

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Problemas emocionais e de comportamento em adolescentes do sul do Brasil

Emotional-behavioral problems in adolescents from southern Brazil

**Problemas emocionales y de comportamiento en adolescentes del sur de
Brasil**

Clarisse Pereira Mosmann¹, Melina Lima², Mariana Rodrigues Machado³, Bruna Hofmann⁴, &
Franciele Peloso⁵

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos. *E-mail:* clarissemosmann@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-9275-1105>

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos. *E-mail:* lima.melina@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-7601-1935>

³ Universidade do Vale do Rio dos Sinos. *E-mail:* mariana.rmachado@yahoo.com.br *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-7111-3710>

⁴ Centro Universitário São Camilo. *E-mail:* hofmannbruna@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-5063-4536>

⁵ Universidade do Vale do Rio dos Sinos. *E-mail:* francielepeloso@outlook.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-4663-9569>

Informações do Artigo:

Clarisse Pereira Mosmann

clarissemosmann@gmail.com

Recebido em: 20/10/2021

Aceito em: 25/03/2023

RESUMO

O estudo objetivou descrever problemas internalizantes e externalizantes em uma amostra não clínica de adolescentes, considerando as características sociodemográficas e das configurações familiares. Participaram 689 adolescentes com idades entre 11 e 18 anos ($M=14,83$; $DP=1,84$), sendo 57,9% do sexo feminino. Foi respondido um questionário sociodemográfico e o Youth Self Report (YSR). Sucederam-se análises descritivas e comparativas entre grupos, nas quais observaram-se efeitos de grupo nas variáveis idade, escolaridade e configuração familiar. Adolescentes mais velhos ou oriundos de famílias separadas relataram mais problemas emocionais e comportamentais. As evidências contribuem para desenvolver programas clínicos e educativos.

PALAVRAS-CHAVE:

Adolescentes; Problemas emocionais e comportamentais; Youth Self Report (YSR).

ABSTRACT

The present study aimed to describe internalizing and externalizing problems in a non-clinical sample of adolescents, considering sociodemographic characteristics and family configurations. A total of 689 adolescents aged between 11 and 18 years ($M = 14.83$; $SD = 1.84$) participated, with 57.9% being female. They completed a sociodemographic questionnaire and the Youth Self Report (YSR). Descriptive and comparative analyses were performed between groups, in which group effects were observed in the variables age, education, and family configuration. Older adolescents or those from separated families reported more emotional and behavioral problems. Evidence contributes to developing clinical and educational programs.

KEYWORDS:

Adolescents; Emotional and behavioral problems; Youth Self Report (YSR).

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo describir los problemas internalizantes y externalizantes en una muestra no clínica de adolescentes, considerando características sociodemográficas y configuraciones familiares. Participaron 689 adolescentes entre 11 y 18 años ($M = 14,83$; $DT = 1,84$), siendo un 57,9% del sexo femenino. Los participantes respondieron un cuestionario sociodemográfico y el Youth Self Report (YSR). Se realizaron análisis descriptivos y comparativos entre grupos. Los adolescentes mayores o los provenientes de familias separadas informaron más problemas emocionales y de comportamiento. Las evidencias contribuyen al desarrollo de programas clínicos y educativos.

PALABRAS CLAVES

Adolescentes; Problemas emocionales y de comportamiento; Youth Self Report (YSR).

A adolescência caracteriza-se pelo período de transição da infância para a vida adulta e corresponde a uma faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos de idade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2007). É considerado um período crítico do desenvolvimento humano (OMS, 2016), no qual são observadas inúmeras mudanças fisiológicas e psicológicas (Bessette et al., 2018; Fischer et al., 2018). Estima-se uma população de 1,2 bilhão de adolescentes no mundo, destes uma grande parcela vive de maneira saudável. Contudo, há preocupações significativas sobre mortes prematuras, doenças, lesões e problemas mentais nessa faixa etária (Organização

Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2017). No que se refere aos transtornos mentais, sabe-se que os sintomas internalizantes e externalizantes podem repercutir em prejuízos nas diferentes esferas da vida dos adolescentes, que vão desde déficits no desempenho escolar até dificuldades nas relações familiares (Cabrera et al., 2012; Ibabe, 2019; Marin et al., 2018; Mosmann et al., 2017). Os estudos que buscam descrever a manifestação desses sintomas internalizantes⁶ e externalizantes⁷ em determinadas populações auxiliam nas especificações sintomatológicas e contribuem para o planejamento de intervenções mais efetivas (Bordin, 2013; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Kasinathan et al., 2017; Mullick & Goodman, 2005; Shahrivar et al., 2008).

Com relação à prevalência mundial de problemas emocionais e de comportamento, estima-se que 15% dos adolescentes manifestem sintomas internalizantes, externalizantes ou mistos (Ginige et al., 2014). Uma pesquisa com amostra não clínica do sudeste do Brasil, realizada há mais de uma década, revelou que 13% das crianças entre sete e 14 anos de idade que participaram do estudo, tinham pelo menos um distúrbio psiquiátrico. Os sintomas mais recorrentes observados foram: comportamento de oposição, ansiedade, hiperatividade, déficit na atenção e depressão. Os distúrbios externalizantes se mostraram mais comuns no sexo masculino, ao passo que a maior ocorrência de depressão foi observada nas crianças mais velhas. Além disso, os resultados indicaram uma prevalência de transtornos mentais no grupo de crianças estudantes de escolas públicas (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

Outro estudo de caráter epidemiológico com 74.589 jovens, realizado para verificar a prevalência dos transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros de diferentes regiões do país, identificou que as meninas apresentam mais sintomas quando comparadas aos meninos, e que a faixa etária mais acometida varia entre 15 e 17 anos. Neste levantamento não foram observadas diferenças entre o tipo de escola (pública ou privada) e nem entre as regiões

⁶ Preocupação em excesso, retraimento, tristeza, timidez, insegurança e medos.

⁷ Impulsividade, agressão física ou verbal, agitação e provocações.

brasileiras (Paula et al., 2014). Uma pesquisa de base-populacional na cidade de Pelotas/RS obteve que as meninas apresentaram maior vulnerabilidade aos transtornos mentais. Ademais, que adolescentes mais velhos revelaram maior propensão à manifestação de sintomas, corroborando os achados para a amostra da região sul do país no estudo epidemiológico de contexto nacional (Lopes et al., 2016). Para investigação dos sintomas, nestes estudos foram utilizados, respectivamente, o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS-PL)* e *General Health Questionnaire*. Verifica-se que o primeiro não é um instrumento de autorrelato, enquanto o segundo, mesmo sendo um instrumento de autorrelato, configura-se como uma ferramenta de triagem e pode ser pouco preciso para a especificação de sintomas (Lopes et al., 2016; Paula et al., 2014). No presente estudo foi utilizado o *Youth Self-Report (YSR)*, pois buscou-se avançar na compreensão e discriminação dos problemas autorrelatados pelos jovens. Além disso, a amostra do estudo não se caracteriza como uma amostra clínica, e os dados obtidos foram extraídos a partir de uma medida utilizada internacionalmente (Bordin et al., 2013).

Destacam-se os aspectos acima porque foram observadas pesquisas descritivas sobre a saúde mental de jovens no sul do Brasil (Borsa et al., 2013; Cardoso et al., 2018), entretanto os estudos encontrados priorizaram as amostras clínicas. Neste sentido, é imprescindível que sejam desenvolvidos novos dados com amostras não clínicas, uma vez que os resultados podem apresentar grande disparidade de acordo com as características sociodemográficas da população em geral (Ginige, et al., 2014).

Dentre a identificação das particularidades, a atenção às configurações familiares se faz extremamente importante, uma vez que o ambiente familiar e a dissolução do casamento dos pais podem impactar na manifestação de problemas emocionais nos jovens. Em diferentes contextos mundiais, há dados que mostram que os adolescentes podem apresentar sintomas internalizantes (Di Manno et al., 2018; Hadžikapetanović et al., 2017), assim como problemas comportamentais após o divórcio dos pais (Lan et al., 2019; Weaver & Schofield, 2015).

Conhecendo as características dos sintomas comportamentais e emocionais apresentados pelos jovens é possível auxiliar no planejamento de intervenções e atendimentos clínicos. Os transtornos mentais são frequentes entre adolescentes, mas o relato dos sintomas de maneira não precisa, dificulta a identificação pelos gestores escolares ou pelos serviços de saúde, levando à negligência ou dificuldade na identificação (Lopes et al., 2016). Além disso, nesta etapa do ciclo vital a promoção de comportamentos saudáveis e a atenção à saúde mental é fundamental para a prevenção de problemas na vida adulta (Melchior et al., 2018; OPAS, 2017). Neste sentido, o presente estudo teve por objetivo descrever os problemas internalizantes e externalizantes em uma amostra não clínica de adolescentes do sul do Brasil, considerando as características sociodemográficas e das configurações familiares.

Para esse estudo tem-se algumas hipóteses, como: a) identificação da prevalência de sintomas internalizantes em adolescentes do sexo feminino (Lopes et al., 2016; Paula et al., 2014); b) maior manifestação de sintomas internalizantes em adolescentes na faixa etária de 14 a 18 anos (Lopes et al., 2016; Valverde et al., 2012); c) maior propensão de problemas emocionais e de comportamento entre os adolescentes das escolas públicas e com nível socioeconômico menos favorecido (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira [INEP], 2015; Di Manno et al., 2018; Uddin et al., 2017) e d) adolescentes de família separadas ou de configuração não tradicionais

demostrem maior incidência de problemas emocionais e comportamentais (Park & Lee, 2020; Hiekel & Vidal, 2019; Steele et al., 2020).

Método

Participantes

Participaram do estudo 689 adolescentes brasileiros residentes no estado do Rio Grande do Sul. Estes apresentaram idades entre 11 e 18 anos ($M=14,83$; $DP=1,84$), sendo 57,9% do sexo feminino. Com relação à atividade laboral, 15,9% da amostra estava trabalhando ou realizando algum estágio. Quanto à religião, 48,1% dos adolescentes indicaram que se consideram católicos, 26% evangélicos, 15,8% referiram não ter nenhuma religião e 10% mencionaram outras religiões. Entretanto, apenas 20,7% se dizem praticantes da religião. Os adolescentes que já realizaram ou estavam realizando tratamento psicológico correspondem a 24,5% da amostra, sendo que 87% destes já realizaram psicoterapia individual em algum momento da vida.

Instrumentos

Questionário de Dados Sociodemográficos

O instrumento foi elaborado pelo grupo de pesquisadores do estudo, contendo 24 itens sobre aspectos de saúde e particularidades dos participantes como: a) sexo; b) idade; c) escolaridade e d) cidade de residência. Assim como, as características familiares, pessoas com quem residem e números de irmãos.

Inventário de Autoavaliação de Jovens de 11 a 18 anos - YSR, Youth Self-Report (Achenbach et al., 2001)

O YSR é composto por 118 itens, os quais são divididos em oito escalas que indicam problemas de comportamento e sintomas emocionais. O inventário foi validado para utilização no Brasil por Bordin (2013). Nesse estudo, foi utilizada a subdivisão em níveis e apresentados os respectivos alphas de Cronbach. Os sintomas internalizantes são compostos pelas escalas de

Ansiedade/Depressão (0,80), Retraimento (0,69) e Queixas somáticas (0,79). Já os sintomas externalizantes abrangem as escalas de Problemas sociais (0,61), Comportamento delinquente (0,70) e Comportamento agressivo (0,80).

Procedimentos Éticos e Coleta de Dados

Os participantes foram selecionados por amostragem não aleatória de conveniência, ao passo que os cuidados éticos foram observados de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (CAE:36888214.0.0000.5344). Aos responsáveis e adolescentes foram assegurados a confidencialidade dos dados fornecidos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, o qual foi assinado pelos responsáveis, e por meio do Termo de Assentimento – TA, preenchido pelos adolescentes.

A coleta de dados foi realizada pela equipe de pesquisadores devidamente treinada em escolas públicas e privadas do estado do Rio Grande do Sul. Após a autorização das instituições de ensino, os jovens que demonstram interesse em participar da pesquisa responderam aos instrumentos de maneira coletiva, em um encontro que durou aproximadamente 90 minutos.

Análise de Dados

Inicialmente a normalidade dos dados foi testada através do teste Shapiro-Wilk, enquanto a homogeneidade das variâncias por meio do teste de Levene. O pressuposto de normalidade não foi obtido para todas as variáveis, e a homogeneidade das variâncias não foi alcançada em algumas variáveis. A partir dos resultados iniciais, foram realizados procedimentos de bootstrapping (1000 re-amostragens; 95% IC BCa) visando a correção de desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos (Haukoos & Lewis, 2005). Para as variáveis que não apresentaram heterogeneidade de variância, foram solicitadas a

correção de *Welch* e avaliação de post-hoc por meio do teste Games-Howell, que assume a heterogeneidade de variância (Field, 2018). O nível de significância utilizado nos testes estatísticos aplicados foi de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas por meio dos softwares *Statistical for the Social Sciences* (SPSS 25.0) e AMOS (versão 24).

Resultados

Observou-se que 54,9% dos jovens entrevistados eram residentes de Porto Alegre ou região metropolitana, e o restante em cidades do interior do estado. Na amostra, 42,4% estavam no ensino fundamental, 55,4% no ensino médio e 1,6% no ensino superior. Destes adolescentes, 76,3% frequentavam majoritariamente escolas públicas. Ao considerar a escolaridade da mãe, 17,2% tinham ensino superior completo, 31,8% ensino médio e/ou técnico, 3,6% ensino médio incompleto, 18,4% ensino fundamental completo ou incompleto, 0,7% declararam não possuir instrução e 28,7% não sabiam ou não responderam. Com relação ao pai dos adolescentes, 14% tinham ensino superior completo, 27,9% tinham ensino médio e/ou técnico, 3,8% ensino médio incompleto, 21,7% ensino fundamental completo ou incompleto, 2% sem instrução e 30,4% não sabiam ou não responderam ao item.

Ao analisar a configuração familiar, constatou-se que 63% dos adolescentes moravam junto com o pai e/ou a mãe. Destes, 2,6% dos pais já haviam recasado e os adolescentes também moravam com as madrastas e 8,9% das mães haviam recasado e o padrasto morava com o adolescente. 2,5% dos jovens moravam somente com o pai e 14,6% somente com a mãe. Ainda, 0,3% dos adolescentes indicaram estar em um regime de guarda compartilhada e 38% relataram outras configurações familiares (morar com avós ou tios). Após as análises descritivas dos dados, foram realizadas análises comparativas do YSR para as variáveis de problemas internalizantes, problemas externalizantes e problemas totais de acordo com grupos das seguintes variáveis

sociodemográficas: idade, configuração familiar e escolaridade. Na Tabela 1 podem ser visualizados os resultados.

Tabela 1

Análises Descritivas e Comparativas dos Níveis YSR por Variáveis Sociodemográficas

		Problemas internalizantes	Problemas externalizantes	Problemas comportamentais totais
		MD(DP) / Erro padrão (95% IC)	MD(DP) / Erro padrão (95% IC)	MD(DP) / Erro padrão (95% IC)
Idade	Adolescência inicial (N=179)	17,85 (8,87) / 0,67 (16,52-19,26)	11,88 (7,07) / 0,44 (10,84-12,91)	55,63 (25,01) / 1,92 (51,92-59,74)
	Adolescência média (N=367)	19,31 (10,41) / 0,55 (18,19-20,37)	14,30 (7,84) / 0,42 (13,45-15,11)	62,12 (27,08) / 1,45 (59,18-64,90)
	Adolescência final (N=142)	19,72 (9,17) / 0,75 (-21,36)	14,73 (7,57) / 0,62 (13,57-16,02)	63,51 (25,16) / 2,08 (58,57-68,04)
		F (2,346,54) = 2,05 p = 0,13	F (2,335,52) = 8,20 p = 0,00	F (2,337,95) = 5,03 p = 0,00
Tipo de família	Famílias Nucleares (N=444)	18,72 (9,82) / 0,46 (17,88-19,60)	12,94 (7,35) / 0,35 (12,31-13,61)	58,59 (25,99) / 1,24 (56,32-60,86)
	Famílias separadas (N=198)	19,50 (9,72) / 0,69 (18,17-20,83)	15,40 (8,19) / 0,61 (14,16-16,44)	64,70 (26,58) / 1,94 (61,01-68,31)
	Outras Configurações (N=43)	19,75 (9,85) / 1,55 (16,80-23,13)	14,70 (7,04) / 1,13 (12,49-17,15)	64,46 (26,01) / 3,97 (56,45-72,46)
		F (2, 112,20) = 0,565 p = 0,570	F (2, 112,89) = 7,04 p = 0,001	F (2, 112,14) = 4,12 p = 0,01
Escolaridade	Ensino Fundamental (N=289)	17,68 (8,85) / 0,53 (16,67-18,77)	12,64 (7,35) / 0,44 (11,75-13,59)	64,70 (26,58) / 1,94 (61,01-68,31)
	Ensino Médio (381)	20,15 (10,38) / 0,53 (19,66-21,32)	14,69 (7,82) / 0,33 (13,85-15,47)	58,59 (25,99) / 1,24 (56,33-60,84)
	Ensino Superior (N=11)	15,18 (7,83) / 2,33 (10,40-20,35)	14,70 (7,04) / 1,13 (12,49-17,15)	12,36 (6,46) / 1,94 (8,48-16,57)
		F (2, 27,55) = 6,52 p = 0,005	F (2, 27,42) = 6,12 p = 0,006	F (2, 27,37) = 7,55 p = 0,002

Tabela 2
Análises Comparativas Através de Testes Post-hoc de Games-Howell com Bootstrapping
(N=689)

			Problemas internalizantes	Problemas externalizantes	Problemas totais
			Diferenças de médias/ Erro padrão (95% IC)	Diferenças de médias/ Erro padrão (95% IC)	Diferenças de médias/ Erro padrão (95% IC)
Idade	Adolescência inicial	Adolescência média	-0,5/ 0,44 (-1,55-0,52)	-1,45/ 0,86 (-3,47-0,57)	-6,49*/ 2,35 (-12,02-0,96)
		Adolescência final	-0,8/ 0,53 (-2,13-0,36)	-1,86/ 1,01 (-4,25-0,53)	-7,88*/ 2,82 (-14,53-1,23)
	Adolescência média	Adolescência inicial	0,514/ 0,44 (-0,519-1,55)	1,45/ 0,86 (-0,57-3,47)	6,49*/ 2,35 (0,96-12,02)
		Adolescência final	-0,37/ 0,48 (-1,50-0,75)	-0,40/ 0,94 (-2,63-1,81)	-1,39/ 2,54 (-7,38-4,60)
	Adolescência final	Adolescência inicial	0,89/ 0,53 (-2,13-0,36)	1,86/ 1,01 (-0,57-4,25)	7,88*/ 2,54 (-7,38-4,60)
		Adolescência média	0,37/ 0,48 (-0,75-1,50)	-0,40/ 0,94 (-2,63-1,81)	1,39/ 2,54 (-4,60-7,38)
Tipo de família	Famílias nucleares	Famílias separadas	-,78/ 0,83 (-2,74-1,17)	-2,46*/ 0,67 (-4,06-0,86)	-6,11*/ 2,25 (-11,41-0,80)
		Outras configurações	-1,03/ 1,57 (-4,83-2,76)	-1,76/ 1,13 (-4,49-0,96)	-5,86/ 4,15 (-15,89-4,16)
	Famílias separadas	Famílias nucleares	0,78/ 0,833 (-1,17-2,74)	2,46*/ 0,67 (0,86-4,06)	6,11*/ 2,25 (0,80-11,41)
		Outras configurações	-0,25/ 1,65 (-4,22-3,72)	0,70/ 1,22 (-2,22-3,63)	0,24/ 4,39 (-10,30-10,79)
	Outras configurações	Famílias nucleares	1,03/ 1,57 (-2,7-4,83)	1,76/ 1,13 (-0,96-4,49)	5,86/ 4,15 (-4,16-15,89)
		Famílias separadas	0,25/ 1,65 (-3,72-4,22)	-0,70/ 1,22 (-3,63-2,22)	-0,24/ 4,39 (-10,70-10,30)
Escolaridade	Ensino fundamental	Ensino médio	-2,46*/ 0,74 (-4,21-0,71)	-2,04*/ 0,58 (-3,41-0,66)	-7,49 2,01 (-12,24-2,75)
		Ensino superior	2,50/ 2,41 (-4,02-9,03)	0,28/ 1,99 (-3,06-7,71)	4,95/ 6,98 (-13,92-23,82)
	Ensino médio	Ensino fundamental	2,46*/ 0,74 (0,71-4,21)	2,04*/ 0,58 (0,66-3,43)	7,49/ 2,01 (2,75-12,24)
		Ensino superior	4,97/2,42 (-1,56-11,50)	2,32/ 1,99 (-5,67-5,11)	12,44/ 6,96 (-6,39-31,29)
	Ensino superior	Ensino fundamental	-2,50/ 2,41 (-9,03-4,02)	-0,28/ 1,99 (-5,67-5,11)	-4,95/ 6,98 (-23,82-13,92)
		Ensino médio	-4,97/ 2,42 (-11,50-1,56)	-2,32/ 1,99 (-7,71-3,06)	-12,44/ 6,96 (-31,29-6,39)

Nota. * nível de significância ($p < 0,05$).

Para analisar as diferenças entre as variáveis latentes do YSR, de acordo com o sexo e tipo de escola dos participantes, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. Os resultados foram descritos nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3

Análises Comparativas do YSR de Acordo com o Sexo

	Média (DP)	U de Mann-Whitney <i>p</i> value
Sexo	M/F	
Problemas Internalizantes	16 (9,19) / 22,41 (9,77)	51578,500 0,03*
Problemas Externalizantes	16,2 (7,83) / 17,37 (7,22)	33960,000 0,00*
Problemas totais	69,14 (24,85) / 79,50 (24,39)	49859,500 0,00*

Nota. * nível de significância ($p < 0,05$). M= masculino. F= feminino.

Tabela 4

Análises Comparativas do YSR de Acordo com o Tipo de Escola (pública/privada)

	Média (DP)	U de Mann-Whitney <i>p</i> value
Tipo de escola	P/PV	
Problemas internalizantes	19,98 (9,93) / 18,81 (10,49)	21852,500 0,16
Problemas externalizantes	17,15 (7,61) / 16,02 (7,23)	24384,50 0,13
Problemas totais	75,76 (25,36) / 73,11 (24,90)	11595,00 0,38

Nota. * nível de significância ($p < 0,05$). P = pública. PV = privada.

Discussão

A avaliação dos problemas emocionais e comportamentais realizadas através do YSR demonstrou resultados na direção esperada em relação ao sexo dos participantes. As adolescentes do sexo feminino relataram mais problemas emocionais e comportamentais totais, se comparadas aos meninos. Os achados corroboram os estudos anteriores (Lopes et al., 2016; Paula et al., 2014), especialmente no que se refere aos resultados médios dos sintomas internalizantes. Os adolescentes com sintomas internalizantes tendem a ter uma visão mais negativa de si mesmos (Moksnes et al., 2016), o que sugere um viés negativo na autoavaliação deste grupo. Além disso, o relato desses sintomas pelas adolescentes do sexo feminino também pode estar associado a uma educação mais voltada para a introspecção, ou menor incentivo e liberdade para expressar sentimentos (Young et al., 2009).

Com relação à idade, quanto mais velhos os participantes, mais foram observados relatos de problemas, tanto emocionais quanto comportamentais. Não houve efeito de grupo para os sintomas internalizantes como se esperava. As diferenças evidenciadas foram significativas para os problemas comportamentais e totais. Diferente do encontrado em um estudo anterior desenvolvido pelos autores desta pesquisa, os adolescentes mais jovens não apresentaram mais sintomas externalizantes, se comparados aos mais velhos (Mosmann et al., 2017). Os resultados da presente pesquisa foram na mesma direção de outra realizada com o YSR, em que os participantes eram adolescentes com idade média de 14,85 anos, na qual foi constatada uma associação entre a idade avançada dos adolescentes e os problemas externalizantes (Effatpanah et al., 2020). Ademais, foi observada uma diferença significativa entre os sintomas relatados pelos estudantes do ensino fundamental e ensino médio, ou seja, os participantes com um maior tempo de escolaridade apresentaram mais sintomas internalizantes e externalizantes. Esse resultado pode ser atribuído à compreensão mais crítica desenvolvida por adolescentes com

maior escolaridade em relação às situações vivenciadas, acarretando maiores desafios na gestão de sentimentos e comportamentos. Além disso, a busca por pertencimento a um grupo e identificação com pares, comum entre adolescentes mais velhos, pode causar sofrimento quando não alcançada.

Além dos aspectos individuais, foram analisados os tipos de famílias dos participantes. A hipótese inicial pode ser confirmada com os achados observados: os adolescentes de famílias nucleares apresentaram escores menores para sintomas internalizantes, externalizantes e problemas totais ao serem comparados com aqueles de famílias separadas ou de outras configurações. Um estudo alemão com mais de 6 mil participantes encontrou resultados semelhantes, apontando que adolescentes pertencentes a famílias com configuração nuclear tiveram melhores desfechos com relação à saúde mental, se comparados aos demais, de famílias monoparentais ou com uma segunda família (Herke et al., 2020).

Com relação às famílias não nucleares, entende-se que não é necessariamente a configuração familiar a responsável pelo desenvolvimento de sofrimento psicológico nos filhos. Porém, após o processo de separação a prole vivencia intensas mudanças relacionadas à condição econômica familiar, à moradia, à frequência de convívio com membros da família, às alterações na rotina, e, até mesmo, à inserção de novos integrantes ao grupo familiar (Cicco et al., 2005; Souza, 2000). Constata-se que outro fator fundamental para o ajustamento de crianças e adolescentes ao processo de separação é o manejo dos responsáveis (Brito, 2007; Raposo et al., 2011). Assim, é comum que, durante o auge da dissolução conjugal, os pais enfrentem dificuldades para separar o encerramento do casamento do papel contínuo da coparentalidade, o que expõe os filhos a uma gama de prejuízos (Trindade & Molinari, 2011). Entende-se, então, o processo de separação como algo complexo, e por vezes gerador de conflitos que podem fazer emergir mais sintomas nas crianças e adolescentes. Destaca-se que ao considerar outras amostras

não clínicas a maioria dos adolescentes de famílias separadas é bem ajustada ao longo do seu desenvolvimento, mesmo sendo observados mais sintomas nessa população. Isto ocorre devido às variações entre adolescentes considerados de risco moderado e aqueles de alto risco (grupo clínico). Essas diferenças sinalizam direções distintas em relação aos problemas de saúde mental e, conseqüentemente, impactam na vida adulta, incluindo a manifestação dos transtornos depressivos (Di Manno et al., 2018).

Nosso estudo também aponta para a importância de considerar os resultados a partir do relato dos próprios adolescentes sobre a manifestação dos sintomas emocionais e problemas comportamentais. A literatura já aponta que existe uma discrepância entre a observação dos cuidadores e a opinião dos adolescentes quanto à presença dos sintomas (Fraga-Maia & Santana, 2005, Teubert & Pinquart, 2010). Um estudo norueguês realizado com 68 duplas de mães e adolescentes evidenciou uma maior discrepância nos relatos de problemas externalizantes (Berg-Nielsen et al., 2003). Em outras palavras, de acordo com a pesquisa, as mães tendem a observar mais sintomas. No entanto, com o aumento da idade, os adolescentes estavam mais alinhados com as suas mães ao relatar seus problemas comportamentais. Provavelmente porque, com o avanço da idade, há uma prevalência dos sintomas internalizantes, como também pôde ser observado em nosso estudo.

Destaca-se que os resultados do presente estudo se referem à manifestação dos sintomas de um grupo de adolescentes oriundos de uma amostra não clínica. Logo, a tentativa de mapeamento de uma realidade heterogênea e sem o viés clínico pode contribuir no planejamento de medidas preventivas e intervenções em ambientes escolares e de saúde. Isto porque o desenvolvimento na adolescência pode sofrer sérias repercussões a partir da manifestação de problemas emocionais e comportamentais. Um exemplo disso, foi um estudo que demonstrou que a renda dos adolescentes depressivos no futuro dependerá do curso da depressão (Philipson

et al., 2020), ou seja, quanto mais grave a manifestação dos sintomas, mais prejuízos funcionais, relacionais e laborais.

Considerações Finais

Este estudo revelou que as adolescentes do sexo feminino exibiram mais problemas emocionais e comportamentais em comparação aos do sexo masculino. Aqueles de maior idade e escolaridade apresentaram mais sintomas externalizantes e problemas globais, além de relatarem mais problemas emocionais. Por outro lado, os adolescentes provenientes de famílias nucleares demonstraram pontuações mais baixas para sintomas internalizantes, externalizantes e problemas totais quando comparados aos provenientes de famílias separadas ou de outras configurações familiares. Para pesquisas futuras, recomenda-se incorporar análises de díades, levando em consideração o relato de um dos cuidadores. Isso visa a compreensão das possíveis discrepâncias ou concordâncias presentes nos relatos.

Além disso, torna-se interessante avaliar as possíveis manifestações dos sintomas dos cuidadores, as quais podem se constituir como um viés importante na observação dos filhos.

A relevância dos dados descritivos sobre os problemas emocionais e de comportamento em adolescentes não clínicos alertam sobre o impacto de determinadas características sobre o fenômeno no sul do Brasil. Esses dados são de extrema importância para o ambiente escolar e familiar, podendo ser o foco ou auxiliar intervenções nesses contextos. Além disso, são dados úteis para a disseminação de informações em termos psicoeducativos e de conhecimento geral sobre o tema.

Referências

- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR*. University of Vermont.
- <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.4411&rep=rep1&type=pdf>
- Berg-Nielsen, T. S., Vika, A., & Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child: Care, Health and Development*, 29(3), 207–213.
- <https://doi.org/10.1046/j.1365-2214.2003.00332.x>
- Bessette, K. L., Burkhouse, K. L., & Langenecker, S. A. (2018). An Interactive Developmental Neuroscience Perspective on Adolescent Resilience to Familial Depression. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 503–504. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0050>
- 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.
- <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500004>
- Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Stenert, F., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica-escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Psico*, 44(1), 73–81.
- <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10599>
- Brito, L. M. T. D. (2007). Família pós-divórcio: a visão dos filhos. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(1), 32–45. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000100004>

-
- Cabrera, N. J., Scott, M., Fagan, J., Steward-Streng, N., & Chien, N. (2012). Coparenting and children's school readiness: A mediational model. *Family Process*, 51(3), 307–324. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01408.x>
- Cardoso, H. F., Borsa, J. C., & Segabinazi, J. D. (2018). Indicadores de saúde mental em jovens: fatores de risco e de proteção. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 3–25. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2018v9n3suplp3>
- Cicco, M. F. D., Paiva, M. L. S., & Gomes, I. C. (2005). Família e conjugalidade: O sintoma dos filhos frente à imaturidade do casal parental. *Psicologia Clínica*, 17(2), 53–63. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652005000200005>
- Di Manno, L., Macdonald, J. A., Youssef, G. J., Little, K., & Olsson, C. A. (2018). Psychosocial profiles of adolescents from dissolved families: Differences in depressive symptoms in emerging adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 241, 325–337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.087>
- Effatpanah, M., Moharrami, M., Rajabi Damavandi, G., Aminikhah, M., Hosein Nezhad, M., Khatami, F., Arjmand, T., Tarighatnia, H., & Yekaninejad, M. S. (2020). Association of Internet Addiction with Emotional and Behavioral Characteristics of Adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(1), 55–66. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7193233/>
- Field, A. (2018). *Discovering Statistics using IBM SPSS STATISTICS* (5^a ed.). Sage Publication Ltda.
- Fischer, A. S., Camacho, M. C., Ho, T. C., Whitfield-Gabrieli, S., & Gotlib, I. H. (2018). Neural markers of resilience in adolescent females at familial risk for major depressive disorder. *JAMA Psychiatry*, 75(5), 493–502. <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4516>

-
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727–734. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca>
- Fraga-Maia, H., & Santana, V. S. (2005). Concordância de informações de adolescentes e suas mães em inquérito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 430–437. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300014>
- Ginige, P., Tennakoon, S. U. B., Wijesinghe, W. H. M. K. J., Liyanage, L., Herath, P. S. D., & Bandara, K. (2014). Prevalence of behavioral and emotional problems among seven to eleven year old children in selected schools in Kandy District, Sri Lanka. *Journal of Affective Disorders*, 167, 167–170. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.062>
- Hadžikapetanović, H., Babić, T., & Bjelošević, E. (2017). Depression and intimate relationships of adolescents from divorced families. *Medicinski glasnik: Official publication of the Medical Association of Zenica-Doboj Canton, Bosnia and Herzegovina*, 14(1), 132–138. <https://doi.org/10.17392/854-16>
- Haukoos, J. S., & Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360–365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Herke, M., Knöchelmann, A., & Richter, M. (2020). Health and well-being of adolescents in different family structures in Germany and the importance of family climate. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6470. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph17186470>
- Hiekel, N., & Vidal, S. (2019). Childhood family structure and complexity in partnership life courses. *Social Science Research*, 87, 102400. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2019.102400>

-
- Ibabe, I. (2019). Adolescent-to-Parent Violence and Family Environment: The Perceptions of Same Reality?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2215. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16122215>
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2015). Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico. <http://portal.inep.gov.br>
- Kasinathan, J., Flower, T., Singh, Y., & Harden, S. (2017). Psychiatric impairment ratings in children and adolescents. *Australasian Psychiatry*, 25(6), 603–608. <https://doi.org/10.1177/1039856217732482>
- Lan, X., Marci, T., & Moscardino, U. (2019). Parental autonomy support, grit, and psychological adjustment in Chinese adolescents from divorced families. *Journal of Family Psychology*, 33(5), 511–520. <https://doi.org/10.1037/fam0000514>
- Lopes, C. S., Abreu, G. A., Santos, D. F., Menezes, P. R., Carvalho, K. M., Cunha, C. F., Vasconcellos, M. T., Bloch, K. V., & Szklo, M. (2016). ERICA: prevalência de transtornos mentais comuns em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 50, 14s–14s. <http://dx.doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>
- Marin, A. H., Borba, B. M. R., & Bolsoni-Silva, A. T. (2018). Problemas emocionais e de comportamento e reprovação escolar: Estudo de caso-controle com adolescentes. *Revista Psicologia-Teoria e Prática*, 20(3), 283–298. <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n3p299-313>. S
- Melchior, M., Ziad, A., Courtin, E., Goldberg, M., Zins, M., & van der Waerden, J. (2018). Intergenerational socioeconomic mobility and adult depression: The CONSTANCES Study. *American Journal of Epidemiology*, 187(2), 260–269. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx252>

-
- Moksnes, U. K., Lohre, A., Lillefjell, M., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2016). The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: Life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*, *125*(1), 339–357. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-014-0842-0>
- Mosmann, C. P., Costa, C. B., Einsfeld, P., Silva, A. G. M., & Koch, C. (2017). Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia*, *34*(04), 487–498. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400005>
- Mullick, M. S. I., Goodman, R. (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5–10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh. *Soc Psychiat Epidemiol*, *40*, 663–671. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0939-5>
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Growth reference data for 5-19 years*. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Saúde materna, neonatal, infantil e adolescente* [Maternal, newborn, child and adolescent health]. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2017). *Saúde e sexualidade de adolescentes. Construindo equidade no SUS*. Ministério da Saúde.
- Park, H., & Lee, K. S. (2020). The association of family structure with health behavior, mental health, and perceived academic achievement among adolescents: a 2018 Korean nationally representative survey. *BMC Public Health*, *20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08655-z>
- Paula, C. S., Bordin, I. A., Mari, J. J., Velasque, L., Rohde, L. A., & Coutinho, E. S. (2014). The mental health care gap among children and adolescents: Data from an epidemiological

- survey from four Brazilian regions. *PLoS One*, 9(2), e88241. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0088241>
- Philipson, A., Alaie, I., Ssegonja, R., Imberg, H., Copeland, W., Möller, M., ... & Jonsson, U. (2020). Adolescent depression and subsequent earnings across early to middle adulthood: a 25-year longitudinal cohort study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e123. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000360>
- Raposo, H. S., de Carvalho Figueiredo, B. F., do Vale Lamela, D. J. P., Nunes-Costa, R. A., Castro, M. C., & Prego, J. (2011). Ajustamento da criança à separação ou divórcio dos pais. *Archives of Clinical Psychiatry*, 38(1), 29–33. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100007>
- Shahrivar, Z., Mahmoodi, J., Alavi, A., Mohammadi, M. R., Tehranidoost, M., & Saadat, S. (2008). Prevalence of Psychiatric Disorders amongst Adolescents in Tehran. *Iranian Journal of Psychiatry*, 3(3), 100–104. <https://ijps.tums.ac.ir/index.php/ijps/article/view/479>
- Souza, R. M. D. (2000). Depois que papai e mamãe se separaram: um relato dos filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 203–211. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722000000300003>
- Steele, M. E., Simons, L. G., Sutton, T. E., & Gibbons, F. X. (2020). Family context and adolescent risky sexual behavior: An examination of the influence of family structure, family transitions and parenting. *Journal of Youth and Adolescence*, 49 (6), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01231-z>
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: A meta-analysis. *Parenting-Science and Practice*, 10(4), 286–307. <https://doi.org/10.1080/15295192.2010.492040>

-
- Trindade, J., & Molinari, F. (2011). Divórcio: do Processo psicológico, do luto e dos efeitos na criança. *Revista do Ministério Público do RS, Porto Alegre*, (70).
http://www.amprs.org.br/arquivos/revista_artigo/arquivo_1325166119.pdf
- Uddin, M., Jansen, S., & Telzer, E. H. (2017). Adolescent depression linked to socioeconomic status? Molecular approaches for revealing premorbid risk factors. *BioEssays*, 39(3).
<https://doi.org/10.1002/bies.201600194>
- Valverde, B. S. C. L., Vitalle, M. S. D. S., Sampaio, I. D. P. C., & Schoen, T. H. (2012). Survey of behavioral/emotional problems in an adolescent outpatient service. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 315–323. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201303>
- Weaver, J. M., & Schofield, T. J. (2015). Mediation and moderation of divorce effects on children's behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 29(1), 39–48.
<https://doi.org/10.1037/fam0000043>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2009). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed Editora.