

Problemas emocionais e comportamentais em adolescentes

Emotional and behavioral problems in Teens

Problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes

Recebido: 16/10/2022 | Revisado: 30/10/2022 | Aceitado: 04/11/2022 | Publicado: 11/11/2022

Ivonete Emmerich Pacheco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0627-8567>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: psicologaivonete@yahoo.com

Sandra Regina Baggio Muzzolon

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4992-4055>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: sandramuzzolon.ufpr@gmail.com

Gustavo Manoel Schier Dória

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8827-2048>
Universidade Federal do Paraná, Brasil
E-mail: gustavomdsdoria@gmail.com

Resumo

Compreender as alterações comportamentais e emocionais na adolescência é uma tarefa que exige vários conhecimentos, principalmente sobre o desenvolvimento biológico, psicológico e social. Para desenvolver pesquisas sobre Problemas Emocionais e de Comportamento na infância e na adolescência utiliza-se as referências de Achenbach (1991), que caracterizam os problemas emocionais e de comportamento por padrões sintomáticos, que podem ser divididos em dois tipos, denominados como externalizantes e internalizantes. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a frequência destes sintomas em adolescentes de uma cidade do sul do Brasil com 56.292 mil habitantes. Utilizou-se o *Youth Self Report (YSR)*, instrumento de autorrelato do sistema Achenbach de uso para adolescentes entre 11 e 18 anos, que foram respondidos por 309 adolescentes, de ambos os sexos, de duas escolas públicas e uma particular. Para os pais utilizou-se o *Child Behavior Checklist (CBCL)*. Observou-se frequência significativa de classificação clínica de problemas internalizantes (PI) e problemas externalizantes (PE), de 38,8% e 16,6%, respectivamente. Quando comparou-se os escores obtidos na aplicação das escalas YSR e CBCL observou-se que para Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), PI ($p < 0,01$) e Total de Problemas ($p = 0,01$), os escores foram maiores no YSR. Na comparação das diferenças dos sintomas internalizantes e externalizantes, de acordo com o sexo, verificou-se média dos escores de Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), Queixas Somáticas ($p < 0,001$), Problemas Sociais ($p = 0,01$) e Problemas de Atenção ($p < 0,01$) maiores no sexo feminino. Observou-se, elevada prevalência de PI e PE entre os adolescentes.

Palavras-chave: Adolescência; Depressão; Ansiedade.

Abstract

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

Keywords: Adolescence; Depression; Anxiety.

Resumen

Comprender los cambios conductuales y emocionales en la adolescencia es una tarea que requiere muchos conocimientos, especialmente sobre el desarrollo biológico, psicológico y social. Para desarrollar la investigación sobre los Problemas Emocionales y Conductuales en la infancia y la adolescencia se utilizan los referentes de Achenbach (1991), que caracterizan los problemas emocionales y conductuales por patrones sintomáticos, los cuales se pueden dividir en dos tipos, denominados externalizantes e internalizantes. Esta investigación tuvo como objetivo evaluar la frecuencia de estos síntomas en adolescentes de una ciudad del sur de Brasil con 56.292 mil habitantes. Se utilizó el Autoinforme de Jóvenes (YSR), un instrumento de autoinforme del sistema Achenbach para uso de adolescentes entre 11 y 18 años, que fue respondido por 309 adolescentes, de ambos sexos, de dos escuelas públicas y una escuela privada. Para los padres se utilizó la Child Behavior Checklist (CBCL). Hubo una frecuencia significativa de clasificación clínica de problemas de internalización (PI) y problemas de externalización (PE), 38,8% y 16,6%, respectivamente. Comparando los puntajes obtenidos en la aplicación de las escalas YSR y CBCL, se observó que para Ansiedad/Depresión ($p < 0,001$), PI ($p < 0,01$) y Problemas Totales ($p = 0,01$), los puntajes fueron mayores en YSR. Comparando las diferencias en síntomas internalizantes y externalizantes, según el sexo, hubo una puntuación media en Ansiedad/Depresión ($p < 0,001$), Quejas Somáticas ($p < 0,001$), Problemas Sociales ($p = 0,01$) y Problemas de Atención ($p < 0,01$) mayor en mujeres. Se observó una alta prevalencia de IP y PE entre los adolescentes.

Palabras clave: Adolescencia; Depresión; Ansiedad.

1. Introdução

Para se conhecer sobre Problemas Emocionais e de Comportamento (PEC) na infância e na adolescência, apesar de não haver um consenso sobre o conceito, encontra-se em grande parte dos estudos as referências de Achenbach (1991), caracterizando os problemas emocionais e de comportamento por padrões sintomáticos, que podem ser divididos em dois tipos, denominados por ele como Problemas Internalizantes (PI) e Problemas Externalizantes (PE). Quando os PEC se apresentam internalizados (pensamentos e/ou sentimentos negativos, como humor deprimido e ansiedade, por exemplo), os mesmos são de reconhecimento mais difícil, permanecendo muitos anos na esfera individual do sofrimento, com pouco impacto para os adultos até que o cumprimento de demandas sociais crescentes se imponha à criança e/ou adolescente. Já os comportamentos externalizantes, tais como a hiperatividade e a agressividade, são trazidos com mais frequência, por serem percebidas com mais facilidade no meio social (Vinocur & Pereira, 2011). Os sintomas relativos aos dois tipos de problemas costumam ter início na infância e impactam no desenvolvimento de adolescentes, podendo trazer prejuízos psíquicos e sociais na vida adulta (Rocha, 2012).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição - DSM-5 (APA, 2014) - considera três principais grupos diagnósticos na psiquiatria infantil/adolescência. A primeira trata das desordens emocionais (também descritas como PI), depressão, ansiedade, desordens obsessivo-compulsivas e somatização, em que os sinais estão interiorizados nos indivíduos. Outro grupo se constitui de desordens de comportamento disruptivo (nomeadas também como PE), tais como a conduta desafiadora excessiva, os transtornos de conduta, agressividade a pessoas e animais e o comportamento de transgressão, onde as condutas estão mais dirigidas para o outro. Já o terceiro grupo está relacionado aos transtornos do desenvolvimento que incluem os problemas de aprendizagem, desordens do espectro autista e a deficiência intelectual, como as principais desordens.

A literatura apresenta diferentes propostas para compreender e classificar os problemas de comportamentos na adolescência. Thomas Achenbach desenvolveu o Sistema Achenbach de Avaliação Baseada em Evidências (ASEBA), o qual propõe que os problemas de comportamento podem ser classificados como PI ou PE (Achenbach & Rescorla, 2001). O sistema Achenbach auxilia e facilita a obtenção da frequência de problemas de saúde mental (PSM) e transtornos psiquiátricos sublimiães.

Numa perspectiva empiricamente baseada de classificação, Achenbach desenvolveu instrumentos para avaliação de problemas de comportamento em indivíduos de diferentes faixas etárias e destinados a diferentes tipos de informantes. O mais conhecido é o *Child Behavior Checklist* (CBCL 6/18), desenvolvido para avaliar a competência social e os PEC de crianças e

adolescentes entre 6 e 18 anos a partir da resposta de pais, mães e outros cuidadores. Vastamente utilizado também, o *Youth Self Report* (YSR) é a versão de autorrelato destinada a avaliar os problemas de comportamento e de competência social de adolescentes entre 11 e 18 anos (Bordin *et al.*, 2013).

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

Os problemas de comportamento na infância e na adolescência são compreendidos por condutas socialmente inadequadas que prejudicam os relacionamentos interpessoais, com os pares ou com os adultos (Bolsoni-Silva & Prette, 2003).

Estudos apontam para a alta prevalência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Anselmi *et al.*, 2010) e para o impacto negativo que estes comportamentos podem ter ao longo do desenvolvimento, prejudicando sua vida adulta (Homem *et al.*, 2013).

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

Considerando a elevada prevalência de transtornos mentais na adolescência, com significativos prejuízos individuais, familiares e sociais é que buscou-se conhecer a frequência destes sintomas em 309 adolescentes entre 11 e 18 anos de escolas de uma cidade do interior do sul do Brasil.

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

Rutter ~~et al.~~ (1992) definiu os comportamentos antissociais como as manifestações que violam as normas sociais. Pessoas com comportamentos antissociais tendem a apresentar comportamentos externalizantes tais como agressividade, desobediência, atitude desafiante e opositora, dificuldade de controle dos impulsos, roubos, fugas, entre outros. Se intensos e persistentes estes comportamentos podem evoluir, ao longo do desenvolvimento, para o Transtorno Desafiador Opositivo (TDO), para o Transtorno de Conduta (TC) ou ainda, em adultos, para o Transtorno de Personalidade Antissocial (Borsa *et al.*, 2013).

Os comportamentos externalizantes apresentam alta prevalência em crianças brasileiras (Anselmi *et al.*, 2010) e de outros contextos culturais (Samarakkody *et al.*, 2012). Especificamente, o comportamento agressivo é um tipo de comportamento externalizante que tem sido discutido na psicologia e que pode ser descrito como um ato ou conduta com intenção de causar algum dano físico ou psicológico a alguém ou a um grupo de pessoas (Borsa *et al.*, 2011; Borsa *et al.*, 2013).

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

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

Os PI podem ser observados quando há excesso de preocupação, isolamento social, tristeza, timidez, insegurança e medos. Já os PE são caracterizados pela impulsividade, agressões físicas ou verbais, agitação, provocações e comportamentos opostos (Emerich *et al.*, 2012). Sobretudo, estes sintomas são frequentes durante a adolescência, porque as mudanças e processos de adaptação que os adolescentes enfrentam durante esse estágio de desenvolvimento podem ser emocionalmente angustiantes e expressos como problemas comportamentais, afetando o bem-estar e os relacionamentos pessoais com outras pessoas (Ministério da Saúde, 2008).

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

Para Daunis (2000) também há mudanças nas relações familiares, mais especificamente no que diz respeito às expectativas e cuidados dos pais para com os filhos. Ainda que o objetivo seja o de “cuidado”, tanto para o presente como visando a formação para o futuro, na verdade são criados obstáculos ao desenvolvimento do adolescente, que podem levar a PEC.

Observar os sintomas internalizantes e/ou externalizantes pode ser um auxílio no diagnóstico das principais doenças que afetam os adolescentes, como os transtornos depressivos, ansiosos, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os transtornos disruptivos.

2. Metodologia

Foi conduzido um estudo transversal, prospectivo, em uma cidade do sul do Brasil de aproximadamente 56.292 mil habitantes, com população de estudantes no ensino fundamental II e ensino médio de aproximadamente 1.670 adolescentes, no período de dezembro de 2017 até dezembro de 2019.

Os adolescentes foram convidados a participar da pesquisa por meio de uma carta enviada aos pais juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) assinado, após o consentimento de ambos, por 65 pais e 309 estudantes.

Os participantes da pesquisa foram provenientes de duas escolas públicas, totalizando 66% dos adolescentes, com 42,4% de uma escola situada no centro da cidade (escola C) e 23,6% de um bairro periférico (escola B) e 34% estudantes provenientes de uma escola particular situada em região central da cidade (escola A).

Cerca de 90% dos adolescentes estavam com idade entre 12 e 16 anos e 53% entre 13 e 14 anos, com média de idade de $13,7 \pm 1,5$ anos, sendo 167 (54,1%) do sexo masculino e 142 (45,9%) do sexo feminino.

Utilizou-se o Inventário de Autoavaliação para Adolescentes de 11 a 18 anos (*YSR - Youth Self Report*), que possui 112 sentenças que o adolescente responde de acordo com o que percebe de si mesmo. O *YSR* faz parte do sistema ASEBA, que possui escalas de avaliação que fornecem múltiplas perspectivas sobre o funcionamento de cada entrevistado, de acordo com a sua pontuação, faixa etária e gênero, respondido por 309 estudantes.

O Inventário de Comportamentos para crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos (*CBCL - Child Behavior Checklist*), que é uma das formas de avaliação do ASEBA e foi validado no Brasil por Bordin, Mari e Caeiro (1995), foi aplicado a 65 pais.

O destaque do *CBCL* e do *YSR* se dá pelo seu rigor metodológico, valor em pesquisas e utilidade na prática clínica.

Suas escalas fornecem ampla cobertura dos sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e adolescência. Ele é dividido em duas partes. A primeira é denominada *Competência Social* isto é, refere-se ao envolvimento e desempenho da criança em diversas atividades. A somatória dos escores relacionados às questões de competência social é convertida em T escore, de acordo com a análise específica para gênero e idade. O escore de desempenho escolar não é convertido em T escore. Os T escores são agrupados em 3 escalas: 1) *Atividade*; 2) *Social*; 3) *Competência Social* (Achenbach, 1991).

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

Na análise estatística foram aplicados os testes t de *Student* para amostras independentes, t de Student para amostras dependentes, Análise da variância (ANOVA) com teste post-hoc de Duncan e teste qui-quadrado de Pearson.

O coeficiente de correlação de Pearson foi calculado para estimar a associação entre as variáveis categóricas e o coeficiente de Cronbach foi calculado para avaliar a fidedignidade, com uma escala de 0 a 1, sendo considerado bom nível de consistência valores superiores a 0,7. Para todos os testes foi considerado o nível mínimo de significância de 5% e a amostra conferiu poder de teste de 95%.

3. Resultados

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

Na Tabela 1 estão apresentadas as médias dos escores observados na aplicação do *YSR* e a distribuição de frequência de acordo com a classificação em *Normal*, *Limítrofe* e *Clínico*. PI foram observados em 38,8% dos casos e PE em 16,6%.

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

Tabela 1 – Médias e Classificação das Escalas do *YSR* entre os Adolescentes.

| Áreas | Média ± DP | Normal | Limítrofe | Clínico |
|---------------------------------|-------------|--------------|------------|-------------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) |
| Competência | | | | |
| Atividades | 43,6 ± 10,3 | 240 (77,7%) | 36 (11,6%) | 33 (10,7%) |
| Social | 44,2 ± 9,6 | 235 (77,1%) | 37 (12,1%) | 33 (10,8%) |
| Acadêmica | 2,1 ± 0,4 | 309 (100,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) |
| Total | 42,2 ± 10,2 | 170 (55,7%) | 44 (14,5%) | 91 (29,8%) |
| Probl. Emocionais/Comportamento | | | | |
| Ansiedade/Depressão | 64,3 ± 10,1 | 171 (55,7%) | 66 (21,5%) | 70 (22,8%) |
| Isolamento/Depressão | 58,7 ± 8,7 | 246 (80,1%) | 35 (11,4%) | 26 (8,5%) |
| Queixas Somáticas | 58,5 ± 8,5 | 233 (75,9%) | 45 (14,7%) | 29 (9,4%) |
| Problemas Sociais | 57,6 ± 7,5 | 257 (83,7%) | 19 (6,2%) | 31 (10,1%) |
| Problemas de Pensamento | 57,3 ± 8,3 | 260 (84,7%) | 23 (7,5%) | 24 (7,8%) |
| Problemas de Atenção | 56,9 ± 8,0 | 257 (83,7%) | 30 (9,8%) | 20 (6,5%) |
| Quebrar Regras | 54,5 ± 5,6 | 279 (90,9%) | 25 (8,1%) | 3 (1,0%) |
| Agressividade | 57,9 ± 7,7 | 251 (81,8%) | 25 (8,1%) | 31 (10,1%) |
| Problemas Internalizantes | 61,2 ± 10,1 | 120 (39,1%) | 68 (22,1%) | 119 (38,8%) |
| Problemas Externalizantes | 54,4 ± 9,4 | 226 (73,6%) | 30 (9,8%) | 51 (16,6%) |
| Total de Problemas | 57,9 ± 9,7 | 172 (56,0%) | 51 (16,6%) | 84 (27,4%) |

Fonte: Autores.

Na Tabela 2 estão apresentadas as médias dos escores observados na aplicação do *CBCL* e a distribuição de

frequência de acordo com a classificação em *Normal*, *Limítrofe* e *Clínico*. PI foram observados em 32,0% dos casos e PE em 9,2%.

Tabela 2 – Médias e Classificação das Escalas do CBCL para os Pais.

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

Fonte: Autores.

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

Na Tabela 3 estão apresentadas as porcentagens de casos em que adolescentes e pais foram classificados como normais nas duas escalas - *YSR* para adolescentes e *CBCL* para os pais. Observou-se correlação moderada entre as duas escalas para as Competências ($r = 0,40 - 0,60$) e fraca ($r < 0,40$) para os Problemas Emocionais/Comportamentais.

Tabela 3 – Comparação das Escalas YSR para os Adolescentes e CBCL para Pais.

| Áreas | YSR (n = 65) | CBCL (n = 65) | p |
|--|--------------|---------------|----------------|
| Competência | | | |
| Atividades | 43,9 ± 9,5 | 44,9 ± 10,7 | 0,34 |
| Social | 42,3 ± 10,1 | 44,1 ± 9,9 | 0,14 |
| Acadêmica | 2,1 ± 0,4 | 48,8 ± 6,6 | < 0,001 |
| Total | 42,0 ± 9,8 | 43,5 ± 10,3 | 0,15 |
| Probl. emocionais/Comportamento | | | |
| Ansiedade/Depressão | 66,6 ± 10,1 | 61,0 ± 8,6 | < 0,001 |
| Isolamento/Depressão | 60,4 ± 9,2 | 57,6 ± 7,4 | 0,02 |
| Queixas Somáticas | 59,0 ± 7,3 | 58,5 ± 7,3 | 0,61 |
| Problemas Sociais | 58,0 ± 6,8 | 56,9 ± 6,3 | 0,33 |
| Problemas de Pensamento | 57,3 ± 8,5 | 55,5 ± 6,2 | 0,13 |
| Problemas de Atenção | 55,7 ± 7,1 | 54,7 ± 6,0 | 0,35 |
| Quebrar Regras | 53,9 ± 4,8 | 53,8 ± 4,5 | 0,94 |
| Agressividade | 57,1 ± 6,7 | 55,8 ± 7,0 | 0,22 |
| Problemas Internalizantes | 63,1 ± 10,5 | 58,5 ± 10,4 | < 0,01 |
| Problemas Externalizantes | 53,4 ± 8,9 | 51,7 ± 9,7 | 0,22 |
| Total de Problemas | 58,2 ± 9,9 | 54,1 ± 10,7 | 0,01 |

Fonte: Autores.

A média dos escores de Ansiedade/Depressão ($p < 0,001$), Isolamento/Depressão ($p = 0,03$), Queixas Somáticas ($p < 0,001$), Problemas Sociais ($p = 0,01$), Problemas de Atenção ($p < 0,01$) e Total de Problemas ($p = 0,01$) foram maiores no sexo feminino. A média da escala de PE também foi maior, com nível de significância limítrofe ($p = 0,08$). Problemas sociais foram observados com maior frequência no sexo feminino, com nível de significância limítrofe ($p = 0,05$), assim como Ansiedade/Depressão ($p < 0,01$), Isolamento/Depressão ($p < 0,01$), Queixas Somáticas ($p < 0,001$), Problemas Sociais ($p < 0,001$) e PI ($p = 0,03$). Problemas Totais foram vistos com maior frequência no sexo masculino, com nível de significância limítrofe ($p = 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4 – Classificação da Escala YSR para Adolescentes de acordo com o Sexo.

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

Nota: Teste qui-quadrado de Pearson. Fonte: Autores.

Problemas afetivos ($p = 0,01$), de Ansiedade ($p < 0,01$) e Problemas Somáticos ($p = 0,03$) foram mais observados no sexo feminino, enquanto Problemas Desafiador/Opositor ($p = 0,01$), mais entre os adolescentes do sexo masculino (Tabela 5).

Tabela 5 – Classificação da Escala YSR para Adolescentes de acordo com o Sexo.

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

Nota: Teste qui-quadrado de Pearson. Fonte: Autores.

4. Discussão

Entender o impacto dos PEC na adolescência pode permitir melhor avaliação do grau de prejuízo social que as desordens e seus diferentes estágios podem causar, o que pode ter influência determinante nas ações de saúde pública para sua prevenção e tratamento.

Sua prevalência tem variação significativa, de 9,6% a 39,4%, com prevalência média de 21,8% (variação interquartilica de 14,8-22,8%) (Costello *et al.*, 2006). Existe um hiato considerável na literatura no que se refere às pesquisas sobre como os padrões de neurodesenvolvimento dos PEC podem variar de acordo com a idade, ambiente, aspectos familiares e socioeconômicos, o que implica em variação expressiva das prevalências encontradas de acordo com os países de origem dos estudos (Costello *et al.*, 2006; Gutman & Joshi, 2019).

Na presente pesquisa os problemas de saúde mental (PSM) e transtornos psiquiátricos sublimiães registrados foram de 38,8% para PI, 16,6% para PE e 27,4% para Problemas Totais.

Em um estudo com adolescentes de 10 a 18 anos, que foram recrutados em escolas austríacas, os PEC foram investigados utilizando o *YSR* e na amostra escolar, 16,5% pontuaram na faixa clinicamente relevante, enquanto os PI foram mais prevalentes (17,8%) do que os PE (7,4%) (Philipp *et al.*, 2018). A diferença com o estudo em questão é bastante significativa, o que leva a concluir que viver em um país de primeiro mundo pode ser um fator protetivo para população jovem.

Em uma pesquisa comparativa com adolescentes do Nepal, por meio do *YSR*, verificou-se que PI (35,8%) também foram mais comuns que PE (18,5%) m uma amostra de 330 adolescentes (Sharma *et al.*, 2019), com resultados semelhantes ao aqui encontrados.

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

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

Com relação às diferenças de informação, os mais recentes estudos que utilizaram as comparações entre os respondentes (pais, responsáveis, professores, cuidadores) trazem discrepâncias entre as respostas. Os pais geralmente têm informações escassas sobre o comportamento de crianças e adolescentes na escola e, em contrapartida, os professores tendem a ter pouco conhecimento sobre o comportamento em ambiente familiar (Caye *et al.*, 2013; Alexander & Liljequist, 2016). Nesta amostra percebeu-se pouca discrepância, talvez pelo número de pais que responderam, ou até sugere-se que possam estar mais atentos aos seus.

Os PI também foram maioria nesta amostra de pais. Em uma pesquisa com adolescentes espanhóis observou-se associação clara entre PI (passividade, apatia, depressão, entre outras manifestações) e um estilo parental autoritário. Também foram relatados níveis inadequados de afeto, com predomínio de agressão e rejeição, associada à expressão de PE (agressividade, hostilidade e delinqüência). Neste estudo espanhol também foi sugerido que carinho insuficiente recebido da mãe combinado com rejeição pelo pai esteve associado a maior probabilidade do filho desempenhar papel de agressor no ambiente escolar (Ortuño-Sierra *et al.*, 2017).

Um importante estudo longitudinal realizado na Austrália por Robinson *et al.* (2019), sobre os relatos de adolescentes e pais sobre saúde mental de adolescentes, observou-se baixa correlação e o entendimento desta discrepância tem importância clínica. Em acompanhamentos de 14 e 17 anos do Estudo da Coorte de Gravidez da Austrália Ocidental, 1.596 díades de pais e filhos completaram o *CBCL* relatada pelos pais e o *YSR* pelos jovens. Fatores maternos, familiares, adolescentes e parentais foram examinados como possíveis preditores de discrepâncias. Quando os escores de *YSR* dos adolescentes estavam na faixa clínica, mas as classificações da *CBCL* dos pais não, os adolescentes tiveram maior probabilidade de relatar intoxicação por álcool nos últimos 6 meses, uso de drogas ilícitas, baixa motivação escolar e depressão. Quando os pais relataram comportamento externalizante na faixa clínica, mas os adolescentes não, as características associadas a isso foram idade materna mais jovem, recebimento de benefício previdenciário, estresse relacionado aos pais, depressão e mau funcionamento da família. Observaram que os relatos de adolescentes e pais sobre problemas de saúde mental de adolescentes geralmente se

correlacionaram pouco, mas pouco se sabe sobre quais fatores contextuais levaram a estas discordâncias. A compreensão dos fatores que influenciam a concordância é clinicamente relevante para prever e identificar distúrbios comportamentais externalizantes. Constataram que o uso de substâncias, depressão e baixa motivação escolar impactaram na discrepância nos escores de comportamento de externalização para adolescentes do sexo masculino de 14 anos e seus pais. Depressão parental, estresse, baixa renda familiar e disfunção familiar também levaram a maior probabilidade de discrepância nos escores (Robinson *et al.*, 2019).

Chen *et al.* (2017), em pesquisa realizada sobre discrepâncias entre relatos de pais e filhos sobre PEC de adolescentes, em Taiwan, encontraram concordância moderada em uma amostra de 1.412 pares de pais e adolescentes, chegando a refutar a hipótese de que sociedades com fortes tradições de familismo e coletivismo teriam maior concordância entre pais e filhos, sendo o termo familismo utilizado para designar uma ideologia do oriente que prioriza a família.

A questão é que, apesar de tão diferentes culturas, os estudos por meio de *YSR* e *CBCL* identificam que os comportamentos dos adolescentes precisam ser melhor examinados para que se possa auxiliá-los com maior coerência.

Verificou-se, no presente estudo, maior frequência de PI e PE no sexo feminino e nas escalas orientadas do DSM a única exceção foi para os problemas de conduta, que predominaram no sexo oposto.

Embora diferentes estudos apontem que meninos apresentam significativamente mais problemas de agressividade e de quebra de regras que as meninas, tanto no Brasil (Emerich *et al.*, 2012), como em outras culturas (Lochman, 1987; Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001; Ivanova *et al.*, 2007a e b), no presente estudo estas diferenças não foram expressivas. Além disso, não foram observadas pontuações muito altas nas escalas de problemas de comportamento como quebra de regras ou comportamentos agressivos sugerindo que, neste estudo, tanto no sexo masculino como no sexo feminino, os adolescentes apresentaram boa capacidade de adaptação, no que se refere aos problemas de quebrar regras.

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

Notou-se no item Ansiedade e Depressão frequência de 32,1% no sexo feminino, enquanto no sexo masculino foi de 15,0% e até mesmo no quesito Isolamento/Depressão, maior nas meninas do que nos meninos (13,5% vs 4,2%). Este achado vai de encontro às prevalências já apontadas e sabidamente maiores entre as meninas, mas indicam também a importância de compreender mais sobre as emoções dos adolescentes, e até mesmo perceber que estímulos para que eles possam falar do que sentem são fundamentais e que a necessidade de serem ouvidos deve se sobrepor ao sentimento de autojulgamento, que muitas vezes dificulta suas falas.

Em estudo recente com adolescentes austríacos, Philipp *et al.* (2018) relataram, já em consistência com a literatura existente, que as meninas apresentam mais problemas totais e PI e os meninos mais PE.

Já em pesquisa com 330 adolescentes no Nepal, os PEC foram observados em 38,8% entre os adolescentes do sexo masculino e 22,5% do sexo feminino. Os meninos adolescentes do Nepal pontuaram mais alto que as adolescentes no *YSR*, exceto na síndrome do Problema Social (Sharma *et al.*, 2019).

Estes autores observaram mais adolescentes do sexo masculino com Ansiedade/Depressão (13,8%) e Isolamento/Depressão (9,9%) em comparação com adolescentes do sexo feminino (10,7% e 7,3%) (Sharma *et al.*, 2019), diferindo dos resultados da presente pesquisa e de demais estudos brasileiros e europeus.

No entanto, surpreende-se que nesta amostra, encontrou-se adolescentes em moderados e graves sofrimentos

psíquicos, apesar da linha tênue entre o que é considerado comum na adolescência e aquilo que corresponde a um intenso sofrimento mental, que pode causar consequências graves na adolescência e adulta.

Medidas de identificação de sinais de PEC são fundamentais para o diagnóstico precoce, com objetivo de orientação e cuidados para todos os envolvidos com este público e dados epidemiológicos são cruciais para planejar estratégias de prevenção adequadas. Observou-se frequência significativa de sintomas de problemas de saúde mental (PSM) e transtornos psiquiátricos sublimiáres, apontando que uma proporção significativa de adolescentes está em risco de problemas de saúde mental e necessitam de prevenção direcionada.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms, & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Alexander, L., & Liljequist, L. (2016). Determining the Accuracy of Self-Report Versus Informant-Report Using the Conners' Adult ADHD Rating Scale. *Journal of Attention Disorders, 20*(4), 346-352.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.) Artmed.
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araujo, C. L., & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(1), 135-142.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Prette, A. D. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5*(2), 91-103.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T. V., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveiras, E. F. M. (2013). 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, 29*(1), 13-28.
- Borsa, C. J., Tiellet, J., & Nunes, M. L. (2011). Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. *Aletheia, 34*, 32-46.
- Borsa, J. C., Pacheco, J. T., & Hauck-Filho, N. (2013). Transtorno da personalidade antissocial: etiologia e fatores de risco. In: L. F. Carvalho & R. Primi. *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: implicações teóricas e práticas* (Cap. 24). Casa do Psicólogo.
- Caye, A., Machado, J. D., & Rohde, L. A. (2013). Evaluating Parental Disagreement In ADHD Diagnosis: Can We Rely On A Single Report From Home? *Journal of Attention Disorders, XX*, 1-6.
- Chen, Y. Y., Ho, S. Y., Lee, P. C., Wu, C. K., & Gau, S. S. F. (2017). Discrepâncias entre pais e filhos no relato de problemas emocionais e comportamentais dos adolescentes em Taiwan. *Plos One, 12*, e0178863.
- Cole, P. M., Luby, J., & Sullivan, M. W. (2008). Emotions and the Development of Childhood Depression: Bridging the Gap. *Child Development Perspectives, 2*(3), 141-148.
- Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(12), 1263-1271.
- Daunis, R. (2000). *Jovens: desenvolvimento e identidade*. Sinodal.
- Emerich, D. R., Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. M. (2012). Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico, 43*(3), 380-387.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(6), 727-734.
- Gutman, L. M., & Joshi, H. (2019). Schoon I. Developmental Trajectories of Conduct Problems and Risk from Early Childhood to Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 48*(2), 181-189.
- Heck, V. S., Yates, D. B., Poggere, L. C., Tosi, S. M. V. D., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2009). Validação dos subtestes verbais da versão de adaptação da WASI. *Avaliação Psicológica, 8*(1), 33-42.
- Homem, T., Gaspar, M., Seabra, S., Azevedo, M., & Canavarro, A. (2013). Perturbações de comportamento externalizante em idade pré-escolar: O caso específico da perturbação de oposição. *Análise Psicológica, 31*(1), 31-48.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Dumence, L. (2007a). The generalizability of the Youth Self Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 729-738.

- Ivanova, M. Y., Dobrean, A., Döpfner, M., & Erol, N. (2007b). Testing the Syndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 405-417.
- Lochman, J. E. (1987). Self-and peer perceptions and attributional biases of aggressive and nonaggressive boys in dyadic interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 404-410.
- Melo, W. V., Fava, D. C., Souza, C. M., Alvarado, E. (2017). A terapia comportamental dialética na adolescência. In: C. B. Neufeld. *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental* (pp. 42-60). Porto Alegre: Artmed.
- Ministério da Saúde (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do adolescente: competências e habilidade*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2018). *Folha informativa: saúde mental dos adolescentes*. https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5779:folha-informativa-saude-mental-dos-adolescentes&Itemid=839.
- Ortuño-Sierra, J., Fonseca-Pedrero, E., Riba, S. I., & Muñiz, J. (2017). Patterns of behavioural and emotional difficulties through adolescence: The influence of prosocial skills. *Anales de Psicología*, 33(1), 48-56.
- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento anti-social na transição da infância para a adolescência: uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 55-61.
- Philipp, J., Zeiler, M., Waldherr, K., Truttmann, S., Wolfgang, D., Karwautz, A. F. K., & Wagner, G. (2018). Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(12), 1325-1337.
- Robinson, M., Doherty, D., Cannon, J., Hickey, M., Rosenthal, S., Marino, J., & Skinner, S. (2019). Comparing adolescent and parent reports of externalizing problems: A longitudinal population-based study. *British Psychological Society*, 37(2), 247-268.
- Rocha, M. M. (2012). *Evidências de validade do "Inventário para Adolescentes" (YSR/2001) para a população brasileira* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Brasil.
- Rutter, M. (1992). Adolescence as a transition period: continuities and discontinuities in conduct disorder. *Journal of Adolescent Health*, 13(6), 451-460.
- Samarakkody, D., Fernando, D., McClure, R., Perera, H., & De Silva, H. (2012). Prevalence of externalizing behavior problems in Sri Lankan preschool children: birth, childhood, and sociodemographic risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 757-762.
- Sharma, N., Rai, M. K., Sharma, A., & Karki, S. (2019). Emotional and Behavioral Problems among Adolescents in Pokhara City in Nepal. *Journal of the Nepal Health Research Council*, 16(41), 419-424.
- Vinocur, E., & Pereira, H. V. S. F. (2011). Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 10, 26-34.
- Wangby, M., Bergman, L., & Magnusson, D. (1999). Development of adjustment problems in girls: what syndromes emerge? *Child Development*, 70(3), 678-699.