

UFBA

Universidade Federal da Bahia
Instituto de Ciências da Saúde

ISABELA SOUSA LEMOS COUTO

**PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



**PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO EM ESTUDANTES DE
11 A 17 ANOS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE
SALVADOR - BAHIA**

**Salvador
2017**



**PROCESSOS INTERATIVOS
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

ISABELA SOUSA LEMOS COUTO

**PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM
ESTUDANTES DE 11 A 17 ANOS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE
SALVADOR - BAHIA**

Salvador
2017

ISABELA SOUSA LEMOS COUTO

**PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM
ESTUDANTES DE 11 A 17 ANOS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE
SALVADOR - BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestra em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a Marina Monzani Rocha

Salvador
2017

Couto, Isabela Sousa Lemos.

Prevalência de Problemas de Comportamento em Estudantes de 11 A 17 Anos em uma Escola Pública de Salvador - Bahia. / Salvador 2017
64f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Irismar Reis de Oliveira.

Dissertação (Mestrado). - Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2017.

1. Problemas de comportamento. 2. Epidemiologia. 3. Prevalência.
4. Saúde escolar. 5. Adolescentes. I. Oliveira, Irismar Reis de. II. Universidade Federal da Bahia Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



TERMO DE APROVAÇÃO


DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO

ISABELA SOUSA LEMOS COUTO

Prevalência de problemas de comportamento em estudantes de 11 a 17 anos em uma escola pública de Salvador – Bahia

Salvador, Bahia, 13 de dezembro de 2017

COMISSÃO EXAMINADORA:



Prof. Dr. Irismar Reis De Oliveira – Universidade Federal da Bahia



Prof. Dr. José Neander Silva Abreu – Universidade Federal da Bahia



Prof.ª Dr.ª Marina Monzani da Rocha – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Dedico este trabalho especialmente aos meus pais, à minha irmã, ao meu marido e à minha filha. E também à minha família e amigos. Agradeço pela confiança depositada em mim, por sempre acreditarem no meu potencial, e, mais ainda, por contribuírem para a minha formação pessoal e profissional, sendo sempre figuras de carinho, de afeto e de motivação. Obrigada ainda aos colegas de profissão, que também me ajudaram (e ajudam), ao longo desta caminhada, na construção da minha história, possibilitando-me ricas e lindas experiências de vida e engrandecimento científico. Todos vocês me fazem acreditar que a vida vale a pena a todo instante!

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço, de todo o meu coração, a Deus, por me conceber incríveis oportunidades e realizações ao longo da minha vida, sendo uma das mais significativas o meu título de Mestre. Obrigada, Deus!

Aos meus queridos e amados pais, Gil Ruy e Dilail Joára, por sempre me orientarem e direcionarem no caminho correto, passando-me, desde o início da minha vida, todos os valores e princípios que regem o meu percurso neste mundo! Obrigada, meus grandes amores, por serem incondicionalmente os meus maiores incentivadores e exemplos! Amo vocês!

À minha querida e amada irmã, Cíntia, que, mesmo de longe, também buscando o seu título de Mestre do outro lado do oceano, em Portugal, sempre esteve presente, ouvindo os meus desabafos, acolhendo-me em momentos difíceis, e sendo, como durante toda a minha vida, o meu porto seguro, o meu amor, a minha “caçula”, tão desejada por mim. Obrigada, minha princesa que tanto amo!

Ao meu marido, Gustavo, meu grande amor (dessa e de todas as vidas), que, igualmente, acolhe-me em momentos difíceis, proporciona-me momentos de equilíbrio, paz, tranquilidade e amor. Sem você, certamente, este caminho seria mais árduo, difícil e com menos cor. Obrigada também pela paciência em sempre atender aos meus pedidos de ler (e dar sugestões) as várias versões da minha dissertação, sempre com amor e carinho, apesar de atuar em área completamente oposta. Obrigada, meu príncipe! Essa vitória é nossa!

À minha amada filha, Maria Isabel, que, mesmo ainda em meu ventre, no auge dos meus 7 meses de gestação, trazendo todas as mudanças corporais, de humor e de rotina para a vida da mamãe, também acompanhou momentos bons e ruins durante o meu percurso.

Ao meu querido orientador, professor Dr. Irismar, sempre acolhedor e cordial, sendo para mim um exemplo profissional e pessoal a seguir. Tenho muito orgulho de participar do seu incrível grupo de pesquisa! Obrigada, querido professor, por essa e por todas as oportunidades que virão!

À minha coorientadora, professora Dra. Marina Monzani, que, mesmo em outro Estado, sempre esteve presente, disponível e com muito carinho atendeu às nossas solicitações, continuamente amável e acessível.

Aos queridos colegas do grupo de pesquisa da Terapia Cognitiva Processual, em Salvador. Dani, Nina, Cris, Dago, Mônica, Michella (e toda a nossa equipe), vocês tornaram os dias mais leves e felizes, apesar de sempre produtivos e intensos. Aos professores e colegas

de sala do programa de pós-graduação, pelos ensinamentos, risadas, conselhos, acolhimentos e momentos de descontração pré-aulas.

Aos queridos amigos Igor Vila Nova e Rafael Drummond, pelas orientações e ajudas no processo de ingresso do Mestrado, principalmente com a maravilhosa língua inglesa... Thank you! (Risos)

Aos queridos professores da minha banca avaliadora: professora Dra. Camila Seixas, professor Dr. Neander Abreu e minha coorientadora, professora Dra. Marina Monzani. Obrigada, queridos professores, pela disponibilidade e por enriquecerem mais ainda o nosso trabalho!

À toda a minha família e amigos, pessoas sempre presentes e importantes, que me dão continuamente amor, apoio e motivação para seguir em frente.

Essa conquista não é somente minha. E, sim, nossa! O meu “muito obrigada” e minha eterna gratidão!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito.
Não sou o que deveria ser, mas, Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King.

RESUMO

Objetivo: descrever a frequência de problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes em adolescentes, com idades entre 11 e 17 anos, procedentes de uma escola da rede pública da cidade do Salvador, Bahia, Brasil, a partir da percepção dos pais/responsáveis. **Metodologia:** Foi aplicado o CBCL/6-18 para avaliação de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes numa amostra de 347 pais ou responsáveis de escolares adolescentes, tratando-se de um estudo observacional, transversal. **Resultados:** A maior parte da amostra foi constituída por meninos (52,4%), a maior percentagem deles com 13 anos (23,8%), autoidentificando-se como negra (45,5%). Um total de 20,4% da amostra dos adolescentes (56 escolares) apresentou problemas de comportamento na escala total de problemas acima do esperado para faixa etária e sexo, com escores equivalentes à faixa clínica do CBCL/6-18. Essa prevalência é equivalente à literatura da área. A pontuação para problemas internalizantes atingiu a faixa clínica em 16,4% dos adolescentes e para os problemas externalizantes, em 15,3% dos escolares. A análise de diferenças por sexo revelou que os pais/responsáveis por meninos assinalaram mais problemas do que os pais/responsáveis por meninas na escala de problemas internalizantes, sendo que uma maior percentagem de meninos atingiu escores na faixa clínica nesta escala (20,5% x 11,7%), diferença estatisticamente significativa ($p = 0,05$). Esses dados estão em consonância, ainda que parcialmente, com outros importantes estudos realizados com adolescentes sobre prevalência de problemas de comportamento. **Conclusão:** este estudo colabora com novos dados no que se refere à pesquisa e avaliação de psicopatologias infanto-juvenis em âmbito nacional. Assim, pode possibilitar ações preventivas e encaminhamentos voltados para a população jovem. Além disso, variáveis sociodemográficas podem desempenhar influência na manifestação de problemas de comportamento na adolescência, necessitando ser investigadas.

Palavras-Chave: Problemas de comportamento. Epidemiologia. Prevalência. Saúde escolar. Adolescentes.

ABSTRACT

Objective: To describe the frequency of internalizing and externalizing behavior problems in adolescents aged between 11 and 17 years, coming from a public school in the city of Salvador, Bahia, Brazil, from the parents/guardians perception. **Methodology:** The CBCL / 6-18 was used to assess internalizing and externalizing behavioral problems in a sample of 347 parents or guardians of adolescent students, being an observational, cross-sectional study. **Results:** The majority of the sample consisted of boys (52.4%), from which a higher percentage was of 13 year-old adolescents (23.8%), self-identifying as black (45.5%). A total of 20,4% of the adolescents (56 schoolchildren) presented behavioral problems in the total range of problems above the expected age and sex, with scores equivalent to the CBCL / 6-18 clinical range. This prevalence is consistent with the literature. The score for internalizing problems reached the clinical range for 16.4% of adolescents and in 15.3% for externalizing problems. Analysis of gender differences revealed that parents/guardians of boys reported more problems than parents/guardians of girls on the scale of internalizing problems, with a higher percentage of boys achieving scores in the clinical range on this scale (20.5% x 11.7%), a statistically significant difference ($p = 0.05$). These data are in line, however partially, with other important studies conducted with adolescents on the prevalence of behavioral problems. **Conclusion:** This study collaborates with new data regarding the research and evaluation of infantile-juvenile psychopathologies at the national level. Thus, it can enable preventive actions and referrals directed at the young population. In addition, sociodemographic variables may play a role in the manifestation of behavioral problems in adolescence, needing to be investigated.

Keywords: Behavior problems. Epidemiology. Prevalence. School health. Adolescents.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Fatores de Risco	20
Quadro 2	Subescalas	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos da amostra analisada	34
Tabela 2	Frequência de problemas de comportamento - CBCL-6/18	35
Tabela 3	Escala total de problemas de comportamento	36
Tabela 4	Frequência de problemas percentuais e qui-quadrado CBCL-6/18	36
Tabela 5	Estratificação de problemas de comportamento por faixa etária	37
Tabela 6	Itens do CBCL-6/18 com maiores e menores pontuações da amostra Analisada	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM 9.1	Gerenciador de Dados de Avaliação Versão 9.1 (<i>Assessment Data Manager Version 9.1</i>)
APA	American Psychiatric Association
ASEBA	Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CBCL/6-18	Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos (<i>Child Behavior Checklist / 6-18</i>)
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
K-SADS-PL	Entrevista Diagnóstica Kiddie-Sads Referente ao Momento Presente e ao Longo da Vida (<i>Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Life time Version</i>)
NIMH	Instituto Nacional de Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
QSD	Questionário Sociodemográfico
RS	Rio Grande do Sul
SPSS 19.0	Pacote Estatístico para as Ciências Sociais Versão 19.0 (<i>Statistical Package for Social Sciences Version 19.0</i>)
TAs	Transtornos de Ansiedade
TCP-G	Treinamento Cognitivo Processual em grupo
UFBA	Universidade Federal da Bahia
YSR	Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (<i>Youth Self-Report</i>)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES NA ADOLESCÊNCIA	18
2.2	TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	21
2.3	TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	22
2.4	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES	23
2.4.1	<i>Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)</i>	24
2.4.2	Estudos brasileiros de prevalência utilizando o CBCL	27
3	JUSTIFICATIVA	28
4	OBJETIVOS	30
4.1	OBJETIVO GERAL	30
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
5	METODOLOGIA	31
5.1	PARTICIPANTES DA PESQUISA	31
5.2	INSTRUMENTOS	31
5.3	PROCEDIMENTOS	32
5.4	ANÁLISE DOS DADOS	32
5.5	ASPECTOS ÉTICOS	33
6	RESULTADOS	34
6.1	CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA ESTUDADA	34
6.2	PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	35
7	DISCUSSÃO	39
8	CONCLUSÕES	43

REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	49
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH – APROVAÇÃO DE NOVOS PESQUISADORES	50
ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO	53
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH – APROVAÇÃO DA EMENDA DA MESTRANDA ISABELA SOUSA LEMOS COUTO	54
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH – APROVAÇÃO DA EMENDA DA MESTRANDA ISABELA SOUSA LEMOS COUTO – CORREÇÃO	59

1 INTRODUÇÃO

Em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência é caracterizada pelo período da vida que abarca a faixa etária de 12 a 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), aponta que adolescentes são indivíduos com idades entre 10 a 19 anos. No ano de 1985, a Organização das Nações Unidas (ONU) deliberou como juventude (ou adolescência) o período entre 15 e 24 anos de idade (1).

Com o decorrer do tempo, a adolescência foi exposta como uma fase tumultuosa da vida, composta por momentos de rebeldias e problemas comportamentais, assim como uma fase universal e natural do desenvolvimento de todos os indivíduos (2,3). Nessa etapa, situação de instabilidade e oscilação psicológica pode revelar-se através de numerosos sintomas, que muitas vezes são confundidos como crise da adolescência (2). De tal modo, diante dessas mudanças, a adolescência pode ser analisada como uma fase de vulnerabilidade e, conseqüentemente, propulsora para o desenvolvimento de problemas e transtornos emocionais e de comportamento (4).

Bronfenbrenner (5), importante teórico e pesquisador do desenvolvimento humano, afirma que o ambiente no qual o adolescente está inserido possui aspecto fundamental durante o seu desenvolvimento. Assim, o autor considera que o ambiente molda o sujeito em desenvolvimento, que, no que lhe concerne, também influencia o meio onde se encontra, gerando um processo de interação e mútuo desenvolvimento. Ou seja, tanto fatores políticos, socioeconômicos, ambientais, culturais, familiares, quanto os fatores individuais e genéticos, afetam a maneira como o adolescente se comporta e se configuram riscos ou proteções para o desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo (5).

Neste sentido, a saúde mental em crianças e adolescentes é um tema que atravessa diferentes especialidades, que abarcam, principalmente, as áreas educacionais, sociais e médicas. A literatura utilizada para a construção do presente estudo indica que a abordagem mais apropriada para o estudo do adolescente é a interdisciplinar, condição mais eficaz no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais infanto-juvenis (6).

Em conformidade com a OMS, de acordo com Vinocur e Pereira (6), a prevalência, no ano de 2003, durante a infância e a adolescência, de transtornos mentais e comportamentais e de distúrbios do desenvolvimento, mundialmente, situava-se entre 10% e 20%. Neste sentido, o diagnóstico dos transtornos mentais nesta população ainda se caracteriza como um amplo desafio na prática clínica, sobretudo devido à diferença dos quadros clínicos apresentados, bem como de acordo com as peculiaridades diagnósticas de cada transtorno (6).

Em uma metanálise realizada em 2015 (7), a prevalência de transtornos mentais mundial em crianças e adolescentes foi de 13,4%. A prevalência mundial de qualquer transtorno de ansiedade foi de 6,5%, qualquer transtorno depressivo foi de 2,6%, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade foi de 3,4%, e qualquer transtorno disruptivo foi de 5,7%.

Pode-se notar, nos últimos anos, crescente interesse na área de Saúde Mental Infanto-Juvenil, o que denota que crianças e adolescentes podem vivenciar situações causadoras de prejuízos e danos funcionais significativos, caso isso seja reconhecido de maneira tardia. Assim, compreende-se que dificuldades comportamentais e emocionais durante esta fase do desenvolvimento nem sempre são transitórias e breves, podendo, inclusive, apresentar-se como ameaças para o surgimento de psicopatologias no decorrer da vida desses indivíduos (6).

Desta forma, de acordo com Vinocur e Pereira (6), em relação à classificação de transtornos mentais, sob a ótica da psiquiatria infantil, consideram-se três essenciais grupos diagnósticos:

- 1- Problemas internalizantes (classificados também como Transtornos Emocionais): Ansiedade, Depressão, Transtornos obsessivo-compulsivos, Isolamento e Queixas Somáticas, em que os sinais e sintomas estão, notadamente, interiorizados nas crianças e adolescentes;
- 2- Problemas externalizantes (classificados também como Transtornos de Comportamento Disruptivo, caracterizam-se basicamente por quebrar regras e comportamento de agressividade): Transtornos de conduta e Conduta desafiadora excessiva (caracterizados como agressividade dirigida a animais e pessoas) e Comportamento Transgressor (caracterizado por condutas mais voltadas para o ambiente no qual o indivíduo está inserido);
- 3- Transtornos do Desenvolvimento: Transtornos autistas, Problemas de aprendizagem, Enurese e Encoprese (respectivamente vazamento involuntário de urina e fezes nas roupas íntimas).

Em se tratando de questões psicopatológicas na adolescência, a depressão é um dos transtornos com significativa prevalência. Um estudo de revisão sistemática da literatura (9), que visou identificar os transtornos mais comuns e prevalentes neste período, encontrou a depressão como o transtorno de máxima prevalência. Nesse trabalho, dentre os transtornos de depressão em crianças e adolescentes, a ocorrência da depressão unipolar ficou entre 0,3 a

5,9% da população estudada, já a depressão maior abarcou o percentual de 1,8% da jovem população e o transtorno distímico, 6,4% (10). Além disso, há prevalência de sintomatologia depressiva em 7,72% dos escolares avaliados em escolas da rede pública da cidade de Salvador (Bahia, Brasil), o que evidencia a magnitude do problema (11).

A partir da década de 1970, o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH) dos Estados Unidos, destacou a depressão infanto-juvenil como, efetivamente, uma patologia, fazendo com que aumentasse a quantidade de pesquisas e estudos a este respeito. Isto posto, a depressão nesta população passou a ser encarada como uma preocupação em meio aos profissionais de saúde, principalmente devido aos comprometimentos e prejuízos que traz para várias dimensões da vida do jovem paciente: no desenvolvimento cognitivo, emocional e social (12).

Em comparação com a população adulta e idosa, a população de adolescentes é apontada como mais saudável. Todavia, estudos corroboram que cerca de 20% desta população está passível de apresentar algum tipo de patologia, sendo o transtorno depressivo apontado com expressiva prevalência. Assim, isto vem se destacando e crescendo entre as autoridades que conceituam a depressão como um grave e relevante problema de saúde pública (13)

Além disso, ainda em se tratando de psicopatologia na infância e adolescência, os Transtornos de Ansiedade (TAs) representam um dos formatos mais prevalentes também, estando associados a amplas implicações prejudiciais, sobretudo em termos escolar, social e de ajustamentos pessoais. Seus sintomas, caso não tratados, podem tornar-se persistentes, e durar até a fase adulta, o que implicaria em consequências negativas para o indivíduo, podendo resultar em fatores de risco para outros formatos de psicopatologia, como transtornos de humor, de depressão, de conduta etc. (14).

Em relação à avaliação e prevalência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes, a introdução de critérios diagnósticos explícitos, incluindo transtornos infantis no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-III/1980), permitiu o desenvolvimento de entrevistas psiquiátricas padronizadas e estimulou a pesquisa epidemiológica no campo. Os inquéritos comunitários que empregaram métodos epidemiológicos sólidos e seguindo critérios diagnósticos padronizados foram publicados nas décadas de 1980 e 1990, fornecendo estimativas confiáveis de taxas de transtornos mentais em crianças e adolescentes na população (7).

Desta maneira, a avaliação dos problemas de comportamentos em crianças e adolescentes – que subdividem-se em problemas internalizantes e externalizantes – é

realizada através de questionários de autorrelato, ou relato de pais e/ou professores, entrevistas padronizadas ou *checklists*. Assim, alguns instrumentos com objetivos específicos de avaliar dados e sintomas (de Ansiedade, Depressão, características de personalidade etc.) são utilizados, dentre eles, o *Child Behavior Checklist* (CBCL/6-18) (15), ou Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos, ferramenta utilizada neste estudo e vastamente aplicada em avaliação de problemas de comportamento em crianças e adolescentes. Desta forma, como grande parte dos problemas que decorrem na infância têm consequências a longo prazo, a avaliação prévia desses sintomas configura-se de significativa relevância, uma vez que a identificação precoce dos mesmos permite a prevenção de sofrimentos através de intervenção clínica apropriada (14).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo discorre sobre aspectos conceituais e questões relevantes relacionadas a problemas de comportamento internalizantes e externalizantes na adolescência, inclusive transtornos de depressão e de ansiedade, na população infanto-juvenil, além de abordar aspectos relacionados a instrumentos de avaliação direcionados a crianças e adolescentes.

2.1 PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES NA ADOLESCÊNCIA

Os problemas de comportamento e os problemas emocionais configuram-se como uma das causas mais significativas de transtornos mentais na população infanto-juvenil. Assim, diversos autores e pesquisadores desta área alertam para a elevada prevalência de crianças e adolescentes com transtornos mentais também em âmbito nacional (16,7,8,11,6). Além disso, mapear os problemas de comportamento é fundamental para facilitar a formulação do diagnóstico da população estudada, para realizar estudos epidemiológicos, permitir diálogo entre os profissionais clínicos e pesquisadores dos mais diversificados lugares e culturas mundiais, além de permitir e facilitar a realização de testes sobre a aplicabilidade de determinado tratamento para um grupo de problemas específicos (17).

Problemas de comportamento é o termo utilizado para denotar dificuldades que determinadas crianças e adolescentes apresentam. Entende-se comportamento como “problemas” quando ele é apresentado com frequência e/ou intensidade elevadas ou muito baixas em relação ao que é esperado pela norma social, dificultando e atrapalhando o acesso a fontes de reforçamento que são importantes para o aprendizado e desenvolvimento do indivíduo. Assim, um comportamento é considerado um problema não necessariamente em função da sua forma, mas também do impacto que ele causa no ambiente e da maneira como as pessoas da sociedade onde a criança ou adolescente está inserido percebem e avaliam o mesmo (18).

Deste modo, os problemas emocionais e de comportamento são agrupados em padrões sintomáticos, podendo ser divididos em dois tipos, categorizados como: problemas internalizantes e problemas externalizantes. Os problemas internalizantes caracterizam-se como os que se expressam em relação à própria criança ou adolescente, e referem-se a: retraimento, preocupação em excesso, queixas somáticas, tristeza, inseguranças e medo (19,20). Em regra, relacionam-se aos transtornos de humor (depressão) e ansiedade (4).

Já os problemas externalizantes são aqueles que se expressam em relação a outros indivíduos, podendo ser pares ou adultos da convivência da criança ou adolescente, direcionando-se a comportamentos disfuncionais, como: hiperatividade, agressividade, dificuldade em controlar impulsos, presença de raiva e delinquência. Frequentemente estão associados ao transtorno da conduta e ao transtorno desafiador opositor (19). Além disso, podem abarcar também agressão física ou verbal e provocações (16).

Os termos “internalização” e “externalização” são amplamente utilizados em estudos e pesquisas sobre problemas comportamentais, emocionais e sociais. Foram introduzidos em 1966 para descrever analiticamente agrupamentos derivados de problemas encontrados para referência clínica infanto-juvenil. Desde então, esses termos foram utilizados como palavras-chave por mais de 75 mil artigos publicados em importantes revistas científicas, especializadas em publicações na área de saúde (19).

Esses termos que expressam essas disfunções compreendem uma das classificações mais amplamente assentidas e utilizadas em pesquisas relacionadas a transtornos comportamentais e psicopatologia em crianças e adolescentes. Além disso, os agrupamentos de problemas de comportamento, tanto os internalizantes, como os externalizantes, são amplamente utilizados para representar comorbidades entre particulares tipos de problemas comportamentais, emocionais e sociais e entre os diagnósticos descritos no DSM (19).

Em relação à prevalência dos problemas de comportamento em crianças e adolescentes, pesquisas e estudos têm assinalado divergências quanto aos problemas externalizantes e internalizantes. Enquanto determinados estudos apontam que os comportamentos externalizantes são predominantes em relação aos internalizantes (21,22,23), outros apontam que os internalizantes são mais prevalentes (24,25,26).

Além disso, pesquisas indicam ainda que os garotos são os que mais manifestam problemas de comportamento, principalmente os externalizantes. Já as garotas, manifestam um menor número de problemas em geral e as suas queixas e demandas são mais direcionadas aos comportamentos internalizantes (17,21,23,27). Seguindo a mesma linha, Parco e Jó (28) apontam também diferenças entre garotos e garotas na prevalência de diferentes transtornos psicopatológicos na infância e adolescência. Neste sentido, as divergências entre os gêneros devem ser levadas em consideração quando se trata de problemas de comportamentos e emocionais em crianças e adolescentes (16).

Em relação ao que pode estimular e gerar os problemas de comportamentos, muitos podem ser os preditores (16). Esses fatores de risco – ou preditores dos problemas de comportamento – comumente se refletem como a apresentação de uma ação, característica,

experiência ou episódio que potencializa ou facilita o acontecimento de um problema, ou de atribuladas consequências para o funcionamento social ou psicológico do indivíduo (17).

Pesquisas apontam que estes preditores estão ligados, de forma direta ou indireta, a conjunto de comportamentos e ações dos pais. Outras condições, além dessas, podem possibilitar também a manifestação desses problemas, além de mantê-los ativos, como: dificuldades familiares (exemplos: práticas disciplinares rígidas e rigorosas, dimensão da família, psicopatologias dos pais) (29,30,31), fatores socioeconômicos (32), fatores genéticos (32,33), características individuais de temperamento (34,35), dentre outros.

Determinados estudos sobre as variáveis que podem interferir potencialmente na prevalência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes, de acordo com Rocha (17) vêm sendo feitos com a finalidade de expandir a compreensão sobre a origem e a etiologia dos problemas e, por conseguinte, possibilitar a ampliação de ações e trabalhos voltados para a prevenção e intervenção mais adequadas para esta população (17). Desta maneira, como condições importantes relacionadas aos principais fatores de risco associados aos problemas internalizantes e externalizantes, podemos considerar:

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO	PRINCIPAIS FATORES DE RISCO
1 - Problemas internalizantes	Depressão e ansiedade parental Monitoria negativa Supervisão estressante Alto grau de exigência Modelos negativos Conflitos familiares Características de temperamento: como inibição e temperamento difícil
2 - Problemas externalizantes	Negligência Abuso físico e psicológico Exposição a modelos violentos Incoerência de regras Punição inconsistente Privação afetiva Conflitos familiares

Quadro 1: Fatores de Risco.
Fonte: Vinocur e Pereira (6).

Partindo dessa ótica, serão abordados a seguir, de forma mais ampla, os transtornos de Depressão e de Ansiedade em crianças e adolescentes, já que estes transtornos se apresentam com elevada taxa de prevalência, dentre os problemas de comportamento, nesta população (8,13,14,11,36).

2.2 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Segundo Silva (37), o corpo humano parece ter sido designado para nos salvar, defender e ajudar a lidar com todo tipo de perigo e ameaça. Com pequenos e simples acontecimentos cotidianos, podemos perceber o quanto o corpo humano é programado para nos manter em equilíbrio (como, por exemplo, um pequeno corte, que, a partir de então, promove no corpo a busca da cicatrização do ferimento e produção de novas células epiteliais). A partir dessa ideia, pode-se citar como tipo de proteção automática do corpo a reação ao medo.

Diante de possíveis perigos (como um ataque de um cão feroz), uma superdose de adrenalina é injetada na corrente sanguínea e então uma série de reações é acionada prontamente, de forma automática: o coração dispara, os músculos se contraem para entrar em ação, o suor cobre a pele, a respiração se torna rápida, sem que tenhamos tempo para pensar e, em questão de segundos, o indivíduo está correndo ou lutando para sobreviver. Esta é a reação do medo que existe para nos salvar de qualquer ameaça ou perigo. E é esta mesma reação que está no núcleo, no centro, de diversos transtornos do comportamento (ou mentais), tais como os TAs (37).

No DSM-5 (41) são apresentados diferentes TAs. Neste sentido, Silva (37) identifica que, além da presença da ansiedade propriamente dita, o comportamento de esquiva se destaca como característica comum entre os transtornos, isto é, o indivíduo tende a evitar certas situações nas quais a ansiedade intensa pode se manifestar. Assim, deparamo-nos com diferentes formas de o medo e a ansiedade patológica se apresentarem nos transtornos ansiosos, que têm em comum a presença de sintomas fisiológicos (taquicardia, sudorese, tontura, falta de ar, palpitações, boca seca, dentre outros) e sintomas psíquicos (irritabilidade, inquietação, insegurança, insônia, dificuldade de concentração etc.) (37).

A ansiedade e o medo são compreendidos como emoções correspondentes, sendo necessárias e adaptativas para a sobrevivência das espécies. Neste sentido, a ansiedade é uma sensação difusa e vaga de apreensão e nervosismo, que nos direciona a enfrentar ocorrências agradáveis ou não com sucesso. O medo, por sua vez, difere da ansiedade porque é associado

a uma situação ou objeto que oferece perigo real ou imaginário, levando-nos a evitá-lo. Neste sentido, é de suma importância diferenciar quando estas emoções – o medo e a ansiedade –, que são funcionais, configuram-se de maneira patológica para o indivíduo, isto é, acarretam uma alteração significativa no funcionamento normal do mesmo, prejudicando-o na sua vida social, profissional e familiar (38).

A ansiedade patológica provoca no indivíduo o desenvolvimento de estratégias compensatórias, com a finalidade de evitar contato com tudo o que lhe causa, de algum modo, temor. Além do conseqüente prejuízo funcional imediato, podem ocorrer implicações de médio e longo prazo, podendo gerar importantes comorbidades no futuro. Quando o transtorno é presente na infância ou na adolescência, e, principalmente, quando não há intervenções ou tratamento adequados, há significativa possibilidade de progressivo agravamento da condição mórbida com o passar dos anos. Assim, é importante destacar que os TAs podem acarretar manifestações clínicas, ocasionando importantes prejuízos no funcionamento global do indivíduo (36).

Por conseguinte, os TAs são destacados como, dentre os transtornos mentais em crianças e adolescentes, um dos mais prevalentes (36). Numa amostra de estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, foram identificados que os TAs em crianças e adolescentes têm prevalência considerada entre 8 a 12%. No Brasil, isto é, em âmbito nacional, um estudo populacional destaca prevalência de 4,6% em crianças e 5,8% entre os adolescentes (39). Já na Inglaterra, estudos apontam índices análogos aos encontrados na pesquisa brasileira, assegurando prevalência de 3,4% em crianças e 5,04% em adolescentes (40).

2.3 TRANSTORNOS DE DEPRESSÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Em consonância com o DSM-5 (41), o transtorno depressivo maior pode incidir em qualquer idade, entretanto, possui elevadas chances de se iniciar na adolescência, sendo mais prevalente em pessoas do gênero feminino. Os sintomas depressivos em crianças e adolescentes equiparam-se aos do adulto: humor deprimido, insônia ou hipersonia, perda ou ganho significativo de peso, fadiga ou perda de energia, agitação ou retardo psicomotor, sentimento de culpa, sentimento de desvalia, prejuízo na capacidade de pensar ou de se concentrar, pensamento recorrente de morte, ideação suicida e plano suicida. Estes sintomas devem existir pelo menos durante o período de duas semanas e causar prejuízos e danos nos aspectos sociais e/ou em outras dimensões significativas da vida do indivíduo (DSM-5) (41).

Além disso, é importante destacar algumas particularidades da depressão em adolescentes, como, por exemplo: instabilidade emocional, irritabilidade, crises de raiva, explosões e outras alterações no comportamento. São comuns ainda queixas físicas (como fadiga ou dor abdominal e cefaleia), que podem ocasionar importante impacto negativo no desempenho cognitivo e no desempenho escolar do adolescente, abarcando expressivo grau de morbidade e mortalidade, além de poder levar também ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas (42).

Na maioria dos países, estudos epidemiológicos relacionados a depressão infanto-juvenil ainda são bastante escassos. Na esfera brasileira, destaca-se o reduzido número de pesquisas e estudos sobre a prevalência da depressão e de sintomas de depressão na infância e na adolescência, sendo, do mesmo modo, destacados poucos os instrumentos adaptados e utilizados para diagnosticá-la. Nesta perspectiva, identificar a prevalência de sintomas de depressão na população infanto-juvenil brasileira pode colaborar na avaliação da dimensão da patologia, além de permitir a adoção de medidas diagnósticas e terapêuticas (43).

2.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Para realizar a avaliação de diversos aspectos da saúde mental e verificar a eficácia de programas de intervenção preventiva e remediativa, instrumentos de avaliação padronizados são indicados por fornecerem uma série de informações sobre as dificuldades vivenciadas pela população estudada. É importante ressaltar, no entanto, que os instrumentos só poderão cumprir esta função se tiverem evidências de que são válidos, fidedignos, específicos e apresentam normas adequadas para a população avaliada (44).

Além disso, grande parte da pesquisa mundial em saúde mental foi feita em algumas sociedades bastante similares do ponto de vista sociodemográfico. No entanto, não podemos assumir que resultados da pesquisa, instrumentos de avaliação ou normas dessas sociedades são válidas para pessoas de outras sociedades. Em vez disso, achados, instrumentos e normas devem ser testados em tantas sociedades quanto possível (45).

Neste sentido, de acordo com Borsa, Damásio e Bandeira (46) a adaptação dos instrumentos psicológicos (dentre eles os instrumentos de avaliação) pode se revelar como uma tarefa complexa e difícil, que demanda um cuidadoso e detalhado planejamento, sobretudo em se tratando do seu conteúdo, da manutenção, das propriedades psicométricas e da validade propriamente dita para a população pretendida. Desta forma, durante o processo de adaptação e validação, torna-se necessário que a nova versão do instrumento ofereça

evidências da equivalência semântica de todos os seus itens, além de que devem existir propriedades psicométricas adequadas a essa nova versão. É de grande relevância ainda que a adaptação do instrumento possua validade multicultural, ou seja, a sua elaboração deve abarcar sua utilização em diversos contextos culturais (46).

Ainda que existam diferentes instrumentos de avaliação de problemas de comportamento em crianças e adolescentes, poucos deles possuem indicadores psicométricos para amostras de adolescentes brasileiros. Em uma revisão sistemática da literatura sobre instrumentos de avaliação da ansiedade (um dos mais prevalentes problemas de comportamento na população infanto-juvenil), de 99 estudos empíricos encontrados, apenas um foi realizado com adolescentes (47).

Analisando o panorama nacional, existe uma significativa lacuna no que diz respeito ao uso de instrumentos válidos e eficazes direcionados para a avaliação de problemas comportamentais e emocionais, sobretudo para a população adolescente (17). Dessa forma, são necessários estudos que busquem parâmetros psicométricos brasileiros para instrumentos que avaliam estes aspectos de saúde mental em adolescentes, para, assim, possuímos maneiras de aferir com qualidade a eficácia das intervenções realizadas com essa população.

Neste sentido, podemos citar um estudo de validação no Brasil, realizado por Rocha (17), de uma importante ferramenta de avaliação de problemas comportamentais e emocionais voltada para a população juvenil – o YSR – *Youth Self-Report* / Inventário de Autoavaliação para Adolescentes - YSR (15), instrumento de triagem que possibilita fazer um levantamento sobre a ocorrência de problemas nesta população, de acordo com a visão dos próprios adolescentes. Assim, este estudo visa contribuir com pesquisas na área de saúde mental no Brasil, oferecendo índices de validade a um instrumento reconhecido internacionalmente como de grande relevância para pesquisas, estudos e avaliação de problemas comportamentais e emocionais de adolescentes, o YSR.

Dentro dessa temática, portanto, outro importante instrumento validado e amplamente utilizado em pesquisas com adolescentes e crianças – o CBCL –, será abordado e discutido a seguir.

2.4.1 *Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)*

O Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA) possibilita aos profissionais da área de saúde mental uma vasta gama de inventários e questionários, que podem ser utilizados em diferentes indivíduos, nas mais diversas situações, além de poderem

ser usados por profissionais de outras áreas (como educação e saúde). Além disso, o ASEBA preenche todas as necessidades que são fundamentais no processo de avaliação psicológica, pois as suas propriedades psicométricas foram bem constituídas e os inventários que o compõem podem ser administrados após breve explicação com facilidade pelos mais diversos profissionais (17).

O ASEBA constitui-se como o sistema de avaliação empiricamente baseada mais investigado e utilizado em todo o mundo, possuindo mais de 6500 publicações e é relatado em pesquisas em pelo menos 80 culturas diferentes (48). Em âmbito nacional, sua utilização em pesquisas é crescente (17).

O primeiro inventário criado a partir deste modelo, e que também se constitui como um dos instrumentos padronizados mais úteis e eficazes para avaliar e medir problemas de saúde mental em crianças e adolescentes é o CBCL/6-18 (48) questionário do ASEBA mais conhecido em sua composição, e que possui como finalidade obter, de forma padronizada, o relato dos pais ou responsáveis sobre o comportamento dos seus filhos. O CBCL é um instrumento que se subdivide em duas partes: a primeira mede e avalia as competências do indivíduo, abrangendo atividades esportivas e lúdicas, o cumprimento de tarefas no âmbito doméstico, os relacionamentos sociais, o desempenho acadêmico e a participação em grupos. Já a segunda parte dispõe de uma relação de problemas de comportamento, sendo que o respondente deve atribuir “valor 0 (zero) quando o problema não é verdadeiro para seu filho, 1 (um) quando é um pouco ou algumas vezes verdadeiro, e 2 (dois) caso o problema seja muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro para aquela criança” (15).

O CBCL/6-18 demonstra as sintomatologias psicopatológicas mais habituais que acometem crianças e adolescentes, além de agrupar os problemas de comportamento em externalizantes e internalizantes, com base na regularidade apontada na descrição dos diversos tipos de problemas (16). As respostas do questionário determinam a inclusão da pontuação obtida nas categorias: “clínica”, “limítrofe” ou “não clínica”, a depender da identificação do Total de Competências (competência em atividades, competência social e competência escolar) e de problemas de comportamento.

Este instrumento é utilizado para identificar problemas de comportamentos internalizantes e externalizantes, bem como suas respectivas dimensões, tratando-se de uma ferramenta empregada para avaliação de problemas emocionais e comportamentais de amplo espectro. O CBCL avalia várias áreas do funcionamento infanto-juvenil, abordadas nos 138 itens (deste total, 20 avaliam competência social e 118 avaliam problemas de comportamento), difundidos nas seguintes escalas: Ansiedade/Depressão,

Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas de Atenção, Problemas com o Pensamento, Violação de Regras e Comportamento Agressivo. Além destas escalas, o CBCL possui também seis escalas, formadas a partir dos critérios diagnósticos delineados no DSM: Problemas Afetivos, Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Problemas de Ansiedade, Problemas de Oposição e Desafio, Problemas Somáticos e Problemas de Conduta (49,50). Alguns itens do CBCL/6-18, para melhor compreensão acerca de sua aplicabilidade:

ALGUMAS SUBESCALAS	DESCRIÇÃO DE ALGUNS ITENS
Ansiedade/depressão	Chora muito; Acha que deve ser perfeito; Acha ou reclama que ninguém gosta dele; Sente-se desvalorizado ou inferior; É nervoso ou tenso; É muito medroso ou ansioso; Sente-se muito culpado; Preocupa-se.
Comportamento agressivo	Discute; Exige atenção; Destroi coisas alheias; Desobedece em casa; Ataca fisicamente as pessoas; Grita muito; Tem mudanças repentinas de humor ou sentimentos; É emburrado facilmente; Ameaça as pessoas.
Problemas sociais	É dependente; Não se dá bem com outras crianças; Fica com ciúmes facilmente.
Problemas de pensamento	Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; Tem “tique nervoso”, cacoete; Cutuca o corpo; Mexe demais nas partes íntimas; Repete certos atos várias vezes seguidas.
Queixas somáticas	Tem pesadelos; Tem prisão de ventre, intestino preso; Tem tonturas; Sente-se cansado demais sem motivo; Tem dores de cabeça.

Quadro 2: Subescalas.

Fonte: Adaptado de Wielewicki, Gallo e Grossi (51).

No Brasil, já foram realizados estudos para a validação deste instrumento. Estudo encontrou boa correlação dos problemas identificados utilizando o CBCL com a avaliação realizada por um especialista (52). Um segundo estudo realizado pela autora indicou a validade convergente do instrumento com o K-SADS-PL (Entrevista Diagnóstica Kiddie-Sads

Referente ao Momento Presente e ao Longo da Vida - *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Life Time Version*) (54). Além disso, encontraram bons índices de confiabilidade para o instrumento e adequação da sua estrutura fatorial para uma amostra de crianças brasileiras (53).

2.4.2 Estudos brasileiros de prevalência utilizando o CBCL

Um estudo epidemiológico realizado no Brasil, com uma amostra de 634 crianças (com quatro anos de idade), utilizando instrumentos de avaliação de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, dentre eles o CBCL, indicou uma prevalência clínica e limítrofe de 24%, não distinguindo diferenças de gênero (21). Igualmente com o uso desses instrumentos, inclusive o CBCL, Predebon e Wagner (55) executaram um estudo com 523 adolescentes (de 15 a 18 anos), na cidade de Porto Alegre – Rio Grande do Sul (RS), e indicaram uma prevalência clínica de 22%, o que denota significativos índices de problemas emocionais e de comportamento na amostra pesquisada. Outro estudo epidemiológico realizado no estado do RS (16), aponta para a prevalência de 39,3% da amostra estudada, em se tratando de escala total de problemas de comportamento. Neste contexto, é importante destacar que, além das características individuais das crianças e dos adolescentes, os aspectos relacionais, a estrutura familiar e as particularidades dos pais podem estar conectadas à origem dos problemas emocionais e de comportamento nesta população (4).

3 JUSTIFICATIVA

O CBCL é indicado por pesquisadores da área como um dos três instrumentos mais empregados para a avaliação de comportamentos-problema na infância, já que permite uma avaliação do repertório geral da criança / adolescente, além de favorecer um diagnóstico rápido, porém seguro e confiável (51). Desta maneira, o CBCL é referido como um dos instrumentos mais eficazes e úteis em se tratando de quantificar respostas dos pais sobre o comportamento dos filhos (51).

No Brasil, existe um panorama escasso no que diz respeito a instrumentos eficazes e válidos direcionados à avaliação de problemas comportamentais e emocionais, sobretudo para a população adolescente. Assim, o CBCL se caracteriza como um dos principais instrumentos validados e utilizados no Brasil como parâmetro para levantar e medir a ocorrência de possíveis problemas na população juvenil (50). Por esta razão, será foco do presente estudo. Além disso, este estudo utiliza este instrumento em adolescentes escolares, sendo direcionado para indicar a prevalência de problemas de comportamentos nesta população, o que possibilitará adicionar dados referentes ao panorama do Brasil, em se tratando de amostra juvenil.

Sabe-se que, em determinadas situações, o próprio adolescente pode ser o melhor observador e relator de seus próprios comportamentos, nos mais diferentes contextos e ambientes, podendo fornecer dados completos sobre si. Porém, a utilização de autoavaliação ou autorrelato não é a fonte mais recomendada por especialistas nesta área como fonte única de informações (17). Desta forma, os relatos de diferentes informantes são necessários para a avaliação de diferentes grupos etários, inclusive em se tratando da avaliação de adolescentes (45).

Neste sentido, a avaliação infanto-juvenil exige dados de múltiplos informantes, como mães, pais, professores e cuidadores das crianças ou adolescentes que estão sendo avaliados. Assim, o relato de diferentes informantes pode fornecer informações potencialmente valiosas sobre as variações na forma como os avaliados funcionam e são percebidos (45). Também por essa razão, utilizaremos como instrumento de avaliação o CBCL, que avalia os problemas de comportamento nos adolescentes a partir da visão dos pais ou responsáveis.

Ainda segundo Achenbach e Rescorla (48) é importante que a avaliação psicológica – tanto de crianças, quanto de adolescentes – seja fundamentada em informações oriundas de diferentes observadores (como os pais), o que permite a comparação dos resultados obtidos. Assim, esta pesquisa torna-se mais ampla e fora de padrões limitados a autorrelatos, que,

segundo alguns estudos, podem fazer com que as respostas dadas pelos adolescentes sejam afetadas, quer pela forma como ele está se sentindo naquele exato momento, ou, simplesmente, pela forma como a questão foi elaborada (17). Conseqüentemente, a visão dos pais, como indivíduos significativos na vida dos adolescentes, é de grande relevância, já que estas pessoas convivem com eles em diversos contextos.

Portanto, o uso do CBCL dispõe-se de maneira útil e benéfica, uma vez que serão avaliados problemas de comportamento e problemas emocionais, o que possibilitará distinguir melhor a população juvenil e, conseqüentemente, planejar e desenvolver intervenções e programas preventivos a partir das demandas identificadas (17).

Além disso, pesquisas e estudos voltados para a área de epidemiologia e prevalência de problemas de comportamento e problemas emocionais durante a infância e adolescência ainda se apresentam em números pequenos na maioria dos países. Neste sentido, em âmbito nacional, destaca-se também o diminuto número de estudos e pesquisas sobre a prevalência destes problemas nesta população, sendo, do mesmo modo, escassos os instrumentos adaptados e utilizados nesta investigação (43). Portanto, identificar a prevalência de problemas de comportamento em crianças e adolescentes brasileiros (objetivo do presente estudo) pode contribuir para avaliar a dimensão da doença e, mais ainda, permite possibilitar a adoção de medidas diagnósticas e terapêuticas voltadas para estes indivíduos, e, igualmente, pode contribuir para a formação de futuros profissionais, e também para formação de políticas públicas, voltadas para a promoção da saúde de jovens brasileiros.

4 OBJETIVOS

O problema de partida desta pesquisa – identificar a prevalência de problemas de comportamento em adolescentes estudantes de uma escola da rede pública da cidade do Salvador - Bahia, de 11 a 17 anos – originou os objetivos do presente estudo, designados a seguir.

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência de problemas de comportamento (problemas internalizantes e externalizantes) numa amostra de adolescentes de 11 a 17 anos, de uma escola da rede pública na cidade do Salvador – Bahia – Brasil, a partir do uso do instrumento de avaliação CBCL/6-18, respondido pelos pais ou responsáveis pelos adolescentes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar problemas de comportamentos internalizantes numa amostra escolar de adolescentes da cidade do Salvador – Bahia – Brasil, a partir da percepção dos pais;
2. Avaliar problemas de comportamentos externalizantes numa amostra escolar de adolescentes da cidade do Salvador – Bahia – Brasil, a partir da percepção dos pais;
3. Elaborar análise descritiva do perfil de adolescentes estudantes de uma escola da rede pública da cidade do Salvador – Bahia – Brasil, gerado pelo uso do CBCL.

5 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como observacional, transversal, com amostra por conveniência e configura-se como parte de uma pesquisa maior, intitulada *Estudo da eficácia do Treinamento Cognitivo Processual em grupo (TCP-G) na prevenção de transtornos de ansiedade e depressão em adolescentes de escolas públicas municipais e privadas de Salvador*: um ensaio clínico randomizado, sob coordenação do principal pesquisador Professor Dr. Irismar Reis de Oliveira, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Maternidade Climério de Oliveira – Universidade Federal da Bahia (UFBA), tendo como instituição proponente o Sanatório São Paulo, com número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 42264315.0.0000.5543. A autora do presente estudo teve participação na pesquisa maior como pesquisadora membro da equipe (ANEXO A), sob o número de parecer aprovado pelo CEPSH: 1.575.600.

5.1 PARTICIPANTES DA PESQUISA

De uma amostra total de 363 adolescentes, a amostra de participantes deste estudo foi composta por 347 pais, mães ou responsáveis de adolescentes escolares, matriculados entre o sexto e o nono do ensino fundamental, com idades demarcadas entre 11 e 17 anos, estudantes de uma escola da rede municipal de ensino da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Houve uma diminuição do número de participantes (de 363 para 347), pois alguns instrumentos não foram devidamente respondidos, o que acabou gerando a exclusão desses dados. Neste sentido, participaram deste estudo os adolescentes que tiveram o CBCL/6-18 preenchido de forma adequada pelos pais ou responsáveis. Em relação à composição da amostra, nenhum critério de inclusão ou exclusão foi estabelecido, salvo o preenchimento devido e adequado do Questionário Sociodemográfico (QSD) (ANEXO B) e do instrumento de avaliação utilizado, bem como da faixa etária estabelecida de 11 a 17 anos.

5.2 INSTRUMENTOS

Foram utilizados os dados obtidos do QSD e do instrumento que avalia problemas de comportamento em crianças e adolescentes – o CBCL/6-18 –, a partir da percepção dos pais (ou responsáveis) dos próprios adolescentes. O QSD objetiva colher informações relacionadas aos alunos, como idade, gênero, padrão socioeconômico da família etc., o que permite coletar

dados para se conhecer melhor o adolescente avaliado. O mesmo dispõe-se no formato de 10 perguntas fechadas e direcionadas aos pais dos alunos. Já em relação ao CBCL/6-18, o mesmo fora respondido respectivamente pelos pais ou responsáveis dos alunos, que, por sua vez, avaliaram e quantificaram problemas de comportamento com um todo, de acordo com a frequência e intensidade que percebem acometer seus filhos.

O CBCL/6-18 refere-se a um instrumento direcionado a pais, mães, responsáveis ou cuidadores, e fornece dados sobre aspectos comportamentais e sociais de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Os itens fazem referência a problemas de competência social e de comportamentos, os quais o respondente deve assinalar a constância com que esses problemas acontecem, a partir de uma variação de 0 a 2 (15).

5.3 PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto guarda-chuva pelo CEPESH. Desta forma, deu-se da seguinte maneira:

O procedimento de coleta foi iniciado após autorização da Secretaria De Educação do Município de Salvador e da direção da escola municipal, posteriormente consentido pelos pais ou responsáveis dos alunos, e também após a anuência dos escolares. É importante frisar que pais e alunos foram devidamente informados da participação voluntária e não remunerada na pesquisa, podendo, inclusive, desistir de participar em qualquer momento, sem nenhum tipo de perda ou prejuízo. A coleta de dados foi agendada através de contato telefônico com os pais ou responsáveis pelos escolares, sendo realizada durante um único encontro, em horário de aula regular, em acordo prévio com a direção da escola. Além disso, os pesquisadores participantes da coleta de dados (psicólogos mestrados e doutorandos, alunos da UFBA) foram devidamente treinados e capacitados para a aplicação dos instrumentos utilizados.

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tratados a partir da análise descritiva, visando observar a frequência com a qual os problemas de comportamento ocorrem na população selecionada. Desta forma, os dados foram apresentados por estratificação da amostra, observando se existe variação por sexo ou idade dos adolescentes.

Assim, os dados dos questionários respondidos pelos pais ou responsáveis foram coletados, organizados e agrupados com o auxílio do programa criado pelo Achenbach e sua

equipe: ADM 9.1 (Gerenciador de Dados de Avaliação Versão 9.1 - *Assessment Data Manager Version 9.1*) (56). Deste modo, os dados foram computados, fornecendo um perfil de cada adolescente avaliado, considerando-se importantes aspectos, como: problemas internalizantes e externalizantes, e escala total de problemas de comportamento. A análise proporcionou a obtenção do perfil característico para as oito escalas de problemas de comportamento do CBCL/6-18 (ansiedade e depressão, retraimento, queixas somáticas, problemas de sociabilidade, problemas com o pensamento, problemas de atenção, violação de regras e comportamento agressivo). Os escores padronizados (escore do adolescente comparado ao escore da amostra normativa) foram classificados nas faixas não clínica e clínica para cada escala do instrumento. Além disso, o presente estudo optou por utilizar os escores limítrofes na categoria clínica, em consonância com recomendação de Achenbach e Rescorla (15), para pesquisas com o CBCL/6-18. Já em relação à análise estatística, utilizou-se o programa SPSS 19.0 (PACOTE ESTATÍSTICO PARA AS CIÊNCIAS SOCIAIS VERSÃO 19.0 - STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES VERSION 19.0). Foram calculadas as médias, frequências e porcentagens relativas às respostas fornecidas ao instrumento CBCL/6-18.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos e metodologia adotados nesta pesquisa estão em concordância com as orientações éticas previstas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (57). Por conseguinte, como parte de um projeto maior, já realizado, submetido e aprovado pelo CEPESH, foram acrescentadas emendas, nas quais os objetivos da pesquisa atual foram adicionados, a fim de formalizar a utilização dos dados para este estudo, sob a numeração de parecer aprovado: 2.350.821 (ANEXO C e ANEXO D).

6 RESULTADOS

Neste capítulo, estão apresentados os dados referentes aos participantes do estudo realizado em uma escola pública da cidade do Salvador - Bahia.

6.1 CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA ESTUDADA

**TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
DA AMOSTRA ANALISADA**

VARIÁVEIS	N	%
Sexo:	347	100
Masculino	182	52,4
Feminino	165	47,6
Idade:	336	100
11 anos	42	12,5
12 anos	74	22
13 anos	80	23,8
14 anos	60	17,9
15 anos	53	15,8
16 anos	21	6,3
17 anos	6	1,8
Série:	346	100
6º ano	127	36,7
7º ano	89	25,7
8º ano	60	17,3
9º ano	70	20,2
Raça:	347	100
Negra	158	45,5
Branca	31	8,9
Amarela	15	4,3
Parda	30	37,5
Indígena	13	3,7

Fonte: Elaboração da autora.

De maneira geral, a Tabela 1 acima mostra que, considerando a amostra como um todo, a maior parte dos participantes foi constituída por adolescentes do sexo masculino (182 meninos/52,4%), enquanto que 47,6% (165 meninas) totalizaram os adolescentes do sexo feminino. Desta amostra, a maior parte tinha 13 anos (23,8%), seguida pelos adolescentes com 12 (22%) e 14 anos (17,9%). Em relação à predominância da série, a grande maioria (36,7%) frequentava o 6º ano do ensino fundamental, seguida por alunos do 7º (25,7%), 9º (20,2%) e do 8º ano (17,3%). Sobre a questão étnica, a maior parte se identificou como negra (45,5%), seguida de parda (37,5%), branca (8,9%), amarela (4,3%), e indígena (3,7%).

6.2 PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

A Tabela 2 retrata a frequência dos adolescentes avaliados com escores na faixa clínica em cada uma das oito subescalas de problemas de comportamento sugeridas pelo CBCL/6-18. É importante salientar que um mesmo adolescente pode atingir escores na faixa clínica em mais de uma subescala do instrumento (49). Depreende-se como predomínio na amostra as Queixas Somáticas, apresentadas em maior frequência por 10,6% dos adolescentes avaliados, seguidos por Ansiedade/Depressão, subescala do CBCL na qual 10,2% dos adolescentes obtiveram escores na faixa clínica.

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO - CBCL/6-18

TIPOS DE PROBLEMAS MANIFESTADOS	N	%
Ansiedade/Depressão	28	10,2
Retraimento/Depressão	9	3,3
Queixas somáticas	29	10,6
Problemas de Sociabilidade	26	9,5
Problemas com pensamento	26	9,5
Problemas de Atenção	16	5,8
Violação de Regras	1	0,4
Comportamento Agressivo	26	9,5

Fonte: Elaboração da autora.

Nota-se também que, de acordo com a Tabela 3, em se tratando da prevalência de problemas externalizantes e internalizantes, os adolescentes apresentaram um percentual numericamente equivalente, com escores na faixa clínica (problemas internalizantes compreendendo 16,4% dos adolescentes e problemas externalizantes presentes em 15,3% da amostra). Em relação à escala total de problemas de comportamento (somatória das escalas

internalizantes, externalizantes e de outros problemas delineados pelo CBCL/6-18), ilustrada na Tabela 3, 20,4% dos adolescentes da amostra atingiram escores na faixa clínica (23,3% de meninos e 17,2% de meninas).

TABELA 3 - ESCALA TOTAL DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO

	N	%
Problemas Internalizantes		
Problemas Externalizantes	42	15,3
Problemas Totais	56	20,4

Fonte: Elaboração da autora.

Em termos da associação entre gênero e problemas de comportamentos (Tabela 4), os meninos apresentaram maiores índices, comparados com as meninas, nos itens: problemas internalizantes (meninos 20,5% e meninas 11,7%); Ansiedade/Depressão (meninos 13% e meninas 7%); Queixas somáticas (meninos 12,3% e meninas 8,6%); problemas com pensamento (meninos apresentaram 11,6%, enquanto que meninas, 7%) e problemas totais de comportamento (meninos 23,3% e meninas 17,2%). A diferença na proporção de adolescentes com escores na faixa clínica foi estatisticamente significativa apenas para a escala problemas internalizantes.

TABELA 4 - FREQUÊNCIA DE PROBLEMAS, PERCENTUAIS E QUI QUADRADO - CBCL-6/18

ESCALAS	SEXO MASCULINO				SEXO FEMININO				X ²	P
	CLÍNICO		NÃO CLÍNICO		CLÍNICO		NÃO CLÍNICO			
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ansiedade/Depressão	19	13	127	87	9	7	119	93	2,661	0,11
Retraimento/Depressão	6	4,1	140	95,9	3	2,3	125	97,7	0,669	0,51
Queixas somáticas	18	12,3	128	87,7	11	8,6	117	91,4	1,000	0,33
Problemas de Sociabilidade	14	9,6	132	90,4	12	9,4	116	90,6	0,004	1,00
Problemas com pensamento	17	11,6	129	88,4	9	7	119	93	1,690	0,22
Problemas de Atenção	9	6,2	137	93,8	7	5,5	121	94,5	0,060	1,00
Violação de Regras	0	0	146	100	1	0,8	124	99,2	1,172	0,46
Comportamento Agressivo	10	6,8	136	93,2	16	12,5	112	87,5	2,536	0,15
Problemas Internalizantes	30	20,5	116	79,5	15	11,7	113	88,3	3,874	0,05
Problemas Externalizantes	23	15,8	123	84,2	19	14,8	109	85,2	0,043	0,87
Problemas Totais	34	23,3	112	76,7	22	17,2	106	82,8	1,561	0,23

* $p \leq 0,05$.

Fonte: Elaboração da autora.

A Tabela 5 representa a estratificação de problemas de comportamento de acordo com a faixa etária dos adolescentes. Em relação aos jovens com 11 e 12 anos, a maior parte apresentou pontuação clínica equivalente em problemas totais de comportamento e problemas

internalizantes (20,2% da amostra clínica em cada subescala). Os adolescentes com 13 e 14 anos, em sua maioria, apresentaram maior pontuação clínica em problemas totais de comportamento (19,4% da amostra clínica nesta faixa etária) e em problemas externalizantes (15,7% da amostra). Já os adolescentes na faixa entre 15 e 17 anos apresentaram maior pontuação clínica em problemas totais de comportamento (23,8% da amostra clínica), embora não houvesse diferença estatisticamente significante.

TABELA 5 - ESTRATIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

FATORES	PROB. INTERNALIZANTES				PROB. EXTERNALIZANTES				PROBLEMAS TOTAIS			
	CLÍNICO		NÃO CLÍNICO		CLÍNICO		NÃO CLÍNICO		CLÍNICO		NÃO CLÍNICO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Idades:												
11 E 12 ANOS	19	20,2	75	79,8	13	13,8	81	86,2	19	20,2	75	79,8
13 E 14 ANOS	14	13	94	87	17	15,7	91	84,3	21	19,4	87	80,6
15 A 17 ANOS	11	17,5	52	82,5	11	17,5	52	82,5	15	23,8	48	76,2

Fonte: Elaboração da autora.

Os dados expostos na Tabela 6 ilustram os 10 itens mais assinalados e os 10 itens menos assinalados pelos pais ou responsáveis dos adolescentes escolares, sendo os três que estiveram mais presentes: sente ciúmes ou inveja com facilidade, discute muito, é desatento ou distrai-se com facilidade, respectivamente assinalados por 65%, 62% e 58% da amostra.

TABELA 6 - ITENS DO CBCL-6/18 COM MAIORES E MENORES PONTUAÇÕES DA AMOSTRA ANALISADA

10 ITENS MAIS ASSINALADOS	%	10 ITENS MENOS ASSINALADOS	%
27. Sente ciúme ou inveja com facilidade	65%	105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco)	0%
3. Discute muito, é respondão/respondona	62%	99. Fuma cigarro ou masca fumo	0%
78. É desatento(a) ou distrai-se facilmente	58%	82. Rouba fora de casa	1%
88. Fica emburrado(a) facilmente	57%	106. Comete atos de vandalismo	1%
8. Não consegue se concentrar, não consegue prestar atenção por muito tempo	55%	107. Faz xixi na calça durante o dia	1%
50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)	55%	73. Tem problemas sexuais	1%
22. É desobediente em casa	54%	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário	1%
75. É muito acanhado(a) ou tímido(a)	54%	110. Gostaria de ser do sexo oposto	2%
4. Não termina as coisas que começa	53%	81. Rouba em casa	2%
93. Fala demais	53%	2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais	2%

Fonte: Elaboração da autora.

Em relação aos itens menos marcados, destacaram-se: usa drogas, fuma cigarro ou masca fumo (não assinalados por nenhum respondente) e rouba fora de casa, assinalado por apenas 1% dos pais ou responsáveis dos adolescentes.

7 DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi descrever a prevalência de problemas internalizantes e externalizantes numa amostra de adolescentes de 11 a 17 anos, de uma escola da rede pública na cidade do Salvador, a partir do uso do instrumento de avaliação CBCL/6-18, respondido pelos pais ou responsáveis pelos adolescentes.

Os dados encontrados evidenciam que, quanto às características sociodemográficas, isto é, gênero, idade, série e etnia, a amostra foi constituída predominantemente por adolescentes do sexo masculino (52,4%), com 13 anos de idade (23,8%), cursando o 6º ano do ensino fundamental (36,7%) e autoidentificando-se como negros (45,5%). Em relação à maioria da amostra pertencer ao sexo masculino, tal dado está em consonância com Sá, Bordin, Martin e Paula (58), e difere de outros estudos (28,34).

Em relação ao tipo de problemas de comportamento manifestados, nota-se, majoritariamente, a predominância de Queixas Somáticas em 10,6% da amostra clínica dos adolescentes, seguida de 10,2% problemas relacionados com Ansiedade e Depressão, o que corrobora com a literatura especializada (11,8,43,59). Outras importantes ocorrências foram problemas de sociabilidade, problemas com o pensamento e comportamento agressivo (sendo que 9,5% dos adolescentes da amostra apresentaram escores clínicos para essas subescalas). Esses dados estão em consonância, ainda que parcialmente, com outros importantes estudos realizados com adolescentes (16,60,9,61), que apontam como problemas de comportamento mais prevalentes em amostra infanto-juvenil os relacionados a Ansiedade/Depressão, problemas com o pensamento e comportamento agressivo.

Nota-se também que, em se tratando da prevalência de problemas externalizantes e internalizantes, uma frequência numericamente equivalente dos adolescentes atingiu escores na faixa clínica (problemas internalizantes identificados em 16,4% dos adolescentes e problemas externalizantes presentes em 15,3% da amostra, conforme Tabela 3). Esses dados corroboram os estudos de Borsa e Nunes (49), realizado em âmbito nacional com crianças gaúchas, e com Hess e Falcke (4), que conduziram uma revisão sistemática de literatura. De modo semelhante ao que foi observado em nosso estudo, essas pesquisas indicam equivalência em relação à prevalência de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes.

Entretanto, a prevalência de problemas internalizantes e externalizantes não é consensual na literatura especializada. Alguns estudos indicam que problemas internalizantes são os mais frequentes na população infanto-juvenil (24,25,26), enquanto que outras

pesquisas apontam como os mais prevalentes na população jovem os problemas de comportamento externalizantes (21,62).

Já em relação à escala total de problemas de comportamento (somatória das escalas internalizantes, externalizantes e de outros problemas delineados pelo CBCL/6-18), ilustrada na Tabela 3, 20,4% dos adolescentes da amostra apresentaram problemas na faixa clínica (23,3% de meninos e 17,2% de meninas). Em geral, trata-se de uma alta prevalência de problemas de comportamento, o que está de acordo também com outros estudos realizados no Brasil (49,16,61), avaliando que se trata de uma amostra constituída por adolescentes escolares devidamente inseridos no ensino fundamental.

No geral, apesar de pontuarem menos do que os meninos em problemas totais de comportamento (17,2% atingiram escores clínicos para problemas totais de comportamento, enquanto que a prevalência foi de 23,3% para os meninos), as meninas apresentaram pontuações significativamente maiores que os meninos somente na subescala comportamento agressivo (meninas 12,5% e meninos 6,8%), o que está de acordo com os dados apresentados (16,28). Por outro lado, nossos dados divergem daqueles de outros estudos (63), que apontam que problemas de comportamento agressivo são mais predominante em adolescentes do sexo masculino. Tal dado pode ter relação com o local onde os adolescentes que participaram deste estudo residem e/ou estudam, que se caracteriza como área de grande índice de violência e significativa desigualdade socioeconômica, o que, segundo alguns estudos indicam, pode se caracterizar como fatores de risco para desenvolvimento de determinados problemas de comportamento.

Com isso, pode-se concluir que existe diferença significativa do ponto de vista estatístico entre os sexos em relação aos escores dos problemas internalizantes ($p= 0,05$), escala na qual nota-se que os meninos pontuaram mais do que as meninas, atingindo, dessa forma, um maior percentual de escores na faixa clínica. Quanto aos outros resultados, foram numericamente maiores ou menores, mas não alcançaram significância estatística. Isso também pode ser visto em outros estudos (61,27,23). É importante destacar também que a relação entre o sexo e os problemas de comportamento (internalizantes e externalizantes) também não se configura como um consenso na literatura especializada, de acordo com os dados expostos.

Sobre a estratificação de problemas de comportamento de acordo com a faixa etária dos adolescentes, observou-se que problemas relacionados à internalização dos sintomas (como retraimento e depressão) estão em maior evidência em jovens mais novos (de 11 e 12 anos), enquanto que problemas externalizantes (como violação de regras e comportamento

agressivo) têm maior frequência em adolescentes mais velhos (com idade entre 15 a 17 anos). Esses dados denotam ainda que, de maneira geral, quanto maior a idade, maior a prevalência dos problemas totais de comportamento nos adolescentes avaliados, o que também pode ser evidenciado num estudo sobre a prevalência de problemas de comportamento em 31 sociedades diferentes, igualmente indicando que a prevalência de problemas totais de comportamento aumenta à medida do avanço de idade em se tratando de amostra infanto-juvenil (63).

Por fim, em relação aos itens mais e menos assinalados pelos pais ou responsáveis dos adolescentes escolares avaliados, destacaram-se como itens com maiores pontuações os das subescalas: problemas de atenção, comportamento agressivo, retraimento/depressão, ansiedade/depressão e problemas de sociabilidade. Já em relação aos itens menos assinalados pelos respondentes, destacaram os problemas de comportamento relacionados à violação de regras e outros problemas de comportamento. Esses dados estão em consonância com um estudo multicultural (64), tanto em se tratando de problemas de comportamento relacionados a expressão de ciúmes (um dos itens mais assinalados pelos pais ou responsáveis), quanto em relação a problemas de comportamento como roubar (um dos itens menos assinalados pelos respondentes),

Vale destacar ainda que os resultados encontrados são oriundos de respostas obtidas pelos pais ou responsáveis dos adolescentes. Assim, de acordo com a literatura utilizada neste estudo, pode-se obter uma avaliação eficaz da amostra, a partir da percepção de informantes significativos para o jovem avaliado. Com isso, entende-se que a visão desses informantes é de grande relevância na avaliação desta população. Além disso, este estudo possibilita uma caracterização das divergências notadas entre os gêneros nas avaliações de problemas emocionais e comportamentais de adolescentes, e também em se tratando da relação entre determinados problemas de comportamento e faixa etária dos avaliados, o que pode ser útil e contribuir para desenvolvimento de estratégias que objetivem prevenir estes problemas de comportamento. Neste contexto, variáveis sociodemográficas podem desempenhar influência na manifestação de problemas de comportamento na adolescência, necessitando ser investigadas.

Além disso, em se tratando de limitações do estudo em questão, destaca-se a dificuldade com alguns pais ou responsáveis pelos adolescentes escolares em disponibilizarem tempo do seu dia para se deslocarem até a escola e responderem aos instrumentos de avaliação da pesquisa. E também pode-se destacar a localização da escola da rede pública onde o estudo foi realizado, caracterizada em âmbito regional como área de

significativa violência e desigualdade socioeconômica, o que também pode direcionar alguns resultados obtidos. As limitações incluem ainda a coleta de dados em uma única escola, o que denota a impossibilidade de generalização dos resultados, como, por exemplo, para adolescentes escolares da rede privada de ensino.

8 CONCLUSÕES

Os dados obtidos no presente estudo corroboram com os achados evidenciados na literatura, que indicam elevada prevalência de problemas de comportamento na população infanto-juvenil brasileira (65,21,16,49,61). Além disso, existem diferenças também quando se trata de prevalência de determinados problemas de comportamento em relação ao sexo e à faixa etária dos adolescentes avaliados (61,27,23,64).

Levando em consideração o elevado número de adolescentes que apresentam problemas emocionais e comportamentais, é esperado que tal fato gere significativo comprometimento no desenvolvimento psicológico desses indivíduos, além de promover importante repercussão negativa nas suas respectivas famílias, como possibilidade de aumento do nível de estresse e ansiedade (17).

Os objetivos propostos (tanto geral quanto secundários) foram alcançados neste estudo, principalmente no que se refere ao levantamento de prevalência de problemas de comportamento em adolescentes escolares. Porém, pesquisas e estudos futuros nesta área, além de intervenções direcionadas a pais e responsáveis pelos adolescentes e políticas públicas de caráter preventivo (em relação aos problemas de comportamento) são necessários para promover melhora na saúde mental desta população, além de permitir o avanço das pesquisas sobre a temática em pauta.

Finalmente, os aspectos encontrados com a realização deste estudo podem contribuir para o entendimento do padrão de gênero, faixa etária e prevalência no tocante a problemas emocionais e comportamentais em adolescentes escolares. No entanto, é válido ratificar a necessidade de novas pesquisas e estudos nesta área, para possibilitar o desenvolvimento de ações voltadas para o contexto de vida do adolescente, visando à redução destes problemas de comportamento e a promoção de saúde e a melhora da qualidade de vida infanto-juvenil.

REFERÊNCIAS

- 1-IBGE (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- 2-Coslin PG. Psicologia do adolescente. Lisboa: Instituto Piaget; 2002. (Coleção Epigênese, Desenvolvimento e Psicologia).
- 3-Habigzang LF, Diniz E, Koller SH, organizadores. Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- 4-Hess ARB, Falcke D. Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. Psico-USF, Bragança Paulista. 2013; 18(2): 263-276.
- 5-Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 6-Vinocur E, Pereira HVFS. Avaliação dos transtornos de comportamento na infância. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Rio de Janeiro. 2011; 10: 26-34.
- 7-Polanczyk GV, Salum, GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2015; 56(3): 345-365.
- 8-Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro. 2014; 63(4): 360-372.
- 9-Furniss T, Beyer T, Guggenmos J. Prevalence of behavioural and emotional problems among six-years-old preschool children. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006; 41(5): 394-399.
- 10-Méndez FX, Olivares J, Ros MC. Características clínicas e tratamento da depressão na infância e adolescência. In: Caballo VE, Simón MA, organizadores. Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente: transtornos gerais. São Paulo: Livraria Santos. 2005.
- 11-Couto ISL, Reis DML, Oliveira IR de. Prevalência de sintomas de depressão em estudantes de 11 a 17 anos da rede pública de ensino de Salvador. Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador. 2016; 15(3): 370-374.
- 12-Gomes LP, Baron E, Albornoz ACG, Borsa JC. Inventário de depressão infantil (CDI): uma revisão de artigos brasileiros. Contextos clínicos, Rio Grande do Sul. 2013; 6(2): 95-105.
- 13-Wainer R, Piccoloto NM. Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: _____. Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2011. (Ciência e Arte).
- 14-Silva W, Figueiredo V. Ansiedade infantil e instrumentos de avaliação: uma revisão sistemática. Rev. Bras. Psiquiatria. 2005; 27(4): 329-35.

- 15-Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.
- 16-Borsa JC, Souza DS, Bandeira DR. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo. 2011; 13(2): 15-29.
- 17-Rocha MM. Evidências de validade do “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo; 2012.
- 18-Bolsoni-Silva AT, Del Prette A. Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2003; 5(2): 91-103.
- 19-Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/externalizing problems: review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016; 55(8): 647-656.
- 20-Achenbach TM, Edelbroch C. The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979; 47(2): 223-233.
- 21-Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes R de CS. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004; 45(4): 779-788.
- 22-López-Soler C, Sáez MC, López MA, Fernández VF, Pina JA. Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*. 2009; 21(3): 353-358.
- 23-Moura CB, Marinho-Casanova ML, Meurer PH, Campana C. Caracterização da cliente pré-escolar de uma clínica escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*. 2008; 1(1): 1-8.
- 24-Beyer T, Furniss T. Child psychiatric symptoms in primary school: the second wave 4 years after preschool assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42(9): 753-758.
- 25-Keegstra AL, Post WJ, Goorhuis-Brouwer SM. Behavioural problems in young children with language problems. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. 2010; 74(6): 637-641.
- 26-Trapolini T, McMahon CA, Ungerer JA. The effect of maternal depression and marital adjustment on young children's internalizing and externalizing behaviour problems. *Child: care, health and development*. 2007; 33(6): 794-803.
- 27-Zwaanswijk M, Verhaak, P. F.; Bensing, J. M.; Van Der Ende, J.; Verhulst, F. C. Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents: a review of recent literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 12(4): 153-161.

28-Parco DA, Jó PSB. Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*: Lima, Peru. 2015; 21(2): 253-259.

29-Sá DGF, Curto BM, Bordin IAS, Paula CS. Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia: teoria e prática*. 2009; 11(1): 179-188.

30-Ferriolli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Family context and child mental health problems in the Family Health Program. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41(2): 251-259.

31-Vitolo YLC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IAS. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39(5): 716-724.

32-Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*. 2009; 43(1): 92-100, Suplemento 1.

33-Goldsmith HH, Lemery KS. Linking temperamental fearfulness and anxiety symptoms: a behavior-genetic perspective. *Biological Psychiatry*. 2000; 48(12): 1199-1209.

34-Bolsoni-Silva AT, Loureiro ST, Marturano EM. Comportamentos internalizantes: associações com habilidades sociais, práticas educativas, recursos do ambiente familiar e depressão materna. *Psico, Porto Alegre*. 2016; 47(2): 111-120.

35-Luiz AMAG, Gorayeb R, Liberato Jr. RDR. Avaliação de depressão, problemas de comportamento e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. 2010; 27(1): 41-48.

36-Vianna RRAB, Campos AA, Landeira-Fernandez J. Transtornos de ansiedade na infância e adolescência: uma revisão. *Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro*. 2009; 5(1): 46-61.

37-Silva ABB. *Mentes com medo: da compreensão à superação*. São Paulo: Integre Editora; 2006.

38-Dotto MC, Leite JR, Lopes R da CT. Fobia Social. In: Angelotti G, organizador. *Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos de Ansiedade*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

39-Fleitlich-Bil YKB, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

40-Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003; 42(10): 1203-1211.

41-American Psychiatric Association. APA. *DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

- 42-Argimon II de L, Terroso LB, Barbosa A, Lopes RMF. Intensidade de sintomas depressivos em adolescentes através da escala de depressão de Beck (BDIII). *Bol. acad. paulista de psicologia*, São Paulo. 2013; 33(85): 354-372.
- 43-Fonseca MHG, Ferreira RA, Fonseca SG. Prevalência de sintomas depressivos em escolares. *Pediatria*, São Paulo. 2005; 27(4): 223-232.
- 44-Glascoe FP. Screening for developmental and behavioral problems. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 2005; 11: 173-179.
- 45-Achenbach TM, Ivanova, MY, Rescorla LA. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Compr Psychiatry*. 2017; 79: 4-18.
- 46-Borsa JC, Damasio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, Ribeirão Preto. 2012; 22(53): 423-432.
- 47-Desousa DA, Moreno AL, Gauer G, Manfro GG, Koller SH. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. *Aval. psicol.*, Itatiba. 2013; 12(3): 397-410.
- 48-Achenbach TM, Rescorla LA. *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (7th ed.)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2010.
- 49-Borsa JC, Nunes MLT. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças escolares da cidade de Porto Alegre. *Aletheia*. 2011; 34(1): 32-46.
- 50-Bordin IA, Rocha MM, Paula CS, Teixeira MCTV, Achenbach TM, Rescorla LA, 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2013; 29(1): 13-28.
- 51-Wielewicki A, Gallo AE, Grossi R. Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. *Temas em Psicologia*. 2011; 19(2): 513-523.
- 52-Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*. 1995; 17: 55-66.
- 53-Rocha MM, Rescorla LA, Emerich DR, Silveiras EF, Borsa JC, Araujo LS. Behavioral/Emotional problems in Brazilian children: Findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012; 22(4): 329-338.
- 54-Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking out patient population. *BMC Psychiatry*. 2010; 10(1): 83-93.
- 55-Predebon JC, Wagner A. Problemas de comportamento na adolescência: configuração familiar e aspectos sociodemográficos. *Práxis*. 2005; 2(2): s/n.

56-Achenbach System of Empirically Based Assessment. Manual for the Assessment Data Manager Program (ADM). Burlington, VT, 2006.

57-Ministério da Saúde (BR). Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 13 de junho de 2013.

58-Sá DGF, Bordin IAS, Martin D, Paula CS. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, DF. 2010; 26(4): 643-652.

59-Cardoso P, Rodrigues C, Vilar A. Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Anál. psicol.*, Lisboa. 2004; 4(22): 667-675.

60-Hetlinger CA, Simpkins CG, Combs-Orme T. Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*. 2000; 22(1): 55-73.

61-Emerich DR, Rocha MM, Silvares EFM. Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (cbcl/6-18). *Psico*, Porto Alegre, PUCRS. 2012; 43(3): 380-387.

62-Schneiders J, Drukker M, Van Der Ende J, Verhulst FC, Van OSJ, Nicolson N. Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *J EpidemiolCommunity Health*. 2003; 57(9): 699-703.

63-Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N. Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007a; 75(2): 351-358.

64- Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2007b; 15: 130-142.

65-Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010; 45(1): 135-142.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH– APROVAÇÃO DE NOVOS PESQUISADORES



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA/UFBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.575.600

Apresentação do Projeto:

O investigador solicita emenda ao protocolo para incluir os estudantes de mestrado Nina Santos Souza Maia de Vasconcelos, Dagoberto Bonavides de Oliveira e Isabela Sousa Lemos Couto. em outra nota ao CEP anexa compromisso de confidencialidade.

Informa não há mais mudanças no protocolo de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Não mudam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

os estudantes incluídos foram treinados pelo investigador principal "treinamentos teóricos" e "participarem do treinamento em sala de aula, como coterapêutas. ADEQUADO

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda ao protocolo incluindo novos membros da equipe.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.005-150

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.575.600

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_727421 E1.pdf	30/05/2016 11:15:54		Aceito
Outros	Emendaaprotocolo.pdf	30/05/2016 10:02:14	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Escala CBCL.pdf	26/02/2015 09:29:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	26/02/2015 09:28:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.pdf	25/02/2015 15:11:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.docx	25/02/2015 15:10:23		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.pdf	25/02/2015 15:08:16		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.docx	25/02/2015 15:08:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	25/02/2015 15:07:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	25/02/2015 15:07:26		Aceito
Outros	SCARED- Parental.pdf	25/02/2015 13:59:49		Aceito
Outros	SCARED-C.pdf	25/02/2015 13:58:53		Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE
OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.575.600

Outros	CTQ.pdf	25/02/2015 13:42:30		Aceito
Outros	CDI.pdf	25/02/2015 13:42:07		Aceito
Outros	Escala SNAP-MTA-IV.pdf	25/02/2015 13:41:01		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Amélia Rodrigues.pdf	25/02/2015 13:30:32		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Visconde de Cairu.pdf	25/02/2015 13:30:05		Aceito
Outros	MSLSS Brazilian Version.pdf	25/02/2015 09:22:57		Aceito
Outros	Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest.pdf	25/02/2015 09:22:30		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 06 de Junho de 2016

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

UF: BA **Município:** SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Por favor, leia com atenção e responda todas as questões. Não mostre suas respostas a ninguém. Seja o mais sincero(a) que puder. Ninguém terá acesso a elas. Ao final, colocaremos suas respostas em um envelope e só nós, os pesquisadores, as leremos.

Não tenha pressa. Se tiver alguma dúvida ou não entender alguma palavra, um de nós terá muito prazer em ajudá-lo(a).

Não existe resposta certa ou errada. Escreva honestamente o que você sentir que é verdadeiro.

Data: ____/____/____

Seu nome: _____

Nome de seu filho(a): _____

Seu relacionamento com o aluno(a): () Mãe; () Pai; () Outro: _____

Sexo do(a) adolescente: () Feminino () Masculino

Data de nascimento de seu(sua) filho(a): ____/____/____

Telefone para contato: _____

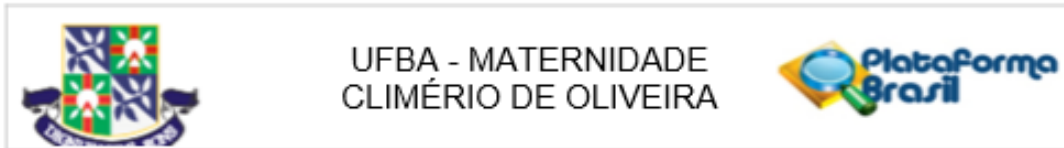
Série que o adolescente frequenta: _____ Período: () Manhã; () Tarde.

Qual é a cor ou raça do(a) adolescente? () negra; () branca; () amarela; () parda; () indígena.

Nas questões abaixo, responda sim quando tiver o eletrodoméstico ou outro bem em sua casa, colocando a quantidade de itens:

Televisão	() Sim	() Não	Quantas?
Rádio	() Sim	() Não	Quantos?
Computador	() Sim	() Não	Quantos?
Banheiro	() Sim	() Não	Quantos?
Automóvel	() Sim	() Não	Quantos?
Empregada mensalista	() Sim	() Não	Quantas?
Aspirador de pó	() Sim	() Não	Quantos?
Máquina de lavar	() Sim	() Não	Quantos?
Tocador de vídeo e/ou DVD	() Sim	() Não	Quantos?
Geladeira	() Sim	() Não	Quantas?
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	() Sim	() Não	Quantos?

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH – APROVAÇÃO DA EMENDA DA MESTRANDA ISABELA SOUSA LEMOS COUTO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 12

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.350.821

Apresentação do Projeto:

O investigador submete emenda ao protocolo de investigação propondo que:

1. A partir dos dados já coletados durante a execução deste projeto, já submetido e aprovado por este Comitê, será elaborado trabalho de Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas – UFBA) da mestranda Isabela Sousa Lemos Couto, sob a orientação do Professor Irismar Reis de Oliveira.

2. o subtítulo do protocolo: "PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE 11 A 17 ANOS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DE SALVADOR". Já aprovado por este comitê em 03/07/2016, parecer 1.618.955, será modificado

seja modificado para: "PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM ESTUDANTES DE 11 A 17 ANOS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE SALVADOR – BAHIA".

ADEQUADO

3. OBJETIVO PRINCIPAL seja mudado de: Descrever a prevalência de sintomas de ansiedade em adolescentes, de 11 a 17 anos, de escola da rede pública na cidade do Salvador, a partir do uso de instrumentos de avaliação de ansiedade em adolescentes: SCARED e CBCL.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.350.821

PARA: Descrever a prevalência de problemas de comportamento, dentre eles problemas internalizantes e externalizantes, numa amostra de adolescentes (11 a 17 anos), de escola da rede pública na cidade do Salvador, a partir do uso do instrumento de avaliação CBCL/6-18, respondido pelos pais ou responsáveis pelos adolescentes.

e que os OBJETIVOS SECUNDÁRIOS sejam mudados de: Utilizar o SCARED para avaliar comportamentos de ansiedade numa amostra escolar de adolescentes brasileiros, a partir do autorrelato dos próprios adolescentes.

PARA: Utilizar o CBCL para avaliar problemas de comportamentos internalizantes numa amostra escolar de adolescentes brasileiros, a partir da percepção dos pais;

DE: Utilizar o CBCL para avaliar comportamentos de ansiedade numa amostra escolar de adolescentes brasileiros, a partir da percepção dos pais.

PARA: Utilizar Questionário Sociodemográfico, com finalidade de coletar dados e identificar a população estudada;

DE: Elaborar análise descritiva do perfil de adolescentes gerado pelos dois instrumentos.

PARA: Elaborar análise descritiva do perfil de adolescentes gerado pelo uso dos dois instrumentos: Questionário Sociodemográfico e CBCL.

ADEQUADO

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRINCIPAL:

Descrever a prevalência de problemas de comportamento, dentre eles problemas internalizantes e externalizantes, numa amostra de adolescentes (11 a 17 anos), de escola da rede pública na cidade do Salvador, a partir do uso do instrumento de avaliação CBCL/6-18, respondido pelos pais ou responsáveis pelos adolescentes.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Utilizar o CBCL para avaliar problemas de comportamentos internalizantes numa amostra escolar de adolescentes brasileiros, a partir da percepção dos pais;

Utilizar Questionário Sociodemográfico, com finalidade de coletar dados e identificar a população estudada;

Elaborar análise descritiva do perfil de adolescentes gerado pelo uso dos dois instrumentos: Questionário Sociodemográfico e CBCL.

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.055-150

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.350.821

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não mudam.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há,

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_101677_4_E7.pdf	19/10/2017 16:34:50		Aceito
Outros	emenda8.pdf	19/10/2017 16:33:05	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emenda8.docx	19/10/2017 16:32:36	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emenda7inclusaoescaladebullying.docx	10/07/2017 11:28:35	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termosdeconsentimentoeassentimentoa dendoalalteracaodestacada.docx	10/07/2017 11:24:55	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartaospaiseresponsaveiscomalteracao destacada.docx	10/07/2017 11:23:11	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emendainclusaoescaladebullying.pdf	10/07/2017 11:22:09	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emenda6.pdf	05/06/2017 16:12:38	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartaanuenciapmvitoriadaconquista.pdf	03/03/2017 15:45:01	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartaanuenciapmsalvador.pdf	03/03/2017 15:42:34	Irismar Reis de Oliveira	Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



UFBA - MATERNIDADE
CLIMÉRIO DE OLIVEIRA



Continuação do Parecer: 2.350.821

Outros	tcpcadernopais.pdf	03/03/2017 14:49:10	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	tcpcadernoaluno.pdf	03/03/2017 14:48:51	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emendacpm.docx	03/03/2017 14:48:07	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emendacpm.jpg	03/03/2017 14:46:15	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	respostaparecerpendenciapaginadois.JPG	24/02/2017 15:47:46	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	respostaparecerpendenciapaginaum.JPG	24/02/2017 15:47:19	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	cartadeconfidencialidade.pdf	11/08/2016 17:12:03	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	oficiorespostaparecer.pdf	11/08/2016 17:10:19	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	emenda4aoprotocolonovopesquisador.pdf	21/07/2016 08:36:05	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	27/06/2016 16:37:59	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	respostaparecer.pdf	27/06/2016 16:35:27	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Emenda3aoprotocolo.pdf	06/06/2016 14:39:21	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Emendaaoprotocolo.pdf	30/05/2016 10:02:14	Irismar Reis de Oliveira	Aceito
Outros	Escala CBCL.pdf	26/02/2015 09:29:28		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	26/02/2015 09:28:37		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.pdf	25/02/2015 15:11:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Protocolo tese.docx	25/02/2015 15:10:23		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.pdf	25/02/2015 15:08:16		Aceito
Outros	TERMO DE ASSENTIMENTO.docx	25/02/2015 15:08:01		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	25/02/2015 15:07:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	25/02/2015 15:07:26		Aceito

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.350.821

Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.docx	25/02/2015 15:07:26		Aceito
Outros	SCARED- Parental.pdf	25/02/2015 13:59:49		Aceito
Outros	SCARED-C.pdf	25/02/2015 13:58:53		Aceito
Outros	CTQ.pdf	25/02/2015 13:42:30		Aceito
Outros	CDI.pdf	25/02/2015 13:42:07		Aceito
Outros	Escala SNAP-MTA-IV.pdf	25/02/2015 13:41:01		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Amélia Rodrigues.pdf	25/02/2015 13:30:32		Aceito
Outros	Declaração de anuência Escola Visconde de Cairu.pdf	25/02/2015 13:30:05		Aceito
Outros	MSLSS Brazilian Version.pdf	25/02/2015 09:22:57		Aceito
Outros	Questionário de Distorções Cognitivas CD-Quest.pdf	25/02/2015 09:22:30		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Outubro de 2017

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.055-150

E-mail: cepmco@ufba.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SH – APROVAÇÃO DA EMENDA DA MESTRANDA ISABELA SOUSA LEMOS COUTO– CORREÇÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA EFICÁCIA DO TREINAMENTO COGNITIVO PROCESSUAL EM GRUPO (TCP-G) NA PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE SALVADOR: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Pesquisador: Irismar Reis de Oliveira

Área Temática:

Versão: 12

CAAE: 42264315.0.0000.5543

Instituição Proponente: SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Correção parecer

Justificativa: Correção no parecer 2.350.821, emitido em 26/10/17.

Data do Envio: 08/11/2017

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.372.372

Apresentação da Notificação:

O investigador solicita correção dos objetivos do parecer 2350821.

Objetivo muda de:

Utilizar o SCARED para avaliar comportamentos de ansiedade numa amostra escolar de adolescentes brasileiros, a partir do autorelato dos próprios adolescentes

PARA:

Utilizar o CBCL para avaliar problemas de comportamentos internalizantes numa amostra escolar de adolescentes da cidade do Salvador Bahia - Brasil, a partir da percepção dos pais.

e

De Utilizar o CBCL para avaliar comportamentos de ansiedade numa amostra escolar de

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.372.372

adolescentes brasileiros, a partir da percepção dos pais.

PARA:

Utilizar o CBCL para avaliar problemas de comportamentos externalizantes numa amostra escolar de adolescentes da cidade do Salvador - Bahia Brasil, a partir da percepção dos pais.

ADEQUADO

Objetivo da Notificação:

Corrigir os objetivos da emenda anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não mudam.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Solicitação de mudança de questionário SCARED para CBCL com conseqüente o objeto analisado. Não há óbices éticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não mudam.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	correcaoparecer.pdf	08/11/2017 09:02:00	Irismar Reis de Oliveira	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.055-150

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br



UFBA - MATERNIDADE
CLIMÉRIO DE OLIVEIRA

Continuação do Parecer: 2.372.372

SALVADOR, 08 de Novembro de 2017

Assinado por:
Eduardo Martins Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

UF: BA

Telefone: (71)3283-9210

Município: SALVADOR

CEP: 40.055-150

E-mail: cepmco@ufba.br



Instituto de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação
Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas
Avenida Reitor Miguel Calmon s/n - Vale do Canela. CEP: 40110-100
Salvador, Bahia, Brasil

<http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br>