos anos.

Também quero agradecer às pessoas que não fazem ideia do que eu faço ou do que se trata essa tese, mas que sempre acreditaram em mim, de olhos fechados:

À minha família, a quem sou muito grata, especialmente à minha mãe, **Cristina**, e ao meu irmão, **Rômulo Borges**.

Aos meus amigos de Belém/PA, aos de Santos/SP, e alguns desses que também são parceiros de profissão, em especial à **Patrícia Carvalho**, à **Gisela Monteiro** e à **Denise Scaff**.

E, à minha companheira de vida, **Ana Julia Luz**, por todo o carinho e compreensão ao longo de tantos anos de percurso acadêmico e por tudo o que construímos juntas.

*À minha avó, Terezinha,
meu maior exemplo de vida.*

RESUMO

Desde a primeira metade do século XX são realizados estudos que investigam a frequência de problemas emocionais e comportamentais em crianças e, posteriormente, sobre adolescentes. A ausência de padronização dos instrumentos utilizados em tais pesquisas configurou-se como um limite à validade interna e externa dos achados. O Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA) inclui instrumentos padronizados e mundialmente utilizados para avaliação de problemas de comportamento em diferentes faixas etárias, sendo o *Youth Self Report* (YSR) específico para a autoavaliação de adolescentes. O objetivo deste estudo foi analisar comportamentos internalizantes, comportamentos externalizantes e competências de adolescentes brasileiros a partir de um banco de dados de instrumentos ASEBA e verificar o efeito do sexo e da idade em sua ocorrência. Foram analisados 9.295 protocolos desse instrumento, respondidos por adolescentes entre 11 e 18 anos (maioria meninas residentes da região sudeste) entre os anos de 2004 e 2020. Os resultados relativos a problemas internalizantes indicaram diminuição da Ansiedade/Depressão a cada ano de idade e, contrariamente, aumento do Isolamento/Depressão a cada ano de vida, sem diferença significativa entre os sexos. Entre os externalizantes, adolescentes mais velhos apresentaram maiores indicativos de violação de regras, com diferença significativa entre os sexos, sendo prevalente no masculino. Para o total de problemas, os meninos apresentaram maiores índices. Em relação às competências dos adolescentes, as meninas apresentaram maiores índices, no entanto, com o avanço da idade, a média de competência entre as adolescentes apresentou caráter decrescente. Essas informações contribuem para a compreensão da saúde mental nos adolescentes brasileiros e auxiliam na elaboração de estratégias de prevenção e intervenção, além de possibilitar comparações com populações de outros países também avaliadas com instrumentos ASEBA.

Palavras-chave: Saúde mental; Adolescentes; Bateria ASEBA.

ABSTRACT

Since the first half of the 20th century, studies have been carried out that investigate the frequency of emotional and behavioral problems in children and, later, in adolescents. The lack of standardization of the instruments used in such research was configured as a limit to the internal and external validity of the findings. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) includes standardized instruments used worldwide to assess behavior problems in different age groups, with the Youth Self Report (YSR) specifically for self-assessment of adolescents. The objective of this study was to analyze internalizing behaviors, externalizing behaviors and competences of Brazilian adolescents from a database of ASEBA instruments and to verify the effect of gender and age on their occurrence. A total of 9,295 protocols of this instrument were analyzed, answered by adolescents aged between 11 and 18 years (mostly girls residing in the Southeast region) between the years 2004 and 2020.. The results related to internalizing problems indicated a decrease in Anxiety/Depression with each year of age and, on the contrary, an increase in Isolation/Depression with each year of life, with no significant difference between genders. Among the externalizing factors, older adolescents were more likely to violate rules, with a significant difference between genders, with prevalence among males. For the total number of problems, boys had higher rates. Regarding the competences of adolescents, girls had higher rates, however, with advancing age, the average competence among adolescents showed a decreasing character. This information contributes to the understanding of mental health in Brazilian adolescents and helps in the development of prevention and intervention strategies, in addition to enabling comparisons with populations from other countries, which were also evaluated using ASEBA instruments.

Key words: Mental health; Teenagers; ASEBA Battery.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 - Escalas e subescalas do YSR | 38 |
| Figura 2 - Distribuição etária da amostra | 41 |
| Figura 3 - Distribuição da amostra em relação ao sexo | 42 |
| Figura 4 - Distribuição da amostra em relação ao local do estudo | 42 |
| Figura 5 - Resultados de Ansiedade/depressão | 46 |
| Figura 6 - Resultados de Isolamento/depressão | 46 |
| Figura 7 - Resultados de queixas somáticas | 47 |
| Figura 8 - Resultados de Problemas internalizantes | 47 |
| Figura 9 - Resultados de Comportamento agressivo | 50 |
| Figura 10 - Resultados de Quebra de regras | 50 |
| Figura 11 - Resultados de Problemas externalizantes | 51 |
| Figura 12 - Resultados de Problemas de sociabilidade | 54 |
| Figura 13 - Resultados de Problemas com o pensamento | 54 |
| Figura 14 - Resultados de Problemas com a atenção | 55 |
| Figura 15 - Resultados de Total de problemas de comportamento | 55 |
| Figura 16 - Resultados de Total de competências | 57 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 - Índice de escore T para grupo limítrofe/clínico | 40 |
| Tabela 2 - Medidas descritivas de Comportamentos internalizantes e subescalas | 44 |
| Tabela 3 - Resultados do GzLM para Comportamentos internalizantes e subescalas | 45 |
| Tabela 4 - Medidas descritivas de Comportamentos externalizantes e subescalas | 48 |
| Tabela 5 - Resultados do GzLM para Comportamentos externalizantes e subescalas | 49 |
| Tabela 6 - Medidas descritivas de Total de problemas de comportamento e subescalas | 52 |
| Tabela 7 - Resultados do GzLM para Total de problemas de comportamento e subescalas .. | 53 |
| Tabela 8 - Medidas descritivas de Total de competências | 56 |
| Tabela 9 - Resultados do GzLM para Total de competências | 56 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------------|---|
| AIC | <i>Akaike's Information Criterion</i> |
| ANPEPP | Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia |
| APA | Associação Americana de Psiquiatria |
| ASEBA | Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach |
| CBCL | <i>Child Behavior Checklist</i> |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| DSM | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais |
| ESPII | Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FC | Fibrose cística |
| GT | Grupo de trabalho |
| GzLM | <i>Generalized Linear Models</i> |
| HUJBB | Hospital Universitário João de Barros Barreto |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| TDAH | Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade |
| TDDH | Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor |
| TRF | <i>Teacher's Report Form</i> |
| UFPA | Universidade Federal do Pará |
| Unifesp | Universidade Federal de São Paulo |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |
| YSR | <i>Youth Self Report</i> |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO | 11 |
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 1.1 (In)definições de adolescência | 18 |
| 1.1.1 <i>Construção histórica do(s) conceito(s)</i> | 19 |
| 1.1.3 <i>Transições da adolescência</i> | 22 |
| 1.2 Algumas considerações sobre a saúde mental do adolescente | 24 |
| 1.2.1 <i>Estudos sobre saúde mental adolescente pelo mundo</i> | 25 |
| 1.2.2 <i>Saúde mental adolescente em tempos de pandemia de COVID-19</i> | 27 |
| 1.3 Instrumentos de avaliação em saúde mental | 28 |
| 1.3.1 <i>A bateria ASEBA</i> | 30 |
| 1.3.2 <i>Além dos problemas: as competências</i> | 31 |
| 1.3.3 <i>Validação do YSR para a população brasileira</i> | 32 |
| 2 OBJETIVOS | 34 |
| 2.1 Objetivo geral | 34 |
| 2.2 Objetivos específicos | 34 |
| 3 MÉTODO | 35 |
| 3.1 Constituição da amostra | 35 |
| 3.1.1 <i>Critérios de inclusão e exclusão</i> | 35 |
| 3.2 Instrumento | 36 |
| 3.3 Procedimentos | 39 |
| 4 RESULTADOS | 41 |
| 4.1 Caracterização da amostra | 41 |
| 4.2 Comportamentos internalizantes | 43 |
| 4.3 Comportamentos externalizantes | 48 |
| 4.4 Total de problemas de comportamento | 51 |
| 4.5 Competências | 56 |
| 5 DISCUSSÃO | 58 |
| 5.1 Artigo I - Problemas de comportamento em adolescentes brasileiros | 59 |
| 5.2 Artigo II – Sobre competências dos adolescentes | 62 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 66 |
| REFERÊNCIAS | 69 |

APRESENTAÇÃO

Indubitavelmente, a transição da segunda para a terceira década do século XXI foi marcada pela pandemia de COVID-19. Números atuais, segundo o Ministério da Saúde (CORONAVÍRUS BRASIL, 2023), apontam pelo menos 6,5 milhões de vítimas em todo o mundo, sendo cerca de 705 mil somente no Brasil, o que lhe garante o quinto lugar entre os países com mais fatalidades. Um cenário que exigiu muitas respostas da Ciência, como a própria vacina desenvolvida contra o vírus, e algumas outras relacionadas ao contexto pós pandemia, essencialmente voltadas aos efeitos à saúde humana decorrentes da multiplicidade de fenômenos que permearam nossas preocupações durante os últimos quatro anos.

Como pensar a saúde mental no pós pandemia de COVID-19? Os efeitos decorrentes de todo o cenário que a pandemia nos envolveu foram levantados desde o início e, mais uma vez, a Ciência precisa dar respostas à humanidade. Talvez uma única resposta não seja possível, mas não significa que não devamos tentar. E é pensando em possibilidades de diálogo sobre o assunto que essa tese foi construída.

Digo que todas as etapas desse trabalho foram atravessadas pelo contexto pandêmico, pois a própria escolha do tema foi em decorrência disso. Nesse momento, é preciso admitir que essa não foi a minha primeira escolha. Sem tentar romantizar a questão, mas como uma ação ética, o meu sonho de pesquisa tornou-se inviável, pelo menos no modelo em que foi pensado e planejado, e que, inclusive já estava em andamento. Contudo, acabou sendo mais uma vítima dessa avalanche chamada COVID-19.

Obviamente que quando considero meu primeiro projeto de pesquisa enquanto “vítima”, de forma alguma quero comparar essa perda com as tantas vidas humanas ceifadas pelo vírus. Mas devo insistir no termo “perda” para ser honesta, não somente pelo projeto, mas pela proposta de intervenção planejada para este que, agora, na impossibilidade de realizá-lo, percebo o quanto minha trajetória acadêmica me levou ao momento de estar (e intervir) diretamente com os pacientes de Fibrose cística¹ (FC), em sua maioria, crianças e adolescentes.

¹ A FC é uma doença genética, ainda sem cura, provocada por mutações genéticas, que pode afetar vários sistemas do corpo humano, dentre os quais o respiratório e o digestivo são os mais comuns. Trata-se de um adoecimento crônico que traz efeitos psicológicos para os pacientes e seus cuidadores (BORGES; OLIVEIRA-MONTEIRO, 2022).

Desde o meu primeiro contato com os pacientes de FC, em 2011, foram dez anos de estudos na área, dois projetos de extensão na Universidade Federal do Pará (UFPA) e um mestrado na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). A proposta de uma pós-graduação *stricto sensu*, cunhada a partir da interdisciplinaridade, fez com que eu mudasse do Pará para São Paulo com um vínculo universitário que me permitisse, enfim, conhecer os Centros de referência no tratamento da FC de maior expressividade nacional. Foram pelo menos dois anos conhecendo profissionais cujos nomes eu já era há muito tempo familiarizada e reconhecendo na realidade desses Centros questões que a minha prática no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário João de Barros Barreto² (HUJBB) me levou a conhecer.

Mesmo em um cenário de demandas tão difíceis, as 31 entrevistas realizadas com os pais/responsáveis dos pacientes de FC, nos três Centros de referência nos quais realizei minha pesquisa de mestrado (2016-2019), foram parte da realização de um sonho de uma pesquisadora em desenvolvimento, que, desde a graduação em Psicologia na UFPA (2007-2013), esperava se deparar com algo que a provocasse e a motivasse a investigar. Cada palavra da dissertação, que foi fruto principalmente desses encontros, foi escrita com o carinho de quem atravessou o país (literalmente) para encontrar essas pessoas³. E como foi satisfatório fazê-lo.

Do final do mestrado à elaboração do primeiro projeto de doutorado, foram nove meses de amadurecimento de uma ideia minimamente interessante para finalmente chegar ao contato com as crianças e adolescentes, pacientes de FC, que são quem realmente me motivaram desde 2011 em meu primeiro contato com essa população no HUJBB. Tratava-se de um projeto de intervenção, em três etapas, algo somente possível no tempo dos quatro anos que uma pesquisa de doutorado permite. O campo seria realizado em um dos Centros de referência participantes da pesquisa anterior, em São Paulo, local em que a famosa “inserção no campo” já estava concluída e cuja etapa de intervenção era um anseio não somente da pesquisa, mas como da própria equipe multiprofissional do ambulatório.

² HUJBB é uma instituição pública, localizada na cidade de Belém/PA, ligada à UFPA, onde funciona o único Centro de Referência no tratamento da FC de toda a região Norte do Brasil, local de meu primeiro contato com a temática e pacientes no Ambulatório de Pediatria, no ano de 2011.

³ Artigo proveniente da dissertação foi publicado (BORGES; OLIVEIRA-MONTEIRO, 2022).

O levantamento de dados do primeiro projeto estava em plena execução, quando, em meados em março de 2020, ouvíamos apreensivos sobre o aumento de casos de pessoas infectadas pelo novo Coronavírus no Brasil e sua consequente mortalidade. Não sabíamos exatamente como proceder, quanto tempo durariam as medidas de isolamento e, sobretudo, quem de nós corria maiores riscos, se infectados.

Recordo de meu último dia em campo, sem máscara, quando entrevistei minha 14ª dupla de participantes (a pesquisa envolvia questionários específicos para o paciente e seu responsável) e me despedi da equipe do ambulatório dizendo algo do tipo “vamos ver como as coisas ficam e até a próxima”. Naquele momento era sabido que uma pausa seria necessária, mas não fazíamos ideia de sua duração. Em comunicação posterior com a equipe, fiquei sabendo que a entrada no ambulatório estava restrita e, sendo a COVID-19 uma doença que afeta principalmente o sistema respiratório, pacientes com FC faziam parte do grupo de altíssimo risco. Em se tratando de uma população majoritariamente de baixa renda, alternativas *online* sequer foram consideradas pela equipe do ambulatório. Concordei com a pausa, era o mais seguro a ser feito, principalmente para os pacientes.

Segui com as obrigações do doutorado. Investi o tempo no levantamento teórico, atualização de literatura e, no segundo semestre de 2020, realizei minhas primeiras disciplinas remotas no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Unifesp. Também segui com a vida profissional, uma vez que, ao contrário do período do mestrado, realizo esse doutorado sem o privilégio da dedicação exclusiva. Hoje, em momentos de tamanha instabilidade econômica que o país enfrentou e enfrenta, percebo o quanto é importante ter paz para produzir e essa tranquilidade perpassa por questões, inclusive, financeiras.

Acredito ser impossível ter atravessado ileso esse processo. As notícias foram assustadoras, os números alarmantes e as perdas, inerentes ao fenômeno. Perdas familiares, perda de perspectiva, perdas de sonhos. Tentei não perder a esperança. Mas, devo confessar, às vezes fracassei.

Em meados de setembro de 2020, minha situação profissional melhorou com a reabertura da clínica onde trabalho e aquilo que eu assistia no plano macro, passei a ter contato em *setting* terapêutico. Não, não estávamos bem enquanto sociedade e cada um se agarrava àquilo que lhe era possível. E, mais uma vez, não havia como sair ileso disso tudo, sobretudo em termos de saúde mental, vivenciando diariamente a angústia de famílias desorientadas sobre como agir com as crianças e os adolescentes (meu público de atuação na clínica) em casa, em

aulas *online*, sem as trocas interpessoais tão importantes ao desenvolvimento. Naquele momento, uma parte da vida foi vivida através das telas.

À essa altura, as informações sobre o adoecimento provocado pelo novo coronavírus já eram mais esclarecedoras e o posicionamento do ambulatório onde acontecem os atendimentos de FC era o mesmo: somente profissionais essenciais. Na Academia, as pesquisas foram sendo adaptadas ao modelo *online*, outras mudaram de tema e, em novembro de 2020, precisamos, eu e minha orientadora, decidir sobre o que fazer com a nossa. Sequer consegui responder à pergunta de pronto. Precisei de alguns dias para lidar com a perda desse projeto tão sonhado e me perguntar se teria ânimo para continuar minha pós-graduação. Mas, realmente, como canta Humberto Gessinger, “eu não vim até aqui pra desistir agora” (GESSINGER, 2001). Quando não se perde a esperança completamente, encontram-se novos caminhos possíveis. Essa pesquisa é um desses caminhos.

Desde 2018, a convite de minha orientadora, passei a participar dos encontros do Grupo de Trabalho (GT) da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) intitulado “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. A entrada oficial no doutorado, no início de 2019, me permitiu a filiação ao referido GT, que exige como titulação mínima dos participantes “estar cursando doutorado”. Uma equipe de pesquisadoras que utilizam os instrumentos do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach (ASEBA) em suas pesquisas se reuniram com o propósito de formar um grande banco de dados com os inventários de seus estudos e possíveis colaborações de outros pesquisadores brasileiros. E é o que o GT tem feito. Primeiro foi elaborado um projeto pensando nesse levantamento maior, intitulado “Avaliação em saúde mental em diferentes contextos e etapas da vida”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp (parecer nº 3.831.330) em fevereiro de 2020. No momento da redação deste texto, o banco de dados organizado pelo GT contava com mais de 18.000 inventários, o que superou nossas expectativas.

Quando em novembro de 2020 decidimos “recalcular a rota” e mudar o tema da pesquisa de doutorado, o fizemos com as bênçãos do GT/ANPEPP. Muitas das participantes vivenciavam situações semelhantes com seus orientandos e decidimos nos apoiar enquanto pesquisadoras nesse momento tão desafiador à sociedade e à Ciência. O apoio foi tanto que passamos a contar com a parceria da Profa. Dra. Graziela Sapienza, que se tornou coorientadora do trabalho. Decidimos, então, por um recorte do projeto maior, no conhecido formato “guarda-chuva” quando, a partir de uma pesquisa principal, se originam outr-s - prática comum em

laboratórios de pesquisa. Essa ideia de projeto de pesquisa conciliava nossa prática no trabalho do GT, nossa experiência com um dos instrumentos ASEBA (o *Youth Self Report* [YSR], que inclusive fazia parte do levantamento do primeiro e cancelado projeto) e a discussão de saúde mental, que norteia meu trabalho clínico e docente, e cujo apelo é imensurável antes, durante e após a pandemia do COVID-19.

No entanto, o tempo necessário a uma mudança dessa magnitude não necessariamente é o tempo das formalidades. Nos dedicamos às etapas burocráticas de formalização da mudança de tema, primeiro com o Programa de Pós-graduação para pedido de prorrogação do prazo final do doutorado; segundo, com o CEP e a redação de outro projeto e nova submissão para avaliação ética (projeto aprovado em 30 de abril de 2021). Ao longo de tudo isso e ao mesmo tempo, uma adaptação individual no sentido de me debruçar sobre as questões de saúde mental do adolescente, com ênfase no contexto brasileiro.

Além do fator “tempo”, a mudança de tema me exigiu maturidade e o que são os diferentes níveis acadêmicos senão degraus de uma aprendizagem que trata não somente de pesquisas, mas também de experiências que amadurecem o pesquisador? Considerei essencialmente essa questão quando decidi continuar esse doutorado, que seria uma oportunidade de crescimento como pesquisadora, pautada naquilo que é possível a partir das condições de trabalho que se apresentam. E aprendi muito.

Após o exame de qualificação, em dezembro de 2021, impulsionadas pelas contribuições e questionamentos das professoras que compuseram a banca, novamente precisamos fazer grandes mudanças no trabalho e decidimos por uma nova forma de tratar os dados estatisticamente. Foi como reiniciar todo o trabalho e precisei de muito tempo para compreendê-lo. Fiquei meses sem conseguir escrever. Nem e-mail eu respondia. Sentia como se os números não me comunicassem nada e, mais uma vez, não me reconheci nesse trabalho. Precisei de muita ajuda.

Essencialmente a experiência de doutoramento me ensinou que, ao contrário do que eu pensava, cada degrau acadêmico não nos torna mais independentes. Tornamo-nos, a cada etapa, mais colaborativos e, ao fazê-lo, vamos nos dando conta do quanto a Ciência é uma ação conjunta, do quanto o diálogo otimiza nossas práticas e do quanto o olhar do outro pode melhorar a nossa escrita. Considero um exercício de humildade, sem o qual não conseguimos reconhecer nossos limites e nossas fraquezas. Minhas orientadoras foram muito gentis ao longo de todo esse processo, em me mostrar o quanto trabalhamos melhor quando pedimos ajuda, o

que só é possível quando reconhecemos que muitas vezes, sozinhos, não damos conta. Essa essência é fruto de muita cooperação, muita parceria e um apoio emocional imensurável.

Enquanto docente da área de Desenvolvimento Humano em uma instituição privada de nível superior de Santos/SP, são frequentes as discussões sobre as transições que todos nós, enquanto animais humanos, atravessamos ao longo de nosso processo de desenvolvimento. Transições essas, que, em determinadas condições, podem ser vivenciadas como momentos de crise, cujas saídas possíveis podem ser saudáveis e enriquecedoras ao indivíduo ou, em alguns casos, “adoecedoras”.

Digo isso porque, enquanto realizo essa escrita, considero que vivenciei esse doutorado enquanto uma transição em minha vida acadêmica e pessoal. Em determinado momento, a pandemia de COVID-19 instaurou uma crise nessa transição e a conclusão desse trabalho foi a saída mais saudável e produtiva que consegui fazer disso tudo.

Discutir saúde mental nesse contexto foi o que mais me mobilizou a continuar esse trabalho. De forma alguma pretendemos responder sobre as atuais condições de saúde mental dos adolescentes brasileiros. Nossos esforços recaem muito mais sobre as condições anteriores à pandemia para que trabalhos futuros possam utilizá-lo para fins de parâmetros comparativos. Não há como dizer sobre os efeitos à saúde mental decorrentes da pandemia de COVID-19 sem uma compreensão sobre a situação anterior à pandemia. Assim, a Ciência segue.

1 INTRODUÇÃO

Severo, o primo tímido, chegava de tempos em tempos com meus tios para nos visitar. Se era brincadeira de jarê, ficávamos acordados até a madrugada correndo pelo terreiro, contando histórias e rindo alto. Eu e Belonísia, estranhamente, já que estávamos cada vez mais próximas, nos dispersávamos nesses momentos, talvez de forma irrefletida, para disputar a atenção de Severo. Domingas e Zezé se ocupavam com brincadeiras com os menores, enquanto nós, quase adolescentes, descobríamos aos poucos o interesse que um menino poderia despertar em duas moças com seios despontando nos vestidos, ancas se firmando e o perfume do corpo abundando como nunca. Duas moças que se descobriam vaidosas, que reclamavam por um espelho em casa, que ocupavam o tempo vago com penteados e combinações de vestimentas diferentes com as poucas peças de roupa que tinham

(VIEIRA JÚNIOR, 2019, p. 43).

Esse trecho, extraído da obra “Torto arado”, de Itamar Vieira Júnior (2019) narra algumas das experiências vividas pelos adolescentes, como as transformações físicas típicas da puberdade e sociais, como o interesse sexual e amoroso por outras pessoas. Transformações que tanto podem ocorrer no sertão baiano, como no romance em destaque, quanto em meios urbanos, permeados de tecnologias.

A adolescência é amplamente conhecida como um período de confusão, que pode ser decorrente do descompasso entre a atribuição de novas responsabilidades ao adolescente e a maturidade para a tomada de suas decisões. Talvez esse sentimento acompanhe o adolescente ao longo de sua transição entre a infância e a idade adulta. Mas será a adolescência, enquanto período do desenvolvimento humano, principalmente isso: uma transição cuja principal marca é o sentimento de confusão?

Mais que um jogo entre ser “grande o suficiente para fazer isso” *versus* “muito imaturo para decidir aquilo”, a adolescência é marcada por transformações corporais, sociais e psicológicas, que regem esse período do desenvolvimento de forma nem sempre harmoniosa. Os efeitos dessas forças sobre o desenvolvimento do indivíduo e, sobretudo, como ele reage a tais pressões, tem reflexos em sua saúde e vice-versa. A tentativa de compreender os efeitos das

transformações físicas e sociais ocorridas na adolescência sobre todo o desenvolvimento do indivíduo vem motivando, principalmente, a partir do século XX, estudos sobre diversos aspectos desse período, em diferentes culturas que o consideram como uma fase da vida, com características próprias, ao lado da infância, adultez e velhice.

O tema da presente tese recai sobre a qualidade da saúde mental do adolescente no Brasil, considerando a multiplicidade de fatores individuais e sociais que a afetam, a partir de dois indicativos: comportamentos (internalizantes e externalizantes) e competências. Esta seção introdutória é dividida em três partes: na primeira delas, estão apresentadas as definições de adolescência que norteiam a compreensão do período do desenvolvimento humano adotada no estudo; na segunda, estão descritos estudos epidemiológicos desenvolvidos em diferentes populações, entre as quais, a brasileira, que discutem aspectos da saúde mental adolescente, considerando, inclusive, os efeitos da pandemia de COVID-19 nessa população; e, finalmente, na terceira parte da introdução, são apresentados dados da literatura que se referem ao instrumento adotado nesta pesquisa, o (YSR) de Achenbach e Rescorla (2001).

1.1 (In)definições de adolescência

Não há uma definição absoluta sobre a adolescência, uma vez que fazê-lo dependerá dos critérios adotados para tal. Portanto, em cada contexto histórico, critérios fisiológicos e sociais variavam e, mesmo hoje, na terceira década século XXI, não há na literatura da área uma definição que caiba ajustadamente às diferentes culturas que consideram o período entre a infância e a vida adulta dotado de características particulares o suficiente, a ponto de ser tratado não somente como uma “transição” (JOURRETTE, 2009, PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Etimologicamente, “adolescência” é derivada do latim, *adolescere*, que significa crescer (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). Na prática, esse crescimento acontece em múltiplas dimensões do indivíduo, que, uma vez inserido em determinada cultura, vivenciará diferentes experiências que definirão o seu adolescer. Portanto, a adolescência, além de ser uma construção social, configura-se como um verdadeiro privilégio das sociedades modernas nas quais acontecimentos nos âmbitos culturais, demográficos e sociais propiciaram o desenvolvimento de uma compreensão da adolescência enquanto um período particular do desenvolvimento humano (BEE; BOYD, 2011, SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

1.1.1 Construção histórica do(s) conceito(s)

Historicamente, considera-se o século XX dos países ocidentais industrializados o marco em que o período do desenvolvimento correspondente à adolescência passou a ser olhado com especial atenção, principalmente em virtude do prolongamento da educação e consequente ingresso tardio na vida adulta. Sobre isso, em 1968, Erik Erikson⁴ atribuía aos avanços tecnológicos a necessidade de prolongamento da vida escolar, o que contribuiu em parte ao início da vida de trabalho especializado em idades mais avançadas (ERIKSON, 1976). Segundo esse autor, a adolescência tinha um *status* para além de transição, sendo, portanto, um “modo de vida”, marcado por virtudes e crises, que o diferenciam de todos os outros experienciados ao longo do desenvolvimento.

Desde a Antiguidade a adolescência, como é conhecida na era contemporânea, já era referenciada, sobretudo em relação a atitudes impulsivas e irresponsáveis. Platão e Aristóteles, ambos no século IV a. C., reconheciam nos jovens gregos as paixões e as virtudes, como forma de raciocínio típicas dessa fase (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010). Nos séculos I e II, no Império Romano, a versão latina de adolescência, *adulescentia*, era utilizada em referência ao período da vida do cidadão que antecedia o momento no qual esse passaria a participar das discussões e decisões de sua comunidade, em uma compreensão “natural” que regia a vida de todos (MATHEUS, 2008).

Séculos mais tarde, na Idade Média (séculos V a XV), a compreensão de *adulescentia* referia-se às funções sociais típicas de uma faixa etária, quando era permitido pela coletividade vivenciar a ambivalência entre o compromisso com a manutenção da moral e comportamentos transgressores. Finalmente, na Idade Moderna (séculos XV a XVIII), cunha-se a ideia que perdura até a contemporaneidade, da adolescência enquanto momento de crise, uma verdadeira fase turbulenta na qual o indivíduo vê-se diante do desafio de tornar-se tudo aquilo que fora idealizado pelo movimento Iluminista. Segundo a visão antropocêntrica que alicerça o iluminismo, caberia a cada indivíduo, no exercício de sua intrínseca liberdade, responsabilizar-se por seu próprio futuro, sendo capaz de grandes realizações capazes de, inclusive levá-lo à ascensão social - em contrapartida ao pensamento de séculos atrás que o colocava em posição passiva em sua própria vida (MATHEUS, 2008).

⁴ Erik Erikson (1902-1994), foi um psicanalista alemão que desenvolveu a Teoria dos Estágios Psicossociais do Desenvolvimento, de grande relevância ao estudo do desenvolvimento humano (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Ainda considerando a progressão histórica, a adolescência, em comparação a outros períodos do desenvolvimento como a infância, foi tardiamente colocada em pauta pelos estudiosos. Especificamente na Psicologia, o pioneirismo dos estudos sobre a adolescência é atribuído aos autores Stanley Hall (1846-1924) e Arnold Gesell (1880-1961), nos Estados Unidos da América (EUA), e, ao já citado, Erik Erikson (1902-1994), na Europa (BOCK, 2007; JOURRETTE, 2009).

Entre as contribuições de Stanley Hall, destaca-se a publicação de sua obra *Adolescence: its Psychology and its Relation to Physiology*, em 1904, amplamente vista como precursora das investigações científicas sobre a adolescência (HALL, 1904). Nessa obra, o autor, embalado pelo frenesi científico da Teoria da Evolução das Espécies, de Charles Darwin, definiu a adolescência como um período do desenvolvimento que dura cerca de 10 anos e, no qual, diversos aspectos do desenvolvimento ocorrem de forma rápida e constante. Uma verdadeira onda de “tempestade” e “estresse”, que atinge todo adolescente de forma inevitável (BERNI; ROSO, 2014). Ainda segundo Hall, as conturbações da adolescência são em decorrência, sobretudo, da emergente sexualidade do indivíduo, o que, entre outras coisas, é capaz de provocar confusões de toda ordem, além de estresse e luto.

Por outro lado, na visão de Calligaris (2000), Hall não chegou a apresentar uma compreensão realmente pioneira sobre os conflitos da adolescência. Para esse autor, o mérito de Hall é decorrente justamente do oposto: de pensar a adolescência como maior que um período de crise, sendo também um momento em que os esforços devem recair sobre o necessário prolongamento das conquistas da infância. A partir disso, Hall era favorável, por exemplo, à continuidade da escolarização para os adolescentes, reconhecendo isso como fator positivo ao desenvolvimento do indivíduo e, inclusive, como recurso diante de todas as perturbações do período, já amplamente conhecidas pela sociedade (BERNI; ROSO, 2014; CALLIGARIS, 2000).

Se por um lado, Hall incluiu a adolescência no âmbito das pesquisas acadêmicas, anos depois (década de 1960), Erikson, ao postular sua Teoria Psicossocial do Desenvolvimento com os conceitos de “moratória” e “crise de identidade/adolescência”, definiu esse período do desenvolvimento humano a partir de experiências do indivíduo. Segundo o autor, a adolescência é um momento especial do desenvolvimento, como um verdadeiro “modo de vida entre a infância e a vida adulta” (ERIKSON, 1976, p. 128).

À moratória, Erikson (1976) atribui o período de postergação dado pela sociedade em relação à adoção de responsabilidades, no sentido de que o adolescente seja capaz de desenvolver, nesse tempo, consciência de si mesmo e de seu entorno. A moratória seria, portanto, uma necessidade característica desse período e uma forma de institucionalizar a adolescência, via situações próprias de cada cultura que possibilitam ao adolescente a identificação com os outros, uma preparação para os papéis adultos que deverá assumir (ERIKSON, 1976). No entanto, embora a moratória, enquanto concessão social ao adolescente, viabilize algumas resoluções pessoais, a definição da identidade do futuro adulto não ocorre sem que antes se resolvam algumas questões.

Objetivamente, Erikson (1976) apresentou três aspectos que devem ser definidos na situação que figura em sua teoria como “crise de identidade/adolescência”: (1) escolha profissional, (2) adoção de valores e (3) identidade sexual. Nesse sentido, o início da adolescência seria marcado pela construção da identidade em contrapartida à confusão de papéis típica dessa época. Uma boa resolução disso daria origem à fidelidade e à devoção aos amigos. Já mais para o fim da adolescência, a confusão seria decorrente do empasse entre a convivência íntima e o isolamento, cuja boa resolução resultaria em relacionamentos mutuamente satisfatórios, como os amorosos (ERIKSON, 1976; GOODWAY *et al.*, 2013).

Muito do que fora respondido pelos estudos, como os de Hall e Erikson, ocorreram no sentido de assistir uma população em ascensão. A distribuição etária entre as populações de diversos países, como no continente europeu e nos EUA, pode ajudar a compreender esse fato, haja vista que, o fenômeno conhecido como *baby boom*⁵, ocorrido na década de 1950, aumentou consideravelmente a população na faixa etária da adolescência a partir da década seguinte. Essa explosão demográfica ocorrida após um período sensível à humanidade, de mortes em massa ao longo da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), culminou em um quantitativo populacional de adolescentes como nunca visto, com questões e necessidades próprios dessa faixa etária, em termos, inclusive, de saúde.

⁵ *Baby boom* é um fenômeno demográfico caracterizado pelo aumento abrupto na taxa de natalidade de determinada população, após um evento sensível de sua história, como ocorrido após a Segunda Guerra Mundial e o 11 de Setembro. Discute-se, no contexto da Pandemia da COVID-19, se um novo *baby boom* será um dos produtos desse momento histórico (MARIA, 2020).

Conclui-se que, desde o primeiro uso da palavra *adolescence*, na língua inglesa, em meados do século XV, à compreensão dos já citados estudos do século XX, não há dúvidas de que hoje, na década de 2020, a adolescência é mais que uma transição, é dotada de sentido em si mesma.

1.1.2 Definições quanto à faixa etária

Em face às múltiplas transformações ocorridas na adolescência e, sobretudo, pela variabilidade de algumas dessas entre diferentes culturas, definir esse período do desenvolvimento a partir de um único critério seria mais que um equívoco, sendo, portanto, uma incoerência que negaria sobremaneira as transformações culturais inerentes ao fenômeno. Talvez em uma tentativa de definir a adolescência a partir de um critério universal e que, portanto, caiba a diferentes culturas que admitem a especificidade da adolescência, a idade, ou melhor dizendo, a faixa etária que a compreende, pode ser uma tentativa de critério a ser adotado.

Nesse sentido, cabe ressaltar algumas dessas definições, como a adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que considera a segunda década da vida como adolescência, e a da Organização Mundial da Saúde (OMS) que expande o marco etário para até os 24 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2023). Em âmbito nacional é importante ressaltar que, em termos legais, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece como adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990).

Neste estudo, considerar-se-á “adolescente” o indivíduo entre 11 e 18 anos, conforme a definição do instrumento adotado na pesquisa (ACHENBACH; RESCORLA, 2001).

1.1.3 Transições da adolescência

A OMS, em referência recente, considera a adolescência como o período dos 10 aos 24 anos, definido por transformações biológicas, psicológicas e sociais (WHO, 2023). Dito de outra forma, as transformações da adolescência são de caráter biopsicossocial, o que significa que, em geral, é nesse período que se iniciam as mudanças corporais da puberdade. No fim do

período ocorrem as inserções social, profissional e econômica na sociedade adulta (WHO, 2023).

Tratam-se, portanto, de transições que culminam na passagem da imaturidade infantil à maturidade da vida adulta. Por transição entende-se a alteração da posição da pessoa em relação ao meio onde vive, tendo como resultado uma mudança de papel, do ambiente ou de ambos. Essa fase é impactada pela influência social, quando se ampliam os horizontes sociais e existe uma pressão para que o indivíduo se torne um membro produtivo do seu grupo, vivenciando maior independência e assumindo papéis tidos como adultos. As questões que aparecem na adolescência apresentam uma amplitude muito maior do que as que apareciam na infância, por isso o indivíduo nessa fase necessita de recursos pessoais e sociais ao longo de seu desenvolvimento para cumprir as tarefas que se apresentam nesse período (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

A pertinência em se adotar o critério de idade para delimitar a adolescência é reforçada pela universalidade das transformações biológicas que marcam o período. Tida como uma espécie de consenso, as transformações físicas conhecidas como puberdade, podem ser considerada o marco do início da adolescência. Por puberdade compreende-se o processo de maturidade sexual e reprodutiva do indivíduo, resultado do aumento da produção de hormônios específicos em cada sexo (PAPALIA; FELDMAN, 2013). No sexo feminino, a puberdade é marcada pela menarca (ocorrência da primeira menstruação) e, no masculino, pela produção de esperma. Acontece o amadurecimento dos órgãos reprodutores, chamados caracteres sexuais primários, que é acompanhado dos sinais fisiológicos dessa maturação, ou simplesmente, caracteres sexuais secundários. Na prática, esses últimos, implicam no desenvolvimento dos seios, nas meninas; mudanças na voz e na textura da pele, e aparecimento de pelos púbicos, faciais e axilares, em ambos os sexos. O aumento da oleosidade da pele pode provocar a famigerada acne que tem sido relacionada ao hormônio testosterona, encontrado em maiores quantidades nos meninos (PAPALIA; FELDMAN, 2013; TOURRETTE; GUIDETTI, 2009).

Em relação aos períodos anteriores, a adolescência apresenta uma frequência menor de doenças agudas (BEE; BOYD, 2011), entretanto, os adolescentes ainda precisam de assistência médica, tanto para doenças (crônicas ou agudas), quanto para problemas de saúde decorrentes de comportamentos que colocam sua vida ou saúde em risco (VITALLE *et al.*, 2010). Quase dois terços das mortes prematuras e um terço da carga total da doença em adultos estão associados a condições ou comportamentos que começaram na juventude, incluindo uso de

tabaco, falta de atividade física, maus hábitos alimentares, sexo desprotegido ou exposição à violência (FERRO *et al.*, 2016).

Segundo Sawyer *et al.* (2012), não há como pensar políticas públicas de saúde de toda a população sem considerar a saúde do adolescente. Em comparação a outros aspectos que influenciam o desenvolvimento do adolescente, o foco na saúde mental é mais recente e algumas considerações serão examinadas a seguir.

1.2 Algumas considerações sobre a saúde mental do adolescente

Conforme discutido na subseção sobre a construção histórica do conceito de adolescência, herda-se da modernidade a ideia do adolescente problemático, imerso em conflitos pessoais e soc-ais - pelo menos do ponto de vista da sociedade urbana ocidental. No entanto, apesar dos reais e autênticos sentimentos de confusão inerentes às diversas transformações que marcam esse período do desenvolvimento, os estudos da área vêm gradativamente revendo essa visão tradicional sobre a adolescência, abrindo espaço para discussões sobre potencialidades e aspectos positivos do indivíduo nessa faixa etária (OLIVEIRA-MONTEIRO *et al.*, 2012). Tem-se, inclusive, análise sobre o quanto uma visão positiva sobre si próprio pode contribuir ou funcionar como uma espécie de defesa à negatividade tradicional que assombra a fase (MINAYO, 1999).

O estudo da saúde mental é um campo complexo, haja vista a pluralidade de abordagens possíveis ao seu intento. Para Amarante (2013), o próprio conceito de “saúde mental” é questionável, uma vez que não inclui somente a psicopatologia mental, não podendo, portanto, ser restrito ao estudo e tratamento de doenças mentais. Nesse sentido, práticas de saúde mental devem incluir, também, avaliações do estado mental positivo, além do negativo, de indivíduos e populações específicas, como os adolescentes (AMARANTE, 2013).

Uma vez compreendido que hábitos saudáveis adotados durante a adolescência podem mudar o cenário de saúde de uma população, estudos sobre a saúde de indivíduos dessa faixa etária são primordiais aos planos de desenvolvimentos dos países (SAWYER *et al.*, 2012). As pesquisas contribuem fomentando dados para o planejamento de agendas de saúde pública, que visem efeitos tanto a curto prazo quando o alvo é a própria população adolescente, quanto a longo prazo, com uma abrangência ainda maior em termos quantitativos.

A exemplo, Alonso *et al.* (2004) pesquisaram em diferentes países europeus a prevalência de alguns transtornos mentais em adultos a partir dos 18 anos e observou que 14% dos participantes relataram algum tipo de transtorno depressivo ao longo de sua vida; 13,6% algum tipo de transtorno de ansiedade, e 5,2% problemas com álcool. Esse projeto indicou uma idade precoce de início de transtornos de humor e alcoolismo, corroborando a visão sobre a importância de entender a epidemiologia dos transtornos mentais durante a adolescência (ORMEL *et al.*, 2015). Na subseção a seguir, são comentados alguns trabalhos a respeito.

1.2.1 Estudos sobre saúde mental adolescente pelo mundo

Uma meta-análise observou prevalência mundial de transtornos mentais na infância e adolescência de 13,4% (POLANCZYK *et al.*, 2015). A prevalência mundial de transtornos de ansiedade foi de 6,5%, a de transtornos depressivos foi de 2,6%, a de transtornos do déficit da atenção e hiperatividade (TDAH) foi de 3,4% e a de transtornos disruptivos foi de 5,7%. Uma heterogeneidade significativa foi apontada no referido estudo, sendo que as estimativas não variaram em função da localização geográfica das pesquisas avaliadas e ano de coleta de dados.

Um estudo holandês observou que os transtornos de humor e de comportamento foram menos prevalentes entre os adolescentes participantes, embora mais graves, enquanto os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, mas menos graves. Cerca de um em cada quatro adolescentes preencheram os critérios para algum transtorno de ansiedade com taxas individuais variando de 1% para agorafobia sem transtorno do pânico a 12% para fobia específica e social. A idade mediana do início variou de acordo com a patologia e ter alguma patologia aumentou o risco de o adolescente de desenvolver outro distúrbio. No final da adolescência, 22% dos jovens experimentaram algum episódio grave relacionado à ansiedade e 23% episódios leves. Os impactos da doença mental na vida do adolescente variam de 5 a 10% nessa população (ORMEL *et al.*, 2015).

A quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) adicionou um novo diagnóstico: o transtorno disruptivo da desregulação do humor (TDDH) na categoria dos transtornos depressivos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA [APA], 2014). Anteriormente à publicação do DSM-5, Copeland *et al.* (2013) já haviam sugerido uma taxa básica epidemiológica entre 0,8% e 3,3% desse transtorno. Em uma coorte clínica, 26% dos jovens preencheram os critérios para um diagnóstico de TDDH (AXELSON

et al., 2012). Freeman *et al.* (2016) encontraram 31% dos jovens de 6 a 18 anos que frequentavam um centro de saúde mental preenchendo os critérios de TDDH e 40% apresentavam também transtorno desafiador de oposição.

O aumento das atividades diárias dos adolescentes realizadas de forma *online* decorrente em parte do avanço tecnológico e maior acesso às redes sociais por esse público, cria um cenário propício ao surgimento de problemas comportamentais derivados dessa nova forma de estar no mundo. A vitimização por *cyberbullying* é um importante problema de saúde do adolescente: em um estudo europeu, 21,4% dos adolescentes relataram vitimização cibernética nos últimos 12 meses (TSITSIKA *et al.*, 2015). Os relatos foram mais frequentes entre as meninas (23,9%) do que entre os meninos (18,5%) e entre os adolescentes mais velhos (24,2%) em relação aos mais jovens (19,7%). A análise de regressão linear múltipla mostrou que problemas externalizantes, internalizantes e acadêmicos foram associados à vitimização cibernética.

Um grande número de estudos utilizou escalas de comportamentos como o *Child Behavior Checklist* (CBCL), instrumento que compõe a bateria ASEBA, para avaliar a psicopatologia dimensional em crianças e adolescentes em diversos países (ACHENBACH *et al.*, 2008). Utilizando o mesmo instrumento, as diferenças detectadas entre estudos, localidades e na população geral podem ser interpretadas como resultantes de aspectos geográficos, sociais e/ou culturais. Tanto as patologias descritas no DSM-5 quanto problemas específicos de comportamento e saúde podem ser detectados por instrumentos de triagem, como o CBCL e o YSR, parte da família ASEBA.

Em pesquisa realizada com 383 indivíduos de seis a 18 anos, 85% dos pais informaram que seus filhos tinham frequentemente problemas com o sono, identificados pelo CBCL (BECKER; RAMSEY; BYARS, 2015). Em geral, o problema referia-se a dormir menos que os pares, mas também, alguns cuidadores assinalaram “dormir mais que os pares” e o fato de os filhos terem pesadelos e falar ou caminhar dormindo.

Um estudo brasileiro envolvendo 320 adolescentes que não estavam em atendimento psicoterápico e que responderam ao YSR na sala de espera de um ambulatório, observou que o principal problema relatado se relacionava à categoria “ansiedade/depressão” (VALVERDE *et al.*, 2012). Além desse, outros problemas também foram identificados: os meninos obtiveram escores mais altos em problemas sociais e mais baixos em comportamento delinquente; as meninas apresentaram-se com menos problemas no agrupamento problemas somáticos e com mais problemas em ansiedade/depressão. Quanto à faixa etária, observou-se que o agrupamento problemas de sociabilidade esteve associado ao início da adolescência.

Ainda no Brasil, a revisão narrativa das edições de 2009, 2012 e 2015 da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar realizada por Reis, Malta e Furtado (2018) apresentou a prevalência de estudos voltados às questões de violência e fatores de risco, como uso de álcool e outras drogas quando o alvo é a população jovem. Embora os resultados da pesquisa apresentem correlações relevantes à compreensão do cenário de saúde mental dessa população, como a verificada entre uso de substâncias e solidão e insônia, persiste o menor número de pesquisas voltados a essa temática, sobretudo, na população brasileira e em comparação a às outras faixas etárias.

1.2.2 Saúde mental adolescente em tempos de pandemia de COVID-19

Tendo completado, ao todo, três anos de pandemia da COVID-19, há na literatura estudos ressaltando os efeitos do isolamento social, uma das medidas de combate à propagação do Coronavírus, sobre a saúde mental do adolescente. Para Miliauskas e Faus (2020), a vulnerabilidade do adolescente no referido contexto se dá essencialmente pela ausência do convívio em grupos com seus pares etários, a qual é de fundamental importância ao desenvolvimento saudável do indivíduo nessa faixa etária. No entanto, além da diminuição considerável desse convívio decorrente do fechamento de espaços de convivência habitualmente utilizados pelos adolescentes, como escolas, clubes, academias, *shoppings*, praias e parques, outras situações devem ser consideradas.

Segundo Miliauskas e Faus (2020), o aumento da restrição ao ambiente doméstico, por exemplo, privou o adolescente da possibilidade de relacionamentos físicos com seus pares, acompanhado do maior contato com seu núcleo familiar, o que, em muitos casos, implicou em situações de conflitos. A maior procura por jogos e outras atividades virtuais, como as redes sociais, aliada à falta de privacidade experimentada por alguns adolescentes, criaram um contexto desenvolvimental desfavorável, culminando em prejuízos no campo da saúde mental. Ainda para esses autores, tais prejuízos são notáveis, sobretudo, a partir do aumento de ansiedade, depressão e situações de estresse como sinais de tais situações visíveis como alteração na qualidade do sono e uso de substâncias psicotrópicas (MILIAUSKAS; FAUS, 2020).

O estudo de Florêncio Jr., Paiano e Costa (2020) ressaltou os efeitos da diminuição da atividade física decorrente do isolamento social em crianças e adolescentes. Segundo esses autores, os principais fatores seriam a privação do ambiente escolar e o aumento de práticas sedentárias, como assistir aulas de forma remota e maior tempo dedicado a jogos *online* e televisão. Possíveis prejuízos cognitivos estão associados ao menor volume de massa cinzenta em regiões cerebrais específicas, principalmente em decorrência de mais tempo em telas, seja assistindo televisão ou jogando videogame. Além disso, o sedentarismo é fator de risco ao sobrepeso e obesidade, o que pode gerar diversos prejuízos à saúde do indivíduo.

A revisão integrativa sobre os impactos da pandemia de COVID-19 à saúde mental de crianças e adolescentes de Mata *et al.* (2021) apontou como principais fatores estressores, além daqueles já mencionados nos estudos anteriormente citados, a recessão econômica, a violência doméstica e as incertezas quanto aos rumos da pandemia como os mais prejudiciais à saúde mental dessa população. Sobre o mesmo assunto, o trabalho de Binotto, Goulart e Pureza (2021) investigou os níveis de ansiedade, estresse e depressão em adolescentes durante a pandemia e os níveis considerados grave ou muito graves foram de 33,8%, 36,1% e 36,4% respectivamente.

De forma geral, os estudos voltados à temática dos efeitos à saúde mental decorrentes da pandemia de COVID-19 têm ressaltado a importância do desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas capazes de assistir à população adolescente (BINOTTO; GOULART; PUREZA, 2021; FLORÊNCIO JR.; PAIANO; COSTA, 2020; MATA *et al.*, 2021; MILIAUSKAS; FAUS, 2020). Tais estratégias são necessárias no sentido de minimizar tais efeitos considerando, sobretudo, a vulnerabilidade característica desse período do desenvolvimento, o que deve incluir uma etapa de avaliação.

1.3 Instrumentos de avaliação em saúde mental

Desde o século XX, diferentes áreas da saúde já se dedicaram ao estudo de condições ambientais que pudessem oferecer algum prejuízo ao indivíduo. Identificados como “fatores de risco” a partir da década de 1980, os estudos sobre esses fatores foram agregados às pesquisas em desenvolvimento humano e hoje, na terceira década dos anos 2000, já há um consenso na área sobre efeitos negativos que vulnerabilidades, como desnutrição, falta de referência familiar e baixa condição socioeconômica, podem oferecer ao indivíduo (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005). Em contrapartida, há os estudos sobre condições ambientais que

podem atenuar ou mesmo neutralizar os efeitos dessas vulnerabilidades, os chamados fatores protetivos. Identificados a partir de duas grandes categorias, suporte social e autoconceito positivo, os fatores protetivos também operam no ambiente do indivíduo e podem refletir positivamente no seu desenvolvimento (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Uma vez compreendida a relevância em se estudar aspectos da saúde mental do adolescente, seja via fatores de risco, como acontece predominantemente na literatura pertinente, ou via fatores protetivos, com ênfase nos atributos individuais, familiares e em fontes de apoio institucionais, uma das questões possíveis é decorrente de como realizar tais investigações de forma padronizada (ROCHA, 2012). Levantamentos epidemiológicos que medem a frequência de crianças com problemas emocionais e comportamentais foram realizados desde a primeira metade do século XX e usaram métodos não padronizados com estratégias de amostragem e abordagens de medição que limitavam a validade interna e externa dos resultados. Na segunda metade do século XX, o desenvolvimento de critérios diagnósticos objetivos permitiu a construção de instrumentos padronizados e estimulou a pesquisa epidemiológica (ROCHA, 2012).

Segundo Achenbach e Rescorla (2007), os critérios diagnósticos presentes em instrumentos padronizados são de dois tipos: *top-down* ou *bottom-up*. No primeiro, os problemas de comportamentos são descritos como sintomas das doenças e a avaliação deve determinar se a pessoa atinge os critérios para receber o diagnóstico de um transtorno específico. Esse sistema é utilizado pelos manuais diagnósticos, como o DSM-5 (APA, 2014) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, 2012). Trata-se, portanto, de uma visão antagônica entre saúde/doença que busca enquadrar o indivíduo em uma categoria segundo seus possíveis sintomas (SCHOENFERREIRA *et al.*, 2022).

No segundo tipo de classificação, *bottom-up*, os procedimentos de avaliação começam com a obtenção de escores para os problemas de comportamentos dos indivíduos, para, em seguida, agrupá-los em escalas de avaliação de psicopatologias, de acordo com o padrão de ocorrência verificado na população, o que é obtido a partir de análises estatísticas. Esse segundo tipo de sistema foi utilizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2008) na “Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos” e pela ASEBA, um sistema de classificação dimensional que considera os possíveis aspectos apresentados pelo indivíduo dentro de um *continuum* com a normalidade (SCHOEN-

FERREIRA *et al.*, 2022) e segue o preconizado pela OMS sobre o conceito de saúde (MINAYO, 2014).

1.3.1 A bateria ASEBA

Os primeiros trabalhos de Achenbach nos EUA datam da década de 1960, quando o autor pretendia criar estratégias de avaliação psicopatológica em crianças e adolescentes diferentes das disponíveis que baseadas no DSM, à época em sua primeira versão (BORDIN *et al.*, 2013). Atualmente, os instrumentos ASEBA estão citados em mais de 7.000 publicações de no mínimo 9.000 autores em mais de 80 sociedades diferentes. Para avaliação de crianças e adolescentes em idade escolar existem três instrumentos: o CBCL, o YSR e o *Teacher's Report Form* (TRF), preenchidos pelos pais das crianças/adolescentes, pelos adolescentes e por seus professores, respectivamente (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Rocha (2012) ressaltou a importância de se utilizar instrumentos padronizados em levantamentos epidemiológicos, dada a possibilidade de comparação entre diferentes países, o que amenizaria a falta de consenso entre as avaliações realizadas com população na faixa etária da adolescência.

Os instrumentos da bateria ASEBA investigam a saúde mental em dois aspectos: competências sociais e comportamentos/problemas. Os comportamentos podem ser divididos em dois grandes grupos: comportamentos/problemas internalizantes e comportamentos/problemas externalizantes.

Os comportamentos internalizantes são ações voltadas contra a própria pessoa, como comer demais ou não comer, autflagelação, abuso de substâncias, trancar-se no quarto, entre outros e englobam os sintomas depressivos, os sintomas de ansiedade e as queixas somáticas, por exemplo (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Os comportamentos externalizantes são ações voltadas contra outras pessoas ou contra o meio ambiente. Em outras palavras, o comportamento externalizante provoca danos nos outros ou em objetos alheios, como agressão física, agressão verbal, roubo ou atos de vandalismo (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Nesse sentido, a presença de comportamentos externalizantes pode estar relacionada aos sintomas de Transtorno Desafiador de Oposição, aos sintomas de TDAH e aos problemas com a lei ou com violação/quebra de regras. Os comportamentos externalizantes são mais presentes no sexo masculino enquanto que os problemas internalizantes são mais prevalentes no sexo

feminino (BAPTISTA; BORGES; SERPRA, 2017; EMERICH *et al.*, 2012; MARTELETO *et al.*, 2016).

Estudos epidemiológicos referentes à saúde de adolescentes brasileiros, com dados levantados na segunda década dos anos 2000, apontaram a prevalência de indicadores de problemas na saúde mental em adolescentes mais velhos, a partir dos 15 anos, e principalmente do sexo feminino (ANTUNES *et al.*, 2022; LOPES *et al.*, 2016). Tais pesquisas apresentaram uma autoavaliação negativa do adolescente em relação aos aspectos importantes de sua saúde mental, além da presença de fatores como isolamento social, humor irritadiço e sentimentos de descontentamento. Especificamente na investigação de Lopes *et al.* (2016) tais indicadores foram associados a prejuízos nas relações sociais e no aproveitamento escolar.

1.3.2 Além dos problemas: as competências

Afora do interesse por estudos que identifiquem problemas, a Psicologia tem cada vez mais se debruçado na investigação e implementação de estratégias que promovam o desenvolvimento saudável e que previnam problemas psicológicos. Uma das temáticas que mais tem contribuído para esta direção é o constructo de competência social, que é considerada a capacidade do indivíduo em coordenar o acesso aos seus recursos pessoais e aos recursos do seu ambiente, com a finalidade de manter relações sociais favoráveis ao seu próprio desenvolvimento bem como de seus pares (BIGRAS; MACHADO, 2014; PIZZINATO; SARRIERA, 2003). Segundo Del Prette e Del Prette (2005, p. 33): “a competência social é a capacidade de articular pensamentos, sentimentos e ações em função de objetivos pessoais e de demandas da situação e da cultura, gerando consequências positivas para o indivíduo e para a sua relação com as demais pessoas”. Por ser um conceito multidimensional, envolve os contextos pessoais, interpessoais e sociais.

Para analisar se o desempenho social da pessoa foi competente em determinado contexto, ou seja, se ele foi funcional, é importante considerar três tipos amplos e integrados de resultados: (1) alcançar os objetivos imediatos, (2) manter ou melhorar a qualidade dos relacionamentos interpessoais e (3) melhorar a autoestima. Desse modo, ser socialmente competente depende das habilidades de autovalorização como autoestima e senso de autoeficácia; da valorização externa acerca do seu desempenho social pela percepção de pais, professores, rejeição ou aceitação de pares; e do seu repertório de habilidades sociais, o que

inclui autocontrole, assertividade, capacidade de resolução de conflitos interpessoais, capacidade de perceber as dicas do ambiente e empatia (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005).

Os instrumentos ASEBA utilizam o construto competência social em referência a uma variedade de condições cognitivas, comportamentais e de ajustes emocionais necessárias ao estabelecimento de relações sociais adequadas ou na obtenção de objetivos aceitáveis e desejáveis em sociedade (SAPIENZA; MARIN, 2022). Para avaliar tal construto, os instrumentos dessa bateria consideram fundamentalmente três aspectos: (1) participação em atividades grupais (como equipes desportivas, ou grupos de igreja, teatro), (2) fazer parte de grupos de amigos e (3) bom desempenho escolar. Especificamente no YSR, voltado aos adolescentes, a Competência total do participante é avaliada segundo suas competências sociais e participação em atividades (competência social e competência em atividades), e a partir de seu próprio relato (SAPIENZA; MARIN, 2022).

A relevância na ampliação do olhar para além dos problemas de comportamento recai na questão da identificação das competências sociais como fatores protetivos à saúde mental, sendo inclusive capazes de prevenir problemas de comportamento (BOSQUETTI; SOUZA, 2020). Dito de outra forma, a competência social, avaliada nos instrumentos ASEBA, é um fator protetor à saúde mental (SAPIENZA; MARIN, 2022).

1.3.3 Validação do YSR para a população brasileira

O estudo de validação do YSR para a população brasileira foi desenvolvido por Rocha (2012). A pesquisa foi motivada pela escassez de dados epidemiológicos com instrumentos padronizados, o que permite comparações, inclusive, entre países. A autora analisou 3.650 instrumentos respondidos por adolescentes de diferentes cidades e regiões brasileiras, o que foi possível pela colaboração de pesquisadores de outras universidades do país. A sociedade brasileira foi a que mais apresentou adequação ao modelo fatorial do instrumento nas escalas-síndromes de comportamentos. Tratam-se das escalas de Ansiedade-depressão, Isolamento-depressão, Queixas somáticas, Problemas de sociabilidade, Problemas com o pensamento, Problemas com a atenção, Comportamento agressivo e Quebra de regras⁶. Em termos práticos,

⁶ A composição completa das escalas do YSR está descrita na subseção “Instrumento”, do Método deste trabalho.

esse resultado significa que dados brasileiros levantados com o YSR são comparáveis a outras populações mundiais (ROCHA, 2012).

O mesmo estudo de Rocha (2012) não verificou correlação entre a escala de Aspectos positivos (descrevem comportamentos socialmente desejáveis) e as escalas de comportamentos, já citadas. O que significa que na população brasileira, os adolescentes se veem positivamente, independentemente dos comportamentos/problemas relatados por si próprios.

Em relação às escalas de competências é válido ressaltar que no estudo de validação do YSR, foram verificados índices de consistência interna abaixo do esperado (em relação à amostra normativa americana). Rocha (2012) pontuou que tais resultados podem ser decorrentes da pouca quantidade de itens nas escalas de competências. A baixa consistência, no entanto, não inviabiliza a análise de tais escalas, mas devem ser tratadas com cautela, e considerando diferenças culturais entre a população americana e a brasileira.

Outro ponto relevante da validação do YSR para população brasileira é que não foi verificada correlação negativa entre as escalas de competências e as escalas de comportamentos, o que contraria a literatura da área (FISHER *et al.*, 2011; JACOBS; VERNON; ECLES, 2004; MAHONEY; CAIRNS; FARMER, 2003). Isso quer dizer que, os adolescentes brasileiros, diferentes dos outros, tendem a apresentar problemas e também recursos (as competências) e um atributo não anula o outro.

Em relação a possíveis diferenças entre os sexos, a amostra brasileira seguiu o verificado internacionalmente: no sexo feminino prevaleceram os problemas internalizantes e, no masculino, os externalizantes. No entanto, não foi verificada prevalência de problemas de comportamento em decorrência da faixa de idade do adolescente (ROCHA, 2012).

Em face ao exposto, e considerando os limites e potencialidades do YSR para a população brasileira, neste estudo serão consideradas as escalas-síndromes de comportamento e a escala total de competências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar comportamentos internalizantes, comportamentos externalizantes e competências de adolescentes brasileiros a partir de um banco de dados de instrumentos ASEBA e verificar o efeito do sexo e da idade em sua ocorrência.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever os comportamentos internalizantes de adolescentes brasileiros avaliados com o YSR;
- Verificar o efeito do sexo (feminino e masculino) e da idade (de 11 a 18 anos) de adolescentes avaliados com o YSR nos comportamentos internalizantes;
- Descrever os comportamentos externalizantes de adolescentes brasileiros avaliados com o YSR;
- Verificar o efeito do sexo (feminino e masculino) e da idade (de 11 a 18 anos) de adolescentes avaliados com o YSR nos comportamentos externalizantes;
- Descrever a competência de adolescentes brasileiros avaliados com o YSR;
- Verificar o efeito do sexo (feminino e masculino) e da idade (de 11 a 18 anos) na competência de adolescentes avaliados com o YSR.

3 MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa em banco de dados, de caráter transversal e retrospectivo, de abordagem quantitativa.

3.1 Constituição da amostra

Foram analisados 9.295 protocolos de YSR de bancos de dados fornecidos por estudiosos brasileiros que utilizaram instrumentos ASEBA para avaliação em seus trabalhos de pesquisa. Alguns deles são membros do GT/ANPEPP referido na Apresentação desta tese, e outros, pesquisadores de diferentes universidades brasileiras, que cederam seus dados ao levantamento do GT/ANPEPP. Considerando o potencial das investigações que utilizam diferentes instrumentos ASEBA, em diferentes faixas etárias, em três regiões do país (sul, sudeste e centro-oeste), o estudo teve como objetivo realizar um levantamento de indicativos de competência social e problemas psicológicos a partir de comportamentos de crianças, adolescentes e adultos brasileiros, permitindo, assim, comunicação e colaboração entre diferentes profissionais de saúde mental e pesquisadores ao redor do mundo.

Por ocasião da escrita desta tese, o levantamento do GT/ANPEPP foi finalizado, com o total de mais de 22.000 protocolos de diferentes instrumentos da bateria ASEBA e aguarda parecer sobre financiamento do projeto de agências nacionais de fomento à pesquisa. Os contextos em que os estudos que compuseram o levantamento do GT/ANPEPP foram variados, incluindo escolas, consultórios de psicologia e serviços à população em geral. Dada a natureza de partilha colaborativa dos bancos de dados para esse levantamento, não foi possível realizar controle de padronização dos cenários e propósitos das aplicações dos instrumentos.

3.1.1 Critérios de inclusão e exclusão

Somente foram utilizados nesta pesquisa os dados obtidos a partir do instrumento YSR, da bateria ASEBA, versão de 2001, levantados no período de 2004 a 2020. Os dados do YSR, versão de 1991, não foram utilizados neste estudo.

3.2 Instrumento

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi o YSR, instrumento ASEBA, versão de 2001 (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Entre os instrumentos de avaliação de comportamentos e de competência em adolescentes disponíveis no Brasil, o YSR é um dos inventários mais citados na literatura internacional, considerado padrão-ouro. Este instrumento possui 123 itens divididos em duas seções (competência social e comportamento), entre questões abertas e fechadas, que avaliam o funcionamento psicossocial do adolescente na faixa etária de 11 a 18 anos, de ambos os sexos.

O instrumento conta com quatro páginas, sendo as duas primeiras relativas à seção I, que trata das competências sociais e as duas últimas, seção II, trazem 105 itens relativos a comportamentos e 14 referentes a comportamentos socialmente desejáveis. Os itens da seção II são afirmativas em escala do tipo *likert*, nas quais o adolescente atribui 0 quando a afirmação “não é verdadeira”, 1 quando a considera “ou pouco ou às vezes verdadeira” e 2 quando a afirmativa é avaliada como “muito ou frequentemente verdadeira”. A Figura 1 apresenta a organização de todas as escalas do YSR.

A seção de competência social do YSR investiga a participação em atividades e em grupos, relacionamento familiar e amizades. Essa parte do instrumento gera resultados para as escalas de: (1) competências em atividades, (2) competência social e (3) desempenho acadêmico. A somatória dessas escalas dá origem à outra denominada “Escala total de competências”, que considera habilidades do adolescente nas áreas mencionadas. A segunda parte do instrumento apresenta diversas afirmações comportamentais que investigam possíveis sintomas de ansiedade, depressão, retraimento, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, com o pensamento e com a atenção, além de violação de regras e comportamento agressivo. Os resultados são organizados em oito “síndromes”, cujas combinações dão origem aos três índices gerais, a saber: (1) problemas internalizantes, (2) problemas externalizantes e (3) escala total de problemas (ACHENBACH; RESCORLA, 2001; ROCHA, 2012; SAPIENZA, 2007)

O YSR oferece também dados de problemas psicológicos e comportamentais em escalas orientadas pelo DSM-IV, incluindo identificação de perturbações de sono, de linguagem e alimentação. Tratam-se de seis escalas, sendo cada uma compatível com algum transtorno, segundo o DSM-V de acordo com a versão do *software* de análise: (1) problemas afetivos

(compatível com distímia e transtorno depressivo maior), (2) problemas de ansiedade (compatível com transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade de separação e fobia específica), (3) problemas de déficit de atenção e hiperatividade (compatível com TDAH), (4) problemas de oposição e desafio (compatível com transtorno opositor desafiador) e, as duas últimas, (5) problemas de conduta e (6) problemas somáticos (ambas compatíveis com transtorno de somatização e transtorno somatoforme) (ROCHA, 2012). Há ainda duas outras escalas relacionadas a problemas de comportamento: (1) problema obsessivo compulsivo e (2) problemas de estresse pós traumático.

Figura 1 - Escalas e subescalas do YSR

| ESCALAS E SUBESCALAS DO YSR | | |
|--|---------------------------|--------------------|
| PARTE I - COMPETÊNCIAS (p. 1 e 2) | | |
| Competências em atividades | Total de competências | |
| Competência social | | |
| Desempenho acadêmico | | |
| PARTE II - COMPORTAMENTOS (p. 3 e 4) | | |
| Escala das síndromes | | Total de problemas |
| Ansiedade/depressão | Problemas internalizantes | |
| Isolamento/depressão | | |
| Queixas somáticas | | |
| Comportamento agressivo | Problemas externalizantes | |
| Quebra de regras | | |
| Problemas de socialidade | | |
| Problemas com o pensamento | | |
| Problemas com a atenção | | |
| Aspectos positivos | | |
| Escala orientada pelo DSM-IV | | |
| Problemas afetivos | | |
| Problemas de ansiedade | | |
| Problemas de déficit de atenção e hiperatividade | | |
| Problemas de oposição e desafio | | |
| Problemas de conduta | | |
| Problemas somáticos | | |
| Escala relacionada a problemas de comportamento | | |
| Problemas obsessivo compulsivos | | |
| Problemas de estresse pós-traumático | | |

Ainda nessa segunda parte, o YSR inclui questões positivas que permitem ao adolescente indicar a frequência na qual emite alguns comportamentos socialmente desejáveis, que compõem a escala de aspectos positivos (SAPIENZA, 2007). Juntas, essas três escalas ([1] escalas orientadas pelo DSM-IV ou DSM 5, de acordo com a versão do *software* de análise, [2] escalas relacionadas a problemas de comportamento e [3] escala de aspectos positivos) formam o grupo denominado “outras escalas”.

A avaliação das respostas ao instrumento pode ser realizada a partir dos escores brutos (somatório da pontuação assinalada em cada item) ou através do escore T normatizado, que permite a comparação da pontuação do adolescente em relação à amostra normativa. O escore T é fornecido através do *software* específico para as análises dos instrumentos ASEBA, o Aseba-PC ou, anteriormente comercializado, o *Assessment Data Manager*.

Na presente pesquisa, como já citado na Introdução, serão consideradas as oito escalas-síndromes, seus agrupamentos em problemas internalizantes, problemas externalizantes e total de problemas; e total de competências.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Procedimentos éticos

O projeto foi submetido, por meio da Plataforma Brasil, à avaliação do CEP/Unifesp e recebeu aprovação em 30 de abril de 2021, via parecer nº 4.683.124. O trabalho segue as regras éticas de pesquisa com seres humanos.

3.3.2 Procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada a partir do banco de dados GT/ANPEPP “Saúde Mental e Competência: Avaliação, Prevenção e Tratamento”, que conta com dados de pesquisas dos membros do GT e de pesquisadores de diferentes universidades brasileiras que utilizaram instrumentos ASEBA em seus estudos, no período de 2004 a 2020.

3.3.3 Procedimentos de sistematização e análise de dados

O banco de dados foi organizado em planilha do Excel, considerando os itens (a resposta fornecida) e o resultado do instrumento (as síndromes ou agrupamentos), representado pelo escore T. Os dados foram descritos por meio de médias, desvio-padrão, mínimo e máximo, além da porcentagem de adolescentes em faixa limítrofe/clínica. A inclusão no grupo limítrofe/clínico, que indica alguma preocupação relativa à saúde mental do participante seguiu os pontos de corte estabelecidos pelo próprio instrumento (ACHENBACH; RESCORLA, 2001) e estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Índice de escore T para grupo limítrofe/clínico

| Escalas do YSR | Escore T para inclusão no grupo limítrofe/clínico |
|---------------------------|--|
| Total de competências | T < 40 |
| Escalas síndromes | T > 65 |
| Problemas internalizantes | T > 60 |
| Problemas externalizantes | T > 60 |
| Total de problemas | T > 60 |

Fonte: Achenbach e Rescorla (2001).

Para avaliar o efeito das variáveis dependentes (Comportamentos internalizantes, Comportamentos externalizantes, Total de problemas de comportamento e suas subescalas; Total de competências) sobre as variáveis independentes (sexo [feminino e masculino] e idade [de 11 a 18 anos]), foi utilizado o *Generalized Linear Models* (GzLM) com distribuição gamma e função de ligação identidade. A distribuição gamma foi escolhida por ser a que melhor se adequou aos dados e apresentou o menor valor de *A' aike's Information Criterion* (AIC) dentre as distribuições possíveis. Foi realizado um modelo para cada variável dependente com nível de significância de 1%. Resultados estão apresentados em tabelas e gráficos de barras de erros. Todas as análises foram feitas no SPSS 25.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados deste estudo está dividida em cinco partes: (1) Caracterização da amostra; (2) Comportamentos internalizantes; (3) Comportamentos externalizantes; (4) Total de problemas de comportamento; e (5) Total de competências. Em cada subseção, são apresentados resultados descritivos e dos testes de regressão, quando aplicáveis.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 9.295 protocolos de YSR respondidos por adolescentes entre 11 e 18 anos, no período entre 2004 e 2020. A Figura 2 apresenta a distribuição da amostra segundo a idade do participante. A maioria dos adolescentes tinha 16 anos e a média de idade foi de 14,68 anos (DP = 1,95). A maior parte dos protocolos (53,9%; n = 5.008) foi respondido por meninas (Figura 3) e, em relação ao local de residência do adolescente, a maioria foi da região sudeste, sendo 64% do estado de São Paulo (Figura 4).

Figura 2 - Distribuição etária da amostra

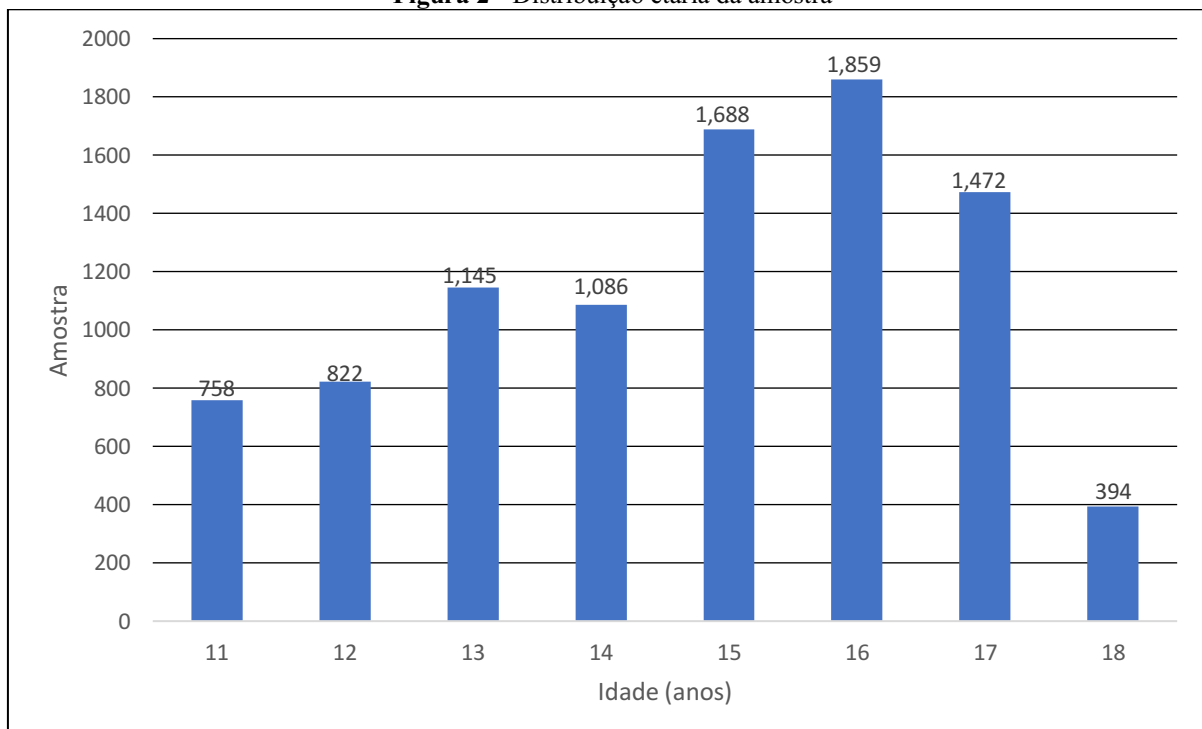
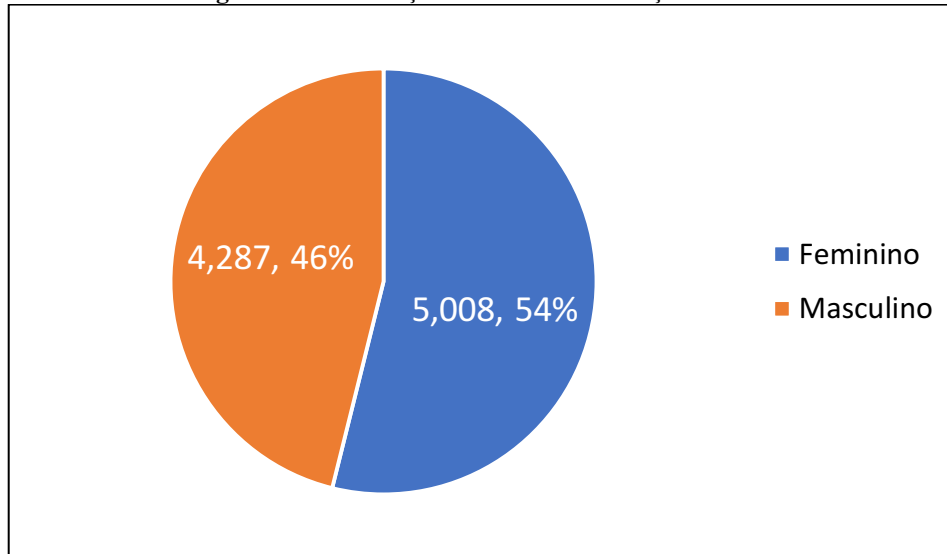
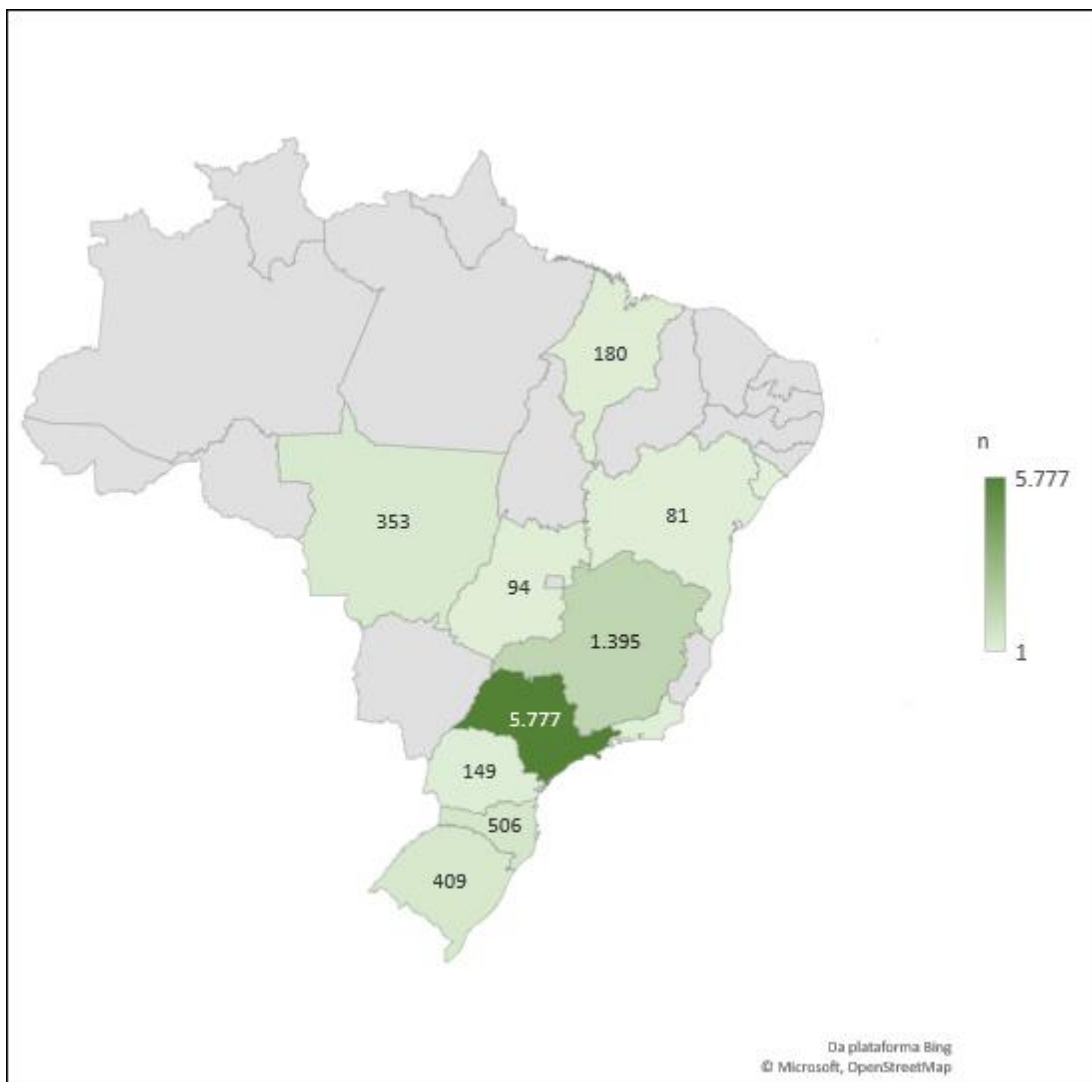


Figura 3 - Distribuição da amostra em relação ao sexo**Figura 4** - Distribuição da amostra em relação ao local do estudo

Nota: Não foram informados dados sobre o local do estudo em 272 protocolos.

4.2 Comportamentos internalizantes

Resultados descritivos (média, desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo e porcentagem em faixa limítrofe/clínica), considerando o escore T, segundo sexo e faixas de idade dos adolescentes para comportamentos internalizantes e suas subescalas estão apresentados na Tabela 2. Como a amostra foi formada a partir de diferentes fontes de protocolos, o número total para cada variável não foi o mesmo, visto falta de informações em protocolos do banco de dados geral. Tais variações numéricas são indicadas em cada tabela de resultados apresentada nesta seção.

Resultados do GzLM para comportamentos internalizantes estão apresentados na Tabela 3. Para Ansiedade/depressão (Figura 5) e Isolamento/depressão (Figura 6) houve efeito da idade ($p = 0,0001$). Em Queixas somáticas (Figura 7) houve efeito do sexo, da idade e da interação sexo e idade (todos resultados com $p = 0,0001$). Para a escala de Comportamentos internalizantes (Figura 8), também houve efeito do sexo, da idade e da interação sexo e idade (todos resultados com $p = 0,0001$).

Tabela 2 - Medidas descritivas de Comportamentos internalizantes e subescalas

| Sexo | Idade (anos) | N | Média | DP | Mínimo | Máximo | Faixa limítrofe/clínica |
|----------------------------------|---------------------|----------|--------------|-----------|---------------|---------------|--------------------------------|
| Ansiedade/depressão | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1909 | 60,37 | 8,63 | 50,00 | 96,00 | 28,0% |
| | 15 a 18 | 3023 | 59,37 | 8,22 | 50,00 | 100,00 | 24,2% |
| | Total | 4932 | 59,76 | 8,39 | 50,00 | 100,00 | 25,7% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 60,47 | 8,27 | 50,00 | 100,00 | 28,6% |
| | 15 a 18 | 2360 | 59,16 | 7,95 | 50,00 | 100,00 | 22,8% |
| | Total | 4191 | 59,73 | 8,12 | 50,00 | 100,00 | 25,3% |
| Total | 11 a 14 | 3740 | 60,42 | 8,45 | 50,00 | 100,00 | 28,3% |
| | 15 a 18 | 5383 | 59,28 | 8,10 | 50,00 | 100,00 | 23,6% |
| | Total | 9123 | 59,75 | 8,27 | 50,00 | 100,00 | 25,5% |
| Isolamento/depressão | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1909 | 57,30 | 8,07 | 50,00 | 100,00 | 16,2% |
| | 15 a 18 | 3023 | 57,61 | 7,66 | 50,00 | 96,00 | 17,0% |
| | Total | 4932 | 57,49 | 7,82 | 50,00 | 100,00 | 16,7% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 57,02 | 7,09 | 50,00 | 91,00 | 15,2% |
| | 15 a 18 | 2360 | 57,44 | 7,23 | 50,00 | 87,00 | 15,9% |
| | Total | 4191 | 57,26 | 7,17 | 50,00 | 91,00 | 15,6% |
| Total | 11 a 14 | 3740 | 57,17 | 7,61 | 50,00 | 100,00 | 15,7% |
| | 15 a 18 | 5383 | 57,54 | 7,47 | 50,00 | 96,00 | 16,5% |
| | Total | 9123 | 57,39 | 7,53 | 50,00 | 100,00 | 16,2% |
| Queixas somáticas | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 56,55 | 7,24 | 50,00 | 90,00 | 17,8% |
| | 15 a 18 | 3022 | 56,69 | 7,33 | 50,00 | 97,00 | 17,9% |
| | Total | 4936 | 56,63 | 7,29 | 50,00 | 97,00 | 17,8% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 56,79 | 7,54 | 50,00 | 93,00 | 13,5% |
| | 15 a 18 | 2364 | 55,31 | 6,85 | 50,00 | 95,00 | 10,1% |
| | Total | 4195 | 55,96 | 7,20 | 50,00 | 95,00 | 11,6% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 56,67 | 7,39 | 50,00 | 93,00 | 15,7% |
| | 15 a 18 | 5386 | 56,08 | 7,15 | 50,00 | 97,00 | 14,4% |
| | Total | 9131 | 56,32 | 7,26 | 50,00 | 97,00 | 14,9% |
| Problemas internalizantes | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 57,62 | 9,78 | 27,00 | 94,00 | 42,6% |
| | 15 a 18 | 3022 | 58,56 | 9,35 | 26,00 | 96,00 | 44,8% |
| | Total | 4936 | 58,20 | 9,53 | 26,00 | 96,00 | 43,9% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 57,85 | 9,17 | 30,00 | 85,00 | 45,6% |
| | 15 a 18 | 2364 | 56,76 | 9,54 | 26,00 | 90,00 | 39,3% |
| | Total | 4195 | 57,24 | 9,40 | 26,00 | 90,00 | 42,1% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 57,73 | 9,48 | 27,00 | 94,00 | 44,1% |
| | 15 a 18 | 5386 | 57,77 | 9,48 | 26,00 | 96,00 | 42,4% |
| | Total | 9131 | 57,76 | 9,48 | 26,00 | 96,00 | 43,1% |

Tabela 3 - Resultados do GzLM para Comportamentos internalizantes e subescalas

| | β | Erro padrão | Intervalo de confiança (95%) | | Wald Chi-Square | df | p |
|---------------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--------|-----------------|----|--------|
| | | | Mínimo | Máximo | | | |
| Ansiedade/depressão | | | | | | | |
| Intercepto | 63,863 | 0,922 | 62,055 | 65,671 | 4793,248 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -1,559 | 1,272 | -4,052 | 0,933 | 1,503 | 1 | 0,220 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade (anos) | -0,283 | 0,062 | -0,406 | -0,161 | 20,522 | 1 | 0,0001 |
| Feminino * Idade | 0,111 | 0,086 | -0,057 | 0,279 | 1,686 | 1 | 0,194 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Isolamento/depressão | | | | | | | |
| Intercepto | 54,996 | 0,826 | 53,377 | 56,616 | 4430,606 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -0,292 | 1,141 | -2,528 | 1,944 | 0,066 | 1 | 0,798 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade (anos) | 0,155 | 0,056 | 0,045 | 0,265 | 7,628 | 1 | 0,006 |
| Feminino * Idade | 0,033 | 0,077 | -0,118 | 0,184 | 0,184 | 1 | 0,668 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Queixas somáticas | | | | | | | |
| Intercepto | 62,487 | 0,788 | 60,943 | 64,032 | 6287,299 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -6,484 | 1,089 | -8,619 | -4,349 | 35,444 | 1 | 0,0001 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade (anos) | -0,448 | 0,053 | -0,552 | -0,343 | 70,551 | 1 | 0,0001 |
| Feminino * Idade | 0,490 | 0,073 | 0,347 | 0,634 | 44,691 | 1 | 0,0001 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Comportamentos internalizantes | | | | | | | |
| Intercepto | 61,221 | 1,103 | 59,059 | 63,382 | 3081,194 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -8,065 | 1,525 | -11,055 | -5,076 | 27,969 | 1 | 0,0001 |
| Masculino | Referência | | | | | | |
| Idade (anos) | -0,273 | 0,075 | -0,420 | -0,127 | 13,350 | 1 | 0,0001 |
| Feminino * Idade | 0,614 | 0,103 | 0,412 | 0,816 | 35,549 | 1 | 0,0001 |
| Masculino * Idade | Referência | | | | | | |

Figura 5 - Resultados de Ansiedade/depressão

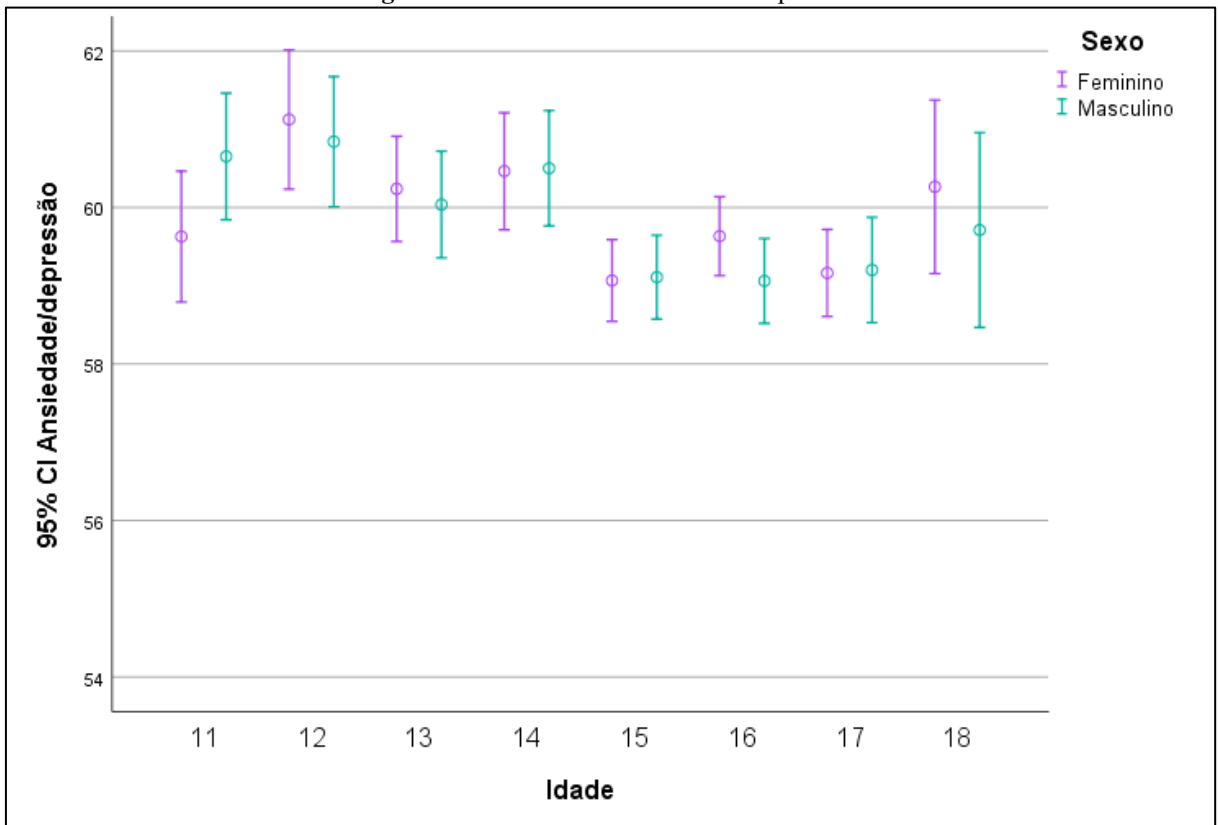


Figura 6 - Resultados de Isolamento/depressão

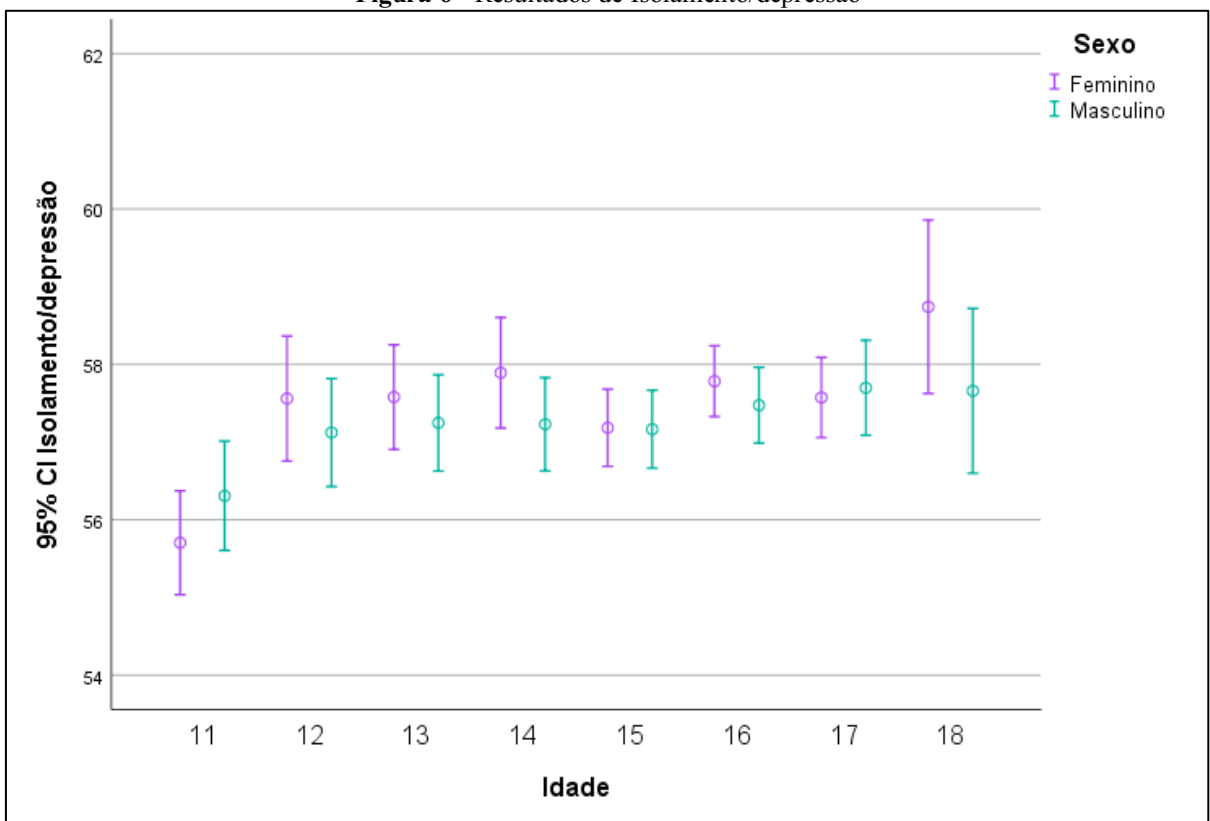


Figura 7 - Resultados de queixas somáticas

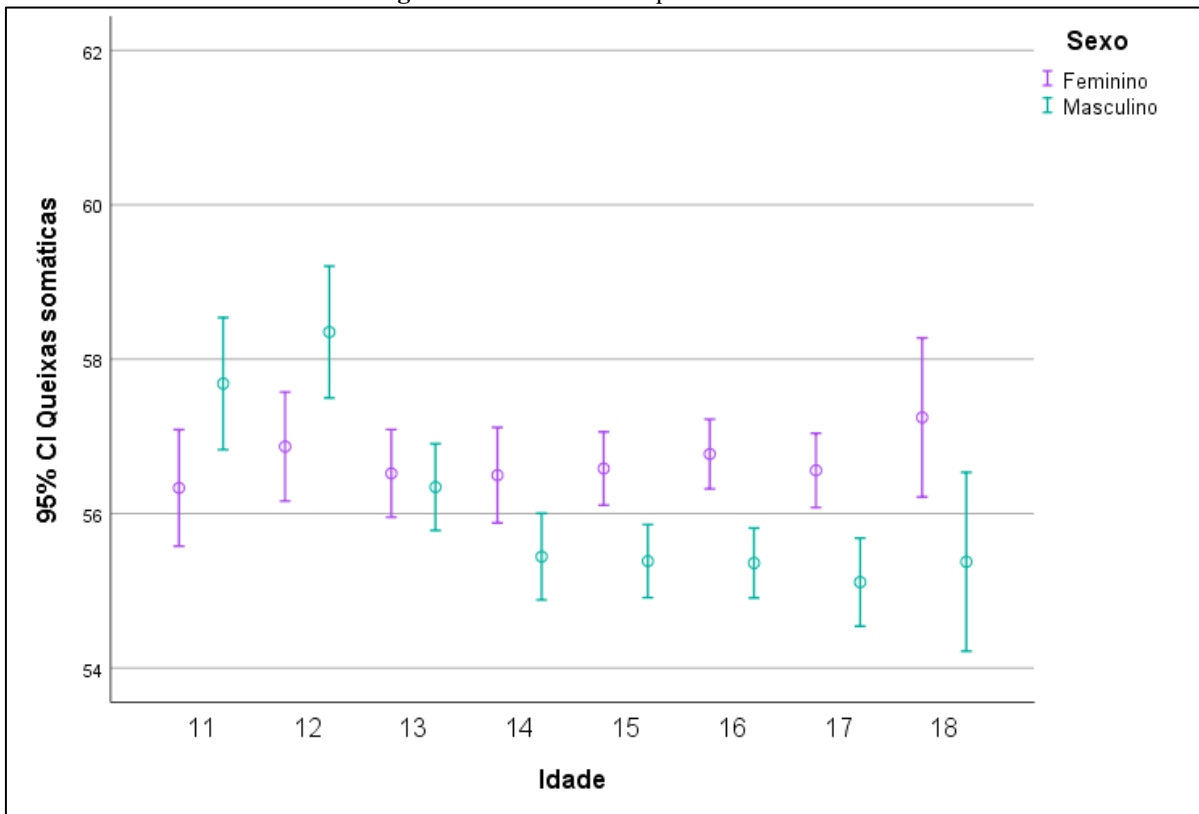
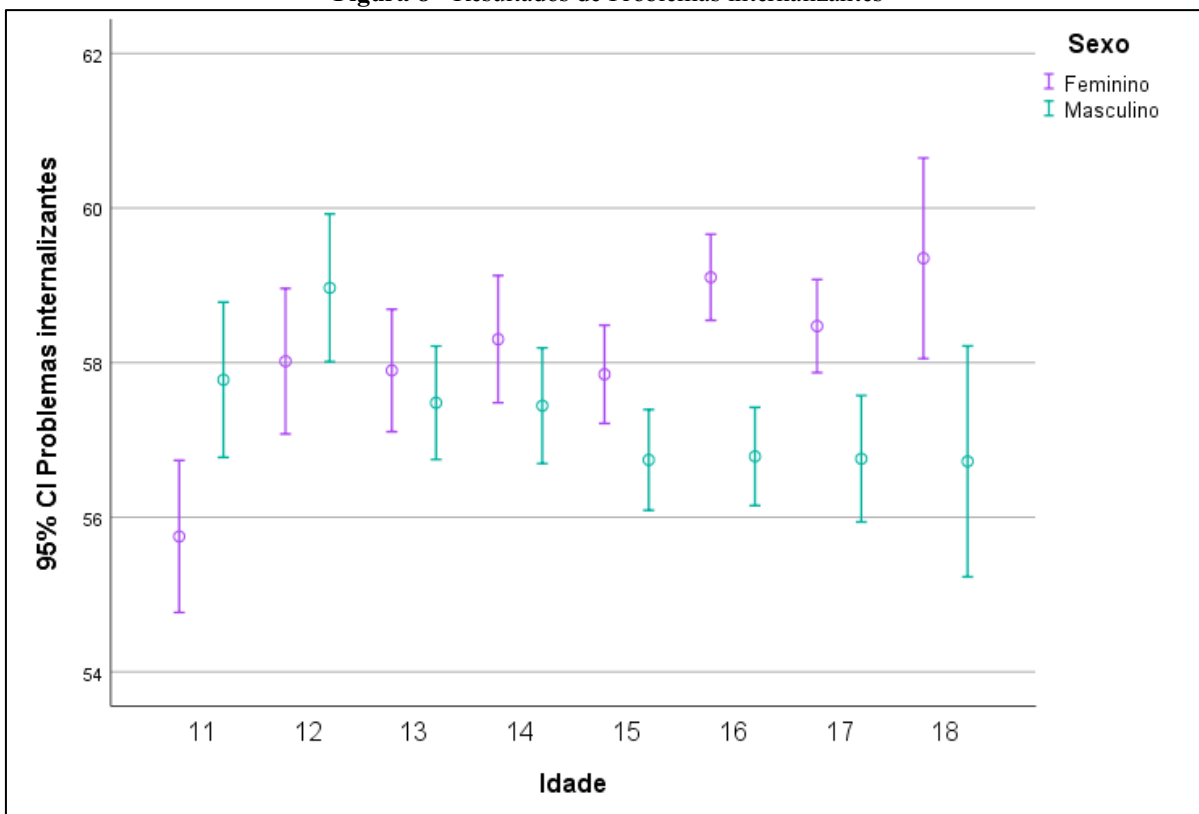


Figura 8 - Resultados de Problemas internalizantes



4.3 Comportamentos externalizantes

Resultados descritivos (média, desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo e porcentagem em faixa limítrofe/clínica), segundo sexo e faixas de idade dos adolescentes, para Comportamentos externalizantes e suas subescalas estão apresentados na Tabela 4. Novamente, devido a dados faltando em protocolos do banco de dados geral, o número total para cada variável não foi o mesmo. Tais variações numéricas são indicadas em cada tabela de resultados a seguir.

Tabela 4 – Medidas descritivas de Comportamentos externalizantes e subescalas

| Sexo | Idade (anos) | n | Média | DP | Mínimo | Máximo | Faixa limítrofe/clínica |
|----------------------------------|--------------|------|-------|-------|--------|--------|-------------------------|
| Comportamento agressivo | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 57,25 | 7,91 | 37,00 | 93,00 | 17,2% |
| | 15 a 18 | 3022 | 57,22 | 7,57 | 0,00 | 98,00 | 17,3% |
| | Total | 4936 | 57,23 | 7,70 | 0,00 | 98,00 | 17,2% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 57,50 | 8,39 | 40,00 | 95,00 | 20,7% |
| | 15 a 18 | 2364 | 57,11 | 7,69 | 40,00 | 93,00 | 18,0% |
| | Total | 4195 | 57,28 | 8,00 | 40,00 | 95,00 | 19,2% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 57,37 | 8,15 | 37,00 | 95,00 | 18,9% |
| | 15 a 18 | 5386 | 57,17 | 7,62 | 0,00 | 98,00 | 17,6% |
| | Total | 9131 | 57,26 | 7,84 | 0,00 | 98,00 | 18,1% |
| Quebra de regras | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 54,02 | 5,19 | 44,00 | 83,00 | 6,9% |
| | 15 a 18 | 3022 | 55,95 | 5,66 | 36,00 | 83,00 | 10,6% |
| | Total | 4936 | 55,20 | 5,56 | 36,00 | 83,00 | 9,2% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 54,91 | 6,23 | 50,00 | 96,00 | 8,1% |
| | 15 a 18 | 2364 | 56,28 | 6,27 | 50,00 | 93,00 | 10,7% |
| | Total | 4195 | 55,68 | 6,29 | 50,00 | 96,00 | 9,6% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 54,46 | 5,74 | 44,00 | 96,00 | 7,5% |
| | 15 a 18 | 5386 | 56,09 | 5,94 | 36,00 | 93,00 | 10,6% |
| | Total | 9131 | 55,42 | 5,91 | 36,00 | 96,00 | 9,3% |
| Problemas externalizantes | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 53,16 | 9,85 | 28,00 | 81,00 | 27,5% |
| | 15 a 18 | 3022 | 55,11 | 8,80 | 24,00 | 90,00 | 32,4% |
| | Total | 4936 | 54,35 | 9,27 | 24,00 | 90,00 | 30,5% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 53,79 | 10,29 | 0,00 | 91,00 | 27,8% |
| | 15 a 18 | 2364 | 54,75 | 9,70 | 24,00 | 85,00 | 30,9% |
| | Total | 4195 | 54,33 | 9,97 | 0,00 | 91,00 | 29,6% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 53,47 | 10,07 | 0,00 | 91,00 | 27,6% |
| | 15 a 18 | 5386 | 54,95 | 9,21 | 24,00 | 90,00 | 31,7% |
| | Total | 9131 | 54,34 | 9,60 | 0,00 | 91,00 | 30,1% |

Resultados do GzLM para Comportamentos externalizantes estão apresentados na Tabela 5. Para comportamento agressivo (Figura 9), não houve nenhum efeito significativo. Para quebra de regras (Figura 10), houve efeito do sexo ($p = 0,020$) e da idade ($p = 0,0001$). Para a escala de problemas externalizantes (Figura 11), houve efeito do sexo ($p = 0,004$), da idade ($p = 0,0001$) e da interação sexo e idade ($p = 0,004$).

Tabela 5 - Resultados do GzLM para Comportamentos externalizantes e subescalas

| | B | Erro padrão | Intervalo de confiança (95%) | | Wald Chi-Square | df | p |
|----------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--------|-----------------|----|--------|
| | | | Mínimo | Máximo | | | |
| Comportamento agressivo | | | | | | | |
| Intercepto | 57,690 | 0,868 | 55,989 | 59,390 | 4421,299 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -1,785 | 1,196 | -4,129 | 0,559 | 2,227 | 1 | 0,136 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade (anos) | -0,028 | 0,059 | -0,144 | 0,087 | 0,226 | 1 | 0,635 |
| Feminino * Idade | 0,119 | 0,081 | -0,040 | 0,277 | 2,156 | 1 | 0,142 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Quebra de regras | | | | | | | |
| Intercepto | 49,561 | 0,649 | 48,288 | 50,833 | 5826,599 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -2,072 | 0,889 | -3,814 | -0,330 | 5,432 | 1 | 0,020 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade (anos) | 0,420 | 0,044 | 0,333 | 0,506 | 89,791 | 1 | 0,001 |
| Feminino * Idade | 0,102 | 0,060 | -0,017 | 0,220 | 2,839 | 1 | 0,092 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Problemas externalizantes | | | | | | | |
| Intercepto | 64,214 | 1,127 | 47,005 | 51,424 | 1906,302 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -4,498 | 1,552 | -7,540 | -1,456 | 8,398 | 1 | 0,004 |
| Masculino | Referência | | | | | | |
| Idade (anos) | 0,351 | 0,077 | 0,201 | 0,502 | 20,917 | 1 | 0,0001 |
| Feminino * Idade | 0,300 | 0,105 | 0,094 | 0,506 | 8,121 | 1 | 0,004 |
| Masculino * Idade | Referência | | | | | | |

Figura 9 - Resultados de Comportamento agressivo

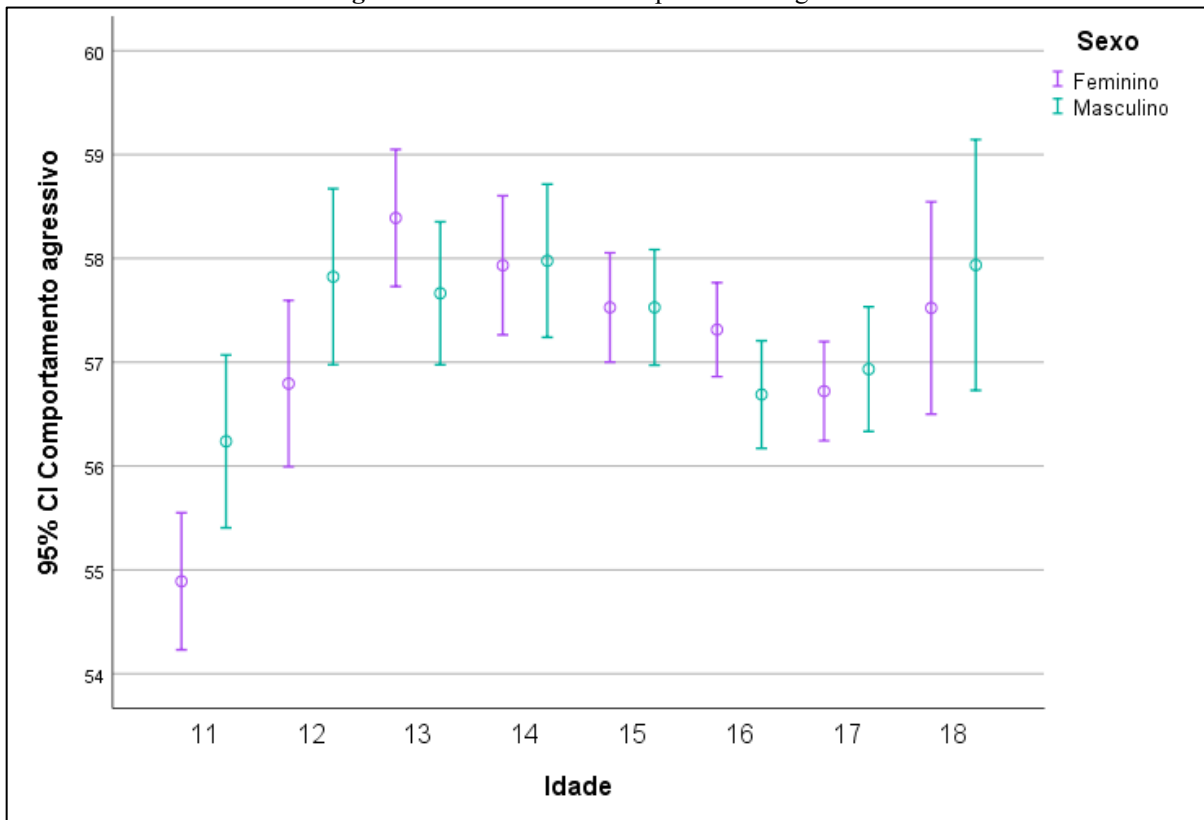


Figura 10 - Resultados de Quebra de regras

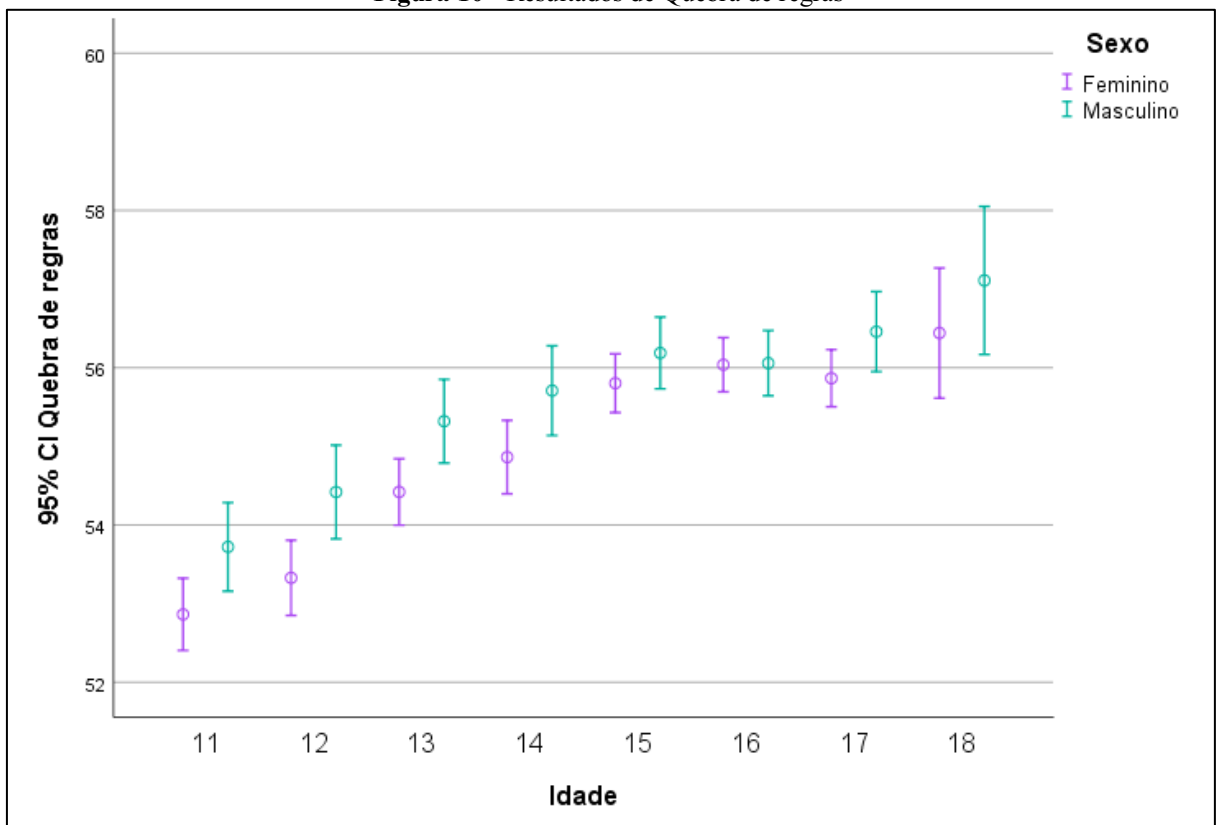
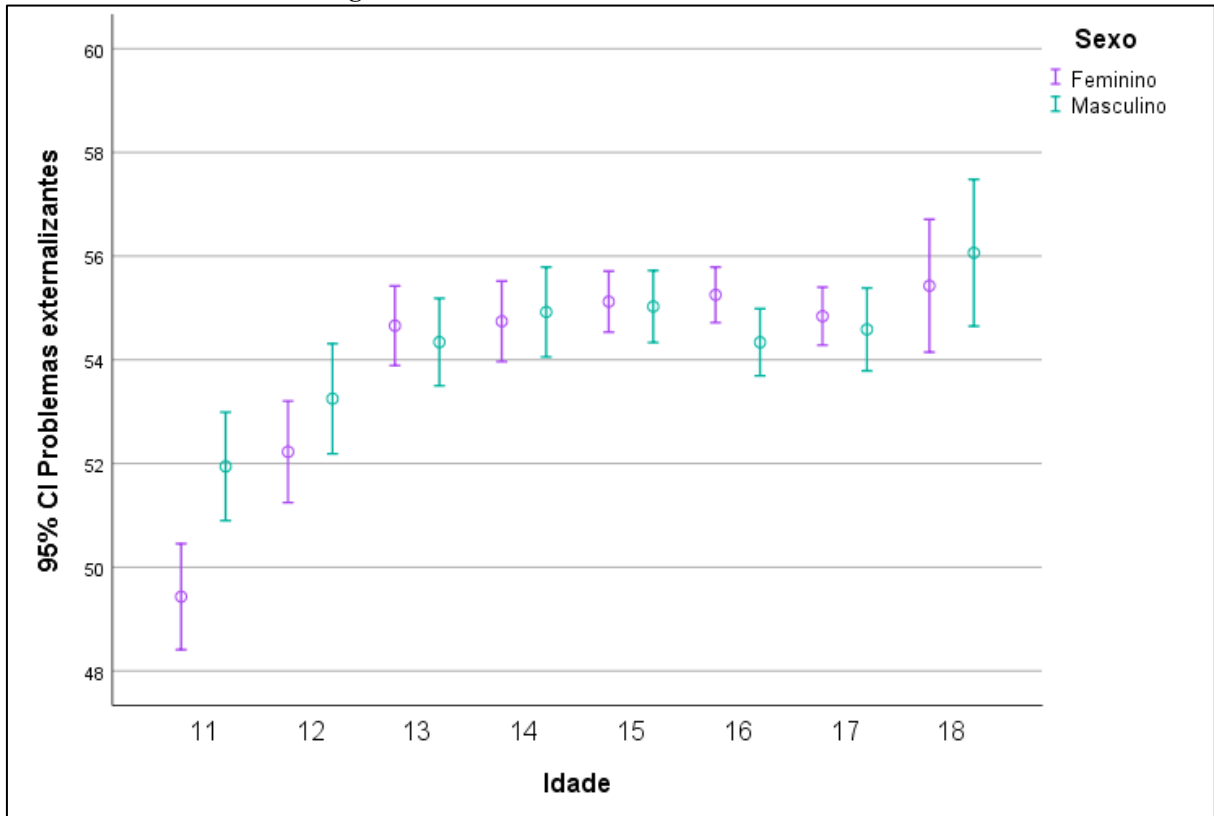


Figura 11 - Resultados de Problemas externalizantes



4.4 Total de problemas de comportamento

Resultados descritivos (média, desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo e porcentagem em faixa limítrofe/clínica) segundo sexo e faixas de idade dos adolescentes para Total de problemas de comportamento e subescalas estão apresentados na Tabela 6. As variações numéricas, decorrentes de dados não informados nos protocolos, de cada variável são indicadas em cada tabela de resultados, a seguir.

Tabela 6 – Medidas descritivas de Total de problemas de comportamento e subescalas

| Sexo | Idade (anos) | n | Média | DP | Mínimo | Máximo | Faixa limítrofe/clínica |
|--|--------------|------|-------|-------|--------|--------|-------------------------|
| Problemas de sociabilidade | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 58,32 | 7,96 | 50,00 | 93,00 | 20,4% |
| | 15 a 18 | 3022 | 58,35 | 7,44 | 50,00 | 93,00 | 19,7% |
| | Total | 4936 | 58,34 | 7,65 | 50,00 | 93,00 | 20,0% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 57,54 | 7,34 | 50,00 | 90,00 | 16,8% |
| | 15 a 18 | 2364 | 57,00 | 6,96 | 50,00 | 93,00 | 12,6% |
| | Total | 4195 | 57,24 | 7,14 | 50,00 | 93,00 | 14,5% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 57,94 | 7,68 | 50,00 | 93,00 | 18,6% |
| | 15 a 18 | 5386 | 57,76 | 7,27 | 50,00 | 93,00 | 16,6% |
| | Total | 9131 | 57,83 | 7,44 | 50,00 | 93,00 | 17,4% |
| Problemas com o pensamento | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1912 | 56,59 | 7,63 | 50,00 | 100,00 | 14,4% |
| | 15 a 18 | 3021 | 57,54 | 7,77 | 50,00 | 97,00 | 17,9% |
| | Total | 4933 | 57,17 | 7,73 | 50,00 | 100,00 | 16,5% |
| Masculino | 11 a 14 | 1830 | 56,27 | 7,14 | 42,00 | 91,00 | 12,3% |
| | 15 a 18 | 2364 | 57,44 | 7,89 | 50,00 | 95,00 | 16,3% |
| | Total | 4194 | 56,93 | 7,59 | 42,00 | 95,00 | 14,6% |
| Total | 11 a 14 | 3742 | 56,43 | 7,40 | 42,00 | 100,00 | 13,4% |
| | 15 a 18 | 5385 | 57,50 | 7,82 | 50,00 | 97,00 | 17,2% |
| | Total | 9127 | 57,06 | 7,67 | 42,00 | 100,00 | 15,6% |
| Problemas com a atenção | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 57,03 | 8,09 | 50,00 | 100,00 | 14,7% |
| | 15 a 18 | 3022 | 56,93 | 7,37 | 50,00 | 91,00 | 14,5% |
| | Total | 4936 | 56,97 | 7,65 | 50,00 | 100,00 | 14,6% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 55,70 | 7,12 | 50,00 | 100,00 | 11,6% |
| | 15 a 18 | 2364 | 55,96 | 6,95 | 50,00 | 95,00 | 11,4% |
| | Total | 4195 | 55,85 | 7,03 | 50,00 | 100,00 | 11,5% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 56,38 | 7,66 | 50,00 | 100,00 | 13,2% |
| | 15 a 18 | 5386 | 56,50 | 7,20 | 50,00 | 95,00 | 13,1% |
| | Total | 9131 | 56,45 | 7,39 | 50,00 | 100,00 | 13,2% |
| Total de problemas de comportamento | | | | | | | |
| Feminino | 11 a 14 | 1914 | 56,04 | 10,01 | 26,00 | 87,00 | 38,2% |
| | 15 a 18 | 3021 | 57,35 | 9,26 | 26,00 | 94,00 | 41,7% |
| | Total | 4935 | 56,85 | 9,58 | 26,00 | 94,00 | 40,4% |
| Masculino | 11 a 14 | 1831 | 56,05 | 9,85 | 25,00 | 84,00 | 38,6% |
| | 15 a 18 | 2364 | 56,43 | 9,42 | 22,00 | 86,00 | 40,0% |
| | Total | 4195 | 56,26 | 9,61 | 22,00 | 86,00 | 39,4% |
| Total | 11 a 14 | 3745 | 56,05 | 9,94 | 25,00 | 87,00 | 38,4% |
| | 15 a 18 | 5385 | 56,95 | 9,34 | 22,00 | 94,00 | 41,0% |
| | Total | 9130 | 56,58 | 9,60 | 22,00 | 94,00 | 39,9% |

Resultados do GzLM para a escala de Total de problemas de comportamento e outras subescalas estão apresentados na Tabela 7. Para Problemas de sociabilidade (Figura 12) houve efeito significativo somente para a interação sexo e idade ($p = 0,019$). Para Problemas com o pensamento (Figura 13) houve efeito da idade ($p = 0,0001$). Para problemas com a atenção (Figura 14) não houve nenhum efeito significativo. Para a escala de Total de problemas de

comportamento (Figura 15) houve efeito do sexo ($p = 0,007$), da idade ($p = 0,061$) e da interação sexo e idade ($p = 0,002$).

Tabela 7 – Resultados do GzLM para Total de problemas de comportamento e subescalas

| | B | Erro padrão | Intervalo de confiança (95%) | | Wald Chi-Square | df | p |
|--|------------|-------------|------------------------------|--------|-----------------|----|---------|
| | | | Mínimo | Máximo | | | |
| Problemas de sociabilidade | | | | | | | |
| Intercepto | 59,408 | 0,818 | 57,804 | 61,011 | 5271,278 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -1,530 | 1,139 | -3,762 | 0,702 | 1,805 | 1 | 0,179 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade | -0,149 | 0,555 | -0,258 | -0,040 | 7,188 | 1 | 0,007* |
| Feminino * Idade | 0,180 | 0,077 | 0,030 | 0,331 | 5,497 | 1 | 0,019 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Problemas com o pensamento | | | | | | | |
| Intercepto | 52,170 | 0,829 | 50,545 | 53,795 | 3958,578 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | 0,583 | 1,149 | -1,668 | 2,835 | 0,258 | 1 | 0,612 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade | 0,326 | 0,056 | 0,215 | 0,437 | 33,340 | 1 | 0,0001 |
| Feminino * Idade | -0,027 | 0,078 | -0,180 | 0,125 | 0,125 | 1 | 0,724 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Problemas com a atenção | | | | | | | |
| Intercepto | 54,533 | 0,799 | 52,967 | 56,100 | 4654,237 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | 0,619 | 1,111 | -1,559 | 2,797 | 0,310 | 1 | 0,577 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade | 0,090 | 0,054 | -0,017 | 0,197 | 2,743 | 1 | 0,098 |
| Feminino * Idade | 0,033 | 0,075 | -0,115 | 0,180 | 0,189 | 1 | 0,664 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |
| Total de problemas de comportamento | | | | | | | |
| Intercepto | 54,175 | 1,125 | 51,969 | 56,381 | 2316,777 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | -4,236 | 1,557 | -7,289 | -1,183 | 7,396 | 1 | 0,007 |
| Masculino | Referência | | | | | | |
| Idade | 0,143 | 0,077 | -0,007 | 0,293 | 3,501 | 1 | 0,061** |
| Feminino * Idade | 0,324 | 0,105 | 0,117 | 0,530 | 9,422 | 1 | 0,002 |
| Masculino * Idade | Referência | | | | | | |

* valor de p não considerado significativo por ter resultado em $p = 0,126$ nos efeitos do modelo como um todo (tabela de “*model effects*”).

** valor de p considerado significativo por ter resultado em $p = 0,0001$ nos efeitos do modelo como um todo (tabela de “*model effects*”).

Figura 12 - Resultados de Problemas de sociabilidade

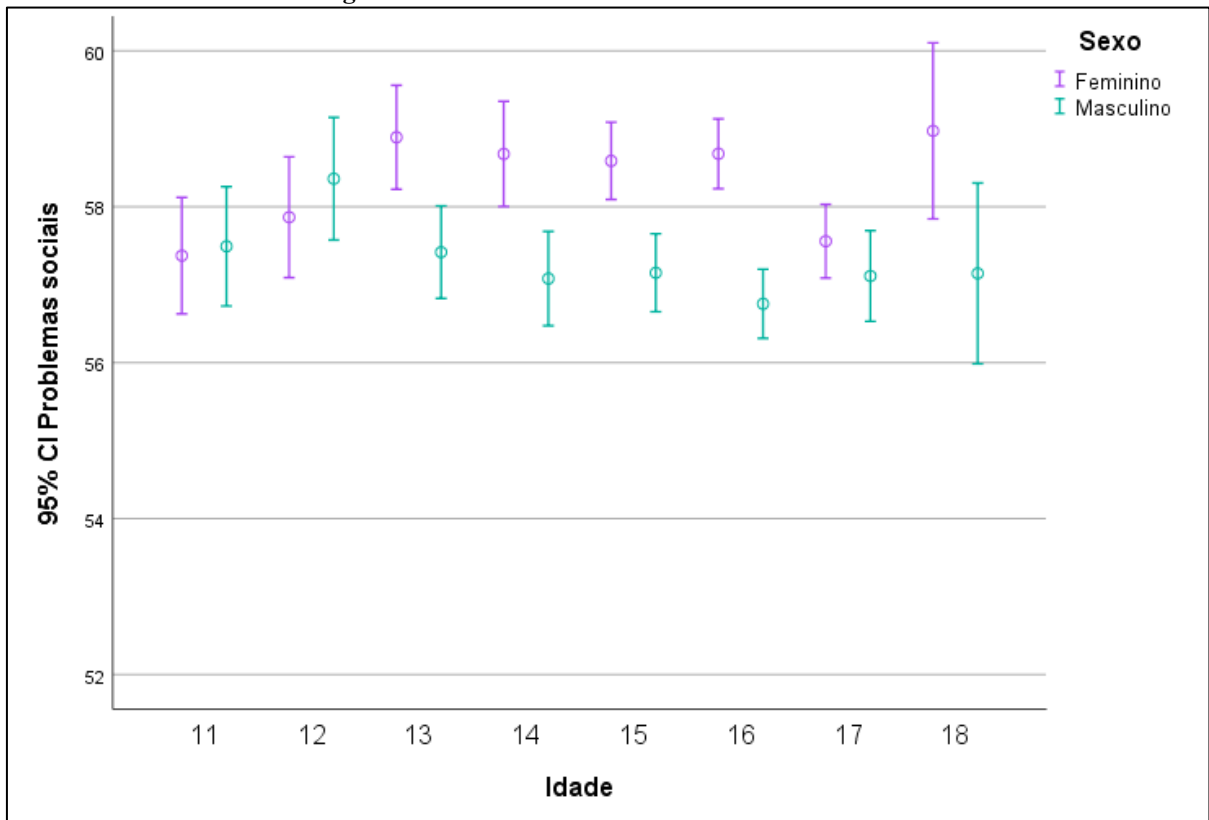


Figura 13 - Resultados de Problemas com o pensamento

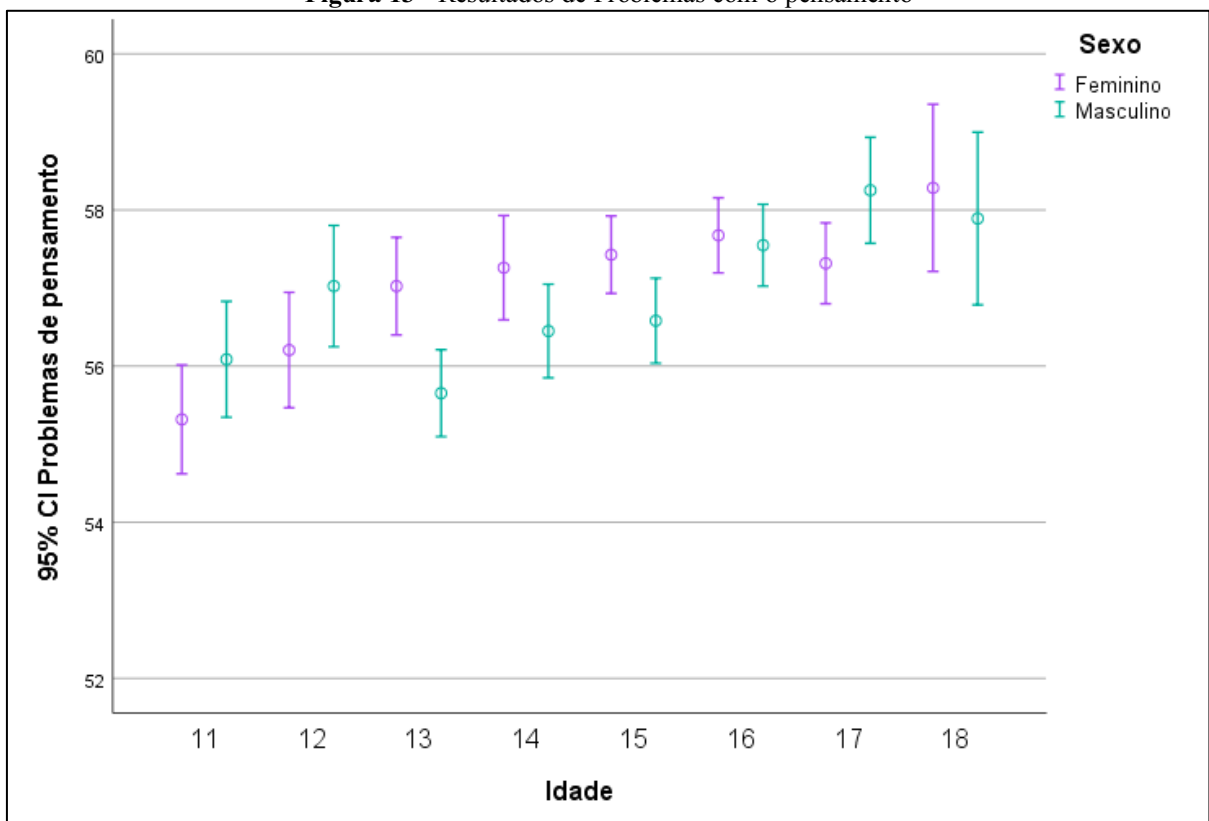


Figura 14 - Resultados de Problemas com a atenção

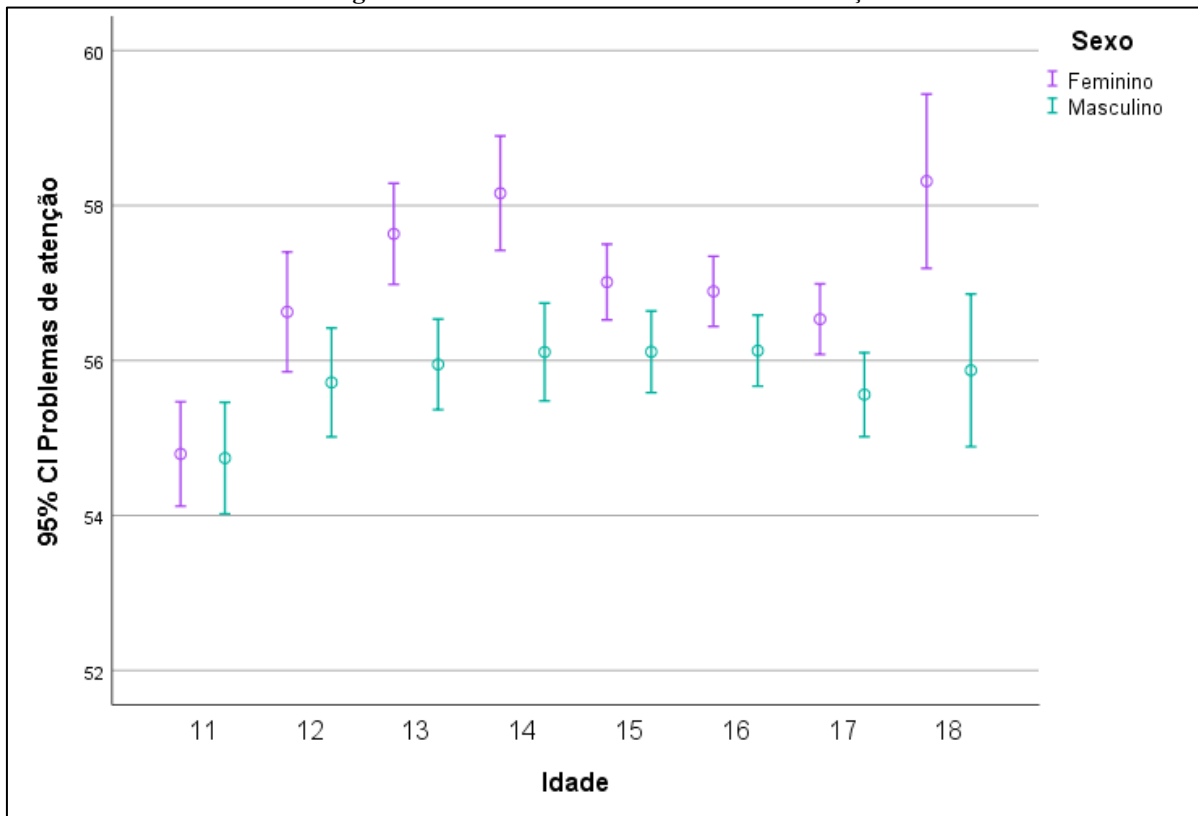
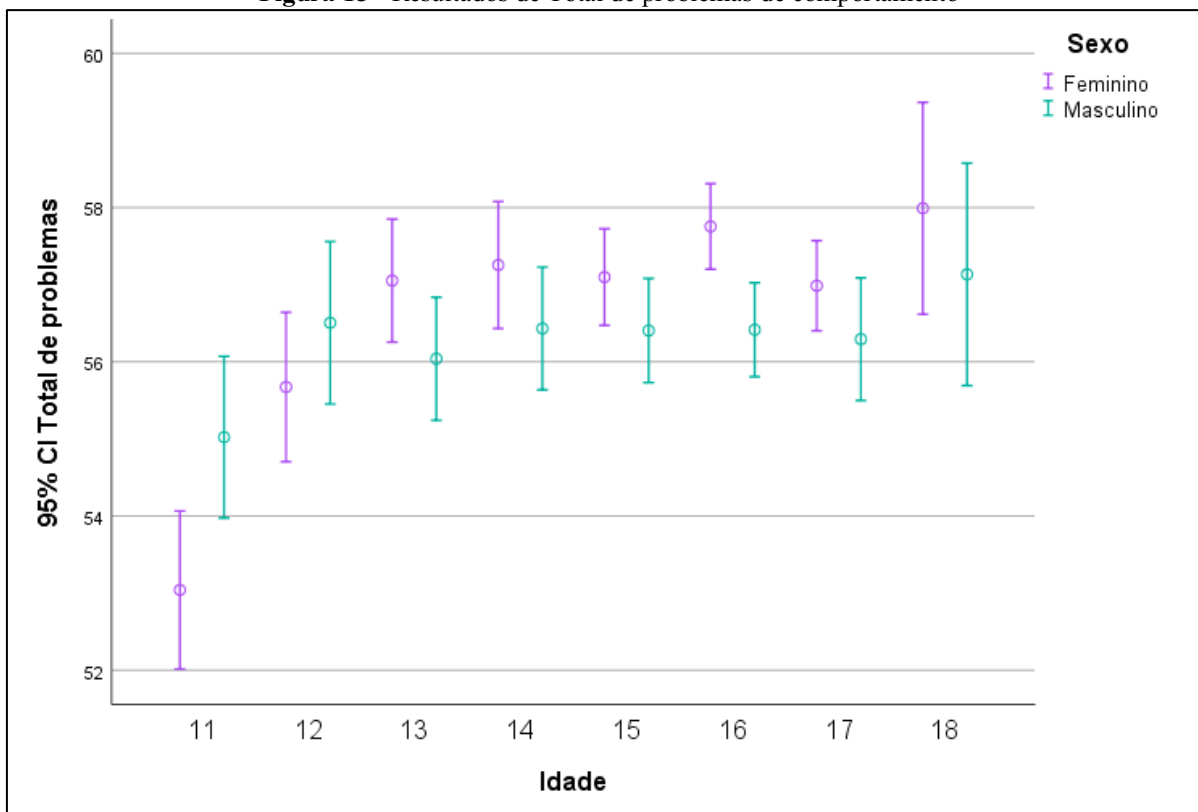


Figura 15 - Resultados de Total de problemas de comportamento



4.5 Competências

Resultados descritivos (média, desvio-padrão, valor mínimo, valor máximo e porcentagem em faixa limítrofe/clínica) segundo sexo e faixas de idade dos adolescentes para Total de competências estão apresentados na Tabela 8. Assim como nas escalas de Comportamentos, foram verificadas lacunas em protocolos do banco de dados geral e optou-se por utilizar somente os dados referentes ao Total de competências. Dessa forma, embora as subescalas de Competência em atividades, Competência social e Desempenho acadêmico integrem essa análise, tais dados não aparecem aqui.

Tabela 8 – Medidas descritivas de Total de competências

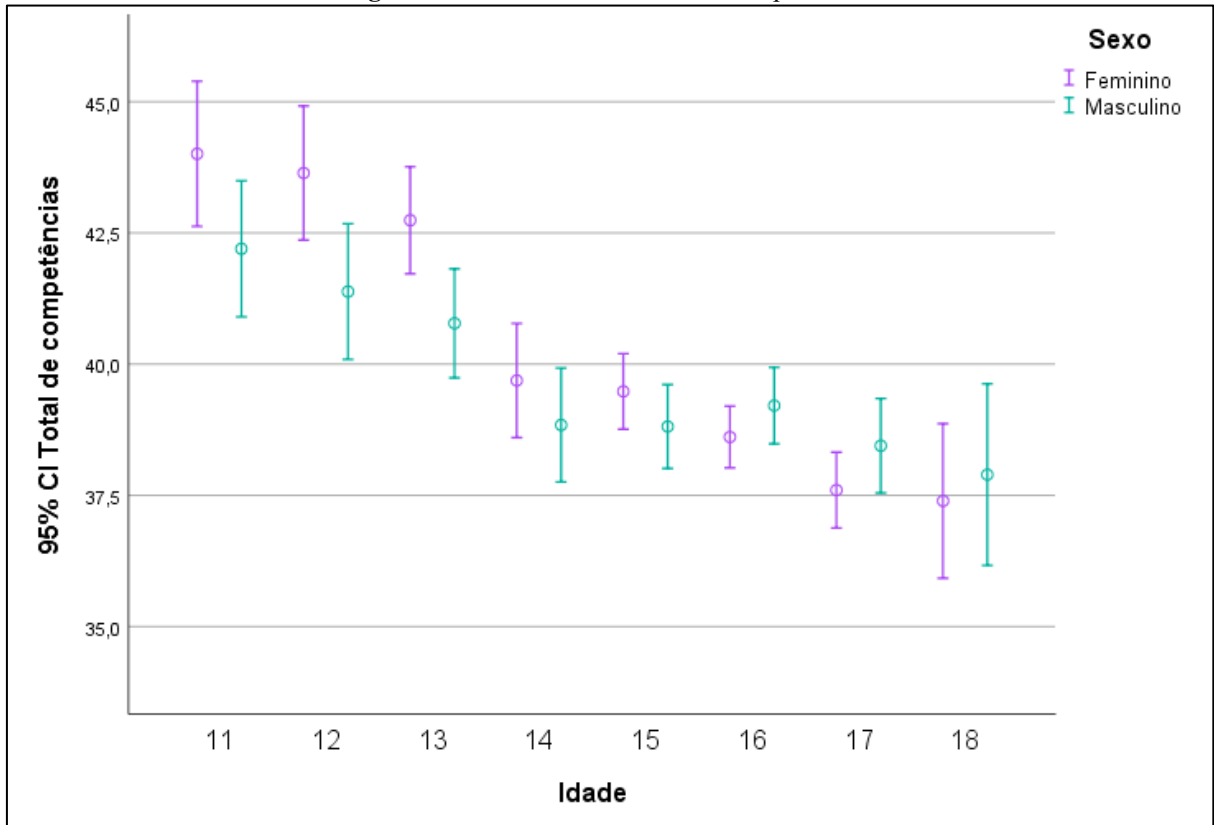
| Sexo | Idade (anos) | n | Média | DP | Mínimo | Máximo | % faixa limítrofe/clínica |
|-----------|--------------|------|-------|-------|--------|--------|---------------------------|
| Feminino | 11 a 14 | 1576 | 42,22 | 11,90 | 1,00 | 90,00 | 23,0% |
| | 15 a 18 | 2835 | 38,51 | 10,21 | 0,00 | 77,00 | 35,1% |
| | Total | 4411 | 39,84 | 10,99 | 0,00 | 90,00 | 30,9% |
| Masculino | 11 a 14 | 1464 | 40,59 | 11,36 | 0,00 | 80,00 | 31,7% |
| | 15 a 18 | 2172 | 38,80 | 10,60 | 0,00 | 80,00 | 41,1% |
| | Total | 3636 | 39,52 | 10,95 | 0,00 | 80,00 | 37,4% |
| Total | 11 a 14 | 3040 | 41,44 | 11,67 | 0,00 | 90,00 | 27,2% |
| | 15 a 18 | 5007 | 38,63 | 10,38 | 0,00 | 80,00 | 37,7% |
| | Total | 8047 | 39,69 | 10,97 | 0,00 | 90,00 | 33,8% |

Resultados do GzLM para competência total estão apresentados na Tabela 9. Houve efeito do sexo ($p = 0,0001$), da idade ($p = 0,0001$) e da interação sexo e idade ($p = 0,0001$). A Figura 16 apresenta a representação gráfica (barras de erros) para a escala de Total de competências, na qual é possível verificar tendência decrescente em ambos os sexos. Tais resultados demonstram que adolescentes mais novos, em ambos os sexos, apresentam melhores resultados em comparação àqueles nos anos finais da adolescência (15 a 18 anos).

Tabela 9 - Resultados do GzLM para Total de competências

| | B | Erro padrão | Intervalo de confiança (95%) | | Wald Chi-Square | df | p |
|------------------------------|------------|-------------|------------------------------|--------|-----------------|----|--------|
| | | | Mínimo | Máximo | | | |
| Total de competências | | | | | | | |
| Intercepto | 47,313 | 1,423 | 44,524 | 50,103 | 1105,296 | 1 | 0,0001 |
| Feminino | 7,938 | 1,974 | 4,070 | 11,807 | 16,175 | 1 | 0,0001 |
| Masculino | referência | | | | | | |
| Idade | -0,521 | 0,095 | -0,708 | -0,335 | 29,963 | 1 | 0,0001 |
| Feminino * Idade | -0,505 | 0,131 | -0,762 | -0,249 | 14,871 | 1 | 0,0001 |
| Masculino * Idade | referência | | | | | | |

Figura 16 - Resultados de Total de competências



5 DISCUSSÃO

No final de janeiro de 2020, a OMS decretou o início da maior Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) vivida pela humanidade. À época, pouco se sabia sobre a COVID-19 e a Ciência precisou de muitos esforços para compreender como lidar com o vírus SARS-CoV-2 e o adoecimento decorrente dele. Ao mesmo tempo, as notícias sobre óbitos se tornaram cada vez mais frequentes e, enquanto parte da Ciência se dedicava a descobertas de remédios e vacinas, autoridades precisaram decidir em nome da vida. Foram adotadas medidas de higiene, de distanciamento social, uso de máscaras, espaços foram fechados, o *home office* tornou-se imprescindível, as aulas também passaram ao formato remoto e, em se tratando de crianças e adolescentes, as discussões sobre uso de telas e seus efeitos no desenvolvimento tiveram que ser repensadas diante do cenário em que a humanidade vivia.

Hoje, em 2023, ano da apresentação desta tese, a mesma OMS recentemente (mês de maio deste ano) publicou o fim da ESPII de COVID-19 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2023). A Ciência foi vitoriosa, já há diversas vacinas disponíveis e o vírus não assusta mais. Embora a vida tenha voltado à normalidade, certamente a humanidade não saiu ileso desse processo pandêmico, sobretudo em termos de saúde.

Em face ao exposto, faz-se necessário discutir saúde mental neste cenário e este trabalho traz contribuições nesse sentido. No entanto, as contribuições levantadas nesta pesquisa não são referentes ao cenário pós pandemia, mas ao pré-pandêmico. Embora o levantamento tenha incluído o ano de 2020, quando a pandemia já havia sido decretada, os protocolos que compuseram o banco de dados referente a esse período não permitiram conclusões eficazes acerca do assunto, uma vez que as pesquisas nas quais tais protocolos foram administrados não foram concluídas. Assim, na avaliação desta autora, este estudo apresenta dados pré pandêmicos.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é em relação à concepção de adolescência utilizada neste trabalho. A composição da amostra, conforme descrita na seção Método, não permite generalização dos resultados, especialmente em se tratando de adolescentes que não residam em meios urbanos. De toda a forma, tais resultados não podem ser considerados representativos dos adolescentes brasileiros, restringindo-se, estatisticamente, aos adolescentes da amostra tratada.

Diante do exposto, nesta seção buscou-se, além dos próprios objetivos do estudo já citados, um diálogo entre os dados sobre saúde mental do adolescente brasileiro no cenário pré pandemia de COVID-19 e os apontamentos de investigações ocorridas ao longo do ESPII, especialmente na população brasileira. A discussão dos resultados está organizada na forma de recortes dos artigos derivados da tese, um sobre comportamentos internalizantes e externalizantes, e outro sobre competências. O primeiro artigo, intitulado “Problemas de comportamento em adolescentes brasileiros”, já foi submetido em sua íntegra e encontra-se em estado de apreciação em periódico científico. O segundo artigo, também em sua íntegra, será submetido somente após a defesa desta tese.

5.1 Artigo I - Problemas de comportamento em adolescentes brasileiros

Para verificar indicadores de referência *bottom-up* de Comportamentos internalizantes, Comportamentos externalizantes e Total de problemas em uma amostra de protocolos YSR, este estudo observou o efeito do sexo, da idade, e da interação sexo e idade na manifestação desses nos adolescentes brasileiros. Entre os resultados obtidos, foram verificadas concordâncias, mas também divergências específicas quando comparadas com recentes pesquisas epidemiológicas nessa mesma população. Embora tais levantamentos tenham priorizado modelos *top-down*, algumas comparações são cabíveis.

Pesquisa da área têm mostrado reiteradamente a prevalência de indicadores de problemas na saúde mental, ou mesmo, problemas de comportamento em adolescentes mais velhos, sobretudo a partir dos 15 anos, e do sexo feminino (ANTUNES *et al.*, 2022; JANSEN *et al.*, 2011; LOPES *et al.*, 2016; GARCIA *et al.*, 2000). Os resultados deste estudo corroboram parcialmente o apontado na literatura, haja vista que a idade, mais que o sexo do adolescente, apresentou efeito significativo em tais índices/problemas.

Especificamente em relação aos Comportamentos internalizantes, ou seja, aqueles que dizem respeito a ações do indivíduo voltadas a si próprio, as diferenças entre meninos e meninas não foram significativas para as escalas de Ansiedade/depressão e Isolamento/depressão, consideradas relevantes na literatura por serem as mais representativas dos aspectos internalizantes. Em contrapartida, a idade do adolescente apresentou influência nesse aspecto, indicando que a cada ano de vida do adolescente a Ansiedade/depressão diminui e o Isolamento/depressão aumenta. Tais resultados dialogam em concordância com os dados sobre

a saúde mental do escolar brasileiro levantados em 2019 por Antunes *et al.* (2022), no sentido de que, independentemente do sexo, o adolescente mais velho apresenta menos amigos próximos, ficando assim mais isolado de seus pares etários, o que, em certa medida, é um fator preocupante à saúde mental, pois fragiliza sua rede de apoio, podendo, dessa forma, deixá-lo mais vulnerável emocionalmente.

Ainda em relação aos Comportamentos internalizantes, os resultados deste estudo apontaram para uma prevalência desses comportamentos no sexo masculino. O alto índice para Comportamentos internalizantes no sexo masculino provavelmente foi decorrente de aspectos ligados às Queixas somáticas (dores ou incômodos recorrentes e/ou intensos no corpo sem causa biológica), que compõe a escala de Comportamento internalizantes e teve cerca de seis pontos de diferença, em média, entre meninos e meninas.

Quando observado somente o efeito da idade, no geral, os Comportamentos internalizantes apresentaram-se em nível decrescente a cada ano da adolescência. Contudo, quando foi avaliado o efeito da interação sexo e idade, os resultados corroboram aquilo que é amplamente apontado na literatura: prevalência de problemas internalizantes no sexo feminino aumentando conforme a idade. Isso pode ser confirmado na representação gráfica (Figura 6), em que as barras de erros na escala de Comportamentos internalizantes indicam aumento do escore T conforme a idade aumenta para as meninas; e diminuição do escore T para os meninos conforme a idade aumenta.

Tais achados sobre os Comportamentos internalizantes podem ampliar a visão vigente na literatura internacional (RESCORLA *et al.*, 2007; RUTTER; CASPI; MOFFITT, 2003; VERHULST *et al.*, 2003) e nacional (ROCHA, 2012) que utiliza instrumentos ASEBA no sentido de compreender que a prevalência de Comportamentos internalizantes no sexo feminino seja também decorrente da idade do adolescente do que somente do sexo. E que quando se analisam os problemas internalizantes, a partir efeito do sexo apenas, as Queixas somáticas relatadas pelos meninos podem auxiliar a compreender o fenômeno. Considerando-se o fator idade, independente do sexo, faz-se necessário avaliar as condições de socialização do adolescente no sentido de compreender o que pode estar provocando o aumento da média de Isolamento/depressão a cada ano de vida.

Os Comportamentos externalizantes, que dizem respeito a comportamentos voltados contra outras pessoas ou mesmo contra o meio (subescalas de Comportamento agressivo e

Quebra de regras) são amplamente descritos na literatura da área como prevalentes no sexo masculino (CAPALDI; CHAMBERLAIN; PATTERSON, 1997; EDWARDS *et al.*, 2001; GARCIA *et al.*, 2000; SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2022). Os resultados deste estudo corroboram o apontado na literatura em relação aos Comportamentos externalizantes, no entanto tal fenômeno merece atenção: especificamente no que se refere à subescala de Comportamento agressivo, os resultados não foram significativos nem em relação ao sexo, nem à idade, ou à interação sexo e idade. Ou seja, a prevalência de Comportamentos externalizante no sexo masculino, segundo esta pesquisa, parece estar associada a aspectos ligados à Violação de regras e não a Comportamento agressivo.

Considerando a idade, a cada ano houve um incremento significativo no índice de Comportamentos externalizantes dos adolescentes da amostra. Dito de outra forma, adolescentes mais velhos têm mais problemas externalizantes. Tal fenômeno requer atenção dos profissionais que assistem o adolescente, uma vez que esses problemas aumentam conforme a idade do adolescente de forma geral, acarretando nos já conhecidos efeitos decorrentes de tais comportamentos, como exclusão de grupos e problemas com a lei.

Para a escala de Total de problemas de comportamento, as meninas apresentaram, em média, menor índice quando comparadas aos meninos. Ou seja, no geral, os meninos brasileiros têm mais problemas do que as meninas. Em relação à idade, os adolescentes apresentaram, a cada ano de idade, aumento na média da escala. Resultados da interação sexo e idade mostraram que, quando comparadas aos meninos, as meninas apresentaram aumento significativo nessa escala. De forma semelhante ao que aconteceu na escala geral de Comportamentos internalizantes, que soma as subescalas que a compõe, a escala Total de problemas de comportamento também soma as subescalas que a integram, ou seja, todas as demais. O resultado aqui apenas reflete a tendência geral encontrada nas outras escalas e subescalas.

Apesar da ampla literatura que discute os Problemas de atenção, muitas vezes tratados como indícios ao TDAH, relacionados à variável sexo, este estudo não verificou esse indício, tampouco com o fator idade. Em contrapartida, para os Problemas de pensamento, a idade mostrou-se significativa, o que significa que adolescentes mais velhos apresentam maiores índices relacionados a esse aspecto. E, finalmente, sobre os Problemas de sociabilidade, mostraram-se significativos os resultados da interação sexo e idade, que apontaram que a cada ano de idade, as meninas apresentavam um ligeiro aumento do índice para esse aspecto. Mais um aspecto que profissionais que assistem ao adolescente devem se debruçar a fim de

compreender as nuances que permeiam a socialização deles, especialmente as meninas, com o passar da idade.

5.2 Artigo II – Sobre competências dos adolescentes

A competência social é considerada pela literatura como um importante fator protetor para uma série de problemas de comportamento e de saúde mental (BOSQUETTI; SOUZA, 2020; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018; SAPIENZA; MARIN, 2022). Na concepção dos instrumentos ASEBA, na qual este trabalho está pautado, o construto “competência social” trata de uma variedade de comportamentos, de ordem social e cognitiva, e de regulação emocional de grande utilidade e necessidade para o desenvolvimento de relações sociais adequadas, assim como para a obtenção de resultados desejáveis em termos de socialização (ACHENBACH *et al.*, 2008; ACHENBAH; RESCOLA, 2007; SAPIENZA; MARIN, 2022).

O escore Total de competências, segundo o modelo hierárquico dimensional (ASEBA) é uma concepção de espectro amplo que, especialmente no YSR, considera a Competência em atividades (praticar esportes, ter passatempos, cumprir com tarefas dentro e fora de casa), a Competência social (participar de grupos, organizações, times; ter amigos próximos; relacionar-se bem com pais, irmãos e outros adolescentes) e o Desempenho acadêmico (desempenho nas matérias escolares) para empreender análises estatísticas capazes de fazer apontamentos sobre as habilidades sociais e interações entre os pares de adolescentes (ACHENBACH *et al.*, 2008, ACHENBAH; RESCOLA, 2007; SAPIENZA; MARIN, 2022). A análise das medidas descritivas apontou que cerca de um terço dos adolescentes da amostra (33,8%) apresentaram-se nas escalas limítrofe/clínica, que indicam alguma preocupação em saúde mental, sendo os adolescentes mais velhos (de 15 a 18 anos) aqueles com os piores resultados para o Total de competências.

Considerando somente o sexo, as adolescentes apresentaram, em média, mais competências sociais que os meninos. Em relação à idade, os resultados apontaram o declínio do Total de competências sociais a cada ano da adolescência (-0,5 pontos/ano), ou seja, independentemente do sexo, adolescentes mais velhos apresentaram índices menores de competências. Contudo, quando analisada a interação sexo e idade, as meninas apresentaram menor média de competência a cada ano a mais de idade. Tais resultados apontam que conforme a idade vai passando, ao longo dos anos que compõem a adolescência, as meninas apresentam

menos competências do que os meninos – resultado contrário ao encontrado quando é avaliado o efeito do sexo somente.

Esses achados são preocupantes do ponto de vista da saúde mental, haja vista que, ao longo do desenvolvimento, é esperado que o adolescente apresente mais habilidades sociais para responder adequadamente às diversas demandas que surgem ao longo de sua vida (SAPIENZA; MARIN, 2022). Inclusive, estudos apontam que quanto maior a competência do adolescente para responder com variabilidade comportamental, melhores são suas expectativas de futuro (BOSQUETTI; SOUZA, 2020; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018 GERK-CARNEIRO, 2003; MARTELETO; SHOEN-FERREIRA, 2018, PEDROMÔNICO; MARTELETO; SCHOEN-FERREIRA, 2004). Nesse sentido, faz-se necessário esclarecer o que acontece ao longo da adolescência, ao passo que alguns adolescentes apresentem menos competências sociais com o passar dos anos e consequente chegada à vida adulta.

Possivelmente aspectos associados a cobranças sociais, seja da família, da escola ou mesmo dos amigos de mesma idade possam contribuir para que o adolescente se sinta pressionado a dar respostas às quais não esteja plenamente pronto e essa pressão possa afetar negativamente suas interações sociais. Alguns adolescentes quando pressionados a tomar decisões, como a escolha da carreira profissional, ou assumir publicamente sua orientação sexual e identidade de gênero, não se sentem aptos para fazê-los, ingressando, assim, num estado de dúvidas e confusão, o que pode afastá-los de amigos, interagir menos com a família, ou ainda, passarem a apresentar dificuldades na escola pela primeira vez. Inclusive esses são alguns sinais que profissionais de educação e de saúde mental, e a própria família podem utilizar na identificação de possíveis problemas do adolescente.

Outro aspecto relevante ao se pensar saúde mental do adolescente é em relação a habilidade para ingressar e manter relações de amizade. O estudo de Silva *et al.* (2004) com adolescentes verificou que as meninas apresentavam menos amigos próximos quando comparadas aos meninos. Uma vez que tais relações compõem a rede de apoio do adolescente, a diminuição gradativa da competência social pode ser um fator que esteja relacionado ao menor número de amigos entre as adolescentes do sexo feminino em idade mais avançada.

No estudo de Schoen-Ferreira e Marteleto (2020), que também verificou maior tendência ao isolamento entre adolescentes mais velhos, tal fenômeno foi associado a uma possível estratégia do adolescente para desenvolver sua identidade pessoal e regulação emocional autônoma, habilidades essas, especialmente exigidas na fase seguinte do desenvolvimento (fase adulta) que se anuncia gradativamente com o fim da adolescência. Mais

uma vez, possíveis pressões sobre carreira, identidade e sexualidade podem estar associadas à tendência ao isolamento apontada nos estudos citados, haja vista que, socialmente, à medida em que o adolescente vai finalizando essa fase (momento marcado pela entrada no ensino médio e ingresso em relacionamentos amorosos) há maior cobrança para resoluções individuais nos aspectos citados.

Em face ao exposto, compreende-se como de grande relevância à saúde mental do adolescente que suas competências sejam adequadas aos enfrentamentos característicos dos diferentes momentos da adolescência. O YSR, da bateria ASEBA, ao investigar sobre participação em grupos, esportes e passatempos, quantidade de amigos próximos e desempenho acadêmico, parte da compreensão de que esses fatores funcionam como uma espécie de base para conhecer as competências que o adolescente apresenta. Portanto, adolescentes que participam de grupos ou times, que frequentam clubes, que possuem amigos próximos, que cumprem tarefas domésticas ou mesmo fora de casa, que se relacionam bem com seus familiares e que apresentam desempenho escolar satisfatório são mais saudáveis em termos de saúde mental e tendem a apresentar menos problemas de comportamento.

Uma vez que o YSR se trata de um instrumento em que o próprio adolescente responde sobre si próprio, vale considerar que as análises deste estudo são baseadas nas considerações autorreferidas deles. Como a adolescência não pode ser vista como uma fase homogênea do desenvolvimento, vale considerar que no início dela, possivelmente, o adolescente sinta-se mais protegido por sua rede de apoio (família, escola, amigos) e receba menos cobranças sociais relacionadas a decisões que podem afetar o resto de suas vidas e, considere-se mais competente para os enfrentamentos característicos do início da adolescência. Os conceitos de autoestima e autoeficácia podem auxiliar nessa compreensão.

A autoestima trata de uma valoração do próprio indivíduo sobre si mesmo construída a partir da avaliação de outras pessoas e da interpretação pessoal do adolescente sobre tais avaliações. Na prática, tratam-se de ideias e atitudes do indivíduo sobre si próprio (DEFFENDI; SCHELINI, 2014; SAPIENZA; MARIN, 2022). Já a autoeficácia, conceito do psicólogo canadense Albert Bandura, refere-se à crença do indivíduo sobre ser ou não capaz de realizar determinada atividade, cuja origem remete ao primeiro momento em que obteve êxito em uma tarefa, tendo se repetido em outras situações semelhantes (SAPIENZA; MARIN, 2022; TRIANES; MUÑOZ; JIMÉNEZ, 1997).

A avaliação dos resultados de Total de competências, segundo o YSR, considerada à luz dos conceitos de autoestima e autoeficácia, exige cautela uma vez que os adolescentes que se avaliam como tendo melhores competências que os outros podem, por um lado, estar se sobreestimando, ou seja, pautando suas respostas ao instrumento em suas fortes considerações de autoestima e autoeficácia. O contrário também é possível.

Em todo caso, mesmo permeados pelas considerações particulares dos adolescentes sobre autoestima e autoeficácia, o Total de competências, que se apresentou em níveis não clínicos para cerca de dois terços da amostra deste estudo, apresentam uma visão positiva, em termos de saúde mental do adolescente. A tendência ao declínio das competências verificada com o passar dos anos da adolescência é compreendida muito mais como decorrente do aumento das exigências e cobranças feitas ao indivíduo com a proximidade da fase adulta, do que como uma questão associada à psicopatologia. Nesse sentido, ações voltadas ao incentivo de atividades coletivas que fortaleçam o senso de responsabilidade e disciplina do adolescente, associadas a uma rede apoio empática e aberta ao diálogo frente às diferentes necessidades características desse período do desenvolvimento podem contribuir ao estabelecimento de competências suficientes aos mais diversos enfrentamentos que todo adolescente precisa vivenciar de forma saudável.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No sentido de contribuir com a identificação de indicadores de problemas de comportamento e competências sociais, segundo o modelo *bottom-up* de investigação em saúde mental, este estudo verificou relevantes aspectos ligados à saúde do adolescente já amplamente discutidos na literatura da área. Nossos resultados permitem dizer que o cenário pré pandêmico já apresentava uma tendência de agravamento da saúde mental com o passar dos anos da adolescência. Hoje, em 2023, quando a comunidade científica se debruça para enfrentar o que a pandemia de COVID-19 trouxe, principalmente, a respeito da socialização do adolescente, nossa sugestão é que tal fenômeno seja considerado não como causado “pela” pandemia, mas, possivelmente, agravado por ela.

O isolamento social, como medida de contenção do vírus, de fato impactou a socialização de todos. Mas, especialmente no adolescente, talvez esse impacto tenha sido vivenciado como uma grande pressão em um período do desenvolvimento que, como já se sabia, era de vulnerabilidade à saúde mental. Como já discutido na seção anterior, a adolescência não pode ser considerada de forma homogênea. Os enfrentamentos decorrentes, em parte, das pressões sociais que o adolescente vivencia são essencialmente diferentes quando comparamos os anos iniciais com aqueles mais próximos do término desta fase desenvolvimental, e também quando comparamos como se dá o desenvolvimento de menino e meninas.

No início da adolescência, que consideramos aqui (seguindo tendência da própria literatura) dos 11 aos 14 anos, o indivíduo parece estar muito mais protegido por toda a sociedade (família, escola, amigos) talvez pela proximidade com a infância. Os comportamentos muitas vezes são considerados infantis e algumas famílias apresentam certa dificuldade em reconhecer o amadurecimento da prole. Somado a isso, em alguns casos, o próprio adolescente pode se valer dessa benevolência familiar para adiar responsabilidades que, de forma saudável, devem ocorrer no período. No entanto, a puberdade costuma ser implacável para impor mudanças de atitude e, uma vez pensando de forma diferente (o aparecimento do pensamento abstrato em termos cognitivos) o adolescente acaba sendo biológica, cognitiva, social e psicologicamente impelido para o progresso no curso de seu desenvolvimento.

Em um desenvolvimento saudável, o adolescente dos primeiros anos começa a se desvencilhar daquilo que é característico da infância e, sobretudo, quando apoiado de forma satisfatória por sua rede de apoio, passa a requerer maior independência, mais socialização e mais respeito às suas novas particularidades. Pertencer a grupos passa a ser uma, e para alguns, sua maior preocupação. Torna-se necessário se vestir, se portar e se comunicar de forma diferente. E, neste último aspecto, a geração de adolescentes afetada pela pandemia sofreu particular impacto: o uso de telas.

Há algum tempo já se discutia sobre os efeitos das telas no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Mas nos meses de isolamento social, o uso de telas deixou de ser questionado passando a ser incentivado. Os adolescentes, que já faziam uso de telas para interagir, viram-se diante delas como única forma de socialização. Não só o fizeram, como, com maestria, conseguiram transportar boa partes das nuances da interação social, como os conflitos, as fofocas e os flertes, para os meios tecnológicos, via internet. No cenário pós pandemia, em que essa tese foi construída, discute-se como diminuir as interações por telas e incentivar as presenciais, mas, talvez, precisemos ouvir mais os adolescentes para compreender que essa geração inaugurou uma nova forma de interagir, que, em certa medida, satisfaz necessidades particulares do período do desenvolvimento em que se encontram.

Nossa prática clínica com adolescentes vem nos colocando em contato com essas problemáticas, em uma visão mais tradicional, e/ou potencialidades, em uma visão mais positiva. Portanto, para analisar os resultados deste estudo partimos desse lugar, do de profissional de saúde mental, da Psicologia, que atua com adolescentes e que convive com essas temáticas em amplo diálogo com a literatura.

Quando evidenciamos, a partir das análises, a tendência de aumento de problemas de comportamento com o passar dos anos durante a adolescência, passamos a olhar para como as exigências e expectativas chegam para o adolescente que viveu pelo menos dois anos socializando (estudando, interagindo com os pares e com a família não imediata) a partir das telas e, de certa forma, mais isolado em seu espaço. Muitos adolescentes quando, enfim, viram-se permitidos a estar com o outro, a sair de casa, a ir à escola, tiveram dificuldade de o fazer. Muitos continuaram a cobrir parte dos rostos com as máscaras, não mais como uma medida sanitária, mas talvez como uma estratégia de proteção a essa socialização para a qual lhe foram roubados dois anos de preparação.

Partimos, então, para olhar às competências sociais e mais uma vez, o passar dos anos apresentou-se de forma desfavorável para cerca de um terço dos adolescentes. A depender do olhar, um resultado positivo: a maioria dos adolescentes apresentou resultados em faixa não clínica para competências. Mas como a Psicologia costuma ser evocada para assistir àquilo que destoa à norma, nos detivemos nos 33% da amostra que apresentou piores resultados para esse aspecto. Nossa análise compreendeu que as maiores pressões ao adolescente mais velho afetam sua autoestima e senso de autoeficácia, fazendo que sua autoavaliação desqualifique sua visão acerca de si próprio sobre ser ou não competente em suas interações e obrigações.

Diante disso, não podemos desconsiderar as limitações deste estudo, sobretudo no que se refere à composição da amostra. Não foi possível identificar mais características dos adolescentes como aspectos sociais, econômicos, de outras doenças, familiares etc. Pesquisas futuras que superem tal limitação serão relevantes e poderão oferecer melhor compreensão da tendência comportamental que se apresentou entre os adolescentes e que já vem sendo evidenciada em estudos internacionais. Sugere-se ainda que estudos futuros neste campo possam padronizar a origem dos dados, haja vista que possivelmente um adolescente que frequenta algum serviço de saúde mental possa apresentar demandas em certo nível diferenciadas daqueles que não frequentam tais serviços.

A ausência de dados mais consistentes sobre as competências, foi outra limitação da pesquisa para que pudéssemos contribuir à literatura de forma mais assertiva sobre em qual aspecto o adolescente mais velho considerou-se menos eficaz. Um maior detalhamento nesse sentido seria importante para subsidiar ações de promoção ao desenvolvimento de práticas que possam incentivar o desenvolvimento de competências, sobretudo, no indivíduo a partir dos 15 anos, eficazes aos enfrentamentos próprios desses anos.

Apesar dessas limitações, o presente estudo apresentou uma contribuição à melhor compreensão de aspectos que compõem a saúde mental do adolescente na população brasileira, permitindo, entre outras coisas, comparações com outras populações do mundo que também sejam avaliadas segundo instrumentos ASEBA. Também, compreendemos que os achados apresentados nesse trabalho possam contribuir com discussões acerca do quanto uma rede de apoio, interações sociais e senso de responsabilidade eficazes podem contribuir ao desenvolvimento saudável de adolescentes, seja como fatores protetivos à saúde mental ou mesmo como um aspecto positivo a ser considerado na avaliação do próprio adolescente sobre si mesmo.

REFERÊNCIAS

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. **Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology**. New York: Guilford Press, 2007.

ACHENBACH, T. M. *et al.* Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 49, p. 251-275, mar. 2008. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>. Acesso em: 22 ago. 2023.

ALONSO, J. *et al.* Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 109, suppl. 420, 47-54, 2004. DOI: 10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15128387/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

AMARANTE, P. Saúde mental: territórios e fronteiras. *In*: AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

ANTUNES, J. T. *et al.* A saúde mental dos adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022. DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38984. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/38984>. Acesso em: 24 ago. 2023.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Pesquisa sobre sintomas de transtornos mentais e utilização de serviços em crianças brasileiras de 6 a 17 anos**. São Paulo: Associação Brasileira de Psiquiatria. 2008.

AXELSON, D. A. *et al.* Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. **The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 73, p. 1342-1350, 2012. DOI: 10.4088/JCP.12m07674. Disponível em: <https://www.psychiatrist.com/jcp/bipolar/mood-disorders/examining-proposed-disruptive-mood-dysregulation-disorder/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BAPTISTA, M. N., BORGES, L., SERPA, A. L. O. Diferenças de sexo e idade relacionadas aos sintomas depressivos entre crianças e adolescentes brasileiros. **Paidéia**, v. 27, n. 68, p. 290-297, 2017. DOI: 10.1590/1982-43272768201706. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/CWJCSpdSGMdsexRqMW4qCtv/?lang=en>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BECKER, S. P.; RAMSEY, R. R.; BYARS, K. C. Convergent validity of the Child Behavior Checklist sleep items with validated sleep measures and sleep disorder diagnoses in children and adolescents referred to a sleep disorders center. **Sleep Medicine**, v. 16, n. 1, p. 79-86, 2015. DOI: DOI: 10.1016/j.sleep.2014.09.008. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945714003931?via%3Dihub>.

Acesso em: 22 ago. 2023.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

BERNI, V. L.; ROSO, A. A adolescência na perspectiva da psicologia social crítica.

Psicologia & Sociedade, v. 26, p. 126-136, 2014. DOI: 10.1590/S0102-71822014000100014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/vOrgynH9BHggw3M5kXnHjmm/abstract/?lang=pt>. Acesso

em: 22 ago. 2023.

BIGRAS, M.; MACHADO, A. D. L. Apontamentos e reflexões sobre programas de apoio familiar que favorecem a competência social da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 663-672, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014193.18402013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VvzpHYtpd86HbDwCjFtpvQP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em:

22 ago. 2023.

BINOTTO, B. T.; GOULART, C. M. T.; PUREZA, J. R. Pandemia da covid-19: indicadores do impacto na saúde mental de adolescentes. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 7, n. 2, p. 195-213, 2021. DOI: 10.22289/2446-922X.V7N2A13. Disponível em:

<https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/782>. Acesso em: 20

jul. 2023.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, p. 63-76, 2007. DOI: 10.1590/S1413-85572007000100007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pee/a/LJkZrZQ5YgbmhnkKzVq3x/>. Acesso em: 27 ago. 2023.

BORDIN, I. A. *et al.* 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. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000100004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/mRj4hMKNXB7c9ygsWFFYRCN/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BORGES, C. C.; OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. Problemas internalizantes e externalizantes de crianças e adolescentes com fibrose cística. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, 2022. DOI: 10.1590/1982-3703003233513. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/hQHhMYMwLnDMHNhG9mgH6J/>. Acesso em: 22 ago.

2023.

BOSQUETTI, M. A.; SOUZA, S. R. Assertividade e análise do comportamento: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 22, 2020.

Disponível em: <https://rbtcc.com.br/RBTCC/article/view/1327>. Acesso em: 22 ago. 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 22 ago. 2023.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**, 18 ago. 2023. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 22 ago. 2023.
- CALLIGARIS, C. **A adolescência**. Coleção Folha Explica. São Paulo: PUBLIFOLHA, 2000.
- CAPALDI, D. M.; CHAMBERLAIN, P.; PATTERSON, G. R. Ineffective discipline and conduct problems in males: Association, late adolescent outcomes, and prevention. **Aggression and violent behavior**, v. 2, n. 4, 343-353, 1997. DOI: 10.1016/S1359-1789(97)00020-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1359178997000207>. Acesso em: 28 ago. 2023.
- COPELAND, W. E. *et al.* Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. **The American Journal of Psychiatry**, p. 170:173-179, 2013. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12010132. Disponível em: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2012.12010132?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 27 fev. 2023.
- DEFFENDI, L. T.; SCHELINI, P.W. Relações entre autoestima, nível intelectual geral e metacognição em adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2014. DOI: 10.1590/2175-3539/2014/0182752. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/mLNJ5dYNMzfwZ94qTtthtrfb/#>. Acesso em: 22 ago 2023.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes. 2005.
- DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. 2018. **Competência social e habilidades sociais: Manual teórico-prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2018.
- EDWARDS, G. *et al.* Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 29, n. 6, p. 557-572, 2001. DOI: 10.1023/A:1012285326937. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1012285326937>. Acesso em: 28 ago. 2023.
- EMERICH, D. R. *et al.* Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). **Psico**, v. 43, n. 3, 2012. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10053>. Acesso em: 22 ago. 2023.
- ERIKSON, E. **Identidade: juventude e crise**. 2ª ed. Zahar editores. 1976.
- FERRO, M. A. *et al.* Emotional and behavioral problems in adolescents and young adults with food allergy. **Allergy**, v. 71, n. 4, p. 532-540., 2016. DOI: 10.1111/all.12829. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.12829>. Acesso em: 22 ago. 2023.
- FISHER, J. *et al.* Adolescence: developmental stage and mental health morbidity. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 57, supl. 1, p. 13-19, 2011. DOI: 10.1177/002076401039669. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764010396691?journalCode=ispa>. Acesso em: 22 ago. 2023.

FLORÊNCIO JÚNIOR, P. G.; PAIANO, R.; COSTA, A. S. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, e0115, 2020. DOI: 10.12820/rbafs.25e0115. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14263>. Acesso em: 22 ago. 2023.

FREEMAN, A. J. *et al.* Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a community mental health clinic: prevalence, comorbidity and correlates. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 26, n. 2, p. 123-130, 2016. DOI: 10.1089/cap.2015.0061. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4800380/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

GARCIA, M. *et al.* Destructive sibling conflict and the development of conduct problems in young boys. **Developmental Psychology**, v. 36, n. 1, p. 44-53, 2000. DOI: 10.1037/0012-1649.36.1.44. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1999-15929-004>. Acesso em: 28 ago. 2023.

GERK-CARNEIRO, E. Inteligência social como vertente cognitiva da competência social. *In*: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. D. (Eds.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: Questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, 2003.

GESSINGER, H. **Até o fim**. Brasil: Universal Music Publishing Ltda, 2001. CD (3 min 17 s)

GOODWAY, J. D. *et al.* Motor development in young children. *In*: SARACHO, O. N. (ed.). **Handbook of Research on the Education of Young Children**. Reino Unido: Routledge, 2013.

HALL, G. S. Adolescence in literature, biography, and history. *In*: HALL, G. S. **Adolescence**: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education. Nova Iorque: D Appleton & Company, 1904.

JACOBS, J. E., VERNON, M. K., ECCLES, J. S. Relations between social self-perceptions, time use, and prosocial or problem behaviors during adolescence. **Journal of Adolescent Research**, v. 19, n. 1, p. 45-62, 2004. DOI: 10.1177/0743558403258225. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0743558403258225>. Acesso em: 22 ago. 2023.

JANSEN, K. *et al.* Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 440-448, 2011. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000300005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FC9bFMmLXx7nLP5fY88vnr/#>. Acesso em: 28 ago. 2023.

JOURRETTE, C. As alterações da adolescência. *In* TOURRETTE, C.; GUIDETTI, M. **Introdução à psicologia do desenvolvimento**: do nascimento à adolescência. São Paulo: Editora Vozes, 2009.

LOPES, C. S. *et al.* ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, supl. 1, 2016. DOI: 10.1590/S01518-8787.2016050006690. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vwSmjXbN4pDggk8X7CTVdwC/?lang=en>. Acesso em: 22 ago. 2023.

MAHONEY, J. L., CAIRNS, B. D., FARMER, T. W. Promoting interpersonal competence and educational success through extracurricular activity participation. **Journal of Educational Psychology**, v. 95, n. 2, p. 409-418, 2003. DOI: 10.1037/0022-0663.95.2.409.

MARIA, N. Baby boomers: o que significa e quais são as características. **Laboratório de Demografia e estudos populacionais**, 28 mai. 2020. Disponível em: <https://www.ufff.br/ladem/2020/05/28/baby-boomers-o-que-significa-e-quais-sao-as-caracteristicas/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

MARTELETO, M. R. F. *et al.* Problemas de comportamento na escola. *In*: DIAS, E. T. D. M.; LIMA, L. P.; BARBOSA, L. M. G. (Eds.). **Compartilhando Saberes Psicológicos, Filosóficos e Educacionais**. Jundiaí-SP: Paco, 2016.

MARTELETO, M. R.; SHOEN-FERREIRA, T. H. Comportamento pró-social ajudar os outros na adolescência. *In* II Congresso Brasileiro de Psicologia Positiva. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia Positiva, jun 2018.

MATA, A. A. *et al.* Impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental de crianças e adolescentes: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 6901-6917, 2021. DOI: /10.34117/bjdv7n1-466. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23381>. Acesso em: 23 ago. 2023.

MATHEUS, T. C. Quando a adolescência não depende da puberdade. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 11, n. 4, p. 616-625, 2008. DOI: 10.1590/S1415-47142008000400008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/BTW9XHQHmFfx9bKhWYJt6n/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2023.

MILIAUSKAS, C. R.; FAUS, D. P. Saúde mental de adolescentes em tempos de Covid-19: desafios e possibilidades de enfrentamento **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, e300402, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/W578M6SCTxdZQxCCtFJSbrH/>. Acesso em: 22 ago. 2023.

MINAYO, M. C. S. **Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro**. Brasília: UNESCO; 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2014.

OLIVEIRA-MONTEIRO, N. R. *et al.* Estresse, competência e problemas psicológicos de adolescentes estudantes. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 37, n. 1, p. 23-29, 2012. DOI: 10.7322/abcs.v37i1.45. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcs/article/view/45>. Acesso em: 22 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**, 5 mai. 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 24 ago. 2023.

ORMEL, J. *et al.* Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 2, p. 345-360, 2015. DOI: 10.1017/S0033291714001469. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/mental-health-in-dutch-adolescents-a-trails-report-on-prevalence-severity-age-of-onset-continuity-and-comorbidity-of-dsm-disorders/1F55AE102014BCBF13CF310EDE80B5C4>. Acesso em: 22 ago. 2023.

PAPALIA, D.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12 ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PEDROMÔNICO, M. R. M.; MARTELETO, M. R. F; SCHOEN-FERREIRA, T. H. Percepção de universitárias sobre suas amigas e relacionamento interpessoal. *In* XLII Reunión Anual de la sociedade Latinoamericana de Investigación Pediátrica. **Anais...** Lima-Peru: SLAIP, out 2004.

PIZZINATO, A.; SARRIERA, J. C. Competência social infantil: análise discriminante entre crianças imigrantes e não imigrantes no contexto escolar de Porto Alegre. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. 2, p. 115-122, 2003. DOI: 10.1590/S1413-73722003000200012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/knBs7RpSxWbTfsYYRT4zZMj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2023

POLANCZYK, G. V. *et al.* Annual Research Review: A meta-analysis of the world wide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of child Psychology and Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015. DOI: 10.1111/jcpp.12381. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpp.12381>. Acesso em: 22 ago. 2023.

REIS, A. A. C.; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2879-2890, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018239.14432018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HmyLYzVpxpR8HyzxRScJzPR/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 22 ago, 2023.

RESCORLA, L. A. *et al.* Epidemiological comparison of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 75, p. 351-358. DOI: 10.1037/0022-006X.75.2.351. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17469893/>. Acesso em: 28 ago. 2023.

ROCHA, M. M. **Evidências de Validade do “Inventário para Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira**. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

RUTTER, M.; CASPI, A.; MOFFITT, T. E. Using sex difference in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 44, n. 8, p. 1092-115, 2003. DOI: 10.1111/1469-7610.00194. Disponível em: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1469-7610.00194?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 28 ago. 2023,

SAPIENZA, G. **Competência social, práticas educativas parentais e rendimento acadêmico do adolescente**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

SAPIENZA, G.; MARIN, A.H. Competência social: fator protetivo à saúde mental. In GIMENIZ-PASCHOAL, S. *et al.* (Orgs.). **Saúde Mental, Psicopatologia e ciclo de vida: uma perspectiva dimensional**. São Paulo: Editora CRV, 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1soZGd13wczh3pg-bRhvyKaPSlwxLEvAm/view>. Acesso em: 22 ago. 2023.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. DOI: 10.1590/S1413-73722005000200007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/stYqQ6cvpzPJRdqFwRr8NtH/abstract/?lang=pt#:~:text=Risk%2C%20protection%20and%20resilience%20in%20the%20development%20of%20children%20and%20adolescents&text=Risco%2C%20prote%3%A7%3%A3o%20e%20resili%3%Ancia%20s%3%A3o,e%20resili%3%Ancia%20ainda%20se%20misturam>. Acesso em: 22 ago. 2023.

SAWYER, S. M. *et al.* Adolescence: a foundation for future health. **The Lancet**, v. 379, n. 9826, p. 1630-1640, 2012. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60072-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60072-5/fulltext). Acesso em: 22 ago. 2023.

SCHOEN-FERREIRA, T. H. *et al.* Dimensão internalizante e dimensão externalizante: taxonomia hierárquica. In GIMENIZ-PASCHOAL, S. *et al.* (Orgs.). **Saúde Mental, Psicopatologia e ciclo de vida: uma perspectiva dimensional**. São Paulo: Editora CRV, 2022. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1soZGd13wczh3pg-bRhvyKaPSlwxLEvAm/view>. Acesso em: 22 ago. 2023.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, p. 227-234, 2010. DOI: 10.1590/S0102-37722010000200004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/MxhVZGYbrsWtCsN55nSXszh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2023.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; MARTELETO, M. R. F. A frequência e importância do comportamento de ficar sozinho na adolescência. In: COSTA, E. F.; SAMPAIO, E. C. **Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas**. Guarujá: Editora Científica Digital, 2020.

SILVA, M. M. D. *et al.* O adolescente e a competência social: focando o número de amigos. **Journal of Human Growth and Development**, 23-31, 2004. DOI: 10.7322/jhgd.39789. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/39789>. Acesso em: 22 ago. 2023.

TOURRETTE, C.; GUIDETTI, M. **Introdução à psicologia do desenvolvimento: do nascimento à adolescência**. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

TRIANES, M. V.; MUÑOZ, A. M.; JIMÉNEZ, M. **Competencia social: su educación y tratamiento**. Madrid: Ediciones Pirâmide, 1997.

TSITSIKA, A. *et al.* Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. **Computers in Human Behavior**, v. 51, p. 1-7, 2015. DOI: 10.1016/j.chb.2015.04.048. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074756321500343X>. Acesso em: 22 ago. 2023.

VALVERDE, B. S. *et al.* Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. **Paidéia**, n. 22, p. 53, p. 315-323, 2012. DOI: 10.1590/S0103-863X2012000300003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/fJR9LnyNQVHwXLXXdgL386M/?lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2023.

VERHULST, F. C. *et al.*, Comparisons of problems reported by youths from seven countries. **American Journal of Psychiatry**, v. 160, p. 1479-1485, 2003. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.8.1479. Disponível em: https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.160.8.1479?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 28 ago. 2023.

VIEIRA JÚNIOR, I. **Torto Arado**. São Paulo: Todavia, 2019.

VITALLE, M. S. S. *et al.* O Setor de Medicina do Adolescente (Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - CAAA) da Universidade Federal de São Paulo: Uma experiência multiprofissional e interdisciplinar – o compromisso com a adolescência. **Adolescência & Saúde**, v. 7, n. 4, p. 13-20, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent and young adult health**, 28 abr. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Acesso em: 27 ago. 2023.