

Organizadoras
Sandra Regina Gimenez-Paschoal
Teresa Helena Schoen
Márcia Regina Fumagalli Marteleto
Graziela Sapienza

SAÚDE MENTAL, PSICOPATOLOGIA E CICLO DE VIDA

uma perspectiva dimensional



Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Sandra Regina Gimenez-Paschoal
Teresa Helena Schoen
Márcia Regina Fumagalli Marteleto
Graziela Sapienza
(Organizadoras)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SAÚDE MENTAL,
PSICOPATOLOGIA E CICLO DE VIDA:
uma perspectiva dimensional

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2022

Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV
Arte de Capa: Freepik
Revisão: As Autoras

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

SA255

Saúde mental, psicopatologia e ciclo de vida: uma perspectiva dimensional / Sandra Regina Gimeniz-Paschoal, Teresa Helena Schoen, Márcia Regina Fumagalli Marteleto, Graziela Sapienza (organizadoras) – Curitiba : CRV, 2022.
194 p.

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-251-3376-8

ISBN Físico 978-65-251-3378-2

DOI 10.24824/978652513378.2

1. Psicologia 2. Psicopatologia 3. Saúde mental 4. Desenvolvimento humano 5. Funcionamento psicossocial I. Gimeniz-Paschoal, Sandra Regina. org. II. Schoen, Teresa Helena. org. III. Marteleto, Márcia Regina Fumagalli. org. IV. Sapienza, Graziela. org. V. Título VI. Série.

2022-28245

CDD 150

CDU 159.9

Índice para catálogo sistemático
1. Psicologia – saúde mental – 150

ESTA OBRA TAMBÉM SE ENCONTRA DISPONÍVEL EM FORMATO DIGITAL.
CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2022

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004
Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV
Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV
Tel.: (41) 3039-6418 – E-mail: sac@editoracr.com.br
Conheça os nossos lançamentos: www.editoracr.com.br

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Conselho Editorial: Comitê Científico:

- Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
Carlos Federico Dominguez Avila (Unieuro)
Carmen Tereza Velanga (UNIR)
Celso Conti (UFSCar)
Cesar Gerónimo Tello (Univer. Nacional
Três de Febrero – Argentina)
Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)
Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
Élsio José Corá (UFGS)
Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
Gloria Fariñas León (Universidade
de La Havana – Cuba)
Guillermo Arias Beatón (Universidade
de La Havana – Cuba)
Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
João Adalberto Campato Junior (UNESP)
Josania Portela (UFPI)
Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
Lídia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
Lourdes Helena da Silva (UFV)
Luciano Rodrigues Costa (UFV)
Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
Rodrigo Pratte-Santos (UFES)
Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
Simone Rodrigues Pinto (UNB)
Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
Sydione Santos (UEPG)
Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)
- Andrea Vieira Zanella (UFSC)
Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar (UNESP)
Edna Lúcia Tinoco Ponciano (UERJ)
Edson Olivari de Castro (UNESP)
Érico Bruno Viana Campos (UNESP)
Fauston Negreiros (UFPI)
Francisco Nilton Gomes Oliveira (UFMS)
Helmuth Krüger (UCP)
Ilana Mountian (Manchester Metropolitan
University, MMU, Grã-Bretanha)
Jacqueline de Oliveira Moreira (PUC-SP)
João Ricardo Lebert Cozac (PUC-SP)
Marcelo Porto (UEG)
Marcia Alves Tassinari (USU)
Maria Alves de Toledo Bruns (FFCLRP)
Mariana Lopez Teixeira (UFSC)
Monilly Ramos Araujo Melo (UFCG)
Olga Ceciliato Mattioli (ASSIS/UNESP)
Regina Célia Faria Amaro Giora (MACKENZIE)
Virgínia Kastrup (UFRJ)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

É com imensa gratidão, admiração e muito carinho que dedicamos este livro à nossa querida “Vivi” (Edwiges Ferreira de Mattos Silves)!!! Exímia, íntegra e competente orientadora de diferentes processos formativos da maioria das autoras deste livro. Uma pesquisadora aberta a diferentes conhecimentos que favorecem o crescimento da Psicologia. Para tanto, utilizou os instrumentos do Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), tornando-se a primeira representante deles no Brasil. Sua dedicação acadêmica e científica são contribuições de excelência e destaque para a Psicologia brasileira. Sempre amiga, acolhedora, generosa e disposta a ajudar, que siga com sua alegria contagiante e seu brilho ímpar!!!

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
<i>Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro</i>	
<i>Graziela Sapienza</i>	
<i>Sandra Regina Gimenez-Paschoal</i>	
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
<i>Márcia Regina Fumagalli Marteleto</i>	
PREFÁCIO	13
<i>Thomas M. Achenbach</i>	
1. SAÚDE MENTAL.....	15
<i>Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro</i>	
<i>Graziela Sapienza</i>	
<i>Luan Flávia Barufi Fernandes</i>	
<i>Mônica Atsuko Ichikawa</i>	
<i>Sandra Regina Gimenez-Paschoal</i>	
2. COMPETÊNCIA SOCIAL: fator protetivo à saúde mental.....	25
<i>Graziela Sapienza</i>	
<i>Angela Helena Marin</i>	
3. DIMENSÃO INTERNALIZANTE E DIMENSÃO EXTERNALIZANTE: taxonomia hierárquica.....	43
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
<i>Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro</i>	
<i>Jéssica de Assis Silva</i>	
<i>Márcia Regina Fumagalli Marteleto</i>	
4. VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS ATÉ SEIS ANOS	67
<i>Márcia Regina Fumagalli Marteleto</i>	
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
<i>Jéssica de Assis Silva</i>	
<i>Luan Flávia Barufi Fernandes</i>	
<i>Ana Cláudia de Azevedo Peixoto</i>	
<i>Sandra Regina Gimenez-Paschoal</i>	
5. PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS	87
<i>Márcia Regina Fumagalli Marteleto</i>	
<i>Teresa Helena Schoen</i>	

6. SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA.....	101
<i>Carla Cristina Borges Santos</i>	
<i>Graziela Sapienza</i>	
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
7. PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM ADULTOS.....	119
<i>Fernanda Ribeiro de Araújo</i>	
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
<i>Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro</i>	
8. O IDOSO	133
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
<i>Jéssica de Assis Silva</i>	
<i>Márcia Regina Fumagalli Marteleto</i>	
9. RELAÇÕES ENTRE O DESENVOLVIMENTO BIOECOLÓGICO E O MICROSSISTEMA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL.....	153
<i>Ana Cláudia de Azevedo Peixoto</i>	
<i>Celia Regina Nonato da Silva Loureiro</i>	
<i>Gabriella Santos Ramalho</i>	
<i>Ilanna Pinheiro da Costa Medeiros</i>	
<i>Sandra Duarte Antão</i>	
10. MÚLTIPLOS INFORMANTES.....	169
<i>Teresa Helena Schoen</i>	
<i>Márcia Regina Fumagalli Marteleto</i>	
<i>Angela Helena Marin</i>	
ÍNDICE REMISSIVO	185
SOBRE AS AUTORAS	189

APRESENTAÇÃO

A compreensão e a avaliação da saúde mental e da psicopatologia em diferentes etapas da vida representam um grande desafio para estudos e aplicações em prevenção e tratamento. Este livro traz contribuições a essa temática, em uma perspectiva dimensional, a partir das investigações e da atuação de psicólogos pesquisadores que compõem o Grupo de Trabalho (GT) intitulado “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP).

Com experiência nas áreas acadêmica, clínica, de prevenção e de educação, os pesquisadores desse GT têm em comum, em seus trabalhos, a utilização de instrumentos do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA), um sistema padronizado e mundialmente utilizado para a avaliação de funcionamento adaptativo/competência social e problemas comportamentais/emocionais, em diferentes faixas etárias. Como um sistema de avaliação multicultural, baseado em evidências, e que permite comunicação e colaboração entre diferentes profissionais de saúde mental e pesquisadores ao redor do mundo, o ASEBA possui inventários que permitem a avaliação de indivíduos (de um ano e meio a 90 anos de idade) que podem ser preenchidos por pais, professores, cuidadores, entrevistadores clínicos e profissionais de saúde mental, conforme a versão do instrumento. O diagnóstico dimensional é mediado por uma complexa análise estatística dos dados fornecidos por essas escalas quantitativas, observando a dimensão da severidade do impacto das questões de saúde mental sobre o funcionamento do indivíduo.

Com esse instrumental, esse GT vem, desde 2018, dedicando-se a uma pesquisa para levantamento de saúde mental na população brasileira. Feita em modelo de rede, a investigação contou com a generosa colaboração de muitos psicólogos, psicopedagogos, neurologistas e psiquiatras que, no Brasil, também fazem uso do ASEBA. Os dados da pesquisa do nosso GT são provenientes especialmente de três regiões do país (Sul, Sudeste e Centro-Oeste), territórios abarcados na partilha dos dados pelos colaboradores. Inspirados nos diferentes momentos da realização da pesquisa, que incluíram uma revisão de temáticas próprias à compreensão, avaliação e atuação, considerando o desenvolvimento humano no decorrer de todo o ciclo vital, os capítulos que se seguem trazem aspectos relativos à saúde mental nas diferentes etapas da vida. Aspectos desenvolvimentais de crianças, de adolescentes, de adultos e de idosos estão contemplados, especialmente com um olhar que avança em direção à fundamental importância dos recursos do desenvolvimento, para além de problemas que têm sido, muitas vezes, privilegiados em publicações de saúde mental.

No livro, o Capítulo 1 – “Saúde mental” trata da temática de avaliação em saúde mental, incluindo vértices históricos e contribuições referentes à sua prevenção. Em seguida, o Capítulo 2 – “Competência social: fator protetivo à saúde mental” apresenta reflexões sobre o conceito de competências social, elemento positivo no desenvolvimento humano. O Capítulo 3 – “Dimensão internalizante e dimensão externalizante: taxionomia hierárquica” volta-se à conceituação de comportamentos externalizantes e

internalizantes, classificação própria do modelo *bottom-up*, nas avaliações em saúde mental. Do Capítulo 4 ao Capítulo 8, encontram-se aportes referentes à psicopatologia desenvolvimental, apresentando características e problemas de comportamento ao longo do desenvolvimento, sendo o Capítulo 4 – “Vigilância do desenvolvimento em crianças até seis anos”, o Capítulo 5 – “Problemas de comportamento em crianças de 6 a 10 anos”, o Capítulo 6 – “Saúde mental na adolescência”, o Capítulo 7 – “Problemas de saúde mental em adultos” e o Capítulo 8 – “O idoso”. O Capítulo 9 – “Relações entre o desenvolvimento bioecológico e o microsistema de crianças e adolescentes em vulnerabilidade social” apresenta reflexões sobre saúde mental em populações vulneráveis. Finalmente, o Capítulo 10 – “Múltiplos informantes” tece considerações sobre a importância de se levar em conta dados provenientes de outras fontes (pais, professores, cônjuges...), além do próprio indivíduo, nos cenários de avaliação.

Espera-se que as contribuições presentes possam servir de estímulo e de entusiasmo a todos aqueles interessados na promoção do desenvolvimento humano, sejam psicólogos, médicos e profissionais de diferentes áreas da saúde e afins, educadores, gestores, graduandos, pós-graduandos e população em geral.

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Graziela Sapienza

Sandra Regina Gimenez-Paschoal

Teresa Helena Schoen

Márcia Regina Fumagalli Marteleto

PREFÁCIO

I am happy to introduce the dimensional perspective that guides this book. The dimensional perspective is one aspect of a “bottom-up” paradigm for psychopathology. The bottom-up paradigm prioritizes empirical data on people’s functioning as a foundation for conceptualizing, assessing, treating, and preventing maladaptive functioning. Statistical tools that are used to aggregate assessment data from many people have identified syndromes and higher-order patterns of co-occurring problems that can be scored as quantitative dimensions for purposes of assessing degrees of deviation from levels of functioning found in normative samples of peers. The quantitative dimensions also serve as scientific constructs on which to focus research on the etiology, developmental course, treatment, prevention, and outcome of maladaptive functioning. The chapters of this book address many aspects of bottom-up, dimensional models for psychopathology that should enlarge readers’ understanding of the complex phenomena encompassed by the term psychopathology.

Thomas M. Achenbach

Psicólogo, professor na University of Vermont

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

1. SAÚDE MENTAL

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Graziela Sapienza

Luan Flávia Barufi Fernandes

Mônica Atsuko Ichikawa

Sandra Regina Gimenez-Paschoal

Introdução

Em 1948, no rescaldo da Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) foi fundada e uma de suas primeiras definições foi a reformulação do conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não como a mera ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição representou uma abordagem positiva, holística e se contrapunha à visão parcial da saúde como sendo a ausência de enfermidades.

Constituiu-se então o primeiro organismo internacional responsável por cuidar da saúde e do bem-estar humanos. Entretanto, discussões sobre bem-estar só foram incluídas no contexto científico psicológico a partir da década de 1960, em decorrência de mudanças sociais e pela premência de desenvolver indicadores sociais de qualidade de vida. Nessa década, a noção de bem-estar estava fortemente vinculada a usufruto material, em decorrência de boas condições econômicas.

Um novo século, caracterizado por uma redução acentuada e crescente na qualidade de vida dos indivíduos, decorrente do próprio desenvolvimento do mundo pós-moderno, trouxe a necessidade de nova visão acerca da saúde, considerando a saúde mental. Em 2004, passados mais de 50 anos de sua proposta inicial de definição de saúde, a OMS, instituição pioneira no domínio da saúde positiva, determinou a saúde mental como “um estado de bem-estar no qual o indivíduo utiliza as suas capacidades, é capaz de lidar com o estresse normal da vida, de trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade”. O conceito de bem-estar é bem mais complexo e alinhado à ideia de saúde mental. Efetivamente, a nova concepção de saúde mental refere a presença de uma vivência emocional positiva (um estado de bem-estar), manifestada pelo envolvimento ativo do sujeito na resolução das tarefas do seu processo de desenvolvimento (utilização das capacidades e gestão do estresse cotidiano) e na otimização do seu funcionamento no contexto em que se insere (trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a sua comunidade).

Esse novo conceito veio em boa hora, visto que as doenças da sociedade moderna, como desordens psicológicas, crescem assustadoramente. Encontram-se, atualmente, entre as doenças mais frequentes na população e requerem identificação, prevenção e tratamento precoce. A visão positiva da OMS propõe a necessidade de um olhar para a promoção da saúde como mais importante do que a remediação das doenças (RIBEIRO, 1989), dessa forma, estratégias de avaliação e de prevenção eficazes e baseadas em evidências são iminentes.

Aspectos históricos na avaliação em saúde mental

Em 1840, nos Estados Unidos da América (EUA), foi realizado um primeiro censo acerca das desordens mentais que, à época, apresentava nomenclaturas como “idiotice” e “insanidade”. Depois de 40 anos, em 1880, houve um censo em instituições psiquiátricas norte-americanas sendo, então, descritas sete formas de insanidade: melancolia, mania, monomania, demência, dipsomania, paresia e epilepsia (DUNKER; NETO, 2011).

Já no século XX, em 1913, o Dr. James May, um dos associados da American Medico-Psychological Association, desenvolveu um dos primeiros sistemas de classificação de desordens mentais. Em 1917, a American Psychiatric Association (APA) uniu-se com a National Commission on Mental Hygiene para desenvolver um sistema classificatório das desordens mentais mais recorrentes (ALVARENGA; FLORES-MENDOZA; GONTIJO, 2009). A última classificação que antecedeu ao primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), surgiu em 1918, no intitulado “Manual Estatístico para o Uso de Instituições de Insanos”. Esse manual contava com 22 categorias, entre elas e destacando-se, a psicose, a melancolia, a demência precoce, a paranoia, as psiconeuroses e as neuroses. O manual funcionava mais como uma classificação estatística do que como um guia de diagnóstico (DUNKER; NETO, 2011).

Com grande influência do sistema diagnóstico do psiquiatra suíço Adolf Meyer (1866-1950), que foi presidente da APA, surgiu o primeiro DSM, em 1952. Esse manual agrupava 106 categorias em dois grupos de transtornos: os pertinentes às neuroses (como ansiedade e depressão) e os relativos às psicoses (transtornos marcados pela presença de alucinações e delírios, além de perda significativa da realidade) (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). O enfoque dessa primeira edição do DSM foi predominantemente psicanalítico, apresentando uma reformulação psicopatológica baseada na racionalidade diagnóstica, centrada em tipos de reação, em pressupostos da história de vida e oscilações das doenças mentais (MARTINHAGO; CAPONI, 2019). Uma segunda edição desse manual, o DSM II, surgiu em 1968, apresentando 182 categorias com a inclusão de outros transtornos de personalidade além de transtornos não psicóticos (DUNKER; NETO, 2011).

Em 1980 surgiu o DSM III que se constituiu como um marco na mudança de paradigma da Psiquiatria, com contribuições trazidas pelo avanço dos psicofármacos e também os advindos das neurociências. Os DSMs anteriores (DSM I e II) eram regidos por fundamentação psicanalítica (como já citado), já no DSM III, as patologias psiquiátricas passaram a ser definidas por agrupamentos de sintomas, em 265 categorias. A categoria clínica de “neurose” desapareceu na edição desse DSM III, o que gerou polêmicas em função de que a “neurose” era uma das classes fundamentais da psicopatologia psicanalítica. O DSM III propunha-se a aperfeiçoar a uniformidade e a validade dos diagnósticos psiquiátricos, além da padronização das práticas entre os EUA e outros países. O DSM IV foi publicado em 1994, com 297 categorias distribuídas em 886 páginas, e sua principal diferença em relação à versão anterior estava na inclusão de um critério de significância clínica para praticamente metade das categorias (DUNKER; NETO, 2011).

Quase vinte anos depois, em 2013 foi publicada a quinta edição desse manual, o DSM 5, com apresentação de 300 categorias. Seu principal diferencial foi a medição da gravidade dos sintomas e uma avaliação em formas dimensional e transversal daqueles que apresentavam ampla diversidade de diagnóstico. Esse enfoque mais dimensional do DSM 5 tornou possível analisar os sintomas como leves, moderados ou severos, em diversos quadros clínicos (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

Frequentemente utilizado em pesquisas, o DSM apresenta apenas classificações de transtornos mentais (TM), enquanto a Classificação Internacional de Doenças (CID), critério elaborado pela OMS, é a classificação utilizada no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para categorização de todas as doenças, incluindo os TM. Portanto, com traduções em 43 línguas, a CID é considerada a principal ferramenta epidemiológica para monitorar incidência e prevalência de doenças, através de uma padronização universal, abarcando panoramas mundiais da situação de saúde, visto sua utilização em 115 países. Após 20 anos de utilização da última CID, foi publicada em janeiro de 2022, a CID-11 (OMS, 2022), a versão atual desse critério diagnóstico.

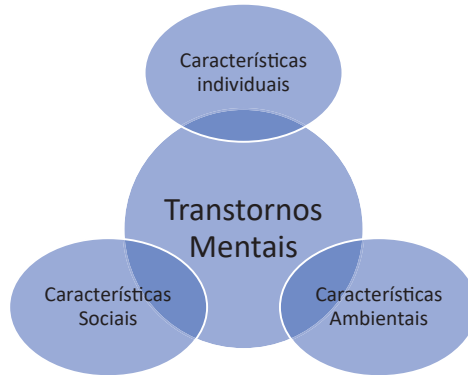
Psicopatologia desenvolvimental

A organização dos manuais de classificação, CID e DSM, sempre sofreu críticas de profissionais que atuam com saúde mental. Sabemos que dificilmente uma classificação conseguirá abarcar toda a complexidade dos sintomas e, mais importante, todas as nuances do comportamento dos indivíduos que sofrem com transtornos mentais, porém, uma tentativa diferente, um tanto inovadora nessa compreensão da saúde mental foi proposta por *Thomas Achenbach*. Em seu livro, *Developmental Psychopathology*, publicado em 1974, Achenbach descreve a psicopatologia desenvolvimental como um campo do conhecimento que se desenvolveu a partir de estudos de *Sroufe*, *Cicchetti* e *Rutter*, todos profissionais desenvolvimentistas que consideravam perspectivas sociais, desenvolvimentais e genéticas, como fundamentais para o entendimento da origem e do curso dos transtornos mentais (POLANCZYK, 2009).

A psicopatologia desenvolvimental se destaca como um modelo conceitual, delimitado a partir de estratégias de pesquisas bem desenhadas e de teorias que consideram epidemiologia, neuropsicologia e estudos de neuroimagem para o entendimento dos transtornos mentais. Os resultados dessas pesquisas tornaram favorável o crescimento desse modelo ao identificar que pacientes adultos com transtornos mentais já apresentavam sintomas na infância e adolescência.

Apesar das diferentes nos métodos de estudos desse campo do conhecimento, os profissionais que adotam essa visão concordam que os transtornos mentais são possíveis desfechos do processo de desenvolvimento (STROUFE, 1997). Dessa forma, os transtornos surgem, em múltiplos níveis, como inter-relações entre características individuais (fatores genéticos, biológicos e psicológicos), características ambientais (estilo parental, exposição à estressores, estabelecimento de interações sociais) e características sociais (rede de apoio social, nível socioeconômico).

Figura 1 – Origem dos transtornos mentais a partir da abordagem desenvolvimental



Achenbach (1974) descreve quatro conceitos norteiam a abordagem desenvolvimental. Conceito 1: existe continuidade no processo de desenvolvimento dos transtornos mentais, o que significa que o efeito das experiências de vida é levado adiante ao longo do ciclo vital. Por outro lado, a descontinuidade pode ser interessante para compreender efeitos das mudanças nesse processo. Conceito 2: há uma tendência inata de os indivíduos se adaptarem ao seu ambiente, mesmo a ambientes desadaptativos ou patológicos. Conceito 3: a idade e o momento do desenvolvimento são primordiais e podem ser determinantes para o entendimento de todos os outros fatores. Conceito 4: comportamentos desadaptativos ou transtornos mentais devem ser interpretados no contexto em que o indivíduo está inserido. Considerando os conceitos 3 e 4, pode-se afirmar que o processo de desenvolvimento dos transtornos mentais tem origem a partir de mecanismos causais que provocam resultados diferentes de acordo com a idade, o momento, o contexto social e o contexto familiar em que os estressores ocorrem (POLANCZYK, 2009).

A psicopatologia desenvolvimental é um olhar diferente para a compreensão da origem de sintomas e problemas comportamentais e emocionais. Não é melhor, nem pior do que o modelo médico tradicionalista que rege os manuais classificatórios. É diferente, amplo e complexo. Uma tentativa válida de privilegiar experiências de vida, considerar fatores de risco e proteção, além de seus efeitos no processo de desenvolvimento humano. Suas pesquisas têm enorme peso em estratégias de prevenção de problemas de saúde mental, pois produzem conhecimentos de mecanismos por meio dos quais os riscos podem provocar transtornos mentais ou, por outro lado, mecanismos de proteção podem evitá-los.

Prevenção em saúde mental

A ciência da Prevenção Psicológica tem evoluído consideravelmente nas últimas décadas e, atualmente, tem demonstrado de forma consistente que um número

significativo de programas de prevenção, pautados nas pesquisas de práticas baseadas em evidência, é efetivo em auxiliar as pessoas a evitar diversos problemas, a desenvolver habilidades importantes de manejo de dificuldades psicológicas e a enfrentar eventos adversos. As características que estão associadas a programas de prevenção efetivos são: abrangência, dosagem suficiente, foco no desenvolvimento de habilidades, adequação às características culturais da população assistida e equipe bem treinada para aplicar a intervenção (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014; NATION *et al.*, 2003).

A ciência da Prevenção Psicológica tem como prioridade a atuação antes da ocorrência de problemas psicológicos, minimizando os fatores de risco e fortalecendo os fatores de proteção, a fim de promover desenvolvimento saudável (COIE *et al.*, 1993; CATALANO *et al.*, 2012).

Os fatores de risco são condições ou variáveis que estão associadas a uma alta probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis (COIE *et al.*, 1993; MAIA; WILLIAMS, 2005; SILVEIRA; SILVARES; MARTON, 2003). Dentre estes, incluem-se os fatores que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo.

Em contrapartida, os fatores de proteção referem-se às condições que melhoram, atenuam ou neutralizam o impacto das situações de risco; possuem a característica capital de provocar uma modificação catalítica da resposta do indivíduo aos processos de risco (SILVEIRA; SILVARES; MARTON, 2003). Ademais, os fatores de proteção estão relacionados a mecanismos, fatores ou processos protetores que melhoram ou alteram a resposta dos indivíduos a ambientes hostis, que predisõem a desfechos desfavoráveis (REPPOLD *et al.*, 2002). Ressalta-se que os fatores de risco e de proteção se interpenetram uns nos outros e se transformam qualitativamente; é uma interação dinâmica, cujo resultado é multideterminado, multivariado e singular em cada contexto (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 2014; PESCE; ASSIS; SANTOS; OLIVEIRA, 2004, SAPIENZA; PEDROMONICO, 2005).

A Prevenção pode ser descrita em três níveis de atuação (CATALANO *et al.*, 2012):

1. universal: é aplicada para toda a população, ou seja, todos os indivíduos de dado contexto terão acesso à atuação preventiva, independentemente de estarem ou não em situações de risco;
2. seletiva: é dirigida a indivíduos ou grupos de um dado contexto que estejam em situações de risco que favoreçam o desenvolvimento de dificuldades psicológicas ou sofrimento psíquico;
3. indicada: é dirigida a indivíduos ou grupos que já apresentam indícios de dificuldades psicológicas ou sofrimento psíquico ou que estão passando por períodos de transição que podem gerar situações de estresse.

Para o desenvolvimento de medidas de prevenção em saúde mental, deve-se considerar, além do nível de atuação, um encadeamento de investigações empíricas que se configuram como um ciclo, marcado por seis etapas que são sequencias, pois

uma vai dando suporte e fundamento para a etapa seguinte. Este ciclo de pesquisa em prevenção em saúde mental pode ser descrito do seguinte modo: identificação do problema e sua prevalência; identificação dos fatores de risco e proteção; realização de teste piloto da intervenção preventiva; teste de eficácia; teste de efetividade; e a difusão (DUMKA; ROOSA; MICHAELS; SUH, 1995).

Abreu e Murta (2016) efetuaram uma revisão sistemática de literatura nacional sobre o estado da arte da pesquisa em prevenção em saúde mental no Brasil, cujos objetivos foram levantar os temas que caracterizam a produção nacional em prevenção em saúde mental e descrever em qual etapa se encontram os estudos nacionais conforme as fases do ciclo de pesquisa em prevenção. Os resultados evidenciaram a produção nacional em prevenção em saúde mental é pequena, incipiente e caracterizada por estudos de fundamentação. Os temas mais investigados foram prevenção de fatores de risco para transtornos mentais e uma menor parte de estudos voltados para desfechos finais, como abuso de álcool e drogas e problemas emocionais e comportamentais. Em termos do ciclo de pesquisa em prevenção, os estudos concentram-se nas etapas iniciais investigando prevalência de transtornos mentais e identificação e de fatores de risco, seguidos por estudos para teste piloto de programas desenvolvidos.

A despeito de haver controvérsias sobre os limites que se teria em relação à prevenção em saúde mental e a promoção (LEANDRO-FRANÇA; MURTA, 2014), considerando-se o foco da atuação, a promoção, a prevenção e o tratamento em saúde mental podem ser entendidos dentro de um contínuo. A maioria das ações preventivas potencialmente pode gerar mais saúde mental e a promoção de saúde mental também pode prevenir doenças, assim, toda a rede de cuidado em saúde, com suas ações e programas, os seus diferentes profissionais e os diversos níveis de atenção, devem estar comprometidos com a promoção e a prevenção, tendo ambas o potencial de contribuição entre si, devendo ser coerente com princípios e estratégias das políticas de saúde mental (MATEUS, 2013). A perspectiva que tem sido indicada em relação às políticas públicas, tem pressuposto estratégias que sejam territorializadas, desinstitucionalizantes, pautadas no cuidado em liberdade e constituídas por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde mental (FARIA; RODRIGUES, 2020).

Nos últimos anos, as práticas de promoção e prevenção em saúde mental têm avançado, visando potencializar a saúde psicológica e evitar o surgimento de problemas, mostrando-se como estratégias adequadas e menos onerosas em termos de recursos humanos e materiais, com destaque para o papel da escola na promoção de saúde mental infanto-juvenil (FARIA; RODRIGUES, 2020). A despeito da promoção em saúde mental estar sendo indicada como uma tendência crescente no mundo, investigação sobre produções acadêmicas versando sobre a adoção destas estratégias para população adolescente, que tem sido acometida por vários problemas de saúde mental, em países da América Latina, indicou que há escassez de estudos desta natureza. Foram encontradas ações em escolas, destacando-se o potencial destes locais, e foram sugeridas intervenções grupais e para auxiliar os profissionais que atuam com adolescentes, consideradas estratégias de baixo custo para os países latino-americanos (SOUZA *et al.*, 2021).

Em 17 de junho de 2022, a Organização Mundial da Saúde divulgou sua maior revisão mundial sobre saúde mental, considerando as últimas duas décadas, a qual,

dentre outros aspectos, valoriza a prevenção e a promoção à saúde mental. Indicou que ocorreram avanços na última década, mas que a saúde mental tem sido uma das áreas mais negligenciadas da saúde pública, carecendo de atenção e recursos. Conclamou todos os seus 194 Estados Membros, que assinaram o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030, a acelerarem a sua implementação e assumirem seu comprometimento com as metas globais, melhorando os sistemas de cuidado e remodelando os ambientes que influenciam a saúde mental. Forneceu orientações para que governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros interessados possam cooperar com a transformação da saúde mental.

As recomendações foram agrupadas em três vertentes que amparam mudanças de atitudes em relação à saúde mental, abordando os riscos e fortalecendo os sistemas de atenção. A primeira sinaliza a necessidade de aprofundamento do valor e do compromisso com a saúde mental, mobilizando a sociedade para evitar a discriminação e oferecer garantia de recursos materiais e humanos para todos os setores que podem se envolver com a saúde mental e apoiar lideranças que busquem políticas e práticas baseadas em evidências.

A segunda vertente se volta para a colaboração intersetorial, com a reorganização de serviços de saúde, ambientes laborais, escolas, comunidade, domicílios e demais entornos que influenciam a saúde mental, com o entendimento dos determinantes sociais e estruturais da saúde mental, promovendo intervenções que possam diminuir riscos e aumentar a resiliência, possibilitando a criação de cuidados para o desenvolvimento da primeira infância, introduzindo programas nas escolas de combate ao bullying, mudando atitudes e fortalecendo os direitos na atenção à saúde mental.

A terceira vertente inclui estabelecer redes comunitárias de serviços interconectados, integrando os serviços de saúde mental aos de atenção geral à saúde, formando um amplo conjunto de atenção, com serviços para além do setor da saúde, diversificando e ampliando as opções, envolvendo profissionais de saúde e provedores comunitários, baseada em evidências e com o uso de tecnologias digitais (WHO, 2022).

Considerações finais

A saúde mental tem avançado historicamente nas dimensões conceituais e práticas, sobretudo no que diz respeito às avaliações diagnósticas baseadas em evidências e ao modelo conceitual de psicopatologia desenvolvimental, ancorando-se em diferentes métodos. Entretanto, tem avançado também as demandas da população de todo o mundo em relação à saúde mental, assim, a prevenção e a promoção têm se mostrado como um caminho fértil para envolver indivíduos, grupos e comunidades na ampliação da saúde e em contornar os problemas. Os desafios para atender a população de todas as faixas etárias, sobretudo as mais negligenciadas, vão exigir esforços de toda a sociedade, nos mais diversos setores, incluindo a produção de novos conhecimentos, de modo a mobilizar as transformações que são necessárias para a saúde mental demandada.

Referências

ABREU, S.; MURTA, S. O Estado da Arte da Pesquisa em Prevenção em Saúde Mental no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Interação em Psicologia**, v. 20, n. 1, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v20i1.34790>.

ACHENBACH, T. M. **Developmental psychopathology**. New York: Wiley, 1974.

ALVARENGA, M. A.; FLORES-MENDONZA, C. E.; GONTIJO, D. F. Evolução do DSM quanto ao critério categorial de diagnóstico para o distúrbio da personalidade antissocial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 4, nov. 2009. DOI: 10.1590/S0047-20852009000400007.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines for Prevention in Psychology. **American Psychologist**, v. 69, n. 3, 285-296, 2014. DOI: 10.1037/a0034569.

CATALANO, R. F.; FAGAN, A. A.; GAVIN, L. E.; GREENBERG, M. T.; IRWIN JR, C. E.; ROSS, D. A.; SHEK, D. T. L. Worldwide application of prevention science in adolescent health. **The Lancet**, v. 379, p. 1653-1664, 2012.

COIE, J. D.; NORMAN, F. W.; WEST, S. G.; HAWKINS, J. D.; ASARNOW, J. R.; MARKMAN, H. J.; RAMEY, S. L.; SHURE, M. B.; LONG, B. The Science of Prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. **American Psychologist**, v. 48, n. 10, p. 1013-1022, 1993.

DUMKA, L. E.; ROSA, M. W.; MICHAELS, M. L.; SUH, K. W. Using research and theory to develop prevention program for high-risk families. **Family Relations**, v. 44, p. 78-86, 1995.

DUNKER, C. I.; NETO, F. K. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 14, n. 4, p. 611-626, dez. 2011. DOI: 10.1590/S1415-47142011000400003.

FARIA, N. C.; RODRIGUES, M. C. Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais. **Psicologia da Educação**, n. 51, p. 85-96, 2020.

LEANDRO-FRANÇA, C.; MURTA, S. G. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 34, p. 318-329, 2014.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, v. 16, n. 1, p. 74-91, jan./abr. 2019. doi.org/10.5007/1807-1384.2019

MATEUS, M. D. Promoção da saúde e prevenção em saúde mental. In: MATEUS, M. D. (org.). **Políticas de saúde mental**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

NATION, M.; CRUSTO, C.; WANDERSMAN, A.; KUMPFER, K. L.; SEYBOLT, D.; MORRISSEY-KANE, E.; DAVINO, K. What works in Prevention: principles of effective prevention programs. **American Psychologist**, v. 58, n. 6/7, p. 449-456, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP. Edição 11. 2022.

PESCE, R. P.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R. V. C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de Resiliência. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004.

POLANZYK, G. V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Rev Psiquiatr RS.**, v. 31, n. 1, p. 6-12, 2009.

RIBEIRO, J. A intervenção psicológica na promoção da saúde. **Jornal de Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 19-22, 1989.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo** [online]. v. 10, n. 2, p. 209-216, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>. Acesso em: 22 jun. 2022. Epub 14 Out 2005. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>.

SILVEIRA, J. M.; SILVARES, E. F. M.; MARTON, S. A. Programas preventivos de comportamentos antissociais: dificuldades na pesquisa e na implementação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 20, n. 3, p. 59-67, 2003.

SOUZA, T. T.; ALMEIDA, A. C. D.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Promoção em saúde mental de adolescentes em países da América Latina: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2575-2586, 2021.

SROUFE, L. A. Psychopathology as an outcome of development. **Dev Psychopathol.**; v. 9, n. 2, p. 251-268, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World mental health report: transforming mental health for all.** Geneva: World Health Organization, 2022.

2. COMPETÊNCIA SOCIAL: fator protetivo à saúde mental

Graziela Sapienza
Angela Helena Marin

Introdução

O tema competência social ganhou destaque a partir da década de 1970 na psicologia social e do desenvolvimento, em função do aumento das agressões, criminalidade e imoralidade nas sociedades ocidentais (EISENBERG; FABES, 1998). Indivíduos socialmente competentes eram considerados capazes de se comunicar de forma efetiva, de compreender a si mesmos e aos outros, de observar normas morais da sua cultura, de regular suas emoções e de adaptar seu comportamento ao contexto (DURKIN, 1995). Nesse sentido, tornou importante desenvolver tal competência, enfatizando a infância como período crucial, pois as habilidades sociais aprendidas nesse período tendem a se manter e são preditivas de consequências positivas em médio e longo prazo (CAPRARA *et al.*, 2000).

As crianças consideradas competentes socialmente tenderiam a entender as normas sociais na interação com os adultos e com os pares e a regular suas emoções, especialmente as negativas (KLIEWER, 1991). Além disso, seriam capazes de apresentar comportamentos que atingiriam os objetivos de uma situação interpessoal ajustada, mantendo uma relação de equilíbrio de poder e de trocas positivas com os outros (CASTRO; MELO; SILVARES, 2003).

Na infância, a competência social se manifesta, particularmente, na interação da criança com seus pais (CROCKENBERG; LITTMAN, 1990; DUMAS; LAFRENIERE, 1993) e com o grupo de iguais (ATTILI, 1990; CASTRO *et al.*, 2003; STORMSHAK; WEBSTER-STRATTON, 1999). A literatura sobre competência social tem demonstrado que a aquisição do comportamento social pela criança é, também, aprendida com os companheiros (CASTRO *et al.*, 2003; MORAIS; OTTA; SCALA, 2001; MUSSEN *et al.*, 1995). No entanto, embora a influência do grupo de iguais no comportamento das crianças não possa ser negada, a interação entre pais e filhos ainda tem sido identificada como o principal fator associado ao desenvolvimento da competência social infantil (HART *et al.*, 1992). Isso ocorre porque o bom relacionamento afetivo entre a criança e seus pais, caracterizado por relações prazerosas no convívio, por disponibilidade mútua e por respeito aos direitos de ambas as partes, é apontado como indispensável não só para o processo de socialização da criança, mas também por propiciar o desenvolvimento da sua personalidade ao longo da vida (MARIN *et al.*, 2012).

O desenvolvimento da competência social é influenciado por fatores genéticos e de aprendizagem. Os fatores genéticos estão relacionados principalmente ao temperamento, isto é, às manifestações comportamentais iniciais, aos reflexos dos padrões

genéticos herdados. Pode ser percebido já ao nascimento que alguns bebês são menos tolerantes, incomodam-se mais, tendem a chorar e são mais dependentes do que outros no alcance ao atendimento de suas necessidades básicas. São bebês considerados *mais difíceis* de se lidar e de acalmar e tal característica é atribuída ao temperamento. Paterson e Sanson (1999) analisaram uma amostra de 74 crianças australianas com idades entre cinco e seis anos, juntamente com seus pais e professores, com o objetivo de avaliar o temperamento e a parentagem, entre outras variáveis, como preditores da competência social infantil. Os autores concluíram que crianças com temperamento mais difícil estavam predispostas a terem dificuldades de adaptação ao ambiente, principalmente quando também possuíam pais que tendiam a ser punitivos. Esses dados sugerem que tais crianças ficavam mais vulneráveis porque necessitavam de maior controle parental, o que acabava por ocasionar o maior uso de práticas coercitivas. Além disso, as crianças caracterizadas como mais inflexíveis tendiam a reagir à punição dos pais, levando a um ciclo de coercitividade, conforme sugerido por Patterson (1986).

Os padrões de apego também têm sido destacados como associados ao desenvolvimento da competência social infantil. O estudo realizado pelo NICHD *Early Child Care Research Network* (2006) examinou as associações entre os padrões de apego e o desenvolvimento da competência social em 1.000 (mil) crianças americanas no período pré-escolar até a primeira série. Constatou-se que as crianças com apego evitativo apresentavam menor competência social ao longo da primeira série do que as crianças com apego seguro. Contudo, mudanças no comportamento parental entre 15 e 54 meses de idade da criança levaram as crianças com apego inseguro a apresentarem maior competência social do que as crianças com o mesmo padrão de apego cujo comportamento parental se manteve estável. Esse dado indica que, quando a qualidade do comportamento parental diminui, os efeitos no comportamento infantil tendem a ser mais severos do que quando o nível de qualidade existente se mantém. Isso sugere que, mesmo que os pais tenham falhado com seus filhos quando pequenos, os efeitos de seus comportamentos podem ser reversíveis. Já as crianças que apresentavam apego seguro não apresentaram mudanças quanto aos seus comportamentos em função da mudança dos comportamentos parentais, o que sugere que o apego seguro serve como uma espécie de proteção para a criança.

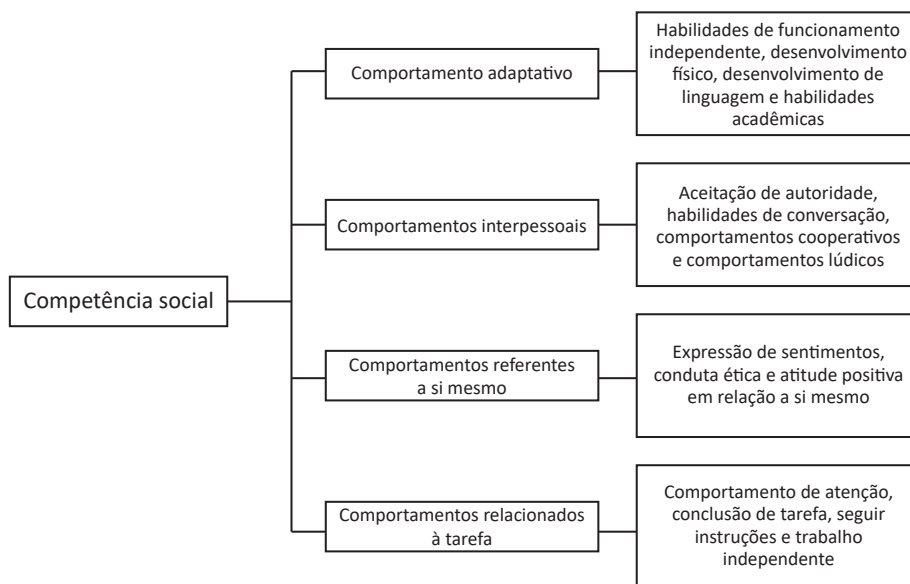
Em diferentes faixas etárias, a presença de problemas de comportamento pode interferir no desenvolvimento da competência social, provavelmente por dificultar o acesso dos indivíduos aos contextos que poderiam favorecer o desenvolvimento social. Por exemplo, a agressividade do adolescente pode gerar distanciamento dos pares e tornar difícil uma importante tarefa desse período, que é pertencer a um grupo de pares. Ademais, a timidez excessiva do adulto pode torná-lo passivo a abusos na relação com colegas de trabalho e prejudicar seu acesso a um trabalho que lhe gere sentimentos positivos. O indivíduo que desenvolve comportamentos sociais ajustados consegue, nessas situações, utilizar estratégias positivas para resolver problemas ou conflitos, sem a necessidade de emitir comportamentos denominados “comportamentos-problema”.

Para o desenvolvimento da competência social, é importante, ainda, mencionar a questão da aprendizagem, considerando algumas habilidades básicas necessárias

para a comunicação e a interação social, como habilidades de linguagem, habilidades para estabelecer e manter contato visual, para aproximar-se de outras crianças quando se quer brincar, habilidades cognitivas, físicas e motoras que permitem a participação em atividades de interação entre pares e habilidades aprendidas com pais e que favorecem os comportamentos adaptativos que garantem o êxito em situações sociais dentro e fora de casa (TRIANES; MUÑOZ; JIMÉNEZ, 1997). Dessa forma, relações sociais competentes são alcançadas com esforço pessoal, muitas vezes através de ensaio-erro na tentativa de atingir as expectativas sociais e familiares.

Frete ao exposto, constata-se que o construto de competência social é composto por dois componentes: comportamento adaptativo e comportamentos interpessoais, além de também envolver comportamentos referentes a si e a tarefa (GRESHAM, 1988). Na Figura 1, encontra-se uma síntese de sua conceituação.

Figura 1 – Construto competência social

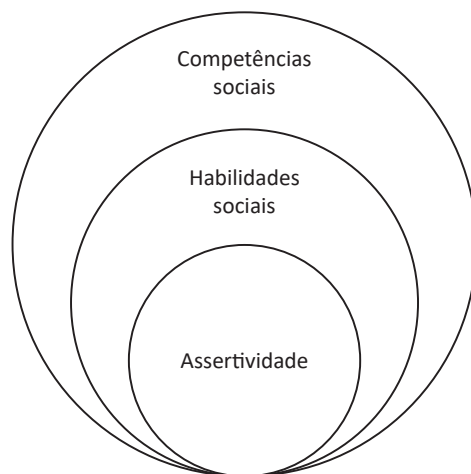


É importante destacar que termos como competência social e habilidades sociais têm sido utilizados indiscriminadamente na literatura; mas, mesmo que sejam conceitos intimamente relacionados, há diferenças claras que impossibilitam seu uso como sinônimos. Para Del Prette e Del Prette (2018), as habilidades se referem a comportamentos sociais valorizados em determinada cultura que costumam contribuir para um desempenho socialmente competente em atividades interpessoais. Ele se compõe de elementos comportamentais como autocontrole, empatia, assertividade e habilidades para resolução de problemas interpessoais, enquanto a competência social se verifica na medida em que o indivíduo é capaz de integrar esse conjunto de habilidades às demandas que emergem nas relações sociais, observando as exigências impostas pela cultura (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

Já a competência envolve a avaliação de pensamentos, sentimentos e ações em uma atividade interpessoal, que atente aos objetivos do indivíduo e às demandas da situação e da cultura (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2018). Portanto, para os autores, as habilidades sociais relacionam-se ao desempenho referente ao que é e como é feito em uma situação interpessoal, enquanto a competência, à avaliação da qualidade e da efetividade deste desempenho. A competência social seria, então, a capacidade de o indivíduo apresentar um comportamento que possa atingir os objetivos de uma situação interpessoal, buscando melhoria e/ou manutenção da interação estabelecida (CASTRO *et al.*, 2003). Dessa forma, o conceito de competência social abrangeria o de habilidades sociais, acrescentando a noção de adequação do comportamento às demandas do contexto em que ele ocorre.

Outro construto associado a competência social é a assertividade, que pode ser entendida como a defesa dos próprios direitos, opiniões e sentimentos e como respeito ao próximo. O comportamento assertivo tem sido considerado como uma habilidade social (BOSQUETTI; SOUZA, 2020). Não se trata de um traço de personalidade. Assim, um indivíduo pode mostrar um comportamento assertivo em uma situação, e em outras semelhantes, ter um posicionamento não assertivo, dependendo do contexto e das diversas variáveis situacionais. A Figura 2 representa a inter-relação entre competência social, habilidade social e assertividade.

Figura 2 – Inter-relação entre competência social, habilidade social e assertividade



Tendo em vista o constructo competência social, em toda a sua complexidade, constata-se sua relevância na prevenção dos problemas de comportamento e, mais amplamente, como fator protetivo à saúde mental em diferentes faixas etárias. Estudos têm defendido a relevância do desenvolvimento da competência social, indicando que a infância é um período importante para esse aprendizado (BOSQUETTI; SOUZA, 2020).

A competência social como fator protetor para saúde mental

A competência social é considerada um importante fator protetor para uma série de problemas comportamentais e transtornos psicológicos, em diferentes etapas da vida. Como visto, o conceito de competência social é bastante amplo e envolve a funcionalidade dos comportamentos emitidos, assim como a avaliação de tal funcionalidade. Ser socialmente competente depende da efetividade e da adequação dos comportamentos emitidos em determinada situação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2013). Portanto, para que o indivíduo seja considerado socialmente competente, é fundamental a percepção de si (autoestima e autoeficácia), mas também a percepção dessa competência por outros agentes sociais (pais, pares, professores, parceiros) presentes no contexto. Todos esses aspectos são importantes para o equilíbrio psicológico, para o bem-estar e a qualidade de vida, além de contribuírem para o sucesso em diferentes áreas da vida (acadêmica, profissional, conjugal, familiar).

Um indivíduo que consegue interações sociais adequadas ao contexto, além de estabelecer a autoestima e um senso de autoeficácia, provavelmente terá atitudes positivas frente a si e aos outros e será capaz de alcançar seus objetivos. Relembre no Quadro 1 a conceituação desses dois importantes conceitos.

Quadro 1 – Conceituação de autoestima e autoeficácia

AUTOESTIMA	AUTOEFICÁCIA
Sentimento de valor pessoal e de respeito próprio, considerando uma avaliação positiva ou negativa acerca do eu (Rosenberg, 1965). Construída a partir da avaliação alheia e da interpretação pessoal, em geral é permeada por outros sentimentos e processos afetivos que colaboram para formar um conjunto de atitudes e ideias que cada um tem sobre si próprio (DEFFENDI; SCHELINI, 2014).	Conceito desenvolvido por Bandura (1977) e que se refere à crença de que se é capaz ou hábil para a realização de uma determinada atividade, como obter notas altas, fazer amigos ou arrumar um bom emprego. Influencia "o quê" se faz para obter êxito nessa tarefa, considerando a escolha de alternativas, o estabelecimento de metas, a perseverança frente às adversidades e a ansiedade que se experimenta nessa situação. É uma habilidade que começa a se formar quando o indivíduo obtém êxito em uma tarefa e esse êxito se repete em situações parecidas (TRIANES <i>et al.</i> , 1997).

O indivíduo socialmente competente maneja suas habilidades sociais com alta probabilidade de obter consequências positivas e reforçadoras, capazes de modelar, manter e fortalecer esse desempenho (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001). Essas consequências estão relacionadas ao reconhecimento e à valorização externa, mas também à valorização do próprio comportamento pelo indivíduo. A autovalorização aumenta os sentimentos de autoeficácia, gerando no indivíduo expectativas de êxito e controle sobre os resultados de seu comportamento social (TRIANES *et al.*, 1997).

O julgamento e a valorização externa, por sua vez, são fundamentais para avaliar a funcionalidade da competência social (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001; TRIANES *et al.*, 1997). No Quadro 2 constam dois exemplos da relação entre a valorização externa e a competência social.

Quadro 2 – Exemplos da relação entre a valorização externa e a competência social

Situação 1: Um adolescente que pertence ao mesmo tempo a uma família que valoriza as atividades familiares e a um grupo de pares que valoriza a independência precisa administrar suas habilidades sociais para responder adequadamente às demandas e expectativas desses dois contextos. Ele pode, por exemplo, passar o tempo livre com os amigos, mas almoçar e jantar com a família. Agindo dessa forma, será valorizado pelos dois grupos sociais. Esse adolescente pode ser considerado socialmente competente, pois consegue se comportar adequadamente em diferentes contextos, respondendo às características destes, ao invés de manter o mesmo comportamento em todos os contextos.

Situação 2: Um adolescente que desobedece e critica os outros pode ser percebido pelos pais como pouco socialmente competente, já que esse comportamento pode interferir diretamente na dinâmica familiar, é uma atitude percebida pelos pais como desrespeitosa e agressiva. Porém, na escola ele pode ser visto como socialmente competente, pois o olhar do professor tem outros parâmetros. O professor compreende que "criticar o outro" é um comportamento típico e importante, característico da adolescência e isso não o incomoda, não tem grandes efeitos para a convivência em sala de aula e no desempenho acadêmico desse adolescente. Os pais tendem a prestar mais atenção aos comportamentos que chocam com seu estilo de vida.

A opinião dos pais, professores e outros adultos importantes a respeito de determinado comportamento favorece ou prejudica a formação do autoconceito (TRIANES *et al.*, 1997). A informação dos adultos acerca do desempenho social do adolescente, o ajuda a construir uma imagem positiva ou negativa de si mesmo, proporcionando, ou não, o aprendizado e o desenvolvimento de comportamentos para uma adaptação social ajustada.

Por envolver uma série de habilidades e de contextos, a competência social está diretamente relacionada a outras competências mais gerais, como a acadêmica, profissional e a esportiva. Essas competências, junto com outras, tais como a competência cotidiana e a competência afetiva, formam a competência pessoal e constituem a base para o bem-estar psicológico (GERK-CARNEIRO, 2003).

Vários estudos têm investigado a relação entre competência social e psicopatologia na infância e adolescência. Por exemplo, em uma amostra comunitária, os sintomas de externalização foram associados a menores indicadores de competência social global, como aceitação pelos colegas de escola (BURT *et al.*, 2008). De forma semelhante, pesquisas que tiveram como foco determinados distúrbios, tais como Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtorno Opositivo Desafiador apontam em termos de comportamento de ajuda e compartilhamento, habilidades de adaptação social, empatia afetiva e comportamento pró-social induzido pela empatia (DESCHAMPS *et al.*, 2015; KOFLER *et al.*, 2015; PAAP *et al.*, 2013).

Nessa mesma direção, estudos com foco em sintomas internalizantes, presentes na depressão e ansiedade, também sugerem déficits nas medidas globais de competência social, bem como no comportamento pró-social. Esses déficits ocorrem, por exemplo, em termos de aceitação social e satisfação reduzidas das crianças, comportamento de conforto e ajuda, eficácia social e habilidades sociais (Becker & Curry, 2007; Chen *et al.*, 2000; Henricsson & Rydell, 2006). Relembre a definição dos sintomas internalizantes e externalizantes no Quadro 3.

Quadro 3 – Sintomas externalizantes e internalizantes

Sintomas externalizantes	Sintomas internalizantes
São expressos a partir de pensamentos, sentimentos ou comportamentos voltados contra o ambiente ou aos outros, por exemplo: gritar, mentir, discutir, machucar o outro ou destruir coisas alheias.	São expressos a partir de pensamentos, sentimentos ou comportamentos voltados contra o próprio indivíduo, por exemplo: pensar em suicídio, preocupar-se demais, pesadelos, chorar, sentir-se sozinho ou tristeza.

Se por um lado crianças que apresentam sintomas de externalização apresentam altos níveis de iniciativa social, pois defendem suas próprias necessidades, mesmo às custas dos outros, por outro, crianças com sintomas internalizantes apresentam dificuldades em termos de sociabilidade e engajamento em sugerir atividades lúdicas ou assertividade (CHEN *et al.*, 2000; HENRICSSON; RYDELL, 2006; SCHNEIDER, 2009). No entanto, conforme Huber, Plötnner e Schmitz (2018) não é possível atribuir um papel causal à competência social no desenvolvimento de sintomas externalizantes, o que pode ser explicado pela operacionalização heterogênea da competência social e grande variedade de informantes sobre os sintomas e competências das crianças nas pesquisas realizadas.

Competência Social nos instrumentos ASEBA

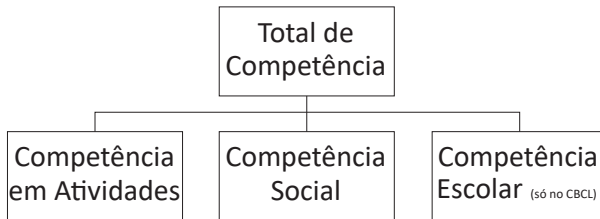
Achenbach (ACHENBACH, 2015; ACHENBACH; RESCORLA, 2001), ao desenvolver os instrumentos CBCL e YSR, utilizou o construto Competência Social, que consiste em uma variedade de características comportamentais e cognitivas e vários aspectos de ajuste emocional que são úteis e necessários para desenvolver relações sociais adequadas e obter resultados sociais desejáveis (WHITCOMB; MERRELL, 2013). Nesses instrumentos, por exemplo, há a pergunta se a criança/adolescente pratica algum esporte, ou seja, para pertencer a alguma equipe desportiva, além das habilidades motoras específicas, o indivíduo precisa apresentar habilidades sociais, como seguir regras (tanto a do esporte que joga, quanto a da equipe em que treina – horário, utilizar uniforme, por exemplo), lançando mão de uma habilidade cognitiva que é o controle inibitório (a capacidade de inibir ou iniciar um comportamento propositalmente – não xingar o juiz [ser expulso do time], não arrumar brigas com pessoas do seu time [e ser suspenso do time] ou com atletas adversários [e ser expulso do campeonato]). É preciso desenvolver resiliência (a capacidade de responder de forma flexível e positiva em situações adversas), pois estar em uma equipe implica, também, em acordar cedo aos finais de semana para ir treinar ou competir; aprender estratégias diferentes e optar pela melhor, de acordo com o jogo/adversário. Fundamental: saber ganhar e saber perder. Integrando a competência social, a regulação emocional é crucial, tanto para o atleta estar bem nas provas, quanto para não sucumbir às provocações dos adversários.

Da mesma forma, quando a criança/adolescente responde participar de algum grupo (sem ser esporte), como grupo de amigos, grupo de igreja e grupo de teatro, também está implícito que o indivíduo necessita de habilidades sociais. Mesmo em

um grupo informal de amigos há algumas regras não escritas que precisam ser seguidas, como o tipo de vestimenta, não falar mal dos outros participantes, defendê-los se for necessário, compartilhar suas alegrias e suas dores – proximidade, intimidade, comprometimento, lealdade.

A Competência Social, dentro do modelo hierárquico dimensional, é um construto de espectro amplo, fazendo parte dela a relação entre pares e as habilidades sociais. A partir de complexas análises estatísticas, nesses dois instrumentos – YSR e CBCL –, os diversos itens que formam a parte de Competência Social estão reunidos em três agrupamentos (Competência em Atividades, Competência Social e Competência Escolar [só no CBCL]), como mostra a Figura 3.

Figura 3 – Taxonomia da parte de Competência Social nos instrumentos para crianças e adolescentes – YSR e CBCL



A amizade é uma relação emocional caracterizada pela concessão mútua de bem-estar, pelo consentimento implícito para revelação dos assuntos privados, podendo envolver a esfera dos sentidos (toque, proximidade do corpo...) e pela partilha de interesses e atividades comuns. Alguns adolescentes não desenvolveram habilidades de interagir socialmente de uma forma adequada e podem ser rejeitados por seus pares e acabar se envolvendo em comportamentos pouco saudáveis como, por exemplo, violência e uso de drogas ilícitas. Problemas de relacionamento com os pares e déficits em habilidades sociais têm se mostrado um componente dos domínios internalizante e externalizante.

Um trabalho entrevistando adolescentes observou que eles, em geral, consideram-se bons amigos e sem dificuldade para formar e manter amizade. Mais meninas responderam ter de 2 a 3 amigos íntimos, enquanto mais meninos responderam ter quatro ou mais (SILVA *et al.*, 2004). Outra pesquisa, com o mesmo instrumento, percebeu que 47% dos adolescentes informaram ter quatro ou mais amigos, seguido de 2 ou 3 amigos (36,4%). Entretanto, alguns poucos (3,3%) disseram não possuir amigos e 13,2%, um amigo (SCHOEN; MARTELETO, 2018). Pedromônico *et al.* (2004) entrevistaram universitários e pós-graduandos a respeito de suas amizades. Observaram que, quanto maior a escolaridade, maior a intimidade e satisfação nos relacionamentos. Em um trabalho semelhante, envolvendo adolescentes, os autores perceberam que jovens com alguma patologia (problemas de linguagem e HIV+) apresentavam maior dificuldade nos seus relacionamentos com os pares, levando a menor intimidade, parceria e envolvimento (SCARPATO; SCHOEN-FERREIRA;

MARTELETO, 2007). O grupo de adolescentes sem encaminhamento a serviço de saúde obteve uma média superior em relação aos demais grupos. Os adolescentes com HIV+ apresentaram a média mais baixa.

Patologias dificultam o desenvolvimento da Competência Social. Pacientes pediátricos portadores da síndrome del22q11.2 obtiveram escores mais altos nas escalas de problemas de comportamento do CBCL e mais baixos na escala de Competência Social que o grupo controle (COSTA *et al.*, 2015). Crianças com tumor cerebral apresentaram menor competência social e também sintomas externalizantes e internalizantes. Os autores concluem que o cerebelo é um importante mediador nos problemas emocionais e comportamentais com consequência na vivência social (DANTAS *et al.*, 2020). Guimarães Dias *et al.* (2017), trabalhando com crianças que apresentavam diferentes questões dermatológicas, concluíram que elas tinham muitas dificuldades com a Competência Social, inclusive no agrupamento Competência Escolar. Schoen (2016), investigando a associação entre a falta de controle urinário noturno e problemas comportamentais e sociais, observou que esta questão está associada a importantes distúrbios sociais e psicológicos. Crianças ou adolescentes que molham a cama tiveram escores significativamente menores nas escalas Total de Competência e Competência Escolar, mas também mais baixos nas outras escalas da dimensão.

Marteleteo e Schoen (2020) verificaram que adolescentes apresentam muitas vezes o desejo de ficar sozinho, com a incidência desse comportamento aumentando com a idade. Nesse caso específico, as autoras entenderam que, embora alguns adolescentes tivessem dificuldades em relação aos relacionamentos com os pares ou com a família, ficar sozinho era uma importante estratégia para o desenvolvimento da identidade pessoal e para a regulação emocional.

Pais de adolescentes que passaram por avaliação psicológica preencheram o Child Behavior Checklist (CBCL) (SCHOEN; SANTOS; CAÑETE, 2015). O motivo principal da busca de atendimento em saúde mental eram problemas acadêmicos. Os pacientes obtiveram escores baixos na área social, sendo classificados como clínicos [com muitos problemas comportamentais], na escala Competência em Atividades (55,88% dos pacientes); na escala Competência Social (45,45%); na escala Competência Escolar (45,45%); e na Escala Total de Competência (75,75%). Oito indivíduos foram classificados como clínicos nas três escalas individuais, todos tinham o diagnóstico de Deficiência Intelectual. A Deficiência Intelectual é caracterizada por comprometimento de diferentes habilidades, as quais comprometem o comportamento adaptativo em ambientes sociais. Bolsoni-Silva *et al.* (2018), estudando crianças em seus ecoambientes (escola e lar) observaram que aquelas que apresentavam problemas (internalizantes e/ou externalizantes) em ambos os locais tinham menor competência social e acadêmica. Mesmo em crianças pequenas com desenvolvimento típico, é observado a associação entre problemas comportamentais e menores escores em Competência Social (Severo, 2018).

Embora a adolescência muitas vezes seja estigmatizada como uma fase problemática, observa-se que é um período importante para o desenvolvimento do comportamento pró-social. As condutas de ajuda correspondem a ações que visam o bem-estar do outro e são fundamentais para as relações interpessoais. Marteleteo e Schoen (2018)

investigando o comportamento pró-social nessa faixa etária, descobriram que mais moças dizem gostar de ajudar os outros e tentar ajudar quando podem, aumentando esses comportamentos com o avanço da idade. Houve, também, associação negativa entre esses comportamentos e problemas emocionais e comportamentais e associação positiva com o Total de Competência e seus agrupamentos.

A proximidade e interação entre os amigos facilita a participação em alguma organização, possibilita o apoio social, o compartilhamento de interesses, sentimentos e experiências. Entretanto essa parece ser uma tarefa complicada para grande parte dos jovens. Schoen e Marteleto (2018) perceberam que sessenta por cento dos adolescentes não fazem parte de nenhum grupo, equipe ou organização. No trabalho das autoras, houve associação positiva entre ter amigos e participar de alguma organização.

Funcionamento Adaptativo nos instrumentos ASEBA

Vários outros construtos têm uma forte relação com o domínio da competência social. Um desses construtos é o funcionamento adaptativo. Seguindo a taxonomia dimensional, Whitcomb e Merrel (2009), colocam que o funcionamento adaptativo é um super-espectro (Funcionamento Adaptativo → Competência Social → Habilidades Sociais ↔ Relacionamento com os pares). Competência social é um construto circunscrito dentro do construto mais amplo de comportamento adaptativo. As habilidades sociais podem ser caracterizadas como um dos vários componentes comportamentais importantes que levam à competência social. As habilidades sociais, por sua vez, resultam na qualidade das relações que se tem com os pares. As relações entre pares devem ser vistas como um produto ou resultado de habilidades sociais e algo que afeta reciprocamente o desenvolvimento de habilidades sociais no futuro e, conseqüentemente, o funcionamento adaptativo.

O funcionamento adaptativo é conceituado como o conjunto de habilidades sociais e práticas adquiridas pela pessoa e que possibilitam uma melhor resposta adaptativa às demandas diárias (AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES, 2010). É a dimensão social e do desenvolvimento que descreve a maneira como um indivíduo responde normalmente às exigências ambientais. Reporta-se ao que as pessoas fazem habitualmente e não ao que elas podem ou são capazes de vir a fazer (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2017). O comportamento adaptativo é assumido como um construto do desenvolvimento, uma vez que as expectativas de comportamento independente e responsável variam, dependendo do contexto e idade cronológica. A presença ou ausência de habilidades adaptativas faz diferença quando se considera o diagnóstico, a evolução ou planos de intervenção. Os instrumentos para adultos da bateria ASEBA (ASR, ACBCL, OASR e OACBCL) e o de professores (TRF), utiliza o construto funcionamento adaptativo (Figura 4, 5 e 6).

Figura 4 – Taxonomia do Funcionamento Adaptativo para alunos (6 – 18 anos) – TRF

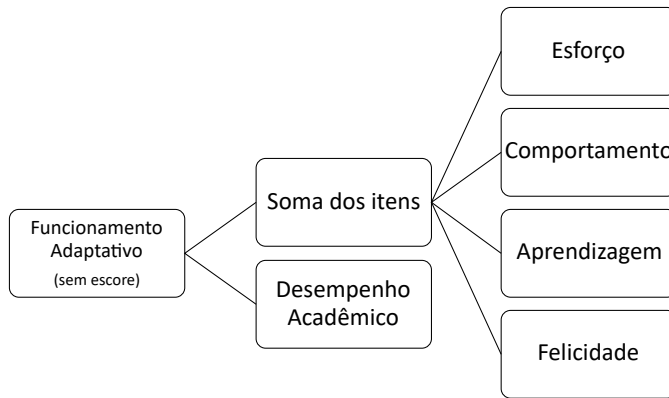


Figura 5 – Taxonomia do Funcionamento Adaptativo para adultos (18 a 59 anos) (ABCL e ASR)

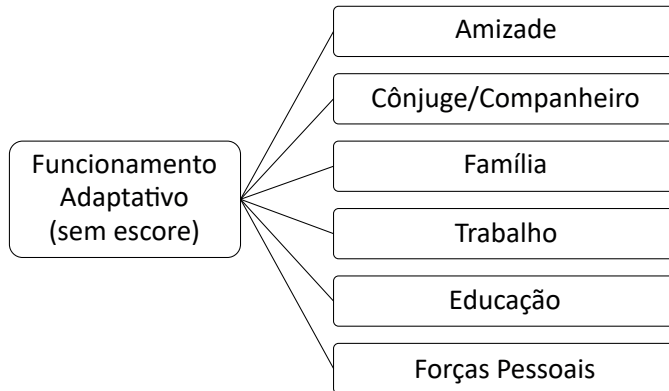
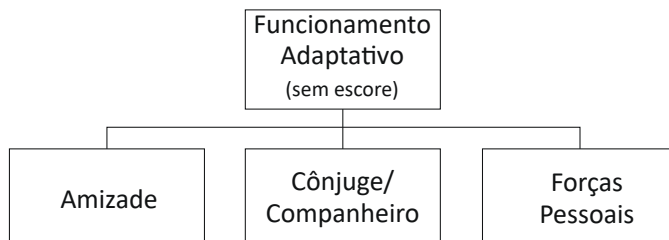


Figura 6 – Taxonomia do Funcionamento Adaptativo para idosos (60 a 90+ anos) (OABCL e OASR)



Considerações finais

Como visto, o indivíduo socialmente competente apresenta um desempenho social que favorece o alcance das metas propostas pela situação interpessoal, a manutenção ou ampliação dos direitos humanos socialmente reconhecidos, como também a manutenção ou melhoria da relação com o interlocutor e a autoestima. O desenvolvimento ou o fortalecimento dos comportamentos associados à competência social são fatores responsáveis por uma vida saudável e feliz, pois proporciona o equilíbrio psicológico e um bom relacionamento intrapessoal e interpessoal que favorece a adaptação social saudável. É importante investir em intervenções que contribuam para esse desenvolvimento em diferentes contextos (família, escola e trabalho).

Referências

ACHENBACH, T. M. Multicultural Evidence-Based Assessment Using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) For Ages ½-90+. **Psychologia: Avances de la disciplina**, v. 9, n. 2, p. 13-23, 2015.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA School, Age forms & profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual disability**: definition, classification, and system of supports. 11. ed. Washington: AAIDD Ad Hoc Committee on Terminology and Classification, 2010.

ATTILI, G. Successful and disconfirmed children in the peer group: Indices of social competence within an evolutionary perspective. **Human Development**, v. 33, p. 238-249, 1990.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

BECKER, S. J.; CURRY, J. F. Interactive effect of substance abuse and depression on adolescent social competence. **Journal of Clinical Child and Adolescence**, v. 36, n. 3, p. 469-475, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374410701448638>, 59-62.

BOSQUETTI, M. A.; SOUZA, S. R. Assertividade e análise do comportamento: Uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, V. 22, 2020. DOI: <https://10.31505/rbtcc.v22i1.1327>.

BURT, K. B.; OBRADOVIĆ, J.; LONG, J. D. *et al.* The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: testing transactional and cascade models. **Child Development**, v. 79, n. 2, p. 359-374, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01130.x>

CAPRARA, G. V.; BARBARANELLI, C.; PASTORELLI, C.; BANDURA, A.; ZIMBARDO, P. G. Prosocial foundations of children's academic achievement. **Psychological Science**, v. 11, n. 4, p. 302-306, 2000. DOI:10.1111/1467-9280.00260.

CASTRO, R. E. F.; MELO, M. H. S.; SILVARES, E. F. M. O julgamento de pares de crianças com dificuldades interativas após um modelo ampliado de intervenção. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 309-318, 2003.

CHEN, X.; LI, D.; LI, Z.-Y. *et al.* Sociable and prosocial dimensions of social competence in Chinese children: common and unique contributions to social, academic, and psychological adjustment. **Development Psychology**, v. 36, n. 3, p. 302, 2000. DOI <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.3.302>.

COSTA, G.; GANTHOUS, G.; SANTOS, A.; GIACHETI, C. Caracterização do perfil comportamental e de competência social de indivíduos com a síndrome del22q11.2. **Revista CEFAC**, n. 17, v. 4, p. 1062-1070, 2015.

CROCKENBERG, S.; LITTMAN, C. Autonomy as competence in 2-year olds: Maternal correlates of child defiance, compliance and self-assertion. **Developmental Psychology**, v. 26, n. 6, p. 961-971, 1990.

DANTAS, M. *et al.* Perfil comportamental y competencia social de niños y adolescentes sobrevivientes de tumores de fosa posterior. **Neuropsicologia Latinoamericana**, v. 12, n. 1, p. 19-29, 2020.

DEFFENDI, L. T.; SCHELINI, P. W. Relação entre autoestima, nível intelectual geral e metacognição em adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 2, p. 313-320, 2014.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Competência social e habilidades sociais: Manual Teórico-prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2018.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática**. Petrópolis: Vozes, 2013.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática**. São Paulo: Vozes, 2017.

DESCHAMPS, P. K. H.; SCHUTTER, D. J. L. G.; KENEMANS, J. L. *et al.* Empathy and prosocial behavior in response to sadness and distress in 6- to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. **Europe Children Adolescence Psychology**, v. 24, n. 1, p. 105-113, 2015. DOI <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0535-x>.

DUMAS, J. E.; LAFRENIERE, P. J. Mother-child relationships as sources of support or stress: A comparison of competent, average, aggressive, and anxious dyads. **Child Development**, v. 64, p. 1732-1754, 1993.

DURKIN, K. **Developmental social psychology: From infancy to old age**. Cambridge: Blackwell Publishers Inc., 1995.

EISENBERG, N.; FABES, R. A. Prosocial development. In: EISENBERG, N. (ed.); DAMON, W. (series ed.). **Handbook of Child Psychology** (v. 3, p. 701-778). New York: John Wiley & Sons, 1998.

GERK-CARNEIRO, E. Inteligência social como vertente cognitiva da competência social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (org.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas, SP: Alínea, 2003. p. 129-146.

GUIMARÃES DIAS, N.; CASERTA GON, M. C.; ZAZULA, R. Comparação do Perfil Comportamental de Crianças com Diferentes Dermatoses Crônicas. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 3, p. 559-570, 2017.

HART, C. H.; DEWOLFE, D. M.; WOZNIAK, P.; BURTS, D. C. Maternal and paternal disciplinary styles: Relations with preschoolers' playground behavioural orientations and peer status. **Child Development**, v. 63, p. 879-892, 1992.

HENRICSSON, L.; RYDELL, A. M. Children with behavior problems. The influence of social competence and social relations on problem stability, school achievement and peer acceptance across the first 6 years of school. **Infant and Children Development**, v. 15, n. 4, p. 347-366, 2006. DOI <https://doi.org/10.1002/icd.448>.

HUBER, L.; PLÖTNER, M.; SCHMITZ, J. Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 28, n. 4, p. 443-459, 2019. DOI <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1152-x>.

KLIEWER, W. (1991). Coping in middle childhood: Relations to competence, type A behavior, monitoring, blunting, and locus of control. **Developmental Psychology**, v. 27, p. 689-697.

KOFLER, M. J.; LARSEN, R.; SARVER, D. E. *et al.* Developmental trajectories of aggression, prosocial behavior, and social-cognitive problem solving in emerging adolescents with clinically elevated attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 124, n. 4, p. 1027-1042, 2015. DOI <https://doi.org/10.1037/abn0000103>.

MARIN, A. H.; PICCININI, C. A.; GONÇALVES, T. R.; TUDGE, J. R. Práticas educativas parentais, problemas de comportamento e competência social de crianças em idade pré-escolar. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 17, n. 1, p. 05-13, 2012.

MARTELETO, M.; SCHOEN, T. Comportamento pró-social ajudar os outros na adolescência. (Associação Brasileira de Psicologia Positiva, Ed.) II Congresso Brasileiro de Psicologia Positiva. **Anais...** São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia Positiva, jun. 2018.

MEDEIROS, P. C.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B.; MARTURANO, E. M. Auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 13, n. 3, p. 327-336, 2000.

MORAIS, M. L. S.; OTTA, E.; SCALA, C. T. Status sociométrico e avaliação de características comportamentais: Um estudo de competência social em pré-escolares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 14, n. 1, p. 119-131, 2001.

MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J.; HUSTON, A. C. Socialização na família (M. L. G. L. Rosa, Trans.). *In*: MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J.; HUSTON, A. C. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3. ed. São Paulo: Harbra, 1995. p. 429-466.

NICHD Early Child Care Research Network. Infant-mother attachment classification: Risk and protection in relation to changing maternal caregiving quality. **Developmental Psychology**, v. 42, n. 1, p. 38-58, 2006.

PAAP, M. C. S.; HARALDSEN, I. R.; BREIVIK, K. *et al.* The link between peer relations, prosocial behavior, and ODD/ADHD symptoms in 7-9-year-old children. **Psychiatry Journal**, 319874, 2013. DOI <https://doi.org/10.1155/2013/319874>.

PATERSON, G.; SANSON, A. The association of behavioral adjustment to temperament, parenting and family characteristics among 5-year-old children. **Social Development**, v. 8, n. 3, p. 293-309, 1999.

PATTERSON, G. R. Performance models for antisocial boys. **American Psychologist**, v. 41, p. 432-444, 1986.

PEDROMÔNICO, M.; MARTELETO, M.; SCHOEN-FERREIRA, T. Percepção de universitárias sobre suas amizades e relacionamento interpessoal. (Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica, Ed.) XLII Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica. **Anais...** Lima – Peru: SLAIP, out. 2004.

ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: University Press, 1965.

SCARPATO, B.; SCHOEN-FERREIRA, T.; MARTELETO, M. Percepções de jovens soropositivos para HIV sobre suas amizades e relacionamento interpessoal. (Psicologia do Desenvolvimento, Ed.) Congresso de Psicologia do Desenvolvimento. **Anais...** Vitória – ES: Psicologia do Desenvolvimento, out. 2007.

SCHNEIDER, B. H. An observational study of the interactions of socially withdrawn/anxious early adolescents and their friends. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 7, p. 799-806, 2009. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02056.x>.

SCHOEN, T. H. Problemas de comportamento em crianças e adolescentes com falta de controle urinário noturno. **Psicologia Argumento**, v. 34, n. 84, p. 15-28, 2016.

SCHOEN, T. H.; MARTELETO, M. Associação entre número de amigos e a participação em organizações ou grupos. (Associação Brasileira de Psicologia Positiva, Ed.) III Congresso Brasileiro de Psicologia Positiv. **Anais...** São Paulo – SP: Associação Brasileira de Psicologia Positiva, 2018.

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

SCHOEN, T.; SANTOS, E.; CAÑETE, M. Competência Social em adolescentes que passaram por avaliação psicológica. **XXI Encontro de Serviços-Escola de Psicologia do Estado de São Paulo**. Universidade Anhembi-Morumbi – Unidade Mooca. 2015.

SILVA, M. M. da *et al.* O adolescente e a competência social: Focando o número de amigos. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2004.

STORMSHAK, E. A.; WEBSTER-STRATTON, C. The qualitative interactions of children with conduct problems and their peers: Differential correlates with self-report measures, home behavior, and school behavior problems. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 20, n. 2, p. 295-317, 1999.

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

WHITCOMB, S.; MERRELL, K. **Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents**. 4. ed. Nova York – EUA: Routledge, 2013.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

3. DIMENSÃO INTERNALIZANTE E DIMENSÃO EXTERNALIZANTE: taxonomia hierárquica

Teresa Helena Schoen

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Jéssica de Assis Silva

Márcia Regina Fumagalli Marteleto

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Introdução

A doença mental é um dos principais encargos sobre os recursos de saúde pública e a economia global, afetando vários domínios de funcionamento do indivíduo, incluindo o comportamento. Problema de comportamento é um termo ambíguo e controverso, possui definições pouco precisas, com diferentes classificações para alguns tipos de comportamento (BOLSONI-SILVA; DELL PRETTE, 2003). Gauy e Guimarães (2006) colocam que os problemas de comportamento podem ser considerados como respostas desviantes – reduzidas ou excessivas –, são padrões comportamentais atípicos que são possíveis de serem qualificados pela intensidade, frequência, duração e combinação de respostas desadaptativas. Pode-se, então, considerar problemas de comportamento padrões comportamentais que ameaçam as relações típicas entre o indivíduo e quem o rodeia. Pode ser algo em excesso (comer demais, falar muito, falar alto, por exemplo) ou em falta (recusar-se a comer, não falar, falar baixo demais, por exemplo). O fato é que os problemas de comportamento afetam o aprendizado, a interação social, o bem-estar, o trabalho e/ou a saúde dos indivíduos, com repercussão na comunidade (família, escola...).

Essa complexidade, inerente ao estudo dos transtornos mentais, é ainda agravada pela falta de acordo na avaliação e compreensão dos diagnósticos de doença mental e da estrutura dos instrumentos psicométricos usados para avaliar a psicopatologia.

Ao longo da história das classificações psiquiátricas, duas abordagens foram usadas para delinear a natureza de psicopatologias específicas (KRUEGER *et al.*, 2021b). Por mais de um século, a pesquisa em psicopatologia se concentrou em diagnósticos categóricos. Embora essa taxonomia tenha produzido grandes descobertas, evidências crescentes apontam para a superioridade de uma abordagem dimensional para a ciência da doença mental (CONWAY *et al.*, 2019).

Sistemas diagnósticos

Classificações de problemas emocionais e comportamentais são utilizadas, a fim de possibilitar a padronização na linguagem e os critérios diagnósticos entre especialistas de diferentes áreas (GAUY; GUIMARÃES, 2006). Basicamente pode-se falar

de dois modelos de estudo dos transtornos mentais: o Modelo médico ou biológico, com foco nos sintomas e o Modelo dimensional, que analisa déficits ou excessos comportamentais. Para Chenieux (2021), a visão estabelecida pelos manuais diagnósticos relaciona-se ao modelo categorial de distinção entre saúde e doença e que se difere do diagnóstico dimensional, concernente a ideia de continuum entre saúde e doença. A compreensão dos problemas de comportamento requer ambas as visões, considerando tanto os comportamentos indicativos de problemas de comportamento, como suas análises funcionais. Não obstante, vai mais além.

Avaliação baseada em diagnóstico – TOP-DOWN

Um primeiro modelo de classificação de problemas emocionais e comportamentais é qualificado como ‘autoridade’: especialistas reúnem-se sob a égide das instituições oficiais e delimitam as categorias da classificação por meio de discussões em grupo e questões políticas (KRUEGER *et al.*, 2021b). Tal modelo é decorrente dos sistemas de classificação de transtornos da psicopatologia, constituindo-se como ferramenta bastante prática, usada para integrar e orientar estudos empíricos. Os comportamentos apresentados pelo indivíduo, sua característica, frequência e duração, são descritos, nesse sistema, como sintomas de transtornos. O processo de avaliação deve determinar se a pessoa atinge os critérios para receber o diagnóstico de um transtorno específico. Seguindo esse sistema pode-se citar a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM).

A classificação dos manuais supracitados se inicia com conceito de transtornos, ou seja, é Top-Down, “de cima para baixo”: a partir de um conjunto de categorias pressupostas detalha-se as características de maneira secundária. A partir de um transtorno [por exemplo, Transtorno Depressivo Maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 161)], descrevem-se os problemas de comportamento que o constituem. Ao se olhar para um indivíduo, observam-se os sintomas que ele apresenta desse quadro [humor deprimido na maior parte do dia, diminuição do interesse ou prazer nas atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo motor, fadiga... pelo menos cinco dos sintomas por pelo duas semanas, causando sofrimento ou prejuízo]. Um indivíduo precisa preencher apenas cinco dos nove critérios para ser diagnosticado com Transtorno Depressivo Maior no DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014), o que significa que existem 227 formas possíveis de receber esse diagnóstico. O Transtorno de Estresse Pós-Traumático representa um exemplo extremo do problema combinatório com diagnósticos, uma vez que existem 636.120 formas possíveis (WATSON *et al.*, 2022). Sem contar com frequentes diagnósticos “sem outra especificação” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 10, 733).

Essa abordagem abraça uma visão dos transtornos mentais como entidades amplamente discretas que são caracterizadas por distintos sinais, sintomas e histórias naturais (LILIENFELD; TREADWAY, 2016). Essa taxonomia conceitua os transtornos psiquiátricos como dicotômicos (ou seja, presentes ou ausentes em um indivíduo)

e entidades distintas (SHEVLIN; McELROY; MURPHY, 2017), o que contraria uma riqueza de evidências clínicas e de pesquisa que mostram que os transtornos são altamente comórbidos, heterogêneos, variáveis ao longo do desenvolvimento e da vida, explicados por múltiplas causas e não capturados por um conjunto cardinal de sintomas. A avaliação baseada em diagnóstico (alguns sintomas, de uma variedade) gera grande heterogeneidade dentro dos transtornos (KOTOV *et al.*, 2021). Importante ressaltar que um grande grupo de pessoas com sintomas não atingem o limiar para um diagnóstico e ficam sem tratamento, embora possam sofrer importante comprometimento.

Como há uma variabilidade de sinais e sintomas dentro de cada quadro nosológico e o sistema Top-Down considera os diferentes transtornos como entidades independentes, há uma comorbidade excessiva entre transtornos supostamente distintos, o que reduz a utilidade clínica de intervenções específicas para transtornos. Os limites entre os transtornos mentais geralmente não são tão rígidos quanto o modelo Top-Down sugere. Contudo, deve ser ressaltado que tal taxionomia é um sistema útil para a prestação de cuidados de saúde porque é usado para fazer prognósticos e decidir sobre a necessidade de tratamento, as particularidades do caso e a escolha dos cuidados a serem oferecidos (CASPI *et al.*, 2014). Para Craddock (CASEY *et al.*, 2013), é importante afirmar claramente a necessidade de um sistema de diagnóstico para transtornos psiquiátricos – mesmo que não seja perfeito – para servir como um método provisório e acordado para descrever, comunicar e dar sentido de experiências e pesquisas anteriores. Entretanto, os estudiosos de saúde mental devem estar cientes de suas limitações e preparados para avançar em direção a um sistema melhor, quando as evidências mostrarem que isso será benéfico. Os sistemas diagnósticos tradicionais, como a CID e o DSM, foram além das evidências empíricas sobre a estrutura da saúde mental, conseqüentemente, seus diagnósticos não retratam a psicopatologia com precisão, e sua validade em pesquisa e utilidade na prática clínica são, portanto, limitadas (KOTOV *et al.*, 2021).

Apoiadas pela tradição e suposta autoridade, as nosologias tradicionais afirmam que a psicopatologia é organizada em entidades diagnósticas distintas (KRUEGER *et al.*, 2021b). Por essas taxonomias tradicionais considerarem os transtornos mentais como categorias discretas, enquanto os dados mostram que praticamente todas as principais formas de psicopatologia existem em um continuum com normalidade, procura-se outras formas de compreender a doença mental. A aplicação de um limite artificial para distinguir o que é um comportamento saudável versus doença mental resulta em diagnósticos instáveis, pois um sintoma pode mudar o diagnóstico de presente para ausente. Modelos dimensionais de psicopatologia derivados empiricamente podem resolver muitos dos problemas inerentes aos sistemas categóricos, o próprio DSM-5 ressalta a importância de “uma abordagem mais dimensional que possa ser combinada com o conjunto de diagnósticos em categorias” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 733). Uma abordagem empírica da classificação concebe a natureza discreta ou contínua da psicopatologia como uma questão de pesquisa.

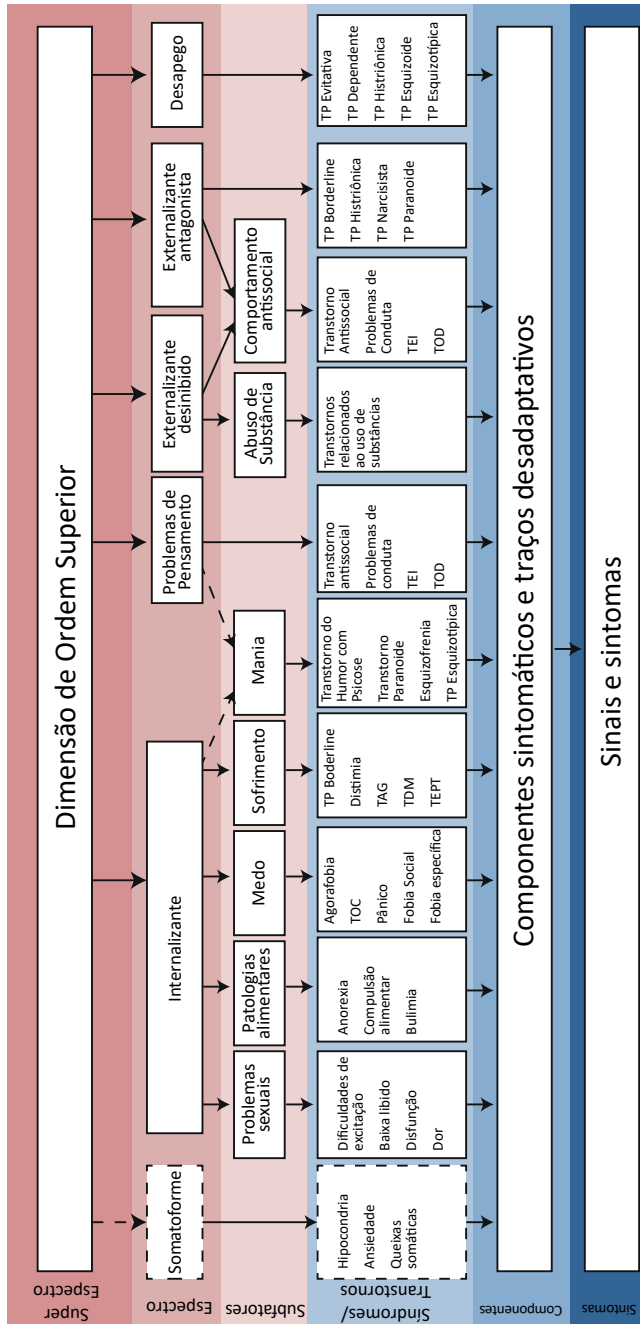
Avaliação Empiricamente Baseada – BOTTOM-UP

Um segundo modelo de classificação de problemas emocionais e comportamentais é descrito como empírico (KRUEGER *et al.*, 2021b). Nessa abordagem, os construtos clínicos são desenvolvidos por meio da análise quantitativa dos padrões de comorbidade, os dados são coletados a partir dos blocos de construção da psicopatologia (KOTOV *et al.*, 2021; KRUEGER *et al.*, 2021b). As avaliações acerca dos comportamentos – típicos ou atípicos – são estabelecidas a partir da experiência de pessoas (pais, professores, o próprio indivíduo) que têm conhecimento e experiência sobre o desempenho de crianças, adolescentes, adultos ou idosos em diferentes contextos (lar, escola, ambulatório de saúde, locais de cuidado...). Este modelo é conhecido como Bottom-Up (de baixo para cima) visto que as condutas de avaliação começam com a busca de escore para os comportamentos considerados problemáticos (ou os pontos fortes), para, então, reuni-los em escalas de acordo com o padrão de coocorrência que foi encontrado a partir de análises estatísticas, utilizando os dados da população. Nesse sistema, os fenótipos clínicos são representados em uma hierarquia multinível, onde conjuntos de construções de ordem inferior definem construções mais amplas no nível acima (KOTOV *et al.*, 2021). Seguindo essa linha, a comorbidade entre os construtos é explicada pela existência de dimensões de ordem superior compartilhadas. Há mais de uma taxonomia (por exemplo, The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology [HiTOP], Research Domain Criteria [RDoC], Escalas Transversais de Sintomas do DSM-5) que se baseiam em padrões empíricos de coocorrência entre sintomas psicológicos (CONWAY *et al.*, 2019). Isso permite que clínicos e pesquisadores se concentrem em sintomas mais sutis, em detalhes, ou avaliem problemas mais amplos, conforme necessário.

O sistema Bottom-Up aborda os problemas comportamentais e emocionais conduzindo uma pesquisa empírica de estruturas psicopatológicas começando pelos blocos de construção mais básicos e prosseguindo para o mais alto nível de generalidade: combinando sinais e sintomas individuais de saúde mental em componentes ou traços homogêneos, reunindo-os em síndromes derivadas empiricamente e finalmente, agrupando-as em espectros de psicopatologia (como internalização e externalização). Por exemplo, no RDoC, cinco ‘domínios’ refletem um sistema cerebral que dificulta o funcionamento adaptativo do indivíduo, em diferentes graus, em distintas condições psiquiátricas (CASEY *et al.*, 2013); o sistema HiTop atualmente inclui seis espectros (WATSON *et al.*, 2022) (Figura 1).

Figura 1 – Classes de transtornos mentais do DSM-5 incorporadas a The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização



Esses sistemas dimensionais dependem substancialmente da análise fatorial – um procedimento estatístico que agrupa variáveis (neste caso, sintomas e síndromes) com base no padrão de suas interrelações. Utiliza-se a análise fatorial exploratória, que busca a organização adequada das variáveis, e a análise fatorial confirmatória, que testa o ajuste das estruturas hipotéticas aos dados, e também a Análise de Classes Latentes, que identifica uma série de subgrupos mutuamente exclusivos com base em um conjunto de variáveis categóricas (KOTOV *et al.*, 2017).

No modelo Botton-up, a classificação opera em dois níveis. Primeiramente, constrói-se síndromes a partir da covariação empírica de sintomas para substituir diagnósticos que se baseiam em nosologia não testada, com a suposição de que os transtornos mentais são categorias. Em segundo lugar, agrupa as síndromes em espectros com base na covariação entre elas. Elementos estruturais intermediários – como componentes dentro de síndromes e subfatores dentro de espectros – são elucidados de forma semelhante.

Na base da hierarquia do sistema HiTOP, os componentes dos sintomas de granulação fina e os traços de personalidade desadaptados representam os blocos de construção básicos da doença mental (WATSON *et al.*, 2022). No nível do espectro, as dimensões internalizantes e externalizantes podem ser divididas em subfatores de ordem inferior, que englobam síndromes clínicas. Essa estrutura de vários níveis permite que pesquisadores e clínicos entendam a psicopatologia em vários níveis de abstração, dependendo do objetivo específico da pesquisa ou do tratamento (KRUEGER *et al.*, 2021a). Nenhum paciente é excluído do sistema, pois mesmo aqueles com sintomas subliminares ou atípicos podem ser caracterizados em um conjunto abrangente de dimensões.

Duas grandes dimensões: Internalizante e Externalizante

Padrões de coocorrência de problemas comportamentais vem sendo identificados nos mais diversos estudos epidemiológicos e em amostras clínicas (KRUEGER, 1999). Trabalhos epidemiológicos utilizando os diagnósticos dos DSMs na população em geral revelaram, com frequência, níveis surpreendentemente altos de comorbidade – proporções substanciais de entrevistados atendem aos critérios para mais de um transtorno psiquiátrico (VOLLEBERGH *et al.*, 2001). Há uma abundância de evidências epidemiológicas que indicam que os transtornos psiquiátricos coocorrem em taxas maiores do que o acaso (SHEVLIN; McELROY; MURPHY, 2017). Observa-se o mesmo na clínica, pois embora o paciente procure atendimento por uma questão específica, manifesta sofrimento em diferentes áreas e de diferentes formas. Esse elemento suplementar favorece a variabilidade na expressão clínica do problema e torna mais trabalhosa sua compreensão, ou seja, lidar com a sobreposição e combinação de diferentes respostas comportamentais e emocionais inadequadas, com frequência superior à esperada ao acaso.

Embora pouco questionada; o que está em questão é o significado das comorbidades. De forma subjacente aos transtornos mentais, há indicadores de processos

psicopatológicos centrais estáveis (KRUEGER, 1999). As taxas de comorbidade são muito altas em psiquiatria e obedecem aproximadamente à regra de 50%: metade dos pacientes que atendem aos critérios diagnósticos para um transtorno atendem, também, a critérios diagnósticos para um segundo transtorno ao mesmo tempo; metade dos indivíduos com dois transtornos atendem aos critérios para uma terceira desordem, e assim por diante (CASPI *et al.*, 2014).

A comorbidade apresenta um sério desafio aos paradigmas atuais de pesquisa e também à prática clínica. Krueger (1999) sugere que o impacto da comorbidade limita a investigação àquelas pessoas que preenchem os critérios para um único transtorno, mas não apresentam sintomas para quaisquer outras questões de saúde mental. Uma proporção substancial de crianças que não receberam um diagnóstico, mas que ainda assim têm dificuldades na escola, também apresenta níveis elevados de problemas de saúde mental (MICHELINI *et al.*, 2019). Essa estratégia de trabalhar com o diagnóstico puro é problemática porque identifica uma amostra atípica, visto que a maioria das pessoas com um transtorno também apresentar outros. Além disso, casos puros de transtorno mental (pessoas que atendem aos critérios para apenas uma psicopatologia) não são apenas atípicos, mas também menos severamente prejudicados. Assim, restringir uma pesquisa a casos puros limita não apenas a generalização do estudo, mas também a capacidade de detectar os correlatos de transtornos mentais mais graves.

Estudos analíticos fatoriais identificaram consistentemente dimensões de ordem superior da psicopatologia (internalizante e externalizante) que são propostas para explicar a comorbidade (SHEVLIN; McELROY; MURPHY, 2017). O próprio DSM-5 coloca que os achados demonstram que o agrupamento de transtornos em fatores internalizantes e externalizantes explica, na maioria das vezes, comorbidades observadas, tanto em amostras clínicas quanto em amostras comunitárias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 13). As dimensões são contínuos psicopatológicos que refletem diferenças individuais de uma característica não-adaptativa em toda a população (por exemplo, ansiedade social é uma dimensão que varia de interações sociais confortáveis a angústia em quase todas as situações sociais) (KOTOV *et al.*, 2017). Dimensões refletem diferenças de grau e não de tipo.

Com base em décadas de pesquisa, surgiu uma estrutura alternativa que caracteriza a psicopatologia usando dimensões derivadas empiricamente que ultrapassam os limites dos diagnósticos tradicionais (CONWAY *et al.*, 2019). Estudos apontam para um fator geral ('p') que representa a suscetibilidade comum à psicopatologia e explica por que todos os transtornos mentais tendem a coocorrer (MICHELINI *et al.*, 2019). O fator p explica por que é difícil encontrar causas, consequências, biomarcadores e tratamentos com especificidade para transtornos mentais individuais (CASPI *et al.*, 2014). Há quase um consenso da separação entre amplos espectros internalizante e externalizante – originalmente identificados em estudos que deram forma ao Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA) –, argumentando que esta é uma distinção importante tanto em adultos quanto em crianças. No entanto, evidências sugerem que um maior número de grandes dimensões é necessário para caracterizar a psicopatologia. Consequentemente, modelos com diferentes números

de dimensões (uma, duas, três etc.) podem coexistir e serem estudados simultaneamente (MICHELINI *et al.*, 2019).

Os termos “internalizante” e “externalizante” são amplamente usados para representar dois agrupamentos de banda larga de problemas comportamentais, emocionais e sociais (ACHENBACH *et al.*, 2016). Esses termos foram introduzidos em 1966 quando Achenbach (1966), estudando crianças e adolescentes de 4 a 15 anos, utilizou esses termos para descrever agrupamentos de problemas derivados de análise fatorial encontrados para crianças encaminhadas clinicamente: uma dimensão internalizante explicava o agrupamento entre depressão, ansiedade e queixas somáticas, enquanto uma dimensão externalizante era o substrato para delinquência, desatenção e agressão. Posteriormente, foi observado que essas duas dimensões também se aplicavam a indivíduos não-referidos, de diferentes faixas etárias.

Análises das patologias e suas comorbidades identificaram dimensões latentes subjacentes aos diferentes diagnósticos (ACHENBACH *et al.*, 2016; VOLLEBERGH *et al.*, 2001), ou seja, essas duas dimensões eram responsáveis por padrões sistemáticos de comorbidades entre diagnósticos de transtornos mentais. Por exemplo, o trabalho de Krueger (1999), examinando a estrutura fatorial de dez transtornos mentais, sugere uma estrutura bidimensional de transtornos internalizantes e externalizantes; a existência desses dois grandes grupos explica a comorbidade entre transtornos mentais comuns na população geral. A dimensão internalizante está subdividida em duas subdimensões – uma referente à combinação de diagnósticos ansioso-depressivos (episódio depressivo maior, distímia e transtorno de ansiedade generalizada) e outra referente a diagnósticos de transtornos de ansiedade mais específicos (fobia simples, fobia social, agorafobia e transtorno do pânico). A dimensão externalizante englobou dependência de álcool, dependência de drogas e desordem de personalidade antissocial. De forma significativa, as pessoas na amostra do estudo [dez transtornos mentais comuns entre jovens adultos] de Krueger *et al.* (1998) mantiveram suas posições relativas sobre os fatores latentes ao longo do período de três anos, dos 18 aos 21 anos, indicando “processos psicopatológicos centrais” subjacentes estáveis.

O trabalho de Vollebergh *et al.* (2001), analisando nove transtornos mentais, observou uma estrutura tridimensional bastante semelhante à identificada por Krueger (1999): uma dimensão de transtornos por uso de substâncias semelhante ao fator externalizante (dependência de álcool e dependência de drogas) e um amplo fator de ordem superior internalizante com a subdimensão ansiedade-angústia (episódio depressivo maior, distímia e transtorno de ansiedade generalizada) e a subdimensão medo (fobia social, fobia simples, agorafobia e transtorno do pânico). No entanto, internalização e externalização são de longe as dimensões mais consistentemente examinadas em contextos de pesquisa psicométrica e aplicada.

Diversos estudos vêm mostrando a existência de dimensões de ordem superior, não limitadas aos transtornos propostos pelos sistemas Top-Down. Os resultados do estudo realizado por Snorrason *et al.* (2022) mostraram uma coocorrência de sintomas de Transtorno Obsessivo-Compulsivo [Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtorno de Acumulação, Tricotilomania, Transtorno de Escoriação...] (AMERICAN

PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) melhor explicada por dimensões de compulsividade e asseio de ordem superior.

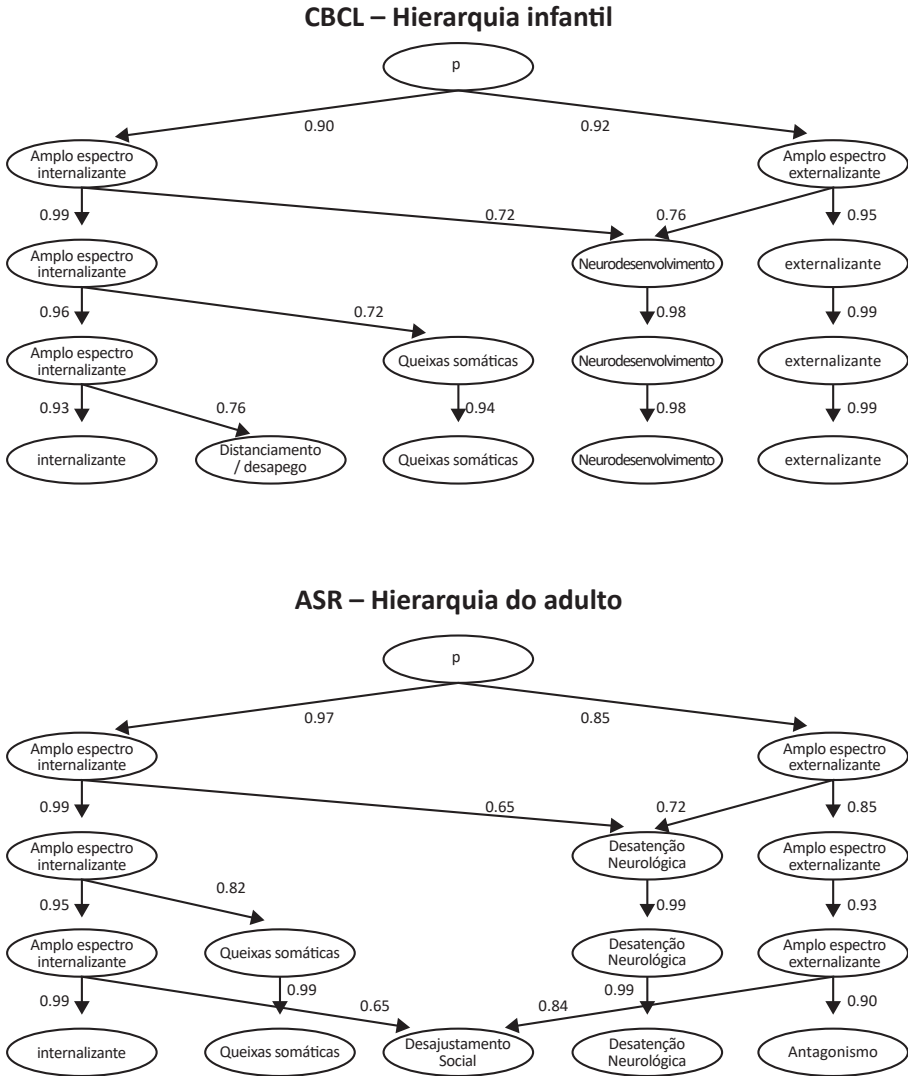
Anedonia refere-se à diminuição do interesse ou prazer diante de eventos tipicamente gratificantes ou prazerosos. No DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) a anedonia é parte do conjunto de critérios de Transtorno Depressivo Maior, embora pesquisas correlacionais mais recentes venham demonstrando que a anedonia está ligada a diversas outras condições de saúde mental, como o Transtorno do Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Ansiedade Generalizada (CONWAY; LI; STARR, 2019). Conway *et al.* (2019), estudando anedonia em adolescentes, encontraram uma associação estatisticamente significativa, embora modesta, entre o traço de anedonia e uma dimensão de internalização transdiagnóstica durante a adolescência, não tendo associação única, ou mesmo preferencial, com o Transtorno Depressivo Maior. Os autores concordam que o modelo unidimensional de problemas de internalização ofereceu bom ajuste aos dados, sendo a anedonia um marcador mais geral de uma dimensão internalizante. A diminuição de interesse ou prazer é um componente sintomático de ordem inferior, ou unidade básica, do domínio internalizante. Como tal, constitui um alicerce não apenas do Transtorno Depressivo Maior, mas de outras condições como medo, angústia, patologia alimentar ou problemas sexuais. Os resultados foram consistentes com a ideia de que a anedonia poderia ser um sinal de problemas incipientes em todo o espectro internalizante.

Desde o início, as escalas internalizante e externalizante têm sido vistas como dimensões de banda larga [espectro] compreendendo conjuntos de síndromes dimensionais de banda estreita [dimensões], que, por sua vez, compreendem conjuntos de problemas [síndromes] que coocorrem (ACHENBACH *et al.*, 2016), em diversos grupos demográficos, contextos de avaliação e regiões do mundo, tanto em estudos comunitários, quanto com pacientes referidos (KOTOV *et al.*, 2021). Outras dimensões foram sendo identificadas, como Somatoforme, Transtorno de Pensamento e Desapego, para explicar a covariância entre condições de saúde mental menos prevalentes (por exemplo, espectro da esquizofrenia, sintoma somático e transtornos de personalidade) (KRUEGER *et al.*, 2021a).

O trabalho de Holmes *et al.* (2021), estudando crianças e adolescentes com problemas relacionados à aprendizagem, observou uma estrutura hierárquica com um ‘fator p’ no ápice, duas dimensões amplas – internalizante (que previu sintomas emocionais [ansiedade e depressão]) e externalizante (que previu comportamentos hiperativos e desatentos) – logo abaixo, três fatores mais específicos (internalização específica, desajuste social e problemas de neurodesenvolvimento). A dimensão do neurodesenvolvimento, que captou sintomas de desatenção, hiperatividade e função executiva e emergiu do fator externalizante de ordem superior, foi o mais forte preditor de aprendizagem. Isso sugere que, em alunos com dificuldades, questões cognitivas e afetivas podem interagir para influenciar os resultados da aprendizagem. O fator de desajuste social incluiu problemas de relacionamento com os pares, baixos níveis de comportamentos pró-sociais, agressividade e problemas de conduta. Os meninos expressaram maiores dificuldades nas dimensões amplas de externalização e desajuste social, que capturaram sintomas relacionados a comportamentos explícitos,

incluindo agressão, problemas de conduta, falta de comportamentos pró-sociais e dificuldades com relacionamentos com colegas. Fundamentalmente, cada nível da hierarquia identificado por Michelin *et al.* (2019) previu diferentes resultados para as crianças (Figura 2).

Figura 2 – Modelo hierárquico dos itens do CBCL e ASR na psicopatologia adulta e infantil

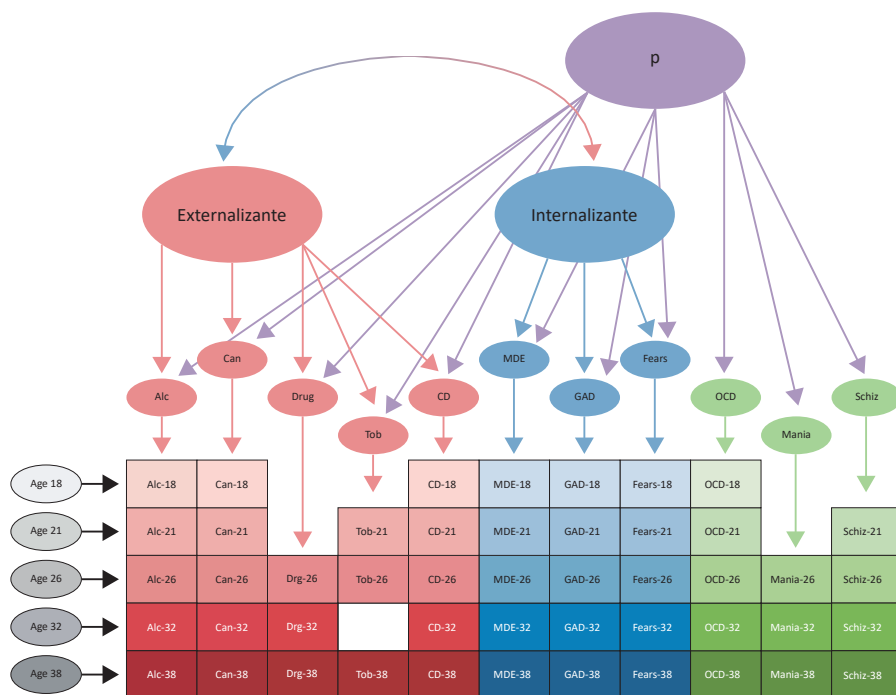


Fonte: Michelin *et al.* (2019).

Achados notáveis foram ligações específicas entre o fator p e o uso de serviços de saúde mental, e uma forte relação entre o fator de neurodesenvolvimento recém-identificado e o funcionamento acadêmico das crianças (MICHELINI *et al.*, 2019). Os meninos apresentaram psicopatologia ligeiramente mais alta no ‘fator p’, bem como fatores externalizantes, neurodesenvolvimentais e de distanciamento/desapego na solução de cinco fatores, enquanto as meninas tiveram pontuações ligeiramente mais altas nos fatores internalizantes e somatoformes (queixas somáticas). A estrutura hierárquica implica que qualquer causa ou resultado de doença mental pode emergir por conta de seus efeitos em dimensões amplas de ordem superior, as síndromes, ou dimensões específicas de ordem inferior (CONWAY *et al.*, 2019).

Caspi *et al.* (2014), também preocupados com a persistência, coocorrência e comorbidade sequencial de transtornos mentais, estudaram, ao longo de 20 anos, indivíduos, da adolescência à meia-idade. Os transtornos psiquiátricos foram inicialmente explicados por três fatores de ordem superior (Internalizante, Externalizante e Transtorno do Pensamento), mas explicados ainda melhor com uma dimensão da Psicopatologia Geral, que denominaram fator p (Figura 3).

Figura 3 – Estrutura hierárquica da psicopatologia



Fonte: Caspi *et al.* (2014).

Três modelos foram testados usando análise fatorial confirmatória: o Modelo B' mostra o modelo hierárquico revisado final. Ovais representam fatores de traços de sintomas contínuos latentes (não observados); células representam contagens de sintomas observados para cada transtorno em cada idade de avaliação. Os 11 transtornos/sintomas foram avaliados: dependência de álcool (Alc), dependência de cannabis (Can), dependência de drogas (Drg), dependência de tabaco (Tob), transtorno de conduta (CD), depressão (MDE), transtorno de ansiedade generalizada (GAD), medos/fobias (Fears), transtorno obsessivo-compulsivo (OCD), mania (Mania) e sintomas de esquizofrenia (Schiz). Cada transtorno foi medido pelo menos três vezes; as avaliações ausentes são representadas por um espaço em branco).

Escores p mais altos estiveram associados a mais comprometimento da vida, maior familiaridade, piores histórias de desenvolvimento e função cerebral mais comprometida no início da vida (CASPI *et al.*, 2014). Ainda não está claro quantas dimensões devem ser incluídas em modelos para jovens com condições precárias relacionadas ao neurodesenvolvimento (HOLMES *et al.*, 2021).

O trabalho de Michelini *et al.* (2019), envolvendo adultos, observou dois amplos fatores (internalizante e externalizante). Na estrutura de três fatores, um fator que engloba problemas de neurodesenvolvimento desatento (por exemplo, desatenção, mau planejamento) emergiu desses dois amplos fatores. Na solução de quatro fatores, o amplo fator de internalização se dividiu em dimensões de internalização e somatoformes. Na estrutura de cinco fatores, os comportamentos de quebra de regras do fator externalizante amplo uniram problemas de distanciamento/estranheza do fator internalizante amplo para formar um fator de desajuste social, deixando antagonismos distintos e dimensões internalizantes mais estreitas. As mulheres pontuaram mais do que os homens no fator p, bem como nos fatores internalizante e somatoforme na solução de cinco fatores, enquanto os homens apresentaram pontuações mais altas nos fatores de desajuste social e antagonismo (Figura 2).

É importante ressaltar que estudos de desenvolvimento sugerem que algumas dimensões da psicopatologia podem diferir com a idade, e dimensões adicionais podem surgir ao longo do desenvolvimento (MICHELINI *et al.*, 2019). Transtorno de personalidade antissocial, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), transtornos por uso de álcool, cannabis, nicotina e outras substâncias e transtorno explosivo intermitente na idade adulta, bem como transtorno de conduta e transtorno opositivo desafiador na infância, refletem claramente um amplo espectro externalizante distinto e abrangente (KRUEGER *et al.*, 2021a). É importante avaliar a integridade da dimensão internalizante como um fio condutor através de várias condições de ansiedade e depressão durante o desenvolvimento (CONWAY; LI; STARR, 2019), assim como a dimensão externalizante em relação à outras condições. Vários processos – alguns específicos, outros bastante amplos – estão potencialmente implicados nas origens e consequências dos problemas psicológicos ao longo da vida.

Comportamentos internalizantes e externalizantes

Os problemas de comportamento consistem em um caleidoscópio de sintomas de configuração e duração variáveis, inclusive, muitas vezes, sendo confundidos

com comportamentos típicos de determinadas faixas etárias. Identificar, dentro de um continuum, os comportamentos que atrapalham o desenvolvimento e o convívio é importante para o funcionamento adaptativo do indivíduo e sua colaboração com a comunidade em que está inserido, dentro de um contexto ecocultural.

O termo internalização originou-se na literatura de psicopatologia infantil para descrever formas de psicopatologia que envolvem “problemas dentro do self” (ACHENBACH, 1966), em oposição a interações desadaptativas com o ambiente. Posteriormente, entendeu-se que esse termo descreve um espectro de sintomas e distúrbios caracterizados principalmente por disfunção emocional e/ou formas relacionadas de evitação comportamental (WATSON *et al.*, 2022). Os comportamentos internalizantes podem ser considerados como aqueles voltados contra a própria pessoa; padrões comportamentais mais reservados/íntimos e não adaptativos (GAUY; GUIMARÃES, 2006), como preferir ficar sozinho, chorar, guardar as coisas para si mesmo, tristeza, isolamento. Enquanto os externalizantes são comportamentos voltados contra outros ou o meio, padrões comportamentais aparentes e desajustados (GAUY; GUIMARÃES, 2006), como vandalismo, gritar, bater, roubar, agressividade, oposição, mentir. Realçamos a palavra ‘contra’, pois tais condutas não colaboram com o desenvolvimento de si mesmo ou da comunidade. Agir dessas formas implica em sofrimento – o sofrimento é expresso por esses comportamentos e/ou esses comportamentos trazem sofrimento à pessoa. Por isso, os internalizante ou externalizante são considerados problemas de comportamento.

Krueger (1999) coloca que este modelo bidimensional sugere que o desajuste pode ser expresso principalmente para dentro de si, como angústia-ansiedade e/ou medo, ou principalmente para fora, como comportamento antissocial e disruptivo. A dimensão externalizante envolve uma ampla gama de comportamentos problemáticos e traços no domínio do controle de impulso deficiente. O espectro externalizante desinibido inclui tendências a agir por impulso, sem considerar as consequências potenciais. Empiricamente, a desinibição tende a ser acompanhada por comportamentos socialmente proibidos (por exemplo, o uso de substâncias psicoativas em excesso) e com mínima consideração por consequências futuras. O espectro externalizante antagonístico inclui tendências a navegar em situações interpessoais usando antipatia e conflito, e a ferir outras pessoas intencionalmente, com pouco apreço por seus direitos e sentimentos (KRUEGER *et al.*, 2021a).

Os traços que foram mais forte e consistentemente associados ao espectro de externalização antagonística incluem manipulação (ou seja, explorar e tirar vantagem dos outros), falsidade (ou seja, mentir e trapacear em busca de seus objetivos), insensibilidade (ou seja, ter coração frio e falta de empatia), exibicionismo (ou seja, envolver-se em comportamentos de busca de atenção), grandiosidade (ou seja, ser arrogante e sentir-se no direito de tratamento especial dos outros), agressão (ou seja, envolver-se em comportamento hostil e até violento), grosseria (ou seja, ser franco, sem tato e insensível no relacionamento interpessoal), dominação (ou seja, a propensão a ser forte e controlador nos relacionamentos) e desconfiança (ou seja, questionar a honestidade, a fidelidade e os motivos dos outros) (KRUEGER *et al.*, 2021a). Os traços específicos que foram mais fortes e consistentemente associados ao espectro de externalização

desinibido incluem impulsividade (isto é, agir espontaneamente no calor do momento sem se preocupar com as consequências), irresponsabilidade (isto é, não ser confiável e deixar de cumprir obrigações), distração (isto é, problemas de atenção e dificuldades em focar nas tarefas), assumir riscos (ou seja, ser imprudente e se envolver em atividades potencialmente perigosas), [baixo] perfeccionismo (ou seja, ter baixos padrões para a conclusão do trabalho) e [baixo] workaholism (ou seja, estar mais interessado em se divertir do que em atividades relacionadas ao trabalho) (KRUEGER *et al.*, 2021a).

A dimensão internalizante, por sua vez, também apresenta dois subfatores mais amplos (WATSON *et al.*, 2022). Primeiro, o subfator de angústia inclui transtornos que envolvem emocionalidade negativa generalizada, como transtorno depressivo maior, transtorno distímico, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do estresse pós-traumático. Em segundo lugar, o subfator medo é definido por transtornos que envolvem formas de sofrimento mais específicas e delimitadas pelo contexto e que frequentemente incluem esQUIVA comportamental, como transtorno do pânico, agorafobia, fobia social e fobia específica. Esses subfatores angústia e medo estão fortemente correlacionados e, muitas vezes, indistinguíveis.

Utilidade do modelo dimensional (internalizante e externalizante)

Embora pareçam recentes, as propostas dimensionais que se concentram em traços continuamente distribuídos, teorizados para formar o andaime da psicopatologia, vêm estabelecendo um conjunto de dimensões que refletem a estrutura natural dos problemas psicológicos há décadas, a partir de medidas para avaliar sinais e sintomas de pacientes, identificando dimensões empíricas da sintomatologia por meio de análise fatorial, como por exemplo os trabalhos de Thomas Moore (1930), Eysenck (EYSENCK, 1944; EYSENCK; GILMOUR, 1944), Overall e Gorham (1962) ou Achenbach (ACHENBACH, 1966, 1991; ACHENBACH *et al.*, 2016).

Utilizar um modelo bidimensional no estudo das psicopatologias, neste caso comportamentos internalizantes e comportamentos externalizantes, ilustra, de maneira simples, que dentro das dimensões provavelmente não há uma linha forte a ser traçada entre diferentes transtornos, pois a comorbidade entre diagnósticos é a regra e não a exceção. O atendimento a pacientes se beneficiaria da busca por características psicológicas centrais, em vez de buscar mais diferenças, com novos transtornos ou subtipos. Dessa forma, os diferentes transtornos parecem refletir os mesmos fatores genéticos e podem ser interpretados como diferentes manifestações da mesma vulnerabilidade (VOLLEBERGH *et al.*, 2001). A comorbidade é incorporada ao sistema de classificação com a atribuição das síndromes aos espectros. A comorbidade transmite informações importantes sobre fatores de risco compartilhados, processos patológicos e curso da doença; uma nosologia quantitativa formaliza essa informação, tornando-a explicitamente disponível para pesquisadores e clínicos (KOTOV *et al.*, 2017).

Segundo o DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA], 2014, p. 13), o agrupamento dos transtornos mentais em fatores (internalizante e externalizante) estimula avanços na identificação de diagnósticos, marcadores biológicos e mecanismos subjacentes.

O ideal é organizar modelos quantitativos em torno dos sinais e sintomas mais básicos, pois permitem uma modelagem diferenciada da estrutura de ordem inferior da doença mental, permitindo que os pesquisadores “esculpam a natureza em suas articulações” (CONWAY; LI, *et al.*, 2019). Nenhum paciente é excluído ou descrito de forma incompleta pelo sistema, porque todos podem ser caracterizados em um conjunto de dimensões, mesmo aqueles com baixos níveis de sintomatologia (KOTOV *et al.*, 2017).

As pesquisas também se beneficiam de uma abordagem bidimensional, pois estudar casos puros (sem comorbidade) de algum transtorno é praticamente inviável (VOLLEBERGH *et al.*, 2001). O estudo de Shevlin *et al.* (2017), acompanhando crianças (7 anos) até a adolescência (14 anos), observou que um distúrbio psiquiátrico previa um distúrbio diferente em um momento posterior, sugerindo fatores etiológicos compartilhados. Estudo semelhante, acompanhando crianças dos 2 aos 14 anos também observou continuidade homotípica e heterotípica, sendo esta última a mais frequente, indicando um modelo bifatorial (McELROY *et al.*, 2018).

Um modelo de dois fatores ajuda a organizar observações e sugerir direções (KRUEGER, 1999), facilitando o entendimento do funcionamento do indivíduo. Este modelo Botton-Up organiza os principais achados da epidemiologia psiquiátrica, no lugar de considerar a comorbidade um incômodo à pesquisa ou ao diagnóstico, as torna cientificamente sensatas. Uma descoberta importante é que os transtornos mentais comuns exibem intercorrelações consistentemente positivas – comorbidade – que variam em magnitude. Essas dimensões latentes (internalizante e externalizante) devem ser interpretadas em termos de processos psicopatológicos centrais subjacentes aos diferentes diagnósticos de transtornos mentais comuns (KRUEGER, 1999).

A existência dessas duas dimensões subjacentes à patologia pode ser destacada quando certas classes de medicamentos são eficazes para diferentes distúrbios dentro de um ou outro domínio (por exemplo, inibidores seletivos da recaptção de serotonina com vários distúrbios internalizantes). Esse modelo bidimensional facilita a compreensão desse fenômeno. Essas observações reforçam o argumento para focar nos processos psicopatológicos centrais e não em sua manifestação como transtornos distintos (VOLLEBERGH *et al.*, 2001).

Embora tal estrutura possa parecer ser atraente devido à sua simplicidade, observa-se que em diferentes faixas etárias e em estudos longitudinais houve indícios de sobreposição sistemática entre distúrbios nos domínios internalizante e externalizante. Mais pesquisas são necessárias para esclarecer a natureza e as bases dessa sobreposição, podendo haver maior heterogeneidade do que se pensava.

A avaliação baseada em evidências fornece informações necessárias para adequar as intervenções às necessidades dos indivíduos e avaliar o progresso e os resultados dos tratamentos (ACHENBACH, 2015). Os sistemas dimensionais (botton-up) constroem síndromes psicopatológicas e seus componentes/subtipos com base na covariação observada de sintomas, agrupando sintomas relacionados e reduzindo assim a heterogeneidade. Eles também combinam síndromes coocorrentes em espectros, mapeando assim a comorbidade. Além disso, caracterizam esses fenômenos dimensionalmente, o que aborda problemas de fronteira e instabilidade diagnóstica

(KOTOV *et al.*, 2017). Uma importante contribuição é a maneira eficaz de resumir e transmitir informações sobre fatores de risco, etiologia, fisiopatologia, fenomenologia, curso da doença e resposta ao tratamento. Isso pode melhorar muito a utilidade do diagnóstico de transtornos mentais.

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

Formulários padronizados para obter informações sobre problemas e pontos fortes são componentes-chave da avaliação, em crianças, adolescentes, adultos e idosos, de problemas comportamentais e emocionais baseada em evidências (ACHENBACH, 2015). Instrumentos que facilitem aos profissionais de saúde obter informações de forma rápida e econômica sobre muito mais problemas e pontos fortes que costumam ser abarcados em entrevistas clínicas, que dependem da boa formação e experiência do profissional, são fundamentais. As informações obtidas de formulários padronizados são especialmente valiosas quando incluem pontuações quantitativas que podem ser comparadas com as normas da sociedade em que vive o indivíduo, assim como permitir reaplicações com o objetivo de avaliar o progresso e os resultados.

A fim de obter evidências sobre os padrões reais dos problemas das crianças, Achenbach (1966) classificou os problemas comportamentais, emocionais e sociais relatados nos registros de casos de centenas de crianças encaminhadas para serviços psiquiátricos. As classificações, por meio de análise fatorial, categorizaram síndromes de problemas que tendiam a ocorrer em conjunto. Desde sua descoberta desses dois espectros, eles têm sido vistos como dimensões de banda larga compreendendo conjuntos de síndromes dimensionais de banda estreita, que, por sua vez, compreendem conjuntos de problemas coocorrentes.

De acordo com esse modelo hierárquico-dimensional para a psicopatologia, a base da hierarquia compreende muitos problemas específicos classificados em escalas tipo Likert. Classificações de problemas específicos, portanto, fornecem blocos de construção para a avaliação e taxonomia da psicopatologia. O próximo nível da hierarquia compreende os agrupamentos dimensionais de síndromes, cada uma das quais compreende um conjunto de problemas mutuamente associados cujas classificações são somadas para produzir pontuações na escala. O nível seguinte da hierarquia inclui as dimensões internalizantes e externalizantes de síndromes associadas. Os escores das escalas de internalização e externalização são calculados pela soma dos escores das síndromes que as compõem (ACHENBACH *et al.*, 2016). Modelos hierárquicos-dimensionais que abrangem desde problemas específicos até dimensões de banda larga nos permitem ver a psicopatologia de maneira que não exige escolhas forçadas sobre como categorizar cada criança. Em vez de categorizá-las, os modelos hierárquicos-dimensionais exibem o padrão particular de problemas de cada párvulo em perfis de pontuações de escala dimensional. Hierarquias de pontuações de escala dimensional podem revelar relações entre problemas de forma mais eficaz do que categorias (ACHENBACH *et al.*, 2016).

Na atual versão do ASEBA, o sistema de diagnóstico categórico foi incluído, sendo mantida a representação dimensional da psicopatologia. Essa abordagem híbrida

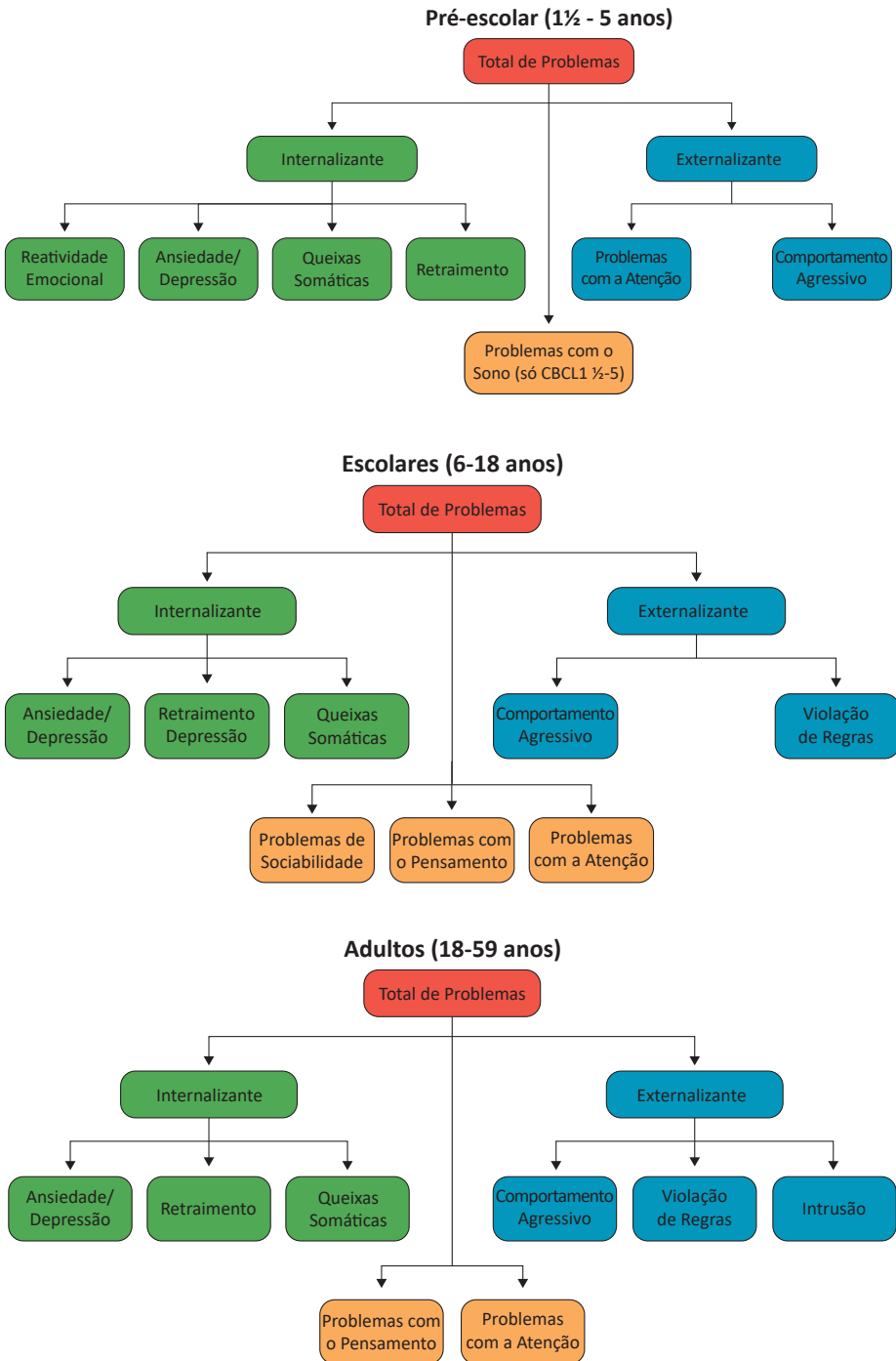
do diagnóstico foi baseada em vários estudos, mostrando validade e utilidade de representações categóricas e dimensionais (NOORDHOF *et al.*, 2015). A literatura atual sugere que a integração das duas propostas de classificação – *botton-up* e *top-down* – é possível e desejável para melhor explicar a saúde mental, em sua compreensão do sofrimento humano que é expresso por comportamentos desadaptativos. Os dois sistemas de taxonomia são complementares, por conta da especificidade de um e da amplitude do outro.

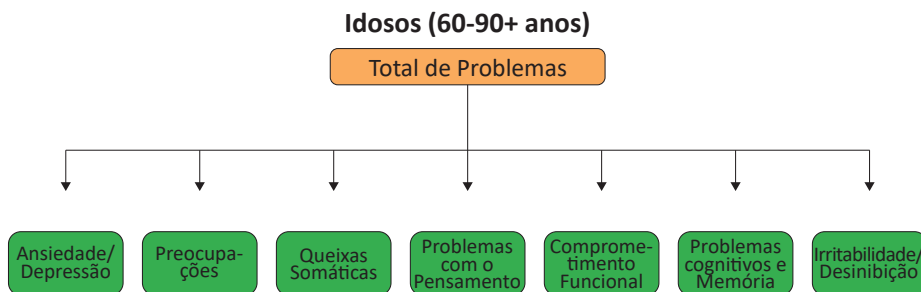
O Sistema ASEBA inclui itens problemáticos que descrevem um amplo espectro de problemas comportamentais, emocionais e sociais e também itens de pontos fortes/forças pessoais (competência social e funcionalidade), além de itens abertos que solicitam aos respondentes a descrição de qualidades, preocupações ou outras questões. Um dos principais objetivos do ASEBA é identificar padrões reais de problemas como base para avaliação, pesquisa, treinamento e tratamento. Ao ser construído, os questionários respondidos passaram por análise fatorial para identificar síndromes de problemas concomitantes, seguindo o modelo *Botton-Up*. Os agrupamentos síndromes receberam nomes que resumem os problemas que os compõem (ACHENBACH, 2015), seguindo o modelo dimensional.

As análises estatísticas das associações entre os escores das várias síndromes revelaram agrupamentos para os quais os termos *Internalização* e *Externalização* foram cunhados (ACHENBACH, 1966). Os diferentes instrumentos que compõem o Sistema ASEBA incluem, nos seus resultados, as escalas de internalização, de externalização e total de problemas. Esta última escala resume o nível geral de problemas de um indivíduo em termos de uma pontuação global, que é obtida pela soma das classificações em todos os itens de problemas contidos no questionário (ACHENBACH, 2015). As análises dos fatores principais produziram um primeiro fator bipolar composto por itens problemáticos em um polo que foram designados como externalizantes porque envolviam conflito com os outros e com os costumes sociais (comportamentos agressivos e que quebram as regras). Os itens que compunham o outro polo do primeiro fator foram designados como internalizantes, porque envolviam problemas internos (ansiedade, depressão, retraimento social e queixas somáticas sem causa médica aparente) (ACHENBACH, 2015).

Esses conjuntos de itens problemáticos concomitantes foram designados como síndromes no sentido da palavra grega original *síndrome*, que significa “o ato de correr junto” isto é, ocorrem simultaneamente (a palavra *síndrome*, significando conjuntos de problemas concomitantes, não implica suposições sobre etiologias) (ACHENBACH, 2015). Os agrupamentos síndromes são organizadas por instrumento. Por exemplo, os instrumentos que abarcam crianças e adolescentes (CBCL, YSR e TRF) possuem oito síndromes (Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas de Sociabilidade, Problemas com o Pensamento, Problemas com a Atenção, Violação de Regras e Comportamento Agressivo); nos instrumentos para os adultos (ASR e ABCL) também foram encontradas oito síndromes (Ansiedade/Depressão; Isolamento; Queixas somáticas; Problemas de Atenção; Problemas de Pensamento; Violação de Regras, Comportamento Agressivo e Comportamento Intrusivo) (Figura 4).

Figura 4 – Taxonomia hierárquica dos instrumentos ASEBA





Fonte: As autoras.

Os itens problemáticos do ASEBA são pontuados adicionalmente em agrupamentos orientados pelo DSM, que podem alertar os profissionais sobre diagnósticos a serem considerados. Tais novos agrupamentos foram construídos convidando especialistas para identificar itens ASEBA que julgassem ser muito consistentes com determinadas categorias de diagnóstico do DSM, ou seja, seguindo o modelo Top-Down (ACHENBACH, 2013). Itens que a maioria dos especialistas identificou como muito consistentes com categorias diagnósticas específicas foram usados para construir escalas orientadas pelo DSM.

Os instrumentos ASEBA também identificam pontos fortes do indivíduo, em escalas de Competência Social ou Funcionamento Adaptativo.

Considerações finais

A saúde mental vem se tornando um importante ponto a ser destacado pelas políticas públicas. Questões de saúde mental afetam o desenvolvimento do indivíduo e seu funcionamento no ambiente ecológico, atrapalhando sua própria vida, sua família, sua comunidade e seu país. A área de avaliação em saúde mental é permeada por diversas possibilidades de compreensão acerca de problemas de comportamento humano. Os critérios diagnósticos são usados como parâmetros para a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento em saúde mental. Para além das tradicionais visões categóricas ou dimensionais que englobam o conceito de diagnóstico tão presente em psicopatologia, novas formas de discussão relativas à conduta do indivíduo podem ser contempladas ao longo de seu desenvolvimento.

O conhecimento sobre a variabilidade de modelos explicativos e/ou descritivos em Psicopatologia favorece desde o trabalho do profissional quanto ao debate entre diferentes áreas do conhecimento (qual seja a Medicina, Psicologia, Estatística), ao aprimoramento das evidências em saúde mental que devem passar além da perícia clínica, a informação disponível e o contemplar de variáveis culturais para a compreensão ampla do indivíduo. Ao se estudar os mais diferentes problemas de comportamento, faz-se necessário ter uma ampla visão sobre tais critérios, considerando as duas linhas de taxonomias, ou seja, a visão top-down e a visão bottom-up.

É válido destacar que embora manuais diagnósticos sejam relacionados ao diagnóstico categorial, o DSM em sua quinta versão já considera uma certa via dimensional, a exemplo da adoção dos espectros da esquizofrenia e do autismo (APA, 2014). Tendo em vista os comportamentos internalizantes e externalizantes, em uma área tão diversa, terem em suas terminologias consistências apresentadas ao longo dos anos na literatura e sua abordagem dimensional sendo compatível a aplicações em uma diversidade de espectros, sua investigação mostra as contribuições não sobre a individualidade no diagnóstico, mas a possibilidade de fatores comuns ligados a categorias nosológicas, como critério indicativo a ser desvendado. A continuidade de estudos nessa perspectiva, transculturais, traduz-se em uma possibilidade de construção de um modelo cada vez melhor articulado entre as perspectivas tradicionais (categorial e dimensional) e consonante com os avanços da Psicopatologia.

Importante ressaltar que a utilização de instrumentos padronizados baseado em evidências é de fundamental importância para a normatização dos dados, tanto em pesquisa, quanto no atendimento em consultório. O uso dos mesmos instrumentos padronizados por pesquisadores e provedores de saúde, em diferentes contextos/sociedade, promove a colaboração internacional e pode colaborar com os serviços clínicos e as pesquisas científicas.

Referências

ACHENBACH, T. M. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. **Psychological monographs**, v. 80, n. 7, p. 1-37, 1966.

ACHENBACH, T. M. **Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles**. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry, 1991.

ACHENBACH, T. M. **DSM-Oriented Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)**. Burlington, VT -EUA: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2013.

ACHENBACH, T. M. Multicultural Evidence-Based Assessment Using the Achenbach System Of Empirically Based Assessment (ASEBA) For Ages ½-90+. **Psychologia: Avances de la disciplina**, v. 9, n. 2, p. 13-23, 2015.

ACHENBACH, T. M. *et al.* Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 55, n. 8, p. 647-656, 2016.

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

BOLSONI-SILVA, A. T.; DELL PRETTE, A. Problemas de comportamento: Um panorama da área. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 91-103, 2003.

CASEY, B. J. *et al.* DSM-5 and RDoC: Progress in psychiatry research? **Nature Reviews Neuroscience**, v. 14, n. 11, p. 810-814, 2013.

CASPI, A. *et al.* The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? **Clinical Psychological Science**, v. 2, n. 2, p. 119-137, 2014.

CHENIAUX, E. **Manual de Psicopatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koo-
gan Ltda, 2021.

CONWAY, C. C. *et al.* A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Trans-
form Mental Health Research. **Perspectives on Psychological Science**, v. 14, n. 3,
p. 419-436, 2019.

CONWAY, C. C.; LI, Y. I.; STARR, L. R. Trait anhedonia is a transdiagnostic correlate
of internalizing problems during adolescence. **Journal of Research in Personality**,
v. 81, p. 56-63 2019.

EYSENCK, H. J. Types of Personality: A Factorial Study of Seven Hundred Neu-
rotics. **Journal of Mental Science**, v. 90, n. 381, p. 851-861 1944.

EYSENCK, H. J.; GILMOUR, J. S. L. The Psychology of philosophers: A factorial
study. **Journal of Personality**, v. 12, n. 4, 290-298, 1944.

GAUY, F. V.; GUIMARÃES, S. S. Triagem em saúde mental infantil. **Psicologia:
Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 1, 5-16, 2006.

HOLMES, J. *et al.* Higher-Order Dimensions of Psychopathology in a Neurodevel-
opmental Transdiagnostic Sample. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 130, n. 8,
p. 909-922, 2021.

KOTOV, R. *et al.* The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimen-
sional alternative to traditional nosologies. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 126,
n. 4, p. 454-477, 2017.

KOTOV, R. *et al.* The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quan-
titative Nosology Based on Consensus of Evidence. **Annual Review of Clinical
Psychology**, v. 17, p. 83-108, 2021.

KRUEGER, R. F. *et al.* The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 107, n. 2, p. 216-27, 1998.

KRUEGER, R. F. The Structure of Common Mental Disorders. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, n. 10, p. 921-926, 1999.

KRUEGER, R. F. *et al.* Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): II. Externalizing superspectrum. **World Psychiatry**, v. 20, n. 2, 171-193, 2021a.

KRUEGER, R. F. *et al.* Les progrès dans la réalisation de la classification quantitative de la psychopathologie. **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique**, v. 179, n. 1, p. 95-106, 2021b.

LILIENFELD, S. O.; TREADWAY, M. T. Clashing Diagnostic Approaches: DSM-ICD Versus RDoC. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 12, p. 435-463, 2016.

McELROY, E. *et al.* Developmental stability of general and specific factors of psychopathology from early childhood to adolescence: dynamic mutualism or p-differentiation? **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 59, n. 6, p. 667-675, 2018.

MICHELINI, G. *et al.* Delineating and validating higher-order dimensions of psychopathology in the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) study. **Translational Psychiatry**, v. 9, n. 1, p. 261, 2019.

MOORE, T. V. The empirical determination of certain syndromes underlying præcox and manic-depressive psychoses. **American Journal of Psychiatry**, v. 86, n. 4, p. 719-738, 1930.

NOORDHOF, A. *et al.* Integrating Autism-Related Symptoms into the Dimensional Internalizing and Externalizing Model of Psychopathology. The TRAILS Study. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 43, n. 3, p. 577-587, 2015.

OVERALL, J. E.; GORHAM, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports**, v. 10, n. 3, 799-812, 1962.

SHEVLIN, M.; McELROY, E.; MURPHY, J. Homotypic and heterotypic psychopathological continuity: a child cohort study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 9, p. 1135-1145, 2017.

SNORRASON, I. *et al.* Higher order compulsivity versus grooming dimensions as treatment targets for the DSM-5 obsessive–compulsive and related disorders. **Depression and Anxiety**, v. 39, n. 1, p. 49-55, 2022.

VOLLEBERGH, W. A. M. *et al.* The structure and stability of common mental disorders: The NEMESIS Study. **Archives of General Psychiatry**, v. 58, n. 6, p. 597-603, 2001.

WATSON, D. *et al.* Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. **World psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 26-54, fev. 2022.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

4. VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO EM CRIANÇAS ATÉ SEIS ANOS

Márcia Regina Fumagalli Marteleto

Teresa Helena Schoen

Jéssica de Assis Silva

Luan Flávia Barufi Fernandes

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Sandra Regina Gimenez-Paschoal

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Introdução

A Psicologia do Desenvolvimento, na evolução histórica de seus aspectos teórico-práticos, foi descortinando uma ampliação do foco de interesse, inicialmente mais voltado para os anos iniciais da vida e se ampliando para todo o ciclo vital humano. As conceituações sobre o desenvolvimento humano foram sendo matizadas com a incorporação gradual de dimensões temporais, processuais e contextuais, e o processo de desenvolvimento foi incluindo a consideração mais integrada de elementos dos contextos físico, social, histórico e cultural e as contribuições advindas de diferentes áreas do conhecimento, adotando-se paradigma mais integrador, com uso de diferentes métodos e ênfase interdisciplinar, ancorando a denominação de uma ciência do desenvolvimento humano (GIMENIZ-PASCHOAL, 2013).

O entendimento das peculiaridades do desenvolvimento humano, sobretudo no início do ciclo vital, perpassa por diferentes perspectivas teóricas, que trazem diferentes contribuições (PAPALIA; MARTORELL, 2022). Em estudo de revisão da literatura sobre desenvolvimento de bebês de zero a três anos, visando identificar as teorias de desenvolvimento abrangidas nas investigações dos últimos dez anos, destacaram-se teorias clássicas da Psicologia, como a psicanalítica, a piagetiana, a cognitiva e a comportamental (BARONE; AVOGLIA, 2020).

Os anos iniciais do ciclo vital são indicados com os dois momentos que o circunscvem: os três primeiros anos de vida e a segunda infância, esta que vai até os seis anos de idade (PAPALIA; MARTORELL, 2022). No Brasil, considera-se como primeira infância o período que abrange os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança (BRASIL, 2016).

O acompanhamento do crescimento e proteção à saúde são questões críticas durante todo o desenvolvimento, especialmente nos primeiros anos de vida. Esta etapa do desenvolvimento humano apresenta-se como um período de crescimento e maturação muito acelerados, contemplando muitas modificações e as experiências, estimulações e interações podem ser fundamentais para o desenvolvimento pleno de uma pessoa. Embora o crescimento seja guiado primordialmente por questões fisiológicas/biológicas/genéticas, a qualidade das oportunidades e estimulação propiciadas pelo ambiente também são responsáveis pelo desenvolvimento, sendo as

crianças pequenas muito sensíveis ao ambiente para adquirir novas informações e aprendizagens (SCHOEN *et al.*, 2021).

Os primeiros anos são muito importantes, pois as oportunidades oferecidas pelas experiências vivenciadas pelas crianças em seus ambientes e os aspectos biológicos se relacionam entre si e interferem no crescimento e evolução do sistema nervoso (DAMASCENO, 2020). Este, por sua vez, age como um organizador que recebe e processa as informações do mundo externo e interno do organismo (GAZZANIGA; HEARTHERTON; HALPERN, 2018).

Brofenbrenner (1996, p. 14) afirma que “o desenvolvimento humano é um produto da interação entre o organismo humano em crescimento e seu meio ambiente” que vai gerar acomodações progressivas e mútuas entre um ser humano ativo e seu meio. O desenvolvimento é dinâmico e permite que a criança adquira novos comportamentos e modifique os antigos (BEE; BOYD, 2011). É o aparecimento de novas e a melhora de antigas capacidades do indivíduo que propiciarão a realização de atividades cognitivas, afetivas, motoras e sociais cada vez mais complexas, de forma sequencial e ordenada, ao longo do ciclo vital (SCHOEN *et al.*, 2021).

Desde a concepção, o ser humano recebe influência dos fatores genéticos e ambientais (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Alguns fatores colocam em risco o desenvolvimento já no seu início, como uma gestação de risco, a prematuridade, afeto negativo entre a díade mãe e bebê, idade materna, precária assistência durante o pré-natal, baixo peso ou muito baixo peso ao nascer, infecções congênitas, aleitamento exclusivo no peito por um período inferior a seis meses e baixa escolaridade materna, entre tantos outros, sendo que estes fatores variam de um indivíduo para o outro (TANCREDI *et al.*, 2022).

O interesse pelo desenvolvimento infantil tem crescido nas últimas décadas, tanto que, da visão básica sobre demora na aquisição de alguns marcos desenvolvimentais na área motora ou de linguagem, progrediu-se para um maior conhecimento e entendimento das diferentes áreas do desenvolvimento, como a motricidade global, a motricidade fina e órgãos dos sentidos (sozinhos ou entrelaçados, como visão, audição, olfato, paladar, tato, propriocepção, equilíbrio, termoccepção, sinestesia), a linguagem receptiva e expressiva, a inteligência, o comportamento, as emoções e as competências sociais (PAPALIA; MARTORELL, 2022).

Considera-se, então, que as bases para o desenvolvimento pleno se estabelecem nos primeiros anos de vida e estão estreitamente relacionadas com as interações vivenciadas pelas crianças com pessoas e contextos significativos, tais como, família, cuidadores legais, creche ou educação infantil, pares e cultura (MARTELETO *et al.*, 2021; PIOVESAN *et al.*, 2018). Destaca-se que o não atendimento das necessidades emocionais básicas, dificuldades e/ou conflitos durante o processo de desenvolvimento, pouca estimulação e/ou experiências adversas podem favorecer o surgimento de problemas psicológicos e comportamentais interferindo não apenas na interação deste indivíduo com os contextos, como na constituição de sua subjetividade (MARIOTTO; BERNARDINO, 2012).

O engajamento de pesquisa nesta temática pode ser exemplificado e validado pela área da Psicologia do desenvolvimento, cujas investigações estão voltadas para

o estudo das mudanças e da continuidade que ocorrem na vida dos indivíduos e para a compreensão das condições internas e externas que as afetam e as promovem (BEE; BOYD, 2011). Nas últimas décadas, houve um aumento da atenção às crianças bem pequenas, pois o aparecimento precoce de certos problemas comportamentais pode, no futuro, repercutir e afetar o desempenho acadêmico, cognitivo e social (DENBOBA, 2014; ROCHA, 2019).

No que tange à saúde mental, identificam-se fatores de risco e de proteção que estão associados ao desenvolvimento de diversos transtornos da infância. Estes fatores são produtos da integração e interrelação de perspectivas epidemiológicas, sociais e desenvolvimentais atreladas ao desenvolvimento de transtornos relativos a saúde mental ao longo da vida (POLANCZYK, 2009). A literatura evidencia que problemas comportamentais e de desregulação emocional identificados em crianças muito pequenas, quando não são tratados, podem perdurar no decorrer do ciclo vital (RODRIGUES, 2021).

Sendo assim, é importante identificar os diferentes cursos desenvolvimentais que os sintomas apresentados por crianças muito novas podem seguir, procurando perceber os fatores de risco relacionados aos aspectos tanto individuais, quanto aos contextos que envolvem as crianças, bem como promover e fortalecer os fatores de proteção para melhor manejo e superação das dificuldades (MARTELETO *et al.*, 2021).

Do ponto de vista social e econômico, pesquisas demonstram que investimentos governamentais na primeira infância são fundamentais para o desenvolvimento da sociedade. Segundo o relatório do Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (CCNCI, 2014), as crianças que têm acolhimento em suas necessidades físicas, afetivas e sociais diminuem a propensão ao envolvimento com comportamentos de risco (evasão escolar, uso de drogas, comportamentos ilícitos, violência) e manifestação de psicopatologias ao longo da vida – diminuindo também o ônus na esfera coletiva.

No âmbito das políticas públicas, a proeminência da primeira infância foi confirmada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável de 2030 e pela Rede de Ação para o Desenvolvimento da Primeira Infância – composta pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2009), pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde. Tais organizações propuseram o Modelo de nutrição de cuidados para incentivar os países a investir em programas intersetoriais para essa faixa etária. Conforme este modelo, os cuidados e a atenção na primeira infância devem incluir saúde, nutrição, cuidados responsivos e aprendizagem desde o início da vida, garantindo proteção, segurança e desenvolvimento pleno (WHO, 2018; VENÂNCIO, 2020). Os países membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) têm-se mostrado, desde a década de 1990, preocupados em verificar a importância da educação e dos cuidados apropriados para crianças pequenas e estão atentos às suas consequências ao longo do ciclo vital (UNESCO, 2002). Essas questões vêm sendo discutidas na atualidade, e há evidências de que as crianças que vivenciaram experiências precoces consideradas de qualidade nos primeiros anos de vida tiveram resultados melhores quanto ao desenvolvimento cognitivo, social, emocional e acadêmico (UNESCO, 2002). Os objetivos que fundamentam as políticas de educação e cuidado infantil estão relacionados ao oferecimento de oportunidades

igualitárias para párvulos em situação de risco, com a finalidade de implementação de serviços voltados para integração social e bem-estar da criança e seus familiares (BLACK *et al.*, 2017).

No Brasil, levando em consideração as especificidades e importância dessa fase da vida, foi promulgada a Lei nº 13.257/2016, sancionada em 08 de março de 2016, que versa sobre a implementação de políticas públicas para a primeira infância, baseadas em pesquisas, com o intuito de estruturar uma base sólida para o atendimento pleno e integral das tarefas evolutivas ao longo dos primeiros anos de vida. O marco da primeira infância foi pensado sobre o pilar do princípio da prioridade absoluta (artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA) na implementação e execução de programas voltados para crianças até seis anos de idade, visando assegurar aos infantes o direito fundamental à saúde (BRASIL, 1990).

Dessa forma, percebe-se um interesse mundial genuíno acerca das questões que versam sobre o desenvolvimento pleno e integral dos primeiros anos do desenvolvimento humano, bem como na criação e execução de políticas públicas que viabilizam a proteção dessa fase da vida, a promoção de saúde e o comprometimento e fortalecimento do vínculo entre o poder público, a família e sociedade civil/comunidades para salvaguardar o bem-estar de crianças pequenas.

Vigilância do desenvolvimento

O início da vida compreende importantes modificações no desenvolvimento físico, neurológico e motor, exigindo acompanhamento regular da criança com o objetivo de detectar, o mais rápido possível, agravos a sua saúde (BEE; BOYD, 2011; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Papalia e Martorell (2022) destacam que nos primeiros seis anos, em termos de desenvolvimento físico, há um aumento quanto à complexidade cerebral, bem como da sensibilidade do indivíduo ao ambiente. Adicionalmente, no desenvolvimento cognitivo e psicossocial, deve acontecer o processo de aquisição e desenvolvimento da compreensão da linguagem e da autopercepção, bem como o atendimento das necessidades básicas emocionais das crianças. O atendimento dessas necessidades nos primeiros anos de vida, permite que a criança alcance as tarefas evolutivas relacionadas e específicas, favorecendo a gênese da personalidade saudável. Importante ressaltar que a qualidade das primeiras relações com cuidadores e pessoas significativas serão fundamentais para a instalação de habilidades socioemocionais e autocuidado durante toda a vida.

De acordo com a observação de que áreas afetivas, cognitivas, cerebrais e de competências socioemocionais constituem a base que sustenta o desempenho da criança no ambiente familiar, escolar e na comunidade, a identificação precoce e a vigilância de problemas nessas áreas assumem relevância fundamental no período da primeira infância, pois os problemas, frequentemente, perduram na idade escolar, acarretando prejuízos para a interação social e desempenho acadêmico e repercussão em fases posteriores do ciclo vital (ZEPPONE; VOLPON; CIAMPO, 2012).

A vigilância do desenvolvimento torna-se fundamental e de significativa importância para uma possível intervenção preventiva e deve abarcar atividades que promovam o crescimento e a aquisição/aperfeiçoamento de habilidades da criança, de forma saudável, incluindo a detecção precoce de problemas que servem de obstáculo para o desenvolvimento típico. Tal vigilância precisa ser contínua e requer conhecimento e atenção de diversos atores envolvidos no processo de cuidar dos párvulos, sejam pais, educadores, cuidadores e/ou profissionais de saúde (REICHERT *et al.*, 2015).

Há décadas, a Pediatria Social (RATIS; BATISTA-FILHO, 2004) reconheceu a vigilância no processo de desenvolvimento e crescimento infantil. Desde meados da década de 1990, houve um grande empenho para implementação de estratégias adequadas de intervenções que possibilitam a prevenção, identificação e tratamento das principais doenças e agravos que podem interferir na saúde e desenvolvimento da criança, para que esta tenha oportunidades de desenvolver suas habilidades e competências, a fim de enfrentar as demandas e desafios pertinentes ao crescimento e eventos não-normativos que possam aparecer (FILGUEIRAS; LANDEIRA-FERNANDES, 2014).

A Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS, 2005) compreendem Vigilância do Desenvolvimento como toda ação realizada no âmbito da atenção primária à criança que tenha como objetivo promover o desenvolvimento normal, assim como detectar precocemente problemas desenvolvimentais (PINHEIRO; MARTINEZ; PAMPLIN, 2010). Problemas precoces no desenvolvimento foram relacionados com aspectos psicomotores e linguísticos em pré-escolares (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2015; TANCREDI *et al.*, 2022) com prejuízos para as áreas sociais, cognitivas e adaptativas (ALVES *et al.*, 2020). Ressalta-se que o estudo de problemas de comportamento em crianças muito pequenas ainda apresenta muitas restrições, que se referem, principalmente, à definição do termo e metodologias empregadas na prática clínica e em pesquisa.

Os problemas de comportamento representam, de modo geral, prejuízos e ou déficits comportamentais que afetam a relação da criança com seu ambiente. São classificados em problemas denominados externalizantes e internalizantes (ver capítulo Dimensão internalizante e dimensão externalizante: Taxionomia hierárquica). Os estudos clínicos relacionados a problemas comportamentais em crianças em idade pré-escolar são de extrema importância, uma vez que possibilitam a diferenciação de crianças com graves problemas de comportamento de outras cujas dificuldades se encontram dentro dos limites esperados para a faixa etária, ou mesmo, são comportamentos típicos do estágio, ainda em desenvolvimento.

As pesquisas vêm identificando repertórios que podem se configurar como fatores predisponentes ou precipitantes para comportamentos disruptivos, interferindo no funcionamento adaptativo da criança. No entanto, a realização deste tipo de estudo, na primeira infância, é uma prática pouco comum. Nos últimos anos, estudos longitudinais vêm apontando que meninos e meninas que apresentam problemas socioemocionais e comportamentais na tenra infância podem continuar a manifestá-los na adolescência e, possivelmente, na vida adulta (MARTURANO *et al.*, 2012). Neste contexto, as crianças que apresentam comportamentos externalizantes,

como desobediência e agressividade, configuram-se em um grande desafio para pais, educadores e cuidadores, e tal repertório comportamental inadequado se constitui no principal fator de busca de serviços de saúde mental na idade pré-escolar (MINER; CLARKE-STEWART, 2008), por serem de difícil manejo. Muitas vezes, os comportamentos internalizantes são negligenciados para a busca de ajuda profissional, uma vez que não incomodam tanto os adultos.

Os problemas de comportamento vêm se mostrando altamente correlacionados às habilidades sociais, sendo que quanto mais habilidosa socialmente a criança se apresenta, menor a chance de manifestar problemas comportamentais (ROVARIS; BOLSONI-SILVA, 2020). Destarte, a literatura aponta que as dificuldades nas interações sociais podem estar envolvidas no desenvolvimento de problemas internalizantes e externalizantes (WARNES *et al.*, 2005). Por outro lado, os problemas comportamentais pré-existentes poderão limitar o aprendizado das habilidades sociais, tão necessárias para a aquisição de um repertório social. Assim, muitas vezes, crianças com um padrão comportamental internalizante são ignoradas por seus pares, enquanto as que manifestam um padrão comportamental externalizante tendem a ser rejeitadas por seus pares (ELKSNIN; ELKSNIN, 1995).

Além disso, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quinta edição, DSM-5 (AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, 2014) apresenta forte correlação entre habilidades sociais e problemas de comportamento em diversos transtornos do desenvolvimento como: Mutismo Seletivo, Transtorno do Espectro Autista, e Transtornos do Comportamento, e, incluem nos seus critérios diagnósticos, as dificuldades nas interações pessoais e na competência social. Apesar do aumento do interesse pelo desenvolvimento na primeira infância, nota-se que o foco das investigações e práticas ainda estão voltadas para crianças em idade escolar (HUTZ *et al.*, 2022).

Há vários motivos para tentar explicar os poucos estudos com crianças na primeira infância, ou seja, por um lado, há dificuldade em se estabelecer um consenso acerca de quais comportamentos são ou não esperados neste período de desenvolvimento; por outro, observa-se mudanças rápidas, bem como as diferenças individuais, que levam à aceitação de que alguns problemas, manifestados precocemente, podem desaparecer no estágio posterior de desenvolvimento. Por exemplo, é esperado que, a partir dos oito meses, o bebê chore quando sua mãe se afasta. Em poucos meses, conseguirá manter em sua memória a figura materna, não chorando mais por conta dessa situação específica. Outro exemplo pode ser da situação muito comum da criança conversar com alguém por telefone e responder com acenos de cabeça, não entendendo que o outro não estava vendo. Com o desenvolvimento cognitivo, em breve, essa mesma criança poderá responder com palavras as perguntas que lhe serão feitas ao telefone.

Há discrepâncias quanto a prevalência de problemas emocionais e comportamentais na primeira infância (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2015) e ainda existe a dificuldade prática em se estabelecer e delimitar conceitos de desordens psicológicas em crianças muito pequenas (GIMPEL; HOLLAND, 2003). Existe uma prevalência de problemas de comportamento na ordem dos 15-20% (BORSA; NUNES, 2011) com

consenso dos estudos de que a prevalência dos problemas nesta faixa etária está em torno de 10-15%, ou de 7 a 25% (FLEITLICH; GOODMAN, 2000; BORDIN *et al.*, 2007; MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012).

No processo de avaliação do desenvolvimento infantil, a definição e aplicação de critérios diagnósticos mostram-se um importante desafio, dado que algumas desordens comportamentais são típicas para determinada idade (MARQUAND; KIA; ZABIHI *et al.*, 2019). Como tal, a identificação de um problema deve atender à avaliação do grau em que o comportamento interfere nas atividades desenvolvimentais comuns ao período pré-escolar. Neste sentido, é necessário aprofundar a compreensão sobre o desenvolvimento infantil normal, bem como identificar e analisar os problemas comportamentais que podem surgir neste período.

Neste sentido, Marinheiro e Lopes (1999) fizeram menção a critérios que precisam ser atendidos para determinar a presença de uma condição psicopatológica: (1) princípio de adequação à idade (implica em se conhecer profundamente os vários marcos desenvolvimentais esperados em cada fase do desenvolvimento); (2) número de problemas (ou seja, o número de problemas aumenta proporcionalmente a probabilidade da criança apresentar um transtorno); (3) tipo de problema (alguns problemas surgem como sintomas de psicopatologias); (4) duração do problemas (quanto maior o tempo que permanece o problema, maior a probabilidade de ocorrer psicopatologias); e (5) severidade (altos indícios de severidade do problema predizem com maior acurácia a possibilidade de uma psicopatologia no futuro).

O temperamento também surge, nas pesquisas, como um forte preditor de problemas de comportamento (GRACIOLI; LINHARES, 2014). O estabelecimento de vínculos frágeis e inseguros, presença de problemas severos, repertório linguístico, as aptidões sociais, os transtornos de desenvolvimento (como o autismo, por exemplo), o gênero, e a aparência física das crianças participam no surgimento de problemas comportamentais em crianças que estão na primeira infância e idade pré-escolar. Todavia, as evidências empíricas da existência de psicopatologias relacionadas à prejuízos de habilidades sociais em idade pré-escolar entre meninos e meninas são baixas, uma vez que as poucas pesquisas realizadas não possuem dados e análises específicas para esta população (MESMAN; BONGERS; KOOT, 2001).

No que diz respeito à família, a forma de se relacionar com a criança, os estilos parentais, as práticas, o estresse, a depressão materna e a ausência do pai, são algumas das variáveis que podem contribuir para o desenvolvimento infantil com desfecho desfavorável ou não (SILVA *et al.*, 2019). Assim, o comportamento do pai e ou da mãe na interação pais-criança está fortemente associado a instalação, severidade e manutenção de problemas comportamentais em pré-escolares (THOMAS; GUSKIN, 2001; BAYER *et al.*, 2011). Tem-se também a relação entre os problemas de comportamentais da primeira infância que são persistentes no ensino fundamental, relacionados à índices altos de depressão materna e baixa satisfação com o seu papel parental. Outros aspectos a serem considerados em pré-escolares é o tipo de apego desenvolvido, os estilos parentais, regulação e envolvimento afetivo, visto que estes contribuem de forma significativa para o desenvolvimento socioemocional, autocontrole e internalização de padrões comportamentais das crianças.

O conhecimento a respeito dos comportamentos esperados nas diversas fases do desenvolvimento infantil, o aconselhamento e orientação aos pais a respeito de diversas atividades e comportamentos que estes podem emitir, com o objetivo de favorecer a aquisição das competências infantis e prevenir problemas, podem evitar algumas perturbações associadas com fatores familiares e ambientais (MARQUES, 2017). Embora, reconhecer os sinais precoces de patologias seja importante, destaca-se que é essencial que não se estabeleça foco apenas em detectar e entender os desvios patológicos da normalidade, torna-se premente a estimulação da percepção dos pais sobre os possíveis desvios fisiológicos de seus filhos e proporcionar a correção por meio de medidas simples, como brincar com a criança de forma dirigida, selecionar jogos e estímulos que favoreçam o desenvolvimento de habilidades nas crianças.

A família constitui-se no principal contexto social para o processo desenvolvimental da criança em seus primeiros anos de vida (MAJOR, 2011). O Nível Sócio Econômico (NSE) baixo é um importante fator de estresse familiar, com repercussão nos cuidados e estimulação fornecidos aos rebentos. O NSE é medido por meio do rendimento familiar, nível de escolaridade ou profissão dos pais (BRADLEY; CORWYN, 2002). Assim, o nível de escolaridade e a profissão da mãe são considerados como um importante fator protetivo ou de risco para desenvolvimento da criança (LOPES *et al.*, 2006). A própria participação das crianças na escola de Educação Infantil, sua adaptação e frequência estão relacionadas ao NSE e também a importância que a educação tem para a família e comunidade (ACKERMAN *et al.*, 2003). Existem evidências de que crianças provenientes de NSEs mais baixos apresentam maior incidência de diferentes tipos de problemas, inclusive comportamentais e emocionais (ACKERMAN *et al.*, 2003; QI; KAISER, 2003). A variável NSE exerce um impacto significativo desde o período neonatal, com efeitos no decorrer do ciclo vital, no que diz respeito à saúde, desempenho cognitivo e resultados socioemocionais (BRADLEY; CORWYN, 2002).

Início precoce dos problemas de comportamento

Desde muito cedo, pode-se observar problemas comportamentais no bebê, seja por questões genéticas ou do ambiente social e familiar. Quando o desenvolvimento está harmônico, o bebê expressa bem-estar por meio da alimentação, do sono, da vocalização, do olhar, do brincar e da sua postura, envolvendo a observação e entendimento materno sobre sua comunicação.

A comunicação não verbal do bebê pode ser desafiadora para quem está cuidando, pois se o cuidador, por algum motivo, não é capaz de entender as necessidades da criança, sejam elas físicas ou mesmo de acolhimento afetivo, e atendê-las adequadamente, o bebê poderá mostrar essa dessintonia da díade por meio de choro, problemas com o sono, recusa alimentar ou outras questões físicas. Entende-se que o corpo do bebê comunica os sintomas psicofuncionais como um sinal de alerta, que indica desconforto, ou mesmo, mostra que algo não está indo bem na díade mãe-bebê ou na tríade pais-bebê, e precisa ser observado com atenção especial por

aqueles que acompanham esta família. No início da vida, o bebê não tem condições neuropsicológicas para entender o mundo a sua volta e, dessa forma, necessita que o cuidador compreenda e contenha seus sentimentos, dando um significado e uma resposta adequada para suas manifestações comportamentais.

A preocupação frente a esses problemas está voltada para o vínculo estabelecido na díade ou na tríade, pois a qualidade do vínculo que está sendo estruturado e organizado pode afetar os bebês em seu aparato neurológico e psíquico, interferindo nos recursos para lidar com as diversas situações e experiências ao longo de toda a vida (AMMITZBOLL; HOLSTEIN; WILMS; ANDERSEN; SKOVGAARD, 2016).

Em decorrência da característica desenvolvimental, os problemas de comportamento mais comuns, que surgem neste início da vida, estão relacionados ao corpo e envolvem o choro, o sono, a alimentação, a digestão, a respiração e a pele, sendo estas as principais funções de regulação funcional que podem ser afetadas se algo não está bem.

Quando se observa insônias precoces e graves, pode ser um sinal de que o bebê está com algum problema, seja físico ou decorrente da atenção ao entendimento e acolhimento de suas necessidades básicas. As desordens alimentares podem instalar-se por volta do sexto mês, junto com a introdução de novos alimentos (KREISLER, 1978). Em relação aos problemas gástricos e digestivos, as cólicas dos três primeiros meses demonstram, além da imaturidade do sistema digestório, a (im)possibilidade do bebê responder às circunstâncias inadequadas do ambiente, com uma prevalência de 27% de sintomas gastrintestinais em bebês americanos (VAN TILBURG *et al.*, 2015). Os problemas respiratórios e de pele podem estar relacionados às situações ambientais do momento da crise. Quanto aos sintomas da asma infantil, os estudos vêm mostrando que existe uma superproteção materna que impossibilita o bebê de criar sua autonomia e independência na ausência de sua mãe (PINTO, 2004; QUEZADA; SANTELICES, 2010). Entretanto, ressalta-se que é importantíssimo estar atento ao ambiente que este ser, tão pequenino, está inserido: falta de iluminação solar, excesso de umidade, mofo, pó, ácaros, muitos são os fatores desencadeadores de problemas de pele e respiração que afetam de sobremaneira o bebê.

Os problemas de comportamento também podem indicar dificuldades no estabelecimento do apego seguro dos bebês em relação às suas mães, seja por características próprias ou mesmo pelo temperamento/personalidade materna, fatores que repercutem diretamente na interação mãe-bebê. Estudos indicam que mães sobrecarregadas, que reagem de forma agressiva ou emitem comportamentos de rejeição em resposta aos problemas somáticos dos seus filhos, acabam contribuindo para problemas comportamentais e de humor que surgem em fases posteriores do desenvolvimento (PAULI-POTT; MERTESACKER; BECKMANN, 2004).

Robert-Tissot *et al.* (1996) realizaram um estudo a respeito de duplas mães-bebês, em que a idade média das crianças foi de 15 meses. Eles encontraram os distúrbios do sono como mais frequentes (52%), seguidos dos comportamentais (21%) e da alimentação (12%). Indicaram, também, que 15% dos problemas eram derivados da interação pais-criança, envolvendo problemas de apego e ansiedade de

separação. Lopes *et al.* (2010) observaram que, no Brasil, há a prevalência de 35,7% para transtornos do sono e 33,7% para comportamento agressivo em bebês.

Considerando a prematuridade e seus possíveis impactos no desenvolvimento infantil, realizou-se estudo com o objetivo de caracterizar o perfil comportamental de um grupo de crianças com muito baixo peso e extremo baixo peso, bem como investigar a relação entre este perfil e fatores de risco biológico e ambiental. Foram utilizados a Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths (EDMRG) e a Child Behavior Checklist (CBCL). Participaram 16 crianças, 9 meninas e 7 meninos. Verificou-se que apresentaram resultados normativos ao nível do perfil comportamental e desenvolvimental e que aqueles com menos e com mais de 100gr, não houve associação a problemas de externalização (PINHO, 2017).

Em estudo que teve como objetivos identificar a prevalência de síndromes psiquiátricas na primeira infância e a associação entre morbidade mental materna e problemas de saúde mental na primeira infância, foi investigada uma amostra representativa de mães e seus filhos de um ano e seis meses a cinco anos, que eram acompanhados em instituição não governamental. Foram aplicados formulário socio-demográfico, a escala Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e o Inventário dos Comportamentos de Crianças entre 1½-5 anos, versão para pais (CBCL – Child Behavior Checklist). Verificou-se, entre as mães entrevistadas, que 95 (37%) apresentam resultados positivos escore global do SRQ, dentre as quais 53 (55,8%) tinham também seus filhos com CBCL clínico e 42 (44,2%) com CBCL normal na classificação geral. Outras 162 (63%) mães tiveram SRQ negativo, dentre elas 47 (29%) com filhos com CBCL clínico e 115 (71%) com CBCL normal na classificação geral. Conclui-se que a saúde mental das crianças na primeira infância foi impactada negativamente pelos sintomas depressivos maternos (FERRAZ, 2018).

Estudos sobre o desenvolvimento das habilidades do bebê, de imitação e de compartilhar atenção (CARPENTER; PENNINGTON; ROGERS, 2002) mostram diferenças na sequência de surgimento de comportamentos e as alterações não estão presentes ao nascimento, mas se evidenciam no primeiro ano de vida (OZONOFF *et al.*, 2010).

Nos primeiros meses de vida, as mães ou os cuidadores primários comunicam-se com os bebês pela imitação direta dos movimentos corporais, das expressões faciais e das vocalizações da criança que, por sua vez, se interessa pela brincadeira respondendo com olhares e sorrisos (MANSUR, 2010). As crianças, logo após o nascimento, já são capazes de imitar essas expressões faciais que lhes são dirigidas. Bebês com pouca imitação logo nos primeiros dias de vida eram também os que apresentavam mais aversão ao contato visual aos três meses de vida. Sendo assim, essa descoberta sugere que a imitação precoce tem um papel fundamental no estabelecimento da interação social (GAZZANIGA; HEATHERTON; HALPERN, 2018).

As habilidades de coordenar a atenção entre um parceiro social e um objeto de interesse mútuo – atenção conjunta ou compartilhada – são desenvolvidas tipicamente durante os primeiros doze a dezoito meses de vida e são reconhecidas como o início da compreensão de outras pessoas como agentes intencionais (TOMASELLO, 2013). Falha nessas habilidades pode ser indicativa de autismo. Enquanto as crianças

típicas seguem a trajetória do olhar do falante em situação dialógica, as com autismo não utilizam as mesmas pistas de direcionamento do olhar, devido provavelmente à ausência de atenção compartilhada e de engajamento social e também dificuldades na aquisição de vocabulário (MENEZES; PERISSINOTO, 2008; TAMANAHA; PERISSINOTO, 2015, 2017).

Os bebês começam a desenvolver habilidades interativas por volta de um ano. Aos poucos podem interpretar palavras com base nas intenções que atribuem ao falante (HOFF, 2015). As brincadeiras variam em seu envolvimento e cooperação com os colegas. Estágios de jogo começam com brincadeiras solitárias, depois com brincadeiras, passando para brincadeiras paralelas e, finalmente, para brincadeiras de imaginação (RUBIN *et al.*, 2015), exigindo o desenvolvimento de habilidades de cooperação e interação com diferentes pares (BROWNELL; RAMANI; ZERWAS, 2006).

Há evidências de que as primeiras manifestações dos problemas de externalização podem ser detectadas precocemente, aproximadamente entre os 18 e os 24 meses (CROCKENBERG; LITMAN, 1990; KEENAN; SHAW, 1997). Nessa idade a criança já apresentaria tendência a agredir pais ou pares, a destruir objetos e exibir conduta desafiadora. Além disto, estudos longitudinais que acompanham crianças entre o período pré-escolar e o final da infância oferecem evidências bastante consistentes da estabilidade dos indicadores de externalização (DENHAM; WORKMAN; COLE; WEISSBROD; ZAHN-WAXLER, 2000).

Portanto, há necessidade de se estudar mais sobre desenvolvimento típico, com suas diferentes características individuais e do grupo social ao qual o bebê está inserindo, e identificar as expressões comportamentais que necessitam de um olhar mais atento. Essas informações devem ser repassadas para pais e cuidadores, especialmente as pessoas que trabalham com crianças pequenas, como profissionais da educação infantil e profissionais da saúde.

Problemas emocionais e comportamentais

Estudos sobre prevalência de problemas emocionais e comportamentais em crianças pré-escolares sugerem prevalências semelhantes às encontradas em crianças mais velhas, com taxas relatadas variando entre 14% e 26% (LARS *et al.*, 2012). Tais estudos podem ser considerados frágeis, pois, em geral, envolvem amostras pequenas e não-aleatórias, como crianças que passam por consulta em algum ambulatório de saúde, ou tem alguma vulnerabilidade social, por exemplo.

Durand *et al.* (2011) observaram associação entre a exposição à violência por parceiro íntimo contra a mulher e desajustes comportamentais apresentados pelos filhos (idade de 5 a 12 anos), como agressividade contra a mãe ou outras crianças, urinar na cama, chupar o dedo, pesadelos frequentes, retraimento/timidez entre outros. Ainda observando o comportamento de molhar a cama, Schoen-Ferreira *et al.* (2007) encontraram 35,3% de crianças paulistana cujos pais afirmaram que seus filhos molhavam a cama, sendo uma porcentagem mais elevada que o encontrado na literatura. Por conta de o controle dos esfínteres ainda estar em desenvolvimento, não se pode

afirmar que os párvulos tinham enurese noturna. Aos 4 e 5 anos, mais protocolos (CBCL) de meninas (61,36%) tiveram esse item (faz xixi na cama) assinalado pelos pais que os protocolos masculinos (36,65%).

É comum crianças apresentarem medo e manifestam essa emoção por diferentes comportamentos (choro, dificuldade de adormecer, preferir dormir na cama dos pais, recusar-se ir a algum lugar ou fazer alguma atividade). No estudo desenvolvido por Marteleto e Schoen (2021), 70,83% das crianças em idade pré-escolar, cujos pais preencheram o CBCL, apresentavam essa emoção. O medo mais comum relatado foi de cachorro, seguido do medo do escuro; sendo que alguns pais relataram que seus filhos tinham medo de outros animais, como barata ou aranha, e medo de ficar sozinhos.

Crianças de cinco anos que ficavam mais de duas horas por dia em tela (computador, smartphone, televisão), segundo o relato dos pais por meio do CBCL, apresentaram escores mais altos na escala Externalizante e Problemas com a atenção, que crianças com até meia hora diária (TAMANA *et al.*, 2019). Um estudo tailandês não observou essa associação (tempo de tela e comportamentos externalizantes), mas encontrou que o tempo de tela das crianças (2 a 4 anos) estava relacionado com o tempo de tela dos adultos a sua volta e que as crianças utilizavam diferentes mídias (TANSRIRATANAWONG *et al.*, 2017). No estudo croata realizado por Bagarić *et al.* (2021) envolvendo crianças a partir dos 18 meses até sete anos, também os comportamentos externalizantes não apresentaram correlação estatisticamente significativa com o tempo de tela, assim como problemas de atenção. Entretanto, a escala internalizante – ansiedade/depressão, timidez e reatividade emocional –, queixas somáticas e problemas de sono estiveram associados ao tempo gasto em tela, assim como houve influência nas atividades físicas, brincadeiras com colegas, atividades ao ar livre e o tempo total que as crianças passavam em interação com os pais.

Lund *et al.* (2019), estudando os efeitos do álcool na gestação, descobriram que crianças expostas ao consumo de álcool de suas mães durante o primeiro trimestre parecem ser mais emocionalmente reativas e têm mais queixas somáticas aos 3 anos, mas não aos 5 anos, e são menos agressivas aos 5 anos em comparação com irmãos não expostos. Um estudo holandês observou que níveis mais altos de psicopatologia durante a gravidez para mães e pais predisseram a trajetória de ansiedade/depressão na primeira infância e a transtornos de ansiedade e humor na segunda infância (LIJSTER *et al.*, 2019).

Na Irlanda, o estudo de Healy *et al.* (2022) teve como objetivo mapear as trajetórias de psicopatologia dos indivíduos desde a primeira infância (3 anos) até o final da adolescência (18 anos). Primeiro, foi examinado o agrupamento de sintomas e a porcentagem da população em vários pontos do desenvolvimento, em segundo lugar, foram mapeadas as trajetórias. Os dados foram obtidos a partir de dois cortes longitudinais nacionalmente representativos, abrangendo desde a infância até o final da adolescência, sendo a amostra infantil composta por 7.507 participantes no período de desenvolvimento dos nove meses aos nove anos (a idade média (DP) foi de 3 anos (0,01) e 3.852 (51,3%) eram participantes do sexo masculino). Foram identificados quatro perfis de psicopatologia distintos para todas as idades, a saber:

sem psicopatologia (aproximadamente 65%), alta psicopatologia (aproximadamente 5%), problemas de externalização (aproximadamente 20%) e problemas de internalização (aproximadamente 10%). Na amostra infantil, apenas 16% a 23% tiveram uma forma de psicopatologia aos 3 anos de idade que persistiu até o final da infância (problema de internalização, 140 participantes [16,2%]; problema de externalização, 407 participantes [22,6%]).

Outro dado relevante descrito por Healy *et al.* (2022) é de que houve mais fluidez entre os perfis na primeira infância do que na adolescência. Os resultados deste estudo estão alinhados com tendências de observações de amostras epidemiológicas de desenvolvimento, as quais indicam que os meninos são mais propensos a apresentar problemas de comportamento, sendo que nesta amostra os meninos representaram proporção maior em todos os subgrupos de psicopatologia. No entanto, no final da adolescência, havia mais meninas no perfil de problemas internalizantes e mais meninos no perfil de problemas externalizantes.

Considerações finais

Os sinais de desregulação emocional e de problemas de comportamento na primeira infância podem ser de difícil detecção, pois carecem de mais investigações empíricas e transculturais. Destaca-se que tais sinais são fenômenos fluidos que podem mudar com o desenvolvimento. Poucos estudos tentaram mapear a fluidez da psicopatologia ao longo do desenvolvimento inicial e a maioria usa abordagens centradas nos sintomas, por exemplo, mudanças na gravidade de sintomas específicos ao longo do tempo. Entretanto, ressalta-se que a identificação precoce de fatores de risco é de suma importância, pois infantes com problemas de comportamento persistentes, que geram sofrimento psicossocial para si mesmos e/ou para seus familiares e pares podem precisar de mais intervenção e recursos ao longo da vida. A intervenção precoce nestes indivíduos pode melhorar o seu resultado e prevenir agravamento e cronicidade destas dificuldades ao longo do ciclo vital.

A subestimação dos problemas das crianças pelos pais ou outros adultos muitas vezes resulta em conflitos com os educadores ou com os profissionais da saúde, e vice-versa. Por vezes, são os profissionais que não dão a devida importância às percepções dos pais sobre o desenvolvimento e comportamento dos filhos. Assim, a criança não recebe o apoio que seus problemas exigem e isso pode resultar em dificuldades maiores nas próximas etapas do ciclo vital. A detecção e intervenção precoces são, portanto, necessárias. Documentar a prevalência, comorbidade e correlatos de transtornos psiquiátricos na primeira infância pode auxiliar nas decisões sobre alocação de recursos de tratamento para essa faixa etária, ajudar aqueles que podem detectar psicopatologias, garantir encaminhamentos adequados e fornecer informações relevantes para o entendimento da etiologia. Ademais, estas investigações e reflexões são fundamentais para embasar e nortear o desenvolvimento de políticas públicas que salvaguem o bem-estar das crianças e promovam saúde mental e prevenção de problemas psicossociais.

Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BAGARIĆ, E.; FLANDER, G.; ROJE, M.; RAGUŽ, A. Utilising Modern Technologies and some Indicators of Mental Health in Pre-school Children in Croatia. **Archives of Psychiatry Research**, v. 5, p. 69-80, 2021. DOI:10.20471/may. 2021.57.01.07.

BARONE, I. C.; AVOGLIA, H. R. C. Desenvolvimento de bebês: perspectivas teóricas em um período de dez anos. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 53494-53512, 2020.

BAYER, J. K.; RAPEE, R. M.; HISCOCK, H.; UKOUMUNNE, O. C.; MIHALOPOULOS, C.; WAKE, M. Translational research to prevent internalizing problems early in childhood. **Depression and anxiety**, v. 28, n. 1, 2011, 50-57.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em Desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BLACK, M. M.; WALKER, S. P.; FERNALD, L. C. H.; ANDERSEN, C. T.; DIGIROLAMO, A. M.; LU, C. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **Lancet**, v. 389, p. 77-90, 2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31389-7.

BOLSONI-SILVA, A. T.; ELEUTÉRIO LEVATTI, G.; MEIRELES GUIDUGLI, P.; MACHADO MARIM, V. C. Problemas de comportamento, em ambiente familiar em escolares e pré-escolares diferenciados pelo sexo. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 49, n. 3, p. 354-364.

BORDIN, I. A. *et al.* Child behavior checklist (CBCL), youth self-report (YSR) and teacher's report form (TRF): An overview of the development of the original and *Brazilian versions*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 13-28, 2007.

BORSA, J. C.; NUNES, M. L. T. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. **Aletheia**, Canoas, n. 34, p. 32-46, abr. 2011.

BRASIL. **Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016**. Brasília: Imprensa Federal, 2016.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

COMITÊ Científico do Núcleo Ciência Pela Infância (2014). **Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem**. <http://www.ncpi.org.br>.

DAMASCENO, B. P. Contribuições dos estudos de autores soviéticos para a Psicologia e a Neurociência Cognitiva contemporâneas. **Cadernos CEDES**, v. 40, n. 111, ago. 2020.

DENBOBA, A. D. *et al.* **Intensificando o desenvolvimento da primeira infância**. Investindo na primeira infância com grandes retornos. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal. São Paulo, 2014. Disponível em: <http://www.fmcsv.org.br/pt-br/acervo-digital/paginas/intensificando-odesenvolvimento-da-primeira-infancia.aspx>.

DURAND, J.; SCHRAIBER, L.; FRANÇA-JUNIOR, I. & BARROS, C. Repercussão da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 355-364, 2011. DOI: 10.1590/S0034-89102011005000004.

ELKSNIN, L. K., ELKSNIN, N. **Assessment and instruction of social skills**. San Diego, CA: Singular, 1995.

FERRAZ, I. E. I. **Morbidade mental materna e desenvolvimento de síndromes psiquiátricas na primeira infância**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, 2018.

FILGUEIRAS, A.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Políticas públicas na primeira infância: A importância do investimento público em uma avaliação global do desenvolvimento. *In*: MAGALHÃES, A. S. (ed.). **Perspectivas contemporâneas da teoria e da prática em psicologia**, p. 213-229. Brasil, 2014.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727-34, 2004.

GAZZANIGA, M.; HEARTHERTON, T.; HALPERN, D. **Ciência Psicológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. Psicologia do desenvolvimento: contribuições para a formação e para a atuação fonoaudiológica. *In*: GIACHETI, C. M.; GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. (org.). **Perspectivas multidisciplinares em fonoaudiologia**:

da avaliação à intervenção. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2013, p. 197-221.

GIMPEL, G. A.; HOLLAND, M. L. **Emotional and behavioral problems of young children**: Effective interventions in the preschool and kindergarten years. The Guilford Press, 2003.

GRACIOLI, S. M. A.; LINHARES, M. B. M. Temperamento e sua relação com problemas emocionais e de comportamento em pré-escolares. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 1, p. 71-80, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-7372189590007>.

HEALY, C.; BRANNIGAN, R.; DOOLEY, N. *et al.* Person-Centered Trajectories of Psychopathology From Early Childhood to Late Adolescence. **JAMA Netw Open**, v. 5, n. 5, 2022. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.9601.

HUTZ, C. S. *et al.* **Avaliação psicológica no contexto escolar e educacional**. Art-med Editora, 2022.

LARS, W.; BERG-NIELSEN, T.; ANGOLD, A.; EGGER, H.; SOLHEIM, E. *et al.* Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 53, n. 6, p. 695-705, 2012. DOI: 10.1111/J. 1469-7610.2011.02514.X.

LIJSTER, J.; van den DRIES, M.; van den ENDE, J.; UTENS, E.; JADDOE, V. *et al.* Developmental Trajectories of Anxiety and Depression Symptoms from Early to Middle Childhood: a Population-Based Cohort Study in the Netherlands. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 47, p. 1785-1798, 2019. DOI: 10.1007/s10802-019-00550-5.

LUND, I. L.; EILERTSEN, E.; GJERDE, L.; RØYSAMB, E.; WOOD, M. *et al.* Is the association between maternal alcohol consumption in pregnancy and preschool child behavioural and emotional problems causal? Multiple approaches for controlling unmeasured confounding. **Addiction**, v. 114, n. 6, p. 1004-1014, 2019. DOI: 10.1111/add.14573.

MAJOR, S. O. **Avaliação de Aptidões Sociais e Problemas de Comportamento em Idade Pré- em Idade Pré-Escolar Escolar**: Retrato das Crianças Portuguesas Retrato das Crianças Portuguesas. TESE. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação Universidade de Coimbra, Portugal, 2011.

MARINHEIRO, A. L.; LOPES, J. A. Avaliação de problemas de comportamento em idade pré-escolar. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v. 4, n. 1, p. 91-108, 1999.

MARIOTTO, R. M. M.; BERNARDINO, L. M. F. Detecção, prevenção e tratamento de riscos psíquicos precoces: desfecho de um programa acadêmico. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 71, 2017. DOI <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.7477>.

MARQUAND, A. F.; KIA, S. M.; ZABIHI, M. *et al.* Conceptualizing mental disorders as deviations from normative functioning. **Mol Psychiatry**, v. 24, p. 1415-1424, 2019. DOI <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0441-1>.

MARQUES, A. P. F. C. **Crianças em risco familiar e ambiental – Articulação entre as Equipes Locais de Intervenção Precoce e as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens em Risco na Região Alentejo**. Dissertação. Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre, Porto Alegre, RS, 2017.

MARTELETO, M.; SCHOEN, T. Meu filho tem medo: a incidência desta emoção em crianças e adolescentes. *In: Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas*. DOI <https://doi.org/10.37885/200901235>.

MARTELETO, M.; CHIARI, B.; PERISSINOTO, J. A influência de habilidades cognitivas na adaptação social de crianças com transtorno do espectro autista. *In: COSTA, E.; SAMPAIO, E. (ed.). Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas*. Guarujá – SP: Editora Científica Digital, 2020. p. 110-123.

MARTELETO, M. R. F.; TAKAYAMA, A.; PINTO, I. C. B.; TONELO, J. V.; SCHOEN, T. H. Escalas Bayley: rastreio do desenvolvimento cognitivo de crianças bem pequenas. *In: FONSECA, A. M.; MARTELETO, M. R. F.; SCHOEN, T. H. (ed.). Processos Neuropsicológicos: Uma abordagem do Desenvolvimento. Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas*. Guarujá – SP: Editora Científica Digital, 2021. p. 158-178.

MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S.; LEME, V. B. R. A família e o desenvolvimento do escolar. *In: MELCHIORI, L. E.; RODRIGUES, O. M. P. R.; MAIA, A. C. B. (org.). Família e crianças – Reflexões teórico-práticas sobre os cuidados com as crianças*. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p. 137-152.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 122-129, 2012.

MESMAN, J.; BONGERS, I.; KOOT, H. Preschool Developmental Pathways to Preadolescent Internalizing and Externalizing Problems. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 42, n. 5, p. 679-689, 2001. DOI:10.1017/S0021963001007351.

MINER, J. L.; CLARKE-STEWART, K. A. Trajectories of externalizing behavior from age 2 to age 9: Relations with gender, temperament, ethnicity,

parenting, and rater. **Developmental Psychology**, v. 44, n. 3, p. 771-786, 2008. DOI:10.1037/0012-1649.44.3.771.

MOTA, Márcia Elia da. Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva histórica. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 105-111. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413=389-2005000200003X&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 02 maio 2022.

MYERS, R. G. Um tempo para a infância: os programas de intervenção precoce no desenvolvimento infantil nos países em desenvolvimento. Portugal: Centro UNESCO do Porto, 1991. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000870/087024poro.pdf>.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo: saúde mental: nova concepção, nova esperança**, Lisboa: Climepsi Editores, 2001. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI** [Internet]. Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd61/vigilancia.pdf>.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. **Desenvolvimento Humano**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

PINHO, A. S. P. **Prematuridade e desenvolvimento: o perfil comportamental de um grupo de crianças em idade pré-escolar**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica Portuguesa, 2017.

PINTO, M. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. **Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar**, v. 25, n. 6, p. 677-87, 2009. DOI: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>.

PIOVESAN, J. *et al.* **Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem**. 1. ed. Santa Maria, RS: UFSM, NTE, 2018.1.

POLANCZYK, G. V. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul** [online]. 2009, v. 31, p. 6-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100005>. Epub 24 ago. 2009. ISSN 0101-8108. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100005>.

RATIS, C. A. S.; BATISTA-FILHO, M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 1, p. 44-53, 2004.

REICHERT, A. P. da S.; NÓBREGA, V. M.; DAMASCENO, S. S.; COLLET, N.; EICKMANN, S. H.; LIMA, M. C. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 117-23, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/27722>.

ROCHA, M. M. **Problemas Emocionais e Comportamentais de Pré-Escolares: Evidências de Validade para a Versão Brasileira do CBCL /1½ – 5 anos e Avaliação a partir de Múltiplos Informantes**. São Paulo: Fapesp, 2019.

ROVARIS, J. A.; BOLSONI-SILVA, A. T. Práticas educativas maternas e repertórios comportamentais infantis: um estudo de comparação e predição. **Revista de Psicologia (PUCP)**, v. 38, n. 1, p. 243-273, 2020. DOI <https://dx.doi.org/10.18800/psico.202001.010>.

SCHOEN, T. H.; TAKAYAMA, A.; PINTO, I. C. B.; TONELO, J. V.; MARTELETO, M. R. F. Escalas Bayely: rastreo neuromotor em crianças bem pequenas. *In*: FONSECA, A. M.; MARTELETO, M. R. F.; SCHOEN, T. H. (ed.). **Processos Neuropsicológicos: Uma abordagem do Desenvolvimento. Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas**. Guarujá – SP: Editora Científica Digital, 2021. p. 180-195.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; MARTELETO, M. R. F.; MEDEIROS, E; FISBERG, M.; AZNAR-FARIAS, M. Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 2, p. 31-36, 2007.

SILVA, Aline Juliana Nunes da; COSTA, Rafaela Rocha da; NASCIMENTO, Arles Monaliza Rodrigues. As implicações dos contextos de vulnerabilidade social no desenvolvimento infantojuvenil: da família à assistência social. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 14, n. 2, p. 1-17, jun. 2019.

TAMANA, S.; EZEUGWU, V.; CHIKUMA, J.; LEFEBVRE, D.; AZAD, M. *et al*. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD birth cohort study. **PLoS One**, v. 14, n. 4, p. e0213995, 2019. DOI: 10.1371/journal.pone.0213995.

TANCREDI, C. C. da R.; SILVA, J. P. da.; SILVA, K. C. da.; SCHNORR, M. M.; SANTOS, M. N. dos.; SANTOS, R. de A.; LIMA, R. K. da C. O DESENVOLVIMENTO INFANTIL. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação**, v. 8, n. 1, p. 1801-1813, 2022.

TANSRIRATANAWONG, S.; LOUTHRENNO, O.; CHONCHAIYA, W.; CHARN-SIL, C. Screen viewing time and externalising problems in pre-school children in Northern Thailand. **Journal of Child & Adolescent Mental Health**, v. 29, n. 3, p. 245-252, 2017. DOI: 10.2989/17280583.2017.1409226.

THOMAS, J. M.; GUSKIN, K. A. Disruptive behavior in young children: What does it mean? **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, n. 1, p. 44-51, 2001.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. **Educação e Cuidado na Primeira Infância: Grandes Desafios**. Brasília: UNESCO Brasil, 2002.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos da Criança**, 2009.

VENANCIO, S. I. Why invest in early childhood? **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 28, p. e3253, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/bv5zZd-jNh79spvnL9H7jkLm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000-3253>.

WALKER, H. M.; RAMSEY, E.; GRESHAM, F. M. **Antisocial behavior in school: Evidence-based practices**. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.

WARNES, E. D.; SHERIDAN, S. M.; GESKE, J.; WARNES, W. A. A contextual approach to the assessment of social skills: Identifying meaningful behaviors for social competence. **Psychology in the Schools**, v. 42, n. 2, p. 173-187, 2005. doi:10.1002/pits. 20052.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF; WORLD BANK GROUP. **Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential** Genève; 2018. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework/en/

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; CIAMPO, L. A. D. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Rev Paul Pediatr.**, v. 30, n. 4, p. 594-599, 2012.

5. PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO EM CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS

*Márcia Regina Fumagalli Marteleto
Teresa Helena Schoen*

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Introdução

A idade escolar é uma época de crescimento estável e de aquisição e aperfeiçoamento de habilidades. Para a maioria das crianças, o desenvolvimento biopsicossocial parece transcorrer com relativa fluidez (BERGER; THOMPSON, 1997). Durante a terceira infância (dos seis aos dez anos), a velocidade do crescimento físico diminui e as crianças melhoram suas habilidades motoras e competências cognitivas, emocionais e sociais, desenvolvendo uma melhor estrutura, articulação e complexidade. Espera-se que, durante o desenvolvimento, garotos e garotas adquiram competências para lidar com as diversas circunstâncias da vida, esperadas ou imprevistas, e respondam satisfatoriamente às demandas do ambiente, tanto escolar quanto familiar, gerenciando, cada vez melhor, sentimentos e emoções (PAPALIA; MARTORELL, 2022). As emoções servem a importantes funções comunicativas e sociais, transmitindo informações sobre os pensamentos, sentimentos e objetivos das pessoas e orientando as interações sociais (JACOB; SUVEG; WHITEHEAD, 2014). Esse processo de refinamento crescente das diferentes habilidades, depende da resolução bem-sucedida de questões específicas do estágio que surgem em diferentes pontos do desenvolvimento.

As condições ecoculturais de um ambiente particular moldam os caminhos das pessoas. Assim, o desenvolvimento infantil pode tomar uma infinidade de trajetórias possíveis, cada uma adaptada aos desafios e recursos específicos de um ambiente particular e cada cenário encontrando uma solução adequada para tarefas de desenvolvimento universal (BECKE; BONGARD, 2018). Havighurst (1957) coloca que os escolares lidam com três grandes impulsos desenvolvimentais: (a) o ingresso em outros grupos sociais, diferentes da família, como a escola; (b) o desenvolvimento motor, incluindo habilidades de manipulação, de locomoção e equilíbrio, favorecendo aos meninos e meninas que participem de uma infinidade de jogos e esportes que demandam habilidades neuromusculares; e (c) o desenvolvimento cognitivo em diferentes áreas, como memória, raciocínio, resolução de problemas, flexibilidade cognitiva e linguagem, tão necessário à aprendizagem escolar e a inserção no mundo físico e social.

As tarefas desenvolvimentais representam pontos que permitem a avaliação do desenvolvimento. Dificuldades com as tarefas podem refletir falta de pré-requisitos; problemas do ambiente para promover o desenvolvimento; problemas comportamentais no período do desenvolvimento e dificuldades nos próximos estágios do ciclo vital. O quadro 1 esclarece algumas das tarefas desenvolvimentais previstas para a terceira infância, que se cumpridas, formam uma base sólida para os próximos estágios do ciclo vital.

Quadro 1 – Algumas tarefas desenvolvimentais previstas para a terceira infância

- a) Desenvolver perícias físicas para os jogos infantis e habilidades básicas para esportes;
- b) Adquirir atitudes sadias com relação ao seu próprio corpo (começar a ser responsável por sua própria higiene, por exemplo);
- c) Aprender a conviver com crianças de sua faixa etária e com adultos (sem ser os da família);
- d) Começar a desenvolver o papel de gênero;
- e) Começar a desenvolver a autorregulação emocional (incluindo lidar com frustrações);
- f) Aprender as habilidades escolares (leitura, escrita, aritmética, ciências...);
- g) Aprofundar princípios de ética e moralidade;
- h) Desenvolver independência pessoal;
- i) Desenvolver atitudes positivas, relacionadas a grupos e instituições sociais.

Entretanto, para algumas crianças este período torna-se bastante desafiador. Sejam questões genéticas, seja por conta do contexto biopsicossocial em que estão inseridas, seja por conta de eventos adversos que se impõem, neste período da infância há a possibilidade de surgirem problemas emocionais ou comportamentais que promovem intenso sofrimento e prejuízos no funcionamento pessoal. As diferentes patologias aparecem a partir da falta de integração das competências sociais, emocionais e cognitivas subjacentes às tarefas de desenvolvimento salientes ao estágio. As respostas desadaptativas – ou problemas de comportamento internalizante ou externalizante – podem evoluir para questões que repercutem negativamente no desenvolvimento infantil, incluindo desempenho escolar e transtornos no seu grupo familiar entre outras. Respostas desajustadas ou desvios comportamentais, de acordo com sua intensidade, sua frequência e/ou sua duração, possivelmente acompanhadas de outras manifestações emocionais e comportamentais, podem trazer prejuízos, não apenas ao indivíduo que as apresenta, mas também às pessoas e instituições com as quais se relaciona (BOLSONI-SILVA; DELL PRETTE, 2003; SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2010). Os esforços para criar taxonomias empiricamente sólidas, também na psicopatologia infantil, tendem a classificar os problemas comportamentais e emocionais em duas grandes dimensões, geralmente denominadas de transtornos internalizantes (supercontrolados) e externalizantes (subcontrolados) (WHITCOMB; MERRELL, 2013).

Problemas de Comportamento Internalizantes em crianças de 6 a 10 anos

A dimensão dos comportamentos internalizantes é uma área muitas vezes problemática para avaliação, pois suas manifestações são difíceis de detectar, incluindo uma ampla gama de sintomas, como estados de humor disfóricos ou depressivos, retraimento social, reações ansiosas e inibidas e o desenvolvimento de problemas somáticos (sintomas físicos sem base orgânica conhecida). Embora essas várias

condições internalizantes, pelo menos superficialmente, possam parecer sintomas distintos, há fortes evidências de que elas geralmente tendem a existir juntas em um relacionamento comórbido ou coocorrente (SHEVLIN; MCELROY; MURPHY, 2017; WHITCOMB; MERRELL, 2013).

As taxas de prevalência de transtornos internalizantes de crianças têm sido muito mais difíceis de determinar com precisão do que as estimativas de prevalência de transtornos externalizantes (KNEPLEY; KENDALL; CARPER, 2019; WHITCOMB; MERRELL, 2013). Em uma meta-análise, envolvendo crianças e adolescentes, observou-se que a prevalência mundial de qualquer transtorno de ansiedade foi de 6,5% e de qualquer transtorno depressivo foi de 2,6% (POLANCZYK *et al.*, 2015). As crianças que têm pouca capacidade de regulação emocional podem ser mais vulneráveis à variedade de estressores presentes no seu cotidiano, da mesma maneira que a extressores não normativos, como doença crônica, pobreza, dificuldades familiares (incluindo deportação/ameaça de deportação dos pais) e apresentar mais comportamentos internalizantes que seus pares com menos eventos adversos na infância (KATZ *et al.*, 2015).

A ansiedade é uma classe de respostas internalizantes que podem envolver sentimentos subjetivos (desconforto, medo, pavor), comportamentos explícitos (evitação, retraimento) e respostas fisiológicas (transpiração, náusea, taquicardia) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Uma parcela significativa de pacientes infantis em clínicas de saúde mental é tratada para transtornos de ansiedade, e a ansiedade infantil pode ser preditiva de psicopatologia adulta. A ansiedade social está associada a prejuízos no funcionamento social e emocional (GINSBURG; LA GRECA; SILVERMAN, 1998). Crianças com ansiedade social relatam baixos níveis de aceitação social e autoestima global. Seus pais também as observam como tendo habilidades sociais mais pobres. Jacob, Suveg e Whitehead (2014), utilizando múltiplos informantes, mostram a importância da regulação emocional e do compartilhamento de experiências emocionais com seus pares para um melhor funcionamento social. Ressalta-se que a baixa conectividade com a escola também pode ser um fator para a emergência de comportamentos internalizantes (PIKULSKI *et al.*, 2020).

A ansiedade está intimamente relacionada a outra área: medos e fobias. É comum as crianças vivenciarem uma variedade de medos durante a infância, incluindo medo do escuro, animais específicos, barulhos, situações novas e estranhas e mudanças de rotina. No trabalho de Marteleto e Schoen (2020), 58,62% dos pais de escolares informaram que seus filhos tinham medo de algo, sempre ou às vezes. No entanto, ainda há um desafio na distinção entre o medo típico – que se apresenta durante o desenvolvimento e que some com a aquisição de habilidades (por exemplo, medo da escola na primeira semana de aula) – e as fobias e ansiedade em um nível clínico. As fobias, ou mesmo a ansiedade, são mais debilitantes, devido a gravidade dos sintomas, incontabilidade e persistência dos mesmos, promovendo maior desadaptação (ORTI; BOLSONI-SILVA; VILLA, 2015).

Problemas de humor ou depressão em crianças em idade escolar são caracterizados por uma frequência maior de comportamentos como: demonstrar pouco prazer ou satisfação nas atividades, chorar, machucar a si mesmo ou autolesão, recusar -se

a comer, sentir-se inútil, culpa, cansaço, problemas para dormir (ACHENBACH; RESCORLA, 2001). Tristeza ou humor irritável são comuns entre estudantes deprimidos; no entanto, esses sintomas também podem ser encontrados em grupos não clínicos, mas com menor frequência (VENSON, 2017). A anedonia, ou falta/perda da capacidade de sentir prazer nas atividades que empreende, também é um sintoma pertinente a depressão na infância, pois é uma emoção característica desse quadro, além de ser um sintoma grave. Importante salientar que, entre os sintomas depressivos na infância, também foram encontrados depoimentos e expressões sobre morte e suicídio.

O suicídio na terceira infância ocorre com muito mais frequência do que gostaríamos de acreditar, com aumento das taxas entre meninas de 10 a 14 anos. Entre as cinco primeiras causas de óbito em indivíduos de 10 a 14 anos, no ano de 2015 nos EUA, a primeira causa foi lesão não intencional e a terceira foi suicídio (CURTIN; WARNER; HEDEGAARD, 2016; NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL, 2015). Nessa faixa pediátrica também há indivíduos que praticam automutilação, inclusive necessitando de atendimento hospitalar (HAWTON *et al.*, 2020).

Um trabalho utilizando múltiplos informantes (a própria criança, os pais, seus professores – TRF – e um dos pais – CBCL) observou que a relutância em expressar emoções esteve associada com isolamento / solidão infantil e insatisfação social, uma vez que os párvulos que não estão dispostos a expressar suas emoções serão incapazes de compartilhar experiências emocionais com os colegas e também poderão manter o conflito entre eles. A labilidade/negatividade predispe problemas sociais infantis (JACOB; SUVEG; WHITEHEAD, 2014).

Problemas internalizantes são frequentemente negligenciados pelo ambiente. Nessa perspectiva, raramente são objeto de questionamentos de responsáveis e docentes, e menos estudos têm se dedicado a identificar variáveis específicas relacionadas a essa dimensão e incrementar intervenções que possam ser efetivas. No entanto, são destacadas consequências, no decorrer do ciclo vital, altamente prejudiciais ao desenvolvimento, como baixa autoestima, problemas acadêmicos, relacionamentos ruins e problemas de saúde mental, como ansiedade social, depressão, abuso de substâncias e pensamentos suicidas. Eventos adversos, que podem abranger maus tratos, depressão materna, desemprego/doença na família, entre outros fatores estressantes, predizem prospectivamente maior depressão e ansiedade infantil (LEVIN; LIU, 2021).

Outro correlato comum da escala internalizante é uma ampla gama de sintomas e problemas físicos – queixas somáticas. As queixas somáticas referem-se a sintomas físicos (por exemplo, dores de cabeça, dores abdominais, tonturas etc.) sem causa orgânica identificável. Além de contribuir para um comprometimento funcional significativo, por exemplo, faltar à aula, as queixas somáticas levam ao uso excessivo do sistema de saúde que resulta em consultas e tratamentos desnecessários e dispendiosos. Campo (2012), em seu estudo de revisão, informa que quase a metade dos alunos do 3º ao 12º ano apresentaram pelo menos um sintoma somático nas duas semanas anteriores ao estudo. Os sintomas mais comumente relatados foram dores de

cabeça, fadiga, dores musculoesqueléticas e abdominais. Um estudo envolvendo os cinco países nórdicos (Islândia, Noruega, Finlândia, Dinamarca e Suécia) encontrou que 17% das crianças de 7 a 12 anos apresentaram queixas somáticas, com alguma variação entre os países, mas as dores de cabeça e queixas estomacais foram as mais comuns, com uma prevalência maior nas meninas (BERNTSSON; KÖEHLER; GUSTAFSSON, 2001).

Problemas de comportamento externalizantes em crianças de 6 a 10 anos

Comportamentos externalizantes atrapalham e perturbam o ambiente imediato e são facilmente visíveis para o observador (GOLDSTEIN; RIDER, 2013; WHITCOMB; MERRELL, 2013). Sua prevalência varia de 5 a 10% nas crianças de 8 a 16 anos (DENHAM *et al.*, 2000; HASSAN; AL-DIWAN, 2022). Devido à forte ligação entre esta classe de comportamentos e questões escolares e também a transtornos psiquiátricos e possíveis diagnósticos, bem como o aumento da prevalência, esses comportamentos têm sido amplamente pesquisados (D'ABREU, 2012). O termo 'comportamento externalizante' foi cunhado no contexto de estudos que utilizam técnicas psicométricas para identificar e classificar problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes em idade escolar (ACHENBACH, 1966; KOTOV *et al.*, 2017; KRUEGER *et al.*, 2021) Especialistas em psicopatologia infantil há muito concordam que a dimensão comportamental dos transtornos externalizantes inclui uma ampla gama de comportamento agressivo, características antissociais e hiperatividade (WHITCOMB; MERRELL, 2013). Agitação, desobediência, desatenção, agressividade, crueldade com os outros ou com animais, constante oposição e contestação, provocação e brigas, ruptura de regras e outros comportamentos impulsivos são classificados como externalizantes (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017). Uma criança que apresenta problemas externalizantes pode não apresentar todos esses comportamentos, mas a congruência ou relação entre esses sintomas foi bem estabelecida.

Uma característica comum dos transtornos externalizantes é a rejeição dos pares que decorre do comportamento agressivo, dificultando a conquista das tarefas desenvolvimentais propostas para essa faixa etária (HASSAN; AL-DIWAN, 2022). Esses comportamentos, em um padrão consistente, são usados para diagnosticar pelo menos três transtornos psiquiátricos (taxonomia Top-Down): o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) e o Transtorno de Conduta (TC) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O comportamento agressivo e hiperativo causa sofrimento significativo a meninos e meninas e suas famílias, tanto pelo comportamento em si, quanto devido ao fracasso escolar e problemas sociais (FERREIRA; MARTURANO, 2002; HASSAN; AL-DIWAN, 2022). Agressividade aparece como um dos principais problemas de comportamento externalizante, pois a criança não é aceita pelos pares, além de apresentar certos padrões de comportamento que estão em conflito com o ambiente no qual está integrada. A dimensão externalizante inclui uma banda estreita referente ações agressivas que abarca agressão, violação de regras, acessos de raiva e características

comportamentais de oposição. Outro traço são comportamentos hiperativos e inquietos, indicando um elemento de hiperatividade motora dentro do domínio.

Os Transtornos de Comportamento Disruptivo da Infância são compostos pelo Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Opositivo Desafiador e Transtorno de Conduta. Essas condições estão entre as mais comumente tratadas em ambientes de saúde mental, com estudos epidemiológicos sugerindo que entre 3 e 16% de toda a população pediátrica atendem aos critérios diagnósticos para pelo menos uma, se não duas ou mais dessas condições (GOLDSTEIN; RIDER, 2013). Em uma meta-análise, envolvendo crianças e adolescentes, observou-se que a prevalência global de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade foi de 3,4% e qualquer Transtorno Disruptivo foi de 5,7%. (POLANCZYK *et al.*, 2015). As comorbidades são comuns, como por exemplo, no estudo de Tong *et al.* (2018), que observou que crianças com mais sintomas de TDAH tinham um tempo de sono menor que outras crianças, assim como mais problemas com o dormir. Comportamentos internalizantes como ansiedade e depressão exacerbaram os problemas de sono e interagiram com os sintomas do TDAH.

Apresentando-se como uma das formas mais comuns de externalização, a agressividade é um padrão comportamental incompatível com o ambiente em que o párvulo está imerso – principalmente se pensarmos em escola, igreja, reuniões de família, grupos esportivos – e faz com que meninos e meninas percam a confiança nas pessoas. A agressão infantil é um comportamento em que predomina a violência física, tanto contra os outros quanto contra si mesmo, e é acompanhada por uma ampla gama de sentimentos aversivos (FAJARDO VARGAS; HERNÁNDEZ GUZMÁN, 2010). Entretanto pode ser que, para o sexo feminino e para indivíduos mais velhos, a agressão verbal ou mesmo o isolamento, substituam a agressão física.

Ferreira *et al.* (2002) colocam que a dimensão de banda larga externalizante, com componentes antissociais, desenvolve-se em contextos de adversidade ambiental. O estilo parental contribui para a continuidade e mudança dos problemas externalizantes de crianças. A paternidade proativa (presença de apoio, instrução clara e estabelecimento de regras) previu menos problemas de comportamento ao longo do tempo. Mães solo podem apresentar maior estresse e menor consistência na disciplina de seus filhos, sem contar que, muitas vezes, falta um supervisor adicional, que poderia colaborar com o cuidado e educação dos filhos, servindo, também, como mais um modelo de socialização (HASSAN; AL-DIWAN, 2022).

A irritabilidade (ser teimoso/mal-humorado/irritável, mudanças repentinas de humor, temperamento difícil) e apresentar comportamentos desafiantes e opositores (como constantemente argumentar, desobedecer em casa ou na escola, recusar-se a cumprir as regras) foram problemas identificados nas crianças, por seus pais (EVANS *et al.*, 2020). No estudo de Evans *et al.* (2020), segundo relato dos responsáveis, os escolares mais novos exibiam menor comportamento desafiador que os mais velhos, assim como as meninas tiveram pontuações mais baixas do que os meninos em relação a comportamentos opositores. Conflitos com professores, falta de hierarquia com provocações dirigidas a autoridades e irresponsabilidade estão entre as principais características dessas crianças com problemas comportamentais.

Comportamentos externalizantes são comumente associados a déficits relacionados à emoção e funcionamento social desadaptativo (JACOB; SUVEG; WHITEHEAD, 2014). A regulação emocional refere-se à modulação flexível da emoção em resposta às demandas do contexto ambiental, e um melhor funcionamento social está associado a altos níveis de regulação emocional. Estratégias pouco eficazes de regulação emocional das crianças (por exemplo, recusar-se a pensar sobre a experiência, ficar bravo consigo mesmo ou lidar com emoções negativas descontando-as nos outros) desencadeiam resultados sociais negativos, como vitimização por pares, isolamento/solidão, preferência por pares, problemas sociais). Importante lembrar que crianças mal-humoradas ou emocionalmente negativas experimentam relacionamentos mais pobres com os colegas e são menos populares que outras crianças, enquanto que meninos e meninas com alto afeto positivo tendem a ser mais queridos por seus pares, enquanto escolares com alto afeto negativo são mais propensos a serem excluídos (JACOB; SUVEG; WHITEHEAD, 2014).

Não pode ser esquecido, entre os comportamentos externalizantes, maus tratos a animais. Há uma infinidade de potenciais fatores de risco psicológico associados à crueldade contra animais na infância (HAWKINS; HAWKINS; WILLIAMS, 2017). Esse tipo de crueldade é um comportamento intencional, socialmente inaceitável, que provoca dor, sofrimento ou angústia desnecessária e/ou a morte de um animal, podendo fazer parte de um padrão mais amplo de comportamento delinquente e antissocial, assim como uma forma de reatividade aos maus-tratos que a própria criança vem sofrendo.

Problemas com o contato social

A avaliação das habilidades sociais de crianças tem sido um tema de grande interesse nas áreas da educação e da psicologia. A competência social consiste em uma variedade de características comportamentais e cognitivas e vários aspectos de ajuste emocional que são úteis e necessários no desenvolvimento de relações sociais adequadas e na obtenção de resultados sociais desejáveis (WHITCOMB; MERRELL, 2013). É um construto multidimensional, com fatores cognitivos, como controle inibitório (capacidade de inibir ou iniciar um comportamento propositalmente), resiliência (capacidade de responder de forma flexível e positiva em situações adversas), processamento de informações sociais (capacidade de codificar apropriadamente uma mensagem social e responder de forma pró-social), conhecimento sobre emoções (capacidade de identificar emoções em si mesmo e nos outros), expressividade da emoção (a capacidade de expressar com precisão emoções) e autorregulação.

Crianças que apresentam problemas internalizantes, costumam também ter dificuldades em fazer amigos (STEVENS; PRINSTEIN, 2005), emotividade negativa no relacionamento com irmãos e falta de habilidades sociais com os pares. Crianças socialmente competentes conseguem ingressar em um grupo de párvulos que está brincando/jogando, ficando atentos as dicas sociais e respondendo de modo agradável, que faz com que os outros aceitem – e até queiram – sua presença na brincadeira (HOFFMAN; PARIS; HALL, 1997). Garotos com poucas habilidades sociais utilizam estratégias pouco eficientes (como apresentar suas opiniões e sentimentos de

modo a atrapalhar o bom andamento do grupo/da brincadeira) e, no final, tornam-se impopulares (os outros não desejam sua companhia).

Algumas crianças, são relegadas ou isoladas. Isso pode se dever a questões internalizantes (como depressão), externalizantes (como agressividade), podem ser vitimizadas pelos pares por conta da etnia, nível socioeconômico, orientação sexual, peso corporal entre outros fatores que levam ao isolamento no grupo (JUVONEN *et al.*, 2019). Um dos principais correlatos da depressão e da ansiedade é o retraimento social ou o isolamento. Del Prette e Del Prette (2017) colocam que isolamento social pode resultar de excessos comportamentais (agressão ou hiperatividade) ou déficits comportamentais (não brinca, não conta suas coisas para outras crianças). Garotos e garotas que são socialmente isolados ou retraídos por causa de déficits comportamentais tendem a não responder às iniciações sociais dos outros – em outras palavras, elas não têm as habilidades sociais específicas para fazer e manter amigos. Muitas vezes, uma grave falta de habilidades sociais é acompanhada de um comportamento imaturo ou socialmente inadequado, que agrava ainda mais o problema, tornando a criança um alvo fácil de ridículo. A internalização do retraimento e isolamento social parece estar relacionada não apenas à exposição a modelos sociais incompetentes, mas também a uma característica temperamental referida por Kagan (1989, 2001) como inibição comportamental ao não familiar. Para facilitar a inclusão dos alunos (aceitação pelos pares, amizades entre grupos), os educadores e administradores escolares, assim como pais e outros adultos, precisam estar atentos aos comportamentos das crianças, como funcionam os relacionamentos interpessoais, procurando, ativamente, resolver os problemas e entrosar as crianças (JUVONEN *et al.*, 2019). Para facilitar a inclusão dos alunos (aceitação pelos pares, amizades entre grupos), os educadores e administradores escolares, assim como pais e outros adultos, precisam estar atentos aos comportamentos das crianças, como funcionam os relacionamentos interpessoais, procurando, ativamente, resolver os problemas e entrosar as crianças (JUVONEN *et al.*, 2019).

Fonseca, Bolsoni-Silva e Ebner (2021) reafirmam que os comportamentos positivos estão ligados a uma menor frequência de problemas comportamentais e à presença de habilidades sociais, mas os comportamentos negativos estão ligados a problemas comportamentais, tanto nas relações pais-filhos quanto nas relações professor -aluno.

Problemas escolares

A aprendizagem acadêmica escolar é um dos pontos centrais para o desenvolvimento do ser humano, com impacto sobre as experiências presentes e futuras. Ter sucesso acadêmico favorece o desenvolvimento cognitivo, a maturidade social e o planejamento positivo do futuro (SCHOEN *et al.*, 2020). As dificuldades escolares que uma criança pode apresentar variam, podendo consistir em dificuldades ocasionais, passageiras, a episódios persistentes ou recorrentes. Em todo caso, deixam marcas na vida do aluno (SCHOEN; MARTELETO, 2019).

É importante que os alunos construam representações positivas acerca do mundo acadêmico e das relações afetivas que lá ocorrem (LOOS-SANT'ANA; BARBOSA, 2019). Grande parte dos discentes percebem a escola como um local de atenção,

conversa e ajuda, de afeto, carinho e estima. As crianças consideram a escola, mais além que o ensino, como um local para momentos divertidos e de proximidade, onde fazem amizade. Nessa faixa etária observa-se um grande desejo de aprender. Tais resultados vão ao encontro do que coloca Havighurst (1957) ao observar que muitos alunos estão cumprindo a tarefa desenvolvimental para o período ao apresentar atitudes positivas relacionadas a escola e ao estudo. Entretanto, outras tantas têm dificuldades com o aprendizado ou mesmo com o ambiente acadêmico.

O fracasso escolar pode ser decorrente de contingências ambientais, contexto de sala de aula, o entorno da escola, ou decorrentes de transtornos do neurodesenvolvimento, como a Deficiência Intelectual ou outros transtornos (como dislexia, TDAH) e pela presença de doenças crônicas ou outras deficiências, além de questões de saúde mental e habilidades sociais. O fracasso escolar aparece principalmente nas dificuldades de escrita e leitura e na matemática, acarretando baixo rendimento e reprovação e até a evasão escolar (SIQUEIRA PINHEIRO *et al.*, 2020).

Para Marin *et al.* (2018) ficou claro que tanto problemas externalizantes quanto internalizantes associaram-se ao desempenho escolar e que professores identificaram mais problemas entre os alunos que já haviam sido reprovados. Gerenciamento das emoções de forma mais eficaz e autoestima fortalecida são também necessários para a melhora do rendimento acadêmico e no comportamento em sala de aula em estudantes (FIALHO, 2021; PEREIRA; SILVA, 2021).

Borsa e Nunes (2011) realizaram um estudo envolvendo escolares e seus responsáveis, no Rio Grande do Sul. Os alunos estavam matriculados entre o segundo e o quinto ano do ensino fundamental, tanto da rede pública, quanto da particular. Foi constatado que tanto meninos quanto meninas apresentaram alta prevalência de problemas de comportamento agressivo (externalizante), seguidos por problemas de ansiedade/ depressão e isolamento/depressão (internalizantes). Os problemas comportamentais internalizantes superaram os problemas comportamentais externalizantes, sem diferença estatística entre os sexos. Nível socioeconômico mais baixo, estudar em escola pública e separação do casal genitor estiveram associados a problemas de comportamento, medidos pelo CBCL.

Considerações finais

Dada a prevalência e estabilidade ao longo do tempo dos problemas de saúde mental, sua natureza cumulativa e a gravidade de seus resultados ao longo do desenvolvimento, problemas internalizantes, externalizantes, acadêmicos e de habilidades sociais são um grande desafio para a saúde.

Uma das razões pelas quais a saúde mental em crianças costuma ser negligenciada é a crença de que ela é comum e transitória. Os déficits ou excessos de funcionamento emocional e social aumentam o comprometimento funcional nas próximas etapas do ciclo vital, interferindo no domínio bem-sucedido das tarefas desenvolvimentais. Portanto, a promoção e prevenção em saúde mental é um tópico de suma importância, assim como sua identificação e implementação de programas de intervenção, pois crianças estão sofrendo, assim como suas famílias e comunidades.

As crianças não reconhecem (e, mesmo se reconhecessem, possuem menor capacidade para informar) seu sofrimento e a interferência de seus comportamentos em seus relacionamentos familiares, no sucesso acadêmico ou outras atividades sociais. De forma que o relato dos pais e de seus professores é considerado um componente indispensável para avaliar saúde mental na população pediátrica.

Quando se considera a terceira infância, percebe-se que é um período crítico do desenvolvimento – como todos o são, ao se vislumbrar o ciclo vital –, às influências interpessoais e ambientais, que podem levar a resultados negativos de saúde mental. Muitas crianças enfrentam inúmeras adversidades, como pobreza, instabilidade familiar, oportunidades educacionais inadequadas e saúde física e mental precária, que dificultam sua capacidade de cumprirem as tarefas desenvolvimentais previstas para a terceira infância e ingressarem com mais recursos nas próximas etapas. Saúde mental precária pode interferir nas aspirações que cada criança tem para a sua própria vida. A intervenção precoce para eliminar ou pelo menos minimizar os malefícios decorrentes dos problemas internalizantes e externalizantes, pode trazer benefícios duradouros para a criança, a família e a sociedade.

Referências

ACHENBACH, T. M. The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study. **Psychological monographs**, v. 80, n. 7, p. 1-37, 1966.

ACHENBACH, T. M.; IVANOVA, M. Y.; RESCORLA, L. A. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. **Comprehensive Psychiatry**, v. 79, p. 4-18, 2017.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA School, Age forms & profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families, 2001.

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

BECKE, S. D.; BONGARD, S. Comparing attachment networks during middle childhood in two contrasting cultural contexts. **Frontiers in Psychology**, v. 17, n. 9, p. 1201, 2018.

BERGER, K.; THOMPSON, R. **El desarrollo de la persona desde la niñez a la adolescencia**. 4. ed. Madri – Espanha: Editorial Medica Panamericana, 1997.

BERNTSSON, L. T.; KÖEHLER, L.; GUSTAFSSON, J. E. Psychosomatic complaints in schoolchildren: A Nordic comparison. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 29, n. 1, p. 44-54, 2001.

BOLSONI-SILVA, A. T.; DELL PRETTE, A. Problemas de comportamento: Um panorama da área. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 5, n. 2, p. 91-103, 2003.

BORSA, J.; NUNES, M. L. T. Prevalência de problemas de comportamento em uma amostra de crianças em idade escolar da cidade de Porto Alegre. **Aletheia**, v. 34, p. 32-46, 2011.

CAMPO, J. V. Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression – Developmental psychopathology in pediatric practice. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 53, p. 5, p. 575-592, 2012.

CURTIN, S. C.; WARNER, M.; HEDEGAARD, H. **Increase in Suicide in the United States, 1999-2014**. NCHS data brief, n. 241, p. 1-8, 2016.

D'ABREU, L. C. F. O desafio do diagnóstico psiquiátrico na criança. **Contextos Clínicos**, v. 5, n. 1, 2-9, 2012.

DEL PRETTE, Z.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e prática**. São Paulo: Vozes, 2017.

DENHAM, S. A. *et al.* Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: The role of parental socialization and emotion expression. **Development and Psychopathology**, v. 12, n. 1, p. 23-45, 2000.

EVANS, S. C. *et al.* Assessing the Irritable and Defiant Dimensions of Youth Oppositional Behavior Using CBCL and YSR Items. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 49, n. 6, p. 804-81, 2020.

FAJARDO VARGAS, V.; HERNÁNDEZ GUZMÁN, L. Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**, v. 34, n. 2, 371-389, 2010.

FERREIRA, M. de C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

FIALHO, I. **Regulação emocional, rendimento acadêmico e o comportamento em sala de aula, em jovens do 2o ciclo**. Dissertação – Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, 3 dez. 2021.

FONSECA, B.; BOLSONI-SILVA, A.; EBNER, L. Práticas educativas de genitores e professores e repertório comportamental infantil. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 1-27, 2021.

GINSBURG, G. S.; LA GRECA, A. M.; SILVERMAN, W. K. Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 26, n. 3, p. 175-185, 1998.

GOLDSTEIN, S.; RIDER, R. Resilience and the Disruptive Disorders of Childhood. *In*: GOLDSTEIN, S.; BROOKS, R. B. (ed.). **Handbook of Resilience in Children**. Springer, Boston, MA. Second Edition, 2013.

HASSAN, T.; AL-DIWAN, J. Externalizing Behavior Problems of Children Raised by Single Mother. **Journal of Global Scientific Research**, v. 7, n. 3, p. 2195-2200, 2022.

HAVIGHURST, R. J. **Human Development and Education**. New York: Longmans, Green and Co., 1957.

HAWKINS, R. D.; HAWKINS, E. L.; WILLIAMS, J. M. Psychological risk factors for childhood nonhuman animal cruelty: A systematic review. **Society & Animals: Journal of Human-Animal Studies**, v. 25, n. 3, p. 280–312, 2017.

HAWTON, K. *et al.* Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. **The Lancet Child and Adolescent Health**, v. 4, n. 2, p. 111-120, 2020.

HOFFMAN, L.; PARIS, S.; HALL, E. **Psicología del Desarrollo Hoy**. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1997.

JACOB, M. L.; SUVEG, C.; WHITEHEAD, M. R. Relations between emotional and social functioning in children with anxiety disorders. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 45, n. 5, p. 519-532, 2014.

JUVONEN, J. *et al.* Promoting Social Inclusion in Educational Settings: Challenges and Opportunities. **Educational Psychologist**, v. 54, n. 4, p. 250-270, 2019.

KAGAN, J. Temperamental Contributions to Social Behavior. **American Psychologist**, v. 44, n. 4, p. 668-674, 1989.

KAGAN, J. Temperamental contributions to affective and behavioural profiles in childhood. *In*: HOFMANN, S.; DIBARTOLO, P. (ed.). **From social anxiety to school phobia – Multiple perspectives**. Needham Heights – EUA: Allyn & Bacon, 2001. p. 126–253.

KATZ, L. F. *et al.* Emotion regulation, internalizing symptoms and somatic complaints in pediatric survivors of acute lymphoblastic leukemia. **Psycho-Oncology**, v. 24, n. 11, p. 1536-1544, 2015.

KNEPLEY, M. J.; KENDALL, P. C.; CARPER, M. M. An Analysis of the Child Behavior Checklist Anxiety Problems Scale's Predictive Capabilities. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 41, n. 2, p. 249-256, 2019.

KOTOV, R. *et al.* The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 126, n. 4, p. 454-477, 2017.

KRUEGER, R. F. *et al.* Les progrès dans la réalisation de la classification quantitative de la psychopathologie. **Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique**, v. 179, n. 1, p. 95-106, 1 jan. 2021.

LEVIN, R. Y.; LIU, R. T. Life stress, early maltreatment, and prospective associations with depression and anxiety in preadolescent children: A six-year, multi-wave study. **Journal of Affective Disorders**, v. 278, p. 276-279, 2021.

LOOS-SANT'ANA, H.; BARBOSA, P. Dando voz às crianças: percepções acerca do papel da dimensão afetiva na atividade pedagógica. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 98, n. 249, p. 446-466, 2019.

MARIN, A.; BORBA, B.; BOLSONI-SILVA, A. Problemas emocionais e de comportamento e reprovação escolar: estudo de caso-controlado com adolescentes. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 20, n. 3, p. 283-298, 2018.

MARTELETO, M. R. F.; SCHOEN, T. H. Meu filho tem medo: A incidência desta emoção em crianças e adolescentes. In: **Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas**. Santos – SP: Científica Digital, 2020. p. 638-650.

NATIONAL CENTER FOR INJURY PREVENTION AND CONTROL. **10 Leading Causes of Death by Age Group, United States – 2015**. Disponível em: https://www.cdc.gov/injury/wisqars/pdf/leading_causes_of_death_by_age_group_2015-a.pdf 2015.

ORTI, N.; BOLSONI-SILVA, A.; VILLA, M. Assessment of the Effects of a Parental Intervention with Mothers of Children with Internalizing Problems. **Advances in Research**, v. 4, n. 5, p. 279-292, 2015.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed/McGraw Hill Education, 2022

PEREIRA, M. D.; SILVA, J. P. DA. Ansiedade e autoestima associadas ao baixo desempenho escolar em estudantes com dislexia de desenvolvimento: uma revisão integrativa. **Revista Educação Especial**, v. 34, p. 1-23, 2021.

PIKULSKI, P. J. *et al.* School connectedness and child anxiety. **Journal of Psychologists and Counsellors in Schools**, v. 30, n. 1, p. 1-12, 2020.

POLANCZYK, G. V. *et al.* Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

SCHOEN, T. H. *et al.* Diagnóstico precoce de deficiência intelectual: Estudo de caso. *In: Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas*. Santos – SP: Científica Digital, 2020. p. 544-558.

SCHOEN, T. H.; MARTELETO, M. R. F. Dificuldade Escolar: Aspectos Psicopedagógicos. *In: VITALLE, M. S. S. et al. (ed.). Medicina do Adolescente: Fundamentos e Prática*. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 305–310.

SCHOEN-FERREIRA, T. H. *et al.* Relação de amizade de adolescentes obesos e eutróficos. **Psicologia em Revista**, v. 16, n. 1, 47-63, 2010.

SHEVLIN, M.; MCELROY, E.; MURPHY, J. Homotypic and heterotypic psychopathological continuity: a child cohort study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 52, n. 9, p. 1135-1145, 2017.

SIQUEIRA PINHEIRO, S. N. *et al.* Fracasso Escolar: naturalização ou construção histórico-cultural? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 82-90, 2020.

STEVENS, E. A.; PRINSTEIN, M. J. Peer contagion of depressogenic attributional styles among adolescents: A longitudinal study. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 33, n. 1, 25-37, 2005.

TONG, L.; YE, Y.; YAN, Q. The moderating roles of bedtime activities and anxiety/depression in the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and sleep problems in children. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 298, 2018.

VENSON, E. Depressão Infantil: Uma Revisão Bibliográfica. **Psicologia.pt**, 2017. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1091.pdf>.

WHITCOMB, S.; MERRELL, K. **Behavioral, social, and emotional assessment of children and adolescents**. 4. ed. Nova York – EUA: Routledge, 2013.

6. SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

*Carla Cristina Borges Santos
Graziela Sapienza
Teresa Helena Schoen*

Introdução

Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, em que as oportunidades são grandes e os padrões futuros para a vida adulta são estabelecidos (SAWYER *et al.*, 2012). O conceito de transição refere-se à alteração da posição da pessoa no meio ambiente ecológico, tendo como resultado uma mudança de papel, do ambiente ou de ambos. Tais mudanças de papéis são observados na adolescência, pois os horizontes sociais são ampliados, e o indivíduo sente a pressão para se tornar um membro colaborador e produtivo do seu meio social (SCHOEN, 2013). É um estágio do ciclo vital com características próprias, ao lado da infância, adultez e velhice.

A adolescência é marcada por transformações corporais, sociais e psicológicas, que regem esse período do desenvolvimento de forma nem sempre harmoniosa. Os efeitos dessas forças sobre o desenvolvimento do indivíduo e, sobretudo, como ele reage a tais pressões, tem reflexos em sua saúde e vice-versa. A tentativa de compreender os efeitos das transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais ocorridas na adolescência sobre todo o desenvolvimento do indivíduo vem motivando, principalmente, a partir do século XX, estudos sobre diversos aspectos desse período, em diferentes culturas.

Historicamente, considera-se o século XX como o marco nos países ocidentais industrializados, em que esse período do desenvolvimento passou a ser olhado com especial atenção, principalmente, em virtude do prolongamento da educação e consequente assunção tardia das tarefas desenvolvimentais inerentes ao adulto (ERIKSON, 1972; HAVIGHURST, 1957; SCHOEN, 2013). Nesse sentido, a adolescência, como qualquer outro período do desenvolvimento, é marcada por virtudes e crises, específicas da fase que diferenciarão este período dos outros experienciados ao longo do ciclo vital.

Considerando a progressão histórica, a adolescência, em comparação a outros períodos do desenvolvimento, foi tardiamente colocada em pauta pelos estudiosos dessa área. É atribuído aos autores Stanley Hall (1846-1924), Arnold Gesell (1880-1961) e Erik Erikson (1902-1994) o pioneirismo dos estudos sobre adolescência (BOCK, 2007; JOURRETTE, 2009).

Para Hall (1925), a adolescência é uma verdadeira onda de ‘tempestade’ e ‘estresse’ que atinge o indivíduo de forma inevitável, decorrente, sobretudo, da emergente sexualidade do indivíduo, o que, entre outras coisas, é capaz de provocar confusões de toda ordem, além de estresse e luto, com grande impacto no seio familiar, constituindo-se em uma linha de fraturas e erupções vulcânicas. Hall coloca a

escolarização como um recurso positivo para todas as perturbações do período. Este autor reconheceu adolescência como uma etapa que requer estudo e atenção, inaugurando, dessa forma, o estudo científico da adolescência (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010).

Erikson (1972), ao postular sua Teoria Psicossocial do desenvolvimento, descreveu um importante conceito relacionado a essa fase, a ‘moratória’, caracterizada por período de postergação de compromissos, necessário à formação do indivíduo para assumir responsabilidades frente à sociedade, no sentido de o adolescente tornar-se capaz de desenvolver, nesse tempo, consciência de si mesmo e de seu entorno. No entanto, embora a moratória, enquanto concessão social ao adolescente, viabilize algumas resoluções pessoais, a definição da identidade do futuro adulto, não ocorre sem que antes se resolvam algumas questões. Objetivamente, Erikson apresenta três aspectos que devem ser definidos na situação que figura em sua teoria como ‘crise de identidade’: escolha profissional, adoção de valores e identidade sexual. Nesse sentido, a ênfase dessa fase é o processo de construção da identidade em contrapartida à confusão de papéis, típica dessa época. Uma boa resolução disso, daria origem à fidelidade e à devoção aos amigos. Já mais para o fim da adolescência, a confusão seria decorrente do empasse entre a convivência íntima e o isolamento, cuja boa resolução resultaria em relacionamentos mutuamente satisfatórios, como os amorosos (ERIKSON, 1998; GALLAHUE; OZMUN; GOODWAY, 2013).

O olhar dos acadêmicos sobre esse estágio ocorreu no sentido de assistir a uma população em ascensão. A distribuição etária entre as populações de diversos países, sobretudo os do continente europeu e os Estados Unidos da América (EUA), pode ajudar a compreender esse fato, haja vista que, um fenômeno conhecido como *baby boom*, que ocorreu na década de 1950 e aumentou consideravelmente a população na faixa etária da adolescência a partir da década seguinte. Essa explosão demográfica ocorrida após um período sensível à humanidade, de mortes em massa, ao longo da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), culminou em um quantitativo populacional de adolescentes como nunca antes visto, com questões e necessidades próprios dessa faixa etária, em termos, inclusive, de saúde.

Portanto, desde o primeiro uso da palavra *adolescence*, na língua inglesa, em meados do século XV, à compreensão dos estudos sobre esse tema no século XX, não há dúvidas de que hoje, nos anos 2020, este período é distinto dos outros, e, tanto quanto as outras etapas do ciclo vital, exige atenção explícita e específica nas políticas e programas de saúde. Os fundamentos de saúde, educação e habilidades colocados na adolescência são estruturas importantes para o desenvolvimento emocional, social e econômico não só do indivíduo, mas também da sociedade (SCHOEN, 2018). A compreensão da natureza da adolescência continua a evoluir.

Definindo a adolescência a partir da idade

Em face às múltiplas transformações ocorridas na adolescência e, sobretudo, pela variabilidade de algumas dessas entre diferentes culturas, é bastante complicado

definir esse período do desenvolvimento a partir de um único critério, o que seria, de certa forma, até incoerente. Não há dúvidas de que cada indivíduo vivencia esse período de forma diferente, dependendo de seu amadurecimento físico, emocional, cognitivo e outras contingências (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2011). Vale ressaltar que outra dificuldade para definição do período da adolescência é a variação em relação às leis entre os países, que estabelecem limites diferentes na idade mínima para participação em atividades consideradas exclusivas dos adultos, incluindo voto, casamento, serviço militar, trabalho e consumo de álcool (SCHOEN-FERREIRA; AZNAR-FARIAS; SILVARES, 2010; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2011). Porém, é importante partir de uma definição para que pesquisas e estudos possam avançar, promovendo melhor desenvolvimento. Uma tentativa de definir a adolescência a partir de um critério universal e que, portanto, seria útil a diferentes culturas que admitem a especificidade desse estágio, considera a faixa etária como critério a ser adotado.

Nesse sentido, cabe ressaltar algumas dessas definições, como a adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a segunda década da vida, dos 10 aos 19 anos, como adolescência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), definição, esta, compartilhada pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Embora em âmbito nacional, essas duas importantes entidades compartilhem a definição de adolescência da OMS, é importante ressaltar que, em termos legais, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como é conhecida a lei nº 8.069, de 1990, reconheça como adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990). Entretanto, vale ressaltar que, por vezes, literatura utiliza a faixa etária de 10 a 24 anos (adultos emergentes ou jovens adultos), pois (a) a Organização das Nações Unidas – ONU – abarca, na definição de juventude, pessoas dos 15 aos 24 anos, e (b) estão sendo noticiadas as descobertas de que o cérebro continua a amadurecer por uma década além da puberdade (HARGREAVES, 2011; SAWYER *et al.*, 2012).

A OMS observa que na adolescência ocorrem intensas transformações biológicas, psicológicas e sociais, marcadas pelo período em que se iniciam as mudanças corporais (puberdade). No fim dessa etapa do desenvolvimento ocorrem as inserções social, profissional e econômica na sociedade adulta. Tomando-se em consideração as diferentes experiências por que vivem adolescentes mais jovens e mais velhos, a OMS considera útil distinguir dois momentos – fase inicial da adolescência (dos 10 aos 14 anos de idade) e fase final da adolescência (dos 15 aos 19 anos de idade) (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2011).

A pertinência em se adotar o critério 'idade' para delimitar a adolescência é reforçado pela universalidade das transformações biológicas que marcam o período. Tida como uma espécie de consenso, as transformações físicas particulares aos sexos, conhecida como 'puberdade', pode ser considerada o marco do início da adolescência.

Saúde adolescente e as transformações do período

Estudos há muito demonstram o impacto das alterações neuroendócrinas, da maturação sexual e cerebral no desenvolvimento psicossocial. Por puberdade compreende-se o processo de maturidade sexual e reprodutiva do indivíduo (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Resultado do aumento da produção de hormônios específicos em cada sexo, a puberdade é marcada, no sexo feminino, pela menarca, ou ocorrência da primeira menstruação e, no masculino, pela produção de esperma. Acontece o amadurecimento dos órgãos reprodutores, chamados caracteres sexuais primários, que é acompanhado dos sinais fisiológicos dessa maturação, ou simplesmente, caracteres sexuais secundários. Na prática, esses últimos, implicam no desenvolvimento das mamas, nas meninas, mudanças na voz e na textura da pele, aparecimento de pelos púbicos, faciais e axilares, e disposição da gordura corporal, em ambos os sexos (PAPALIA; FELDMAN, 2013; VITALLE *et al.*, 2019).

Certamente é verdade que, em alguns indicadores, a adolescência é uma época saudável. Durante grande parte da história humana, houve um ponto baixo na mortalidade em toda o curso de vida, por isso se assinala que, em relação às outras etapas, na adolescência há uma menor ocorrência de doenças agudas (BEE; BOYD, 2011), entretanto dados epidemiológicos sugerem que as visões da adolescência como um período de vida saudável podem estar desatualizadas (HARGREAVES, 2011), pois os indivíduos continuam necessitando de assistência médica, tanto para doenças pré-existente e para problemas de saúde decorrentes de comportamentos que colocam sua vida ou saúde em risco (VITALLE *et al.*, 2010), especialmente aqueles em maior vulnerabilidade (FERNÁNDEZ-DAZA; ZABARAIN-COGOLLO, 2019). Assinala-se que quase dois terços das mortes prematuras e um terço da carga total da doença em adultos estão associados a condições ou comportamentos que começaram ainda na adolescência, incluindo o uso do tabaco, a falta de atividade física, maus hábitos alimentares, sexo desprotegido ou, mesmo, exposição à violência. Evidências de todo o mundo mostram o quão precária essa década pode ser: 81.000 adolescentes brasileiros, de 15 a 19 anos, foram assassinados entre 1998 e 2008, a frequência global para a escola secundária é aproximadamente um terço menor do que para a escola primária, um terço de todos os novos casos de HIV envolvem jovens de 15 a 24 anos (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2011). A importância da adolescência para a saúde do adulto é agora mais bem avaliada, pois muitos comportamentos estabelecidos na adolescência estão ligados ao risco ao longo da vida, como de tabagismo, obesidade, ingestão de álcool e hiperlipidemia, e até 75% das doenças mentais adultas se apresentando antes dos 18 anos (HARGREAVES, 2011). Dados recentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância – Unicef (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF, 2021), apontaram que mais de um em cada sete adolescentes vive com algum transtorno mental diagnosticado, sendo os principais depressão e ansiedade e cerca de um quinto dos indivíduos nesta etapa apresentam algum problema emocional ou comportamental (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2011). Esta fase da vida pode oferecer algumas das melhores

oportunidades para intervir na promoção da saúde e prevenir algumas das principais causas de doenças dos estágios posteriores.

Segundo Sawyer *et al.* (2012), não há como pensar políticas públicas de saúde de toda a população, sem considerar a saúde do adolescente. Compreender os diversos fatores que afetam a saúde nesse período do desenvolvimento possibilita pensar ações tanto a curto prazo, que impactam diretamente a população na faixa etária da adolescência, quanto a longo prazo, que afetam toda a população. Em comparação a outros aspectos que influenciam o desenvolvimento do adolescente, o foco na saúde mental é o mais recente.

Uma vez compreendido que hábitos saudáveis adotados durante a adolescência podem mudar o cenário de saúde de uma população, dando condições sobre planejamento de agendas de saúde pública, que visem tanto efeitos a curto prazo, quando o alvo é a própria população adolescente, quanto a longo prazo, com uma abrangência ainda maior em termos quantitativos, estudos sobre a saúde de indivíduos dessa faixa etária são primordiais aos planos de desenvolvimentos dos países (SAWYER *et al.*, 2012) e, na seção a seguir, são comentados alguns desses trabalhos.

Saúde Mental do Adolescente

As atitudes em relação aos jovens variam muito entre e dentro das sociedades. Entretanto, atualmente observam-se percepções negativas a respeito dos adolescentes, incluindo uma tendência a superestimar os comportamentos problemáticos apresentados, incluindo entendê-los como ameaça criminosa, combinada com preocupações generalizadas sobre uma “geração perdida”, pois se observa que os jovens estão ingressando na vida adulta com menos oportunidades educacionais e econômicas do que gerações anteriores (HARGREAVES, 2011). Reis, Malta e Furtado (2018), em uma revisão narrativa, observaram uma prevalência de estudos voltados às questões de violência e fatores de risco, como uso de álcool e outras drogas quando o alvo é a população jovem.

É verdade que adolescentes apresentam comportamentos desafiadores, mas não na frequência que alguns estão imaginando, a ponto de considerar a adolescência como uma fase problemática por si, inclusive porque muitos das questões desta fase estavam presentes na infância. Por exemplo, enurese noturna: um trabalho desenvolvido no município de São Paulo (SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2007) observou que 6,6% dos participantes da pesquisa, com idade dos 11 aos 14 anos, molhavam a cama; dos 15 aos 18 anos eram 1,8%. Entretanto, este comportamento era mais frequente nas crianças (4 aos 6 anos, 35,4%, e aos 10 anos, 11,3%). As consequências sociais da enurese noturna na adolescência podem ser devastadoras, em uma época que estão desenvolvendo a autonomia, dormindo na casa de amigos/parentes, participando de excursões escolares, o grau de prejuízo associado à Enurese inclui limitações impostas às atividades sociais do adolescente ou seu efeito sobre a autoestima.

O medo é uma emoção normal, pesquisada também na adolescência. Um estudo brasileiro (MARTELETO; SCHOEN, 2020) observou que os pais identificaram essa

emoção em 31,65% dos adolescentes de 11 a 14 anos e em 37,25% de jovens dos 15 a 19 anos. ao passo que mais pais de crianças informaram a presença de medo em seus filhos (70,83% das em idade pré-escolar e 58,62% das com idade de 7 a 10 anos). Neste estágio, os medos sociais, como ler em público, apresentar um trabalho, conversar com desconhecidos aparece com bastante frequência, embora no estudo de Schoen e Vitalle (2012) o, motivos de medo foram diversos, mas os animais (cachorro, cobra, leão...) predominaram. Nesse trabalho, os adolescentes mais velhos informaram mais a presença dessa emoção do que os mais novos. A emoção medo foi predominante no sexo feminino ($p=0,009$).

Ter medo de ir à escola é um comportamento esperado em crianças pequenas, no início do ano letivo. Entretanto parece estar associado a problemas emocionais ou de desenvolvimento quando aparece em crianças mais velhas ou adolescentes ou quando continua após o período de adaptação escolar. Um estudo com 347 pais de crianças e adolescentes (dos 4 aos 18 anos), envolvendo escolas e ambulatórios encontrou que a média de idade dos filhos que apresentavam o comportamento ‘medo de ir à escola’ era de 9,7 anos, ou seja, era um comportamento presente tanto em crianças pequenas, quanto em adolescentes (MARTELETO *et al.*, 2008). É importante ressaltar que esse comportamento esteve associado a muitos outros problemas emocionais, como as escalas Internalizante, Externalizante e Total de Problemas do CBCL e os agrupamentos desse instrumento.

Outro comportamento que aparece da criança ao idoso é o de gostar de ficar sozinho, mas que, na adolescência aparece com maior frequência e é importante para a regulação emocional e para o processo de construção da identidade. No estudo de Schoen e Marteleto (2020), a incidência desse comportamento aumentou com a idade (47,75% dos adolescentes dos 10 aos 12 anos; 57,45% dos participantes do estudo dos 13 aos 15 anos; e 65,79% dos jovens com 16 anos ou mais. Também houve mais meninas que meninos informando preferir ficar sozinha às vezes ou sempre.

A deficiência de ferro, com ou sem anemia, é um desafio enorme para os sistemas de saúde, tanto para gestantes, bebês, escolares quanto para adolescentes (em especial, do sexo feminino), e interfere na capacidade de aprendizagem, no desempenho físico e laboral, especialmente pela fadiga e falta de ânimo. Um estudo observou que a prevalência de deficiência de ferro em adolescentes foi de 3,1%, com impacto negativo na memória a curto prazo e escores médios mais baixos em QI verbal (SCHOEN *et al.*, 2021).

Em um estudo com 383 indivíduos de 6 a 18 anos (média de idade: 11 anos), observou-se que 85% dos pais informaram que seus filhos tinham frequentemente problemas com o sono (BECKER; RAMSEY; BYARS, 2015). Em geral o problema referia-se a dormir menos que os pares, mas também, alguns cuidadores assinalaram dormir mais que os pares e os filhos terem pesadelos e/ou falar ou caminhar dormindo. Ressalta-se que esse estudo envolveu crianças e adolescentes, ou seja, é uma dificuldade que está presente em outras faixas etárias. Alguns adolescentes também informaram ter problemas com o sono ao responderem aos itens do YSR (THOMPSON *et al.*, 2020). Houve associação positiva entre problemas com o sono e ideação suicida.

O adolescente procura um sentimento de afirmação e companheirismo nos diversos grupos em que participa. Ser aceito pelos pares facilita a inserção social. Um trabalho paulista envolvendo 181 adolescentes dos 10 aos 18 anos, incluindo adolescentes obesos (28,18% dos adolescentes encontravam-se no percentil 95 do Índice de Massa Corpórea – IMC), observou que os participantes do estudo apresentaram uma percepção positiva de serem aceitos pelos pares e que os adolescentes obesos mostraram menor popularidade e maior dificuldade de relacionamentos (SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2005).

Com os trabalhos citados (e poderiam ser incluídos muitos outros), deixa-se claro que na adolescência há comportamentos desafiadores, que atrapalham o desenvolvimento do indivíduo, mas não são todos os adolescentes que apresentam questões emocionais ou comportamentais que necessitam de ajuda especializada. Entretanto, é preciso um olhar para esse estágio do ciclo vital e identificar as questões de saúde mental, a fim de que a adolescência possa ser um período saudável e o jovem viva essa etapa com alegria e que os comportamentos de risco e fatores que prejudicam o desenvolvimento possam ser identificados, eliminados ou minimizados para que a adolescência seja um bom fundamento para as próximas etapas do ciclo vital.

O *The ESEMed/MHEDEA 2000 investigators* (THE ESEMED/MHEDEA 2000 INVESTIGATORS *et al.*, 2004) pesquisou em diferentes países europeus a prevalência de alguns transtornos mentais em adultos a partir dos 18 anos e observou que 14% dos participantes relataram algum tipo de transtorno depressivo ao longo de sua vida; 13,6% algum tipo de transtorno de ansiedade, e 5,2% problemas com álcool. Esse projeto indicou uma idade precoce de início de transtornos de humor e alcoolismo. Resultados esses que corroboram a visão sobre a importância de entender a epidemiologia dos transtornos mentais durante a adolescência (ORMEL *et al.*, 2015).

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

Na Holanda foi observado, entre os adolescentes participantes de um estudo, que os transtornos de humor e comportamento foram menos prevalentes, embora mais graves, enquanto que os transtornos de ansiedade foram os mais comuns, mas menos graves. Cerca de um em cada quatro adolescentes preencheram os critérios para algum transtorno de ansiedade, com taxas de transtornos individuais variando de 1% para agorafobia sem transtorno do pânico a 12% para fobia específica e social. A idade mediana do início variou de acordo com a patologia. Ter alguma patologia aumentou o risco do adolescente de desenvolver outro distúrbio (conforme o informado no capítulo ‘Dimensão internalizante e dimensão externalizante: Taxionomia hierárquica’). No final da adolescência, 22% dos jovens experimentaram algum episódio grave e 23% episódios leves. O fardo da doença mental varia de 5 a 10% na população adolescente (ORMEL *et al.*, 2015).

A versão mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5) adicionou um novo diagnóstico: o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor – TDDH – na categoria dos Transtornos Depressivos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Copeland, Angold, Costello e Egger (2013) sugerem uma baixa apresentação em adolescentes (0,8%), mas com níveis altos de coocorrência com transtornos depressivos e com transtorno desafiador opositivo. Freeman e colaboradores (2016) encontram 31% das crianças e adolescentes 6 a 18 anos que frequentavam um centro de saúde mental preencheram os critérios de TDDH e 40 % apresentavam Transtorno Desafiador de Oposição.

Vulnerabilidade social, especialmente não morar com os pais, não ter o apoio da família, afeta a saúde mental. Adolescentes colombianos abrigados apresentaram mais problemas emocionais e comportamentais, medidos pelo YSR e pelo CBCL, do que aqueles que moravam com a família (FERNÁNDEZ-DAZA; ZABARAIN-COLOGLO, 2019). De igual modo, adolescentes venezuelanos institucionalizados apresentaram menor competência social e acadêmica e mais problemas de comportamento externalizantes e internalizantes, que os participantes que viviam com seus pais (FERNÁNDEZ-DAZA; FERNÁNDEZ-PARRA, 2013). Em Portugal, jovens em casas de acolhimento apresentaram níveis mais elevados de problemas de saúde mental, menor rendimento acadêmico, uma rede de apoio social mais limitada, entretanto estavam mais envolvidos em esportes e passatempos e tarefas domésticas do que os adolescentes do grupo controle (CAMPOS *et al.*, 2019). Adolescentes com problemas com a lei, do sexo masculino, relataram mais problemas do que normalmente são relatados por meninos de 11 a 18 anos no YSR, particularmente no amplo domínio de problemas de comportamento externalizantes, como violação de regras e problemas de uma natureza agressiva, e também no agrupamento Isolamento/Depressão (SEMEL, 2020).

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

Um grande número de estudos utilizou escalas de sintomas como o Child Behavior Checklist (CBCL) (ACHENBACH *et al.*, 2008; ACHENBACH; RESCORLA, 2007) para avaliar a psicopatologia dimensional em adolescentes em diversos países. Utilizando o mesmo instrumento, as diferenças detectadas entre estudos, local e na população geral, podem ser interpretadas como resultantes de aspectos geográficos, sociais e/ou culturais.

Um estudo brasileiro (VALVERDE *et al.*, 2012), envolvendo 320 adolescentes que aguardavam atendimento de algum profissional de saúde e que não estavam em

processo de psicoterapia, utilizando o YSR – instrumento de triagem para competência social e problemas comportamentais e emocionais –, observou que o principal problema relatado se relacionava ao agrupamento ‘Ansiedade/Depressão’. Os rapazes obtiveram escores mais altos em Problemas Sociais e mais baixos em Comportamento Delinquente; as moças apresentaram-se com menos problemas no agrupamento Problemas Somáticos e com mais problemas em Ansiedade/Depressão. O agrupamento Problemas Sociais esteve associado ao início da adolescência. Tanto patologias descritas no DSM 5, quanto problemas específicos de comportamento e saúde podem ser detectados por instrumentos de triagem, como os da família ASEBA, também na adolescência.

Um estudo com estudantes do 7º ao 11º ano, no Nepal, utilizando o YSR, observou que um terço dos participantes apresentavam problemas emocionais e comportamentais (SHARMA *et al.*, 2019). Os problemas internalizantes foram mais comuns do que externalizantes. Esse resultado foi semelhante ao um trabalho brasileiro realizado no Rio Grande do Sul (BORBA; MARIN, 2018). Um estudo queniano observou a prevalência de problemas emocionais e comportamentais (MAGAI; MALIK; KOOT, 2018). Pelo relato dos pais (CBCL) e dos adolescentes (YSR), a média na escala Internalizante foi maior que a da escala Externalizante, com as moças relatando mais dificuldades.

Analisando as edições de 2009, 2012 e 2015 da Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PeNSE), pesquisa que investiga informações, a fim de conhecer e dimensionar os fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, Reis, Malta e Furtado (2018), apresentaram correlações relevantes à compreensão do cenário de saúde mental dessa população, como a verificada entre uso de substâncias e solidão e insônia.

Saúde mental do adolescente: efeitos do isolamento social provocado pela Covid-19

Por conta do SARS-CoV-2 ser um vírus que é transmitido por partículas respiratórias no contato próximo, principalmente em ambientes fechados, políticas de isolamento social foram adotadas, como o fechamento de escolas, distanciamento social e quarentena domiciliar, a fim de controlar a contaminação (SOARES; SCHOEN, 2020), mudando, abruptamente, o modo de vida das pessoas. Diversos são os prejuízos que podem ser decorrentes do fechamento das escolas e outras instituições frequentadas por adolescentes, muito além do déficit de conteúdo escolar e habilidades cognitivas, como evasão escolar, interrupção dos serviços de alimentação, saúde e apoio psicossocial e diminuição da interação entre pares, culminando em impacto negativo nas atividades cotidianas das pessoas, na formação do indivíduo, nas relações interpessoais e, no bem-estar psicológico, sua saúde física e mental (CARMEN CANO-LOZANO; NAVAS-MARTÍNEZ; CONTRERAS, 2021; WHO; IFRC; UNICEF, 2020). Pais e adolescentes sentiram-se sobrecarregados durante a pandemia, principalmente na primeira onda (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021).

A adolescência é um período crucial para o desenvolvimento e manutenção de hábitos sociais e emocionais saudáveis e importantes para o bem-estar, incluindo a

saúde geral. Entre esses hábitos, destacam-se a adoção de padrões de sono saudáveis, prática regular de atividade física, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e de resolução de problemas interpessoais, além da habilidade em identificar e administrar emoções. Um dos fatores que prejudica o desenvolvimento dessas habilidades é o isolamento social, decorrente de características individuais, como a presença de timidez ou dificuldades em habilidades sociais, ou de fatores ambientais, como as pandemias.

As pandemias, assim como os desastres, fazem parte da história da humanidade desde sempre e trazem, entre muitos problemas, a necessidade de separação, quarentena ou isolamento, gerando efeitos negativos em diferentes fases do desenvolvimento. Com os adolescentes não seria diferente. Os riscos desses efeitos ao desenvolvimento devem ser estudados, assim como os possíveis fatores protetores.

Completado dois anos de pandemia da Covid-19, já há na literatura alguns estudos ressaltando os efeitos do isolamento social sobre a saúde mental do adolescente. Estudos transversais e longitudinais mostraram que a pandemia da Covid-19 afetou negativamente a saúde mental de adolescentes (BOUTER *et al.*, 2022). Comparado ao período anterior à pandemia, adolescentes relataram uma qualidade de vida pior, dobrando o percentual de problemas de saúde e com aumento de problemas comportamentais e emocionais (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2021). Para Miliuskas e Faus (2020), a vulnerabilidade do adolescente no referido contexto se dá essencialmente pela ausência do convívio em grupos com seus pares etários, a qual é de fundamental importância ao desenvolvimento saudável do indivíduo nessa faixa etária. No entanto, além da diminuição considerável desse convívio, decorrente do fechamento de espaços de convivência habitualmente utilizados pelos adolescentes, como escolas, clubes, academias, shoppings, praias e parques, outras situações devem ser consideradas nesse contexto.

O estudo de Florêncio Jr., Paiano e Costa (2020) ressalta os efeitos da diminuição da atividade física decorrente das restrições sociais em crianças e adolescentes. Segundo esses autores, os principais fatores seriam a privação do ambiente escolar e o aumento de práticas sedentárias, como assistir aulas de forma remota e maior tempo dedicado a jogos online e televisão (computador, celular...). Possíveis prejuízos cognitivos estão associados ao menor volume de massa cinzenta em regiões cerebrais específicas, principalmente em decorrência de mais tempo em telas, seja assistindo televisão ou jogando videogame. Além disso, o sedentarismo é fator de risco ao sobrepeso e obesidade, o que pode gerar diversos prejuízos à saúde do indivíduo. A redução de atividade física causada pelo isolamento reflete no aumento da quantidade de gordura corporal e reduz a capacidade de desempenho físico durante a puberdade (ANDERSEN, *et al.*).

A imposição de restrição ao ambiente doméstico privou os adolescentes da possibilidade de relacionamentos físicos com seus pares e favoreceu um maior contato com seu núcleo familiar, o que, em muitos casos, implicou em situações de conflito e, mesmo, violência doméstica. Um trabalho espanhol, com indivíduos dos 18 aos 25 anos, mostrou que mais da metade dos jovens relatou ter realizado pelo menos um comportamento violento em relação aos pais, mas também exposição de violência

entre os genitores e destes contra os filhos (CARMEN CANO-LOZANO; NAVAS-MARTÍNEZ; CONTRERAS, 2021). A maior procura por jogos e outras atividades virtuais, como as redes sociais, aliada à falta de privacidade experimentada por alguns adolescentes, criaram um contexto desenvolvimental desfavorável, culminando em prejuízos no campo da saúde mental. Tais prejuízos são notáveis, sobretudo, a partir do aumento de ansiedade e depressão, além de situações de estresse. Os sinais de tais situações são principalmente visíveis a partir de alteração na qualidade do sono e uso de substâncias psicotrópicas (ALMEIDA *et al.*, 2021; MILIAUSKAS; FAUS, 2020). Estudos transversais mostraram que a pandemia da Covid-19 afetou negativamente a saúde mental de adolescentes.

Um estudo italiano (CONTI *et al.*, 2020), para investigar mudanças emocionais e comportamentais relacionadas ao bloqueio na população neuropsiquiátrica pediátrica, observou que os problemas obsessivo-compulsivos, pós-traumáticos e de pensamento aumentaram na população de 6 a 18 anos, medidos pelo CBCL, quando comparados aos resultados antes da pandemia (CONTI *et al.*, 2020). Este aumento esteve relacionado às dificuldades financeiras experimentadas pelas famílias. Outro estudo italiano (RAFFAGNATO *et al.*, 2021), envolvendo crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos, que seguiram com intervenção durante o lockdown, observou que, principalmente aqueles com transtornos internalizantes, os pacientes tiveram uma boa adaptação ao contexto pandêmico. Resultado semelhante foi encontrado por Bouter *et al.* (2022) que, longo da pandemia, observaram que a maioria dos adolescentes participantes do estudo relatou apresentar sintomas emocionais e comportamentais dentro da normalidade, diminuindo, inclusive, alguns sintomas. Entretanto, muitos outros estudos, como o de Schmidt *et al.* (2021) e o de Cerniglia e Cimino (2022), observaram aumento na prevalência de sintomas psicopatológicos em adolescentes, quando verificados antes do início da pandemia e durante a quarentena.

No trabalho de Cohodes, McCauley e Gee (2021), também utilizando o CBCL, observou-se que houve uma associação positiva significativa entre o estresse familiar relacionado à Covid-19 e problemas de internalização e externalização do filho.

Observando problemas comportamentais e emocionais de adolescentes que tiveram Covid-19, após uns sete meses da alta hospitalar, verificou-se que os Problemas com o Pensamento foram os mais comuns relatados pelos pais, sintomas somáticos e de atenção foram mais frequentes no sexo feminino do que no masculino, e que fadiga permanecia em mais de um terço da amostra (AKÇAY *et al.*, 2022).

Os efeitos mais graves do isolamento social estão associados ao desenvolvimento de problemas em saúde mental. A maior parte dos estudos retrata como frequentes, o aumento da emoção medo, de nervosismo, aborrecimento, ansiedade, depressão e solidão, após algumas semanas de isolamento (LI *et al.*, 2020; MILIAUSKAS; FAUS, 2020; VANHALST *et al.*, 2012). Sprang e Silman *et al.* (2013) já haviam percebido que a experiência de isolamento na infância pode desencadear Transtorno de Estresse Pós-Traumático na adolescência e Schinka *et al.* (2013) verificaram aumento de ideação suicida em adolescentes que passaram pela percepção de solidão frequente na infância. O impacto do isolamento pode também ser percebido na saúde geral do adolescente. Autores destacaram aumento de doenças cardiovasculares e

metabólicas nessa faixa etária quando fatores de isolamento estavam presentes na infância (DANESE *et al.*, 2009). Com esses estudos é possível prever que o isolamento social imposto pelas políticas de contenção da Covid-19 tenham efeitos deletérios de longo prazo.

Considerações finais

Embora essa quinta parte da população global seja comumente referida como a “próxima geração” de adultos, a “geração futura” ou simplesmente “o futuro”, é preciso lembrar a importância da saúde física e mental durante a própria vivência da adolescência e juventude; além alicerce para a vida adulta e influência para as próximas gerações. Os adolescentes fazem parte do presente da sua família e da sociedade – divertindo-se, estudando, trabalhando, contribuindo para famílias, comunidades, sociedades e economias. Não menos do que as crianças, os adolescentes merecem e necessitam de proteção e cuidados, bens e serviços essenciais, oportunidades e apoio, bem como o reconhecimento de sua existência e valor (UNITED NATIONS CHILDREN’S FUND, 2011).

Referências

ACHENBACH, T. M. *et al.* Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, 2008.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology**. New York: Guilford Press, 2007.

AKÇAY, E. *et al.* Behavioral, Emotional Problems and Fatigue in Adolescents After COVID-19 Infection: A Cross-Sectional Study. **Turkish Journal of Pediatric Disease**, p. 1–8, 2022.

ALMEIDA, I. L. L.; REGOA, J. F. R.; TEIXEIRA, A. C. G.; MOREIRA, M. R. Isolamento social e seu impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. **Rev Paul Pediatr.**, 40:e2020385, 2022.

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

ANDERSEN, J. A.; ROWLAND, B.; GLOSTER, E.; WILLIS, D. E.; HERNANDEZ, N.; FELIX, H. C.; LONG, C. R.; MCELFISH, P. A. Associations among Self-Reported Mental Health, Physical Activity, and Diet during the COVID-19 Pandemic. **Nutrition and Health**, 2022.

BECKER, S. P.; RAMSEY, R. R.; BYARS, K. C. Convergent validity of the Child Behavior Checklist sleep items with validated sleep measures and sleep disorder diagnoses in children and adolescents referred to a sleep disorders center. **Sleep Medicine**, v. 16, n. 1, 2015.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em Desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Art-med, 2011.

BOCK, A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 11, n. 1, 2007.

BORBA, B. M. R.; MARIN, A. H. Indicators of emotional and behavioral problems in adolescents: Evaluation among multiple informants. **Paideia**, v. 28, n. 69, 2018.

BOUTER, D. C. *et al.* A longitudinal study of mental health in at-risk adolescents before and during the COVID-19 pandemic. **European Child and Adolescent Psychiatry**, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da União**, 1990.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, J. *et al.* Emotional and Behavioral Problems and Psychosocial Skills in Adolescents in Residential Care. **Child and Adolescent Social Work Journal**, v. 36, n. 3, 2019.

CARMEN CANO-LOZANO, M.; NAVAS-MARTÍNEZ, M. J.; CONTRERAS, L. Child-to-parent violence during confinement due to covid-19: Relationship with other forms of family violence and psychosocial stressors in spanish youth. **Sustainability (Switzerland)**, v. 13, n. 20, 2021.

CERNIGLIA, L.; CIMINO, S. Eating Disorders and Internalizing/Externalizing Symptoms in Adolescents before and during the COVID-19 Pandemic. **Journal of the American Nutrition Association**, 17 maio 2022.

COHODES, E. M.; MCCAULEY, S.; GEE, D. G. Parental Buffering of Stress in the Time of COVID-19: Family-Level Factors May Moderate the Association Between Pandemic-Related Stress and Youth Symptomatology. **Research on Child and Adolescent Psychopathology**, v. 49, n. 7, 2021.

CONTI, E. *et al.* Behavioural and emotional changes during covid-19 lockdown in an italian paediatric population with neurologic and psychiatric disorders. **Brain Sciences**, v. 10, n. 12, 2020.

DANESE, A. *et al.* Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease: Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 163, n. 12, 2009.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: 1972.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: 1998.

FERNÁNDEZ-DAZA, M. P.; FERNÁNDEZ-PARRA, A. Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. **Universitas Psychologica**, v. 12, n. 3, 2013.

FERNÁNDEZ-DAZA, M. P.; ZABARAIN-COGOLLO, S. J. Usefulness of ASEBA to assess cognitive and social problems in children and adolescents in children's homes. **Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana**, v. 16, n. 3, p. 39-56, 2019.

FLORÊNCIO JR, P. G.; PAIANO, R.; COSTA, A. S. Isolamento social: consequências físicas e mentais da inatividade física em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-2, 2020.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA – UNICEF. Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a “ponta do iceberg” – UNICEF. **Comunicado de imprensa**, 4 out. 2021.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C.; GOODWAY, J. D. **Compreendendo o desenvolvimento motor**: bebês, crianças, adolescentes e adultos. Porto Alegre: AMGH, 2013.

HALL, G. S. **Adolescence its Psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and educations**. New York – EUA: D. Appleton, 1925. v. I e II.

HARGREAVES, D. S. Revised you're welcome criteria and future developments in adolescent healthcare. **Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology**, 2011.

HAVIGHURST, R. J. **Human Development and Education**. New York: Longmans, Green and Co., 1957.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2019. IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2019, 2019.

JOURRETTE, C. As alterações da adolescência. *In*: TORRETE, C.; GUIDETTI, M. (ed.). **Introdução à Psicologia do Desenvolvimento**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2009.

LI, H. Y. *et al.* The psychological impacts of a covid-19 outbreak on college students in China: A longitudinal study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, 2020.

MAGAI, D. N.; MALIK, J. A.; KOOT, H. M. Emotional and Behavioral Problems in Children and Adolescents in Central Kenya. **Child Psychiatry and Human Development**, v. 49, n. 4, 2018.

MARTELETO, M. R. F. *et al.* Meu filho tem medo de ir à escola. (Sociedade Brasileira de Psicologia, Ed.). XXXVIII Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia. **Anais**. Uberlândia – MG: Sociedade Brasileira de Psicologia, out. 2008.

MARTELETO, M. R. F.; SCHOEN, T. H. Meu filho tem medo: A incidência desta emoção em crianças e adolescentes. *In*: COSTA, E.; SAMPAIO, E. **Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas**. Santos – SP; 2020. p. 638-650.

MILIAUSKAS, C. R.; FAUS, D. P. Saúde mental de adolescentes em tempos de covid-19: Desafios e possibilidades de enfrentamento. **Physis**, v. 30, n. 4, 2020.

ORMEL, J. *et al.* Mental health in Dutch adolescents: A TRAILS report on prevalence, severity, age of onset, continuity and co-morbidity of DSM disorders. **Psychological Medicine**, v. 45, n. 2, p. 345–360, 2015.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

POLANCZYK, G. V. *et al.* Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 56, n. 3, 2015.

RAFFAGNATO, A. *et al.* The covid-19 pandemic: A longitudinal study on the emotional-behavioral sequelae for children and adolescents with neuropsychiatric disorders and their families. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 18, 2021.

RAVENS-SIEBERER, U. *et al.* Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic—results of the Copsy study. **Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz**, v. 64, n. 12, 2021.

REIS, A. A. C. DOS; MALTA, D. C.; FURTADO, L. A. C. Desafios para as políticas públicas voltadas à adolescência e juventude a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, 2018.

SAWYER, S. M. *et al.* Adolescence: A foundation for future health. **The Lancet**, v. 379, n. 9826, 28 April–4 May 2012, p. 1630-1640, 2012.

SCHINKA, K. C. *et al.* Psychosocial predictors and outcomes of loneliness trajectories from childhood to early adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 36, n. 6, 2013.

SCHMIDT, S. J. *et al.* Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 12, n. 1, 2021.

SCHOEN, T. H. Questões de Saúde na Adolescência e suas implicações nas tarefas desenvolvimentais. *In*: DIAS, E.; BARBOSA, L.; LUNA, R. (ed.). **Psicologia: Perspectivas em Educação e em Saúde**. 1. ed. Jundiaí-SP: Paco Editorial, 2013. p. 37-50.

SCHOEN, T. H. Conceito de adolescência. *In*: JESUS, N. M.; SOARES JR, J. M.; MORAES, S. D. (ed.). **Adolescência e Saúde 4: Construindo saberes, unindo forças, consolidando direitos**. São Paulo: Instituto da Saúde. Sec. Est. Saúde SP, 2018. p. 17-19.

SCHOEN, T. H. *et al.* Avaliação cognitiva em adolescentes com deficiência de ferro. *In*: FONSECA, A. M.; MARTELETO, M. R. F.; SCHOEN, T. H. (ed.). **Processos Neuropsicológicos: uma abordagem do desenvolvimento**. Santos – SP: Científica Digital, 2021. p. 28-44.

SCHOEN, T. H.; MARTELETO, M. R. F. A frequência e importância do comportamento de ficar sozinho na adolescência. *In*: **Desenvolvimento da Criança e do Adolescente: Evidências Científicas e Considerações Teóricas-Práticas**. Santos - SP: Científica Digital, 2020. p. 86-99.

SCHOEN, T. H.; VITALLE, M. S. S. Tenho medo de quê? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 1, p. 72–78, 2012.

SCHOEN-FERREIRA, T. H. *et al.* Adolescência: os outros gostam de mim? I sim-pósio Internacional do Adolescente: Adolescência hoje: desafios, práticas e políticas. **Anais**. São Paulo: 2005.

SCHOEN-FERREIRA, T. H. *et al.* Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. **Journal of Human Growth and Development**, v. 17, n. 2, 2007.

SCHOEN-FERREIRA, T. H.; AZNAR-FARIAS, M.; SILVARES, E. F. de M. Adolescência através dos séculos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, 2010.

SEMEL, R. A. Mean Score Comparisons on the ASEBA Youth Self-Report between a Sample of Adjudicated Delinquent Youths Evaluated for Legal Disposition and the

Normative Sample of Non-Clinically Referred Male Adolescents. **EC Psychology and Psychiatry**, v. 9, n. 2, p. 1-9, 11 jan. 2020.

SHARMA, B. *et al.* Emotional and Behavioral Problems among Adolescents in Pokhara City in Nepal. **Journal of Nepal Health Research Council**, v. 16, n. 41, 2019.

SOARES, L.; SCHOEN, T. H. Medidas de prevenção à Covid-19 no retorno às aulas: Protocolos de 13 países. **Scielo Preprints**, p. 1-20, 9 ago. 2020.

SPRANG, G.; SILMAN, M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. **Disaster Medicine and Public Health Preparedness**, v. 7, n. 1, 2013.

THE ESEMED/MHEDEA 2000 INVESTIGATORS *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 420, n. 21-27, 2004.

THOMPSON, E. C. *et al.* Youth self report thought problems and sleep difficulties are linked to suicidal ideation among psychiatrically hospitalized adolescents. **Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology**, v. 30, n. 8, 2020.

TSITSIKA, A. *et al.* Cyberbullying victimization prevalence and associations with internalizing and externalizing problems among adolescents in six European countries. **Computers in Human Behavior**, v. 51, n. PA, 2015.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). The State of the World's Children 2011. Adolescence An Age of Opportunity. Nova York – EUA: Unicef, 2011.

VALVERDE, B. *et al.* Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. **Paideia**, 2012.

VANHALST, J. *et al.* The Interplay of Loneliness and Depressive Symptoms Across Adolescence: Exploring the Role of Personality Traits. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 41, n. 6, 2012.

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

VITALLE, M. S. S. *et al.* **Medicina do Adolescente: Fundamentos e Prática**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019.

WHO; IFRC; UNICEF. **Key Messages and Actions for Prevention and Control in Schools. Key Messages and Actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools**, Nova York – EUA: March, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the World's Adolescents: A second chance in the second decade**. Genebra, Suíça: WHO, 2014.

7. PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM ADULTOS

Fernanda Ribeiro de Araújo

Teresa Helena Schoen

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Introdução

No Brasil, aos 18 anos, toda pessoa passa a estar habilitada a exercer plenamente dos atos da vida civil, quais sejam, casar-se, ter emprego formalizado, negócio próprio, obter carteira de motorista ou mesmo colar grau no ensino superior (BRASIL, 2002). Em termos jurídicos, a chegada dos 18 anos, portanto, marca o início da vida adulta.

O ser humano desenvolve-se em função da hereditariedade e fatores biológicos, das oportunidades, condições materiais e sociais e ideias dominantes do ambiente em que está inserido (ROSA, 1988), o que torna a diversidade uma característica da vida adulta (BERGER; THOMPSON, 2000). As tarefas de desenvolvimento e os vários contextos de vida oferecem diferentes oportunidades, desafios e restrições que podem gerar a construção de objetivos e estilos de vida distintos, contribuindo para as escolhas e o desenvolvimento dos indivíduos, enfatizando sua participação ativa na realização das mudanças desejadas (SALMELA-ARO *et al.*, 2012). Berger e Thompson (2000) colocaram que, embora as diferentes teorias sobre o desenvolvimento humano difiram entre si, os adultos sentem necessidade de se conectarem com outras pessoas em maior intimidade e de alcançar êxitos de forma independente.

Para muitos desenvolvimentistas, há certas habilidades ou tarefas que o indivíduo deve adquirir para ser considerado como uma pessoa com o desenvolvimento adequado e satisfatoriamente ajustada (ROSA, 1988). As tarefas desenvolvimentais são tarefas normativas com base nas expectativas da sociedade sobre os marcos de desenvolvimento e atributos pessoais que devem ser alcançadas em fases específicas da vida (HAVIGHURST, 1957; HUTTEMAN *et al.*, 2014). Para o adulto do século XXI, essas tarefas abrangem cinco categorias: relacionamentos românticos, vida familiar, vida profissional, vida social (além de relacionamentos românticos e vida familiar) e mudanças físicas (HUTTEMAN *et al.*, 2014; SALMELA-ARO *et al.*, 2012).

Erikson (ERIKSON, 1979, 1998) trouxe a ideia de que o desenvolvimento da personalidade é o resultado de desafios e crises que ocorrem tipicamente em um estágio específico da vida, por conta de fatores biológicos, sociais, cognitivos, comportamentais e culturais que se apresentam de forma interligada. Na teoria psicossocial de Erik Erikson (1902-1994), o início da vida adulta (bem como das outras fases do ciclo vital) não é marcado por uma limitação de idade, mas sim pela vivência das crises psicossociais (ERIKSON, 1998). Numa breve exposição do aporte teórico da

contribuição de Erikson, temos que cada estágio do desenvolvimento representa uma combinação de elementos de maturação e crescimento físico, cognitivo e demandas sociais de uma pessoa – culminando em uma determinada tarefa de desenvolvimento, uma crise, a ser cumprida/superada para poder “passar de fase” (WIDICK; PARKER; KNEFELKAMP, 1978). Ao todo, Erikson postulou oito estágios do desenvolvimento, cada qual com sua crise e resolutividade.

A vida adulta compreende os estágios VI e VII da teoria psicossocial de Erikson (ERIKSON, 1998). No estágio VI, a crise se dá entre aspectos relacionados à *intimidade* e ao isolamento, período em que as pessoas normalmente saem da casa dos pais, buscam compartilhar sua vida pessoal com alguém outro – um relacionamento mais íntimo – e construção de suas próprias famílias. No estágio VII, a crise gira em torno das ideias de *geratividade* e estagnação, que implica a necessidade de ser produtivo de diferentes formas, em geral trabalho e paternidade, tarefas que trazem sentido à vida. Para Maree (2021), o estágio VI acontece entre os 20 e 40 anos de idade, e o estágio VII entre os 40 e 65 anos.

Pensando no aspecto de transição criança-adulto que acontece por volta dos 18 anos de idade e perdura até os 25, Arnett (2000, 2013) propôs um novo período, o do adulto emergente, permitindo que os jovens sintam-se cada vez mais responsáveis por si mesmo, permanecendo, ao mesmo tempo, ligados à família e independentes para explorar várias possibilidades de vida. Nesse período, algumas tarefas evolutivas já foram cumpridas, enquanto que outras necessitam de um pouco mais de tempo para serem concluídas – e daí poder afirmar que a adulez de fato chegou (ARNETT, 2007). Cabe ressaltar que o autor circunscreve sua teoria aos países desenvolvidos e industrializados em que, por exemplo, há a busca pelo ensino superior nessa idade (entre 18 e 25 anos), o que protela a saída da casa dos pais e independência financeira necessários para se tornar um adulto (e daí construir sua própria família, por exemplo) (SYED, 2015).

Muitos dos estudos brasileiros sobre o desenvolvimento humano voltam-se especialmente para aspectos evolutivos de crianças, adolescentes e idosos. À parte da importante contribuição teórica clássica de Erickson e Havighurst à etapa da vida adulta, também investigações internacionais na esfera psicológica sobre características de desenvolvimento próprias dos adultos, em termos de desenvolvimento sadio e de disfunções, também não são tão frequentes. De forma distinta, são fecundos os estudos na área da saúde coletiva e da psiquiatria em investigações sobre transtornos mentais (TM) de adultos, tema a que este capítulo se dedica.

Investigações internacionais em saúde mental de adultos

Investigações internacionais dirigidas à avaliação de saúde mental de adultos, como os trabalhos de Alonso *et al.* (2004), Kohn *et al.* (2018) e Charlson *et al.* (2019), fizeram uso de instrumentos baseados no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM (APA, 2014), em modelo *top-down* (ver capítulo Comportamentos Internalizantes e Externalizantes). Nessas investigações, os problemas

de comportamento são descritos como sintomas das doenças e a avaliação deve determinar se o indivíduo atinge ou não os critérios para receber o diagnóstico de um transtorno específico.

Segundo a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID (OMS), os transtornos mentais são caracterizados como doença com manifestação psicológica e com comprometimento funcional. A sobrecarga da combinação das altas taxas de prevalência, o comprometimento no desempenho da vida familiar, pessoal, emocional, social e ocupacional contribuem para a carga total gerada pela doença, causando impacto na qualidade de vida das pessoas (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

O *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), trabalho conduzido por Alonso *et al.* (2004), foi o primeiro levantamento em larga escala sobre prevalências de desordens mentais no contexto europeu, feito com 21.425 adultos de seis países desse continente (Bélgica, França, Alemanha, Itália, Países Baixos e Espanha). Com uso de uma versão da *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), o levantamento de dados dessa pesquisa ocorreu entre janeiro de 2001 e agosto de 2003, resultando em indicadores de que, em algum momento da vida, 14% da amostra apresentou transtorno de humor, 13,6% transtornos de ansiedade e 5,2% desordens mentais associadas ao abuso de álcool. Além disso, a pesquisa também verificou dados de TM com referência ao ano anterior do levantamento, encontrando prevalência duas vezes maior em mulheres para transtornos de humor e ansiedade, nesse período.

Alonso *et al.* (2004) também examinaram determinantes entre os anos de escolaridade e a ocorrência de Transtorno Mental (TM) em cada um dos seis países europeus participantes da avaliação e, assim, foi possível avaliar as influências das diferenças específicas de cada país nas políticas educacionais. Além disso, a urbanidade também pareceu estar associada à presença de um TM no período investigado: os indivíduos que viviam em grandes áreas urbanas apresentaram risco baixo, mas consistentemente maior para todos os três principais grupos de TM (transtornos de humor, transtornos de ansiedade e transtornos associados ao abuso de álcool), em comparação com os entrevistados que viviam em áreas rurais (ALONSO *et al.*, 2004).

Resultados do ESEMED apresentaram uma maior prevalência para TMs em mulheres e entre aqueles que não eram casados ou nunca foram casados, desempregados, deficientes ou em licença por doença. Quanto à escolaridade, pessoas com nível superior mostraram maior probabilidade para transtornos relacionados ao uso de álcool, mas menor probabilidade para transtornos do humor. Na pesquisa de Alonso *et al.* (2004), taxas mais elevadas de distúrbios mentais foram encontradas entre os mais jovens (idades entre 18 e 24 anos), diminuindo conforme o avançar das faixas etárias, o que indicou uma idade precoce de início das perturbações do humor, da ansiedade e do uso de álcool, um achado consistente para diagnósticos desses transtornos. Em suma, ser jovem, ser do sexo feminino, não ter companheiro(a) e estar desempregado (a) foram fatores de risco para TM apontados pelo ESEMED.

O *Global Burden of Disease* (GBD) é um estudo epidemiológico conduzido pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), da Universidade de Washington,

desde 1990 e já teve sete edições (1990, 2010, 2013, 2015, 2016, 2017 e 2019). O IHME recebe dados de prevalência, mortalidade e outros indicadores de saúde de governos e pesquisadores de 195 países, avaliando mais de 350 doenças e adoecimentos, e cria as medidas de *Years Lived with Disability* (YLD), *Years of Life Lost* (YLL) e *Disability Adjusted Life of Years* (DALY). Os dados do GBD são publicados no site do IHME e analisados por pesquisadores do mundo todo – daí surgem diversas publicações com análise de dados gerados a partir do GBD.

Uma das análises feitas a partir de dados do GBD foi a de Kohn *et al.* (2018) que buscaram compreender lacunas de tratamento na região das Américas (Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Guatemala, México, Peru e EUA) examinando dados de prevalência de TM, uso de serviços de saúde mental e carga global de doença a partir da base do GBD de 2015. Na pesquisa de Kohn *et al.* (2018) foram utilizados dados que representavam a maioria da população dos países investigados e que tivessem utilizado a CIDI ou entrevista equivalente. O banco de dados utilizado era o mais recente disponível para cada país, entretanto, por vezes não se tratava de dados atualizados. Por exemplo, para representar o Brasil foram utilizados dados publicados por Andrade *et al.* (2012) sobre prevalência de TM na Região Metropolitana de São Paulo, dado que não representa a extensão geográfica e diversidade brasileira.

Esse estudo de Kohn *et al.* (2018) mostrou uma prevalência de TM na região das Américas de 22% para adultos (18 a 59 anos). O país investigado com a maior prevalência (29,6%) de TM foi o Brasil, seguido pelos EUA (26,2%), Colômbia (21%), Canadá (18,7%), Chile (17%), Argentina (14,8%), Peru (13,5%), México (12,1%) e Guatemala (7,2%). A lacuna de tratamento para qualquer TM na região das Américas foi de 71,2%. Entre os transtornos classificados em nível grave, a lacuna foi de 57,6%. No Brasil, 14% dos investigados faziam uso de algum tipo de serviço de saúde mental, colocando o país na quarta posição de utilização de serviços de saúde mental, precedido por Canadá (16,4%), Argentina (18,2%) e EUA (21,7%). Ainda em resultados sobre o Brasil, a maior lacuna de tratamento foi para transtornos de uso de substâncias (81,4%), seguida de transtornos de ansiedade (77%) e transtornos de humor (63,6%).

Em termos de referências de estudos epidemiológicos internacionais, cabe mencionar o trabalho de Charlson *et al.* (2019) que apresentaram uma revisão sistemática e meta-análise sobre a prevalência de TM em áreas de conflito. Configurando “conflito” como todo conflito armado ou guerra, a pesquisa trabalhou com estudos publicados em áreas geográficas que haviam tido algum conflito nos 10 anos anteriores à avaliação, com uso da classificação *Uppsala Conflict Data Program*. Para a revisão sistemática, foram analisadas publicações de bases de dados acadêmicas (MEDLINE, PsyINFO e Embase), além de relatórios governamentais, anais de congressos, teses e dissertações. Foram usadas somente as publicações que tivessem critérios diagnósticos compatíveis com o DSM ou CID. Para a meta-análise, foram considerados os valores de prevalência para TM do GBD 2016.

Ainda segundo essa investigação, os TMs (depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno bipolar ou esquizofrenia) em áreas afetadas por conflitos foram prevalentes em 22,1% da população dos 39 países que apareceram

nos resultados – prevalência menor do que encontrada em alguns estudos sobre população brasileira, como será visto na subseção a seguir. Enquanto os dados globais do GBD 2016 haviam indicado que uma em cada 14 pessoas era afetada por algum TM, Charlson *et al.* (2019) mostraram que uma em cada cinco pessoas de uma área afetada por conflitos possuía esse tipo de adoecimento.

Em sua investigação, Charlson *et al.* (2019) verificaram que pesquisas que utilizaram instrumentos de autorrelato ou baseadas em sintomas para verificação dos TM tiveram uma variação de 1,5 a duas vezes maior no diagnóstico de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade. Os autores fizeram uma ressalva quanto aos dados obtidos a partir de instrumentos de autorrelato ou baseados em sintomas, já que esses podem superestimar a prevalência de depressão, transtorno de estresse pós-traumático e ansiedade (ver capítulo Múltiplos Informantes).

Resultados de saúde mental do GBD 2019 (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022) indicaram que, naquele ano, transtornos mentais foram a sétima maior carga entre todas as doenças analisadas, sendo os transtornos depressivos os mais frequentes para ambos sexos e adultos de todas as idades, seguidos dos transtornos de ansiedade. O Brasil estava entre os países com maiores DALYs, junto dos Estados Unidos da América, Austrália e Nova Zelândia. Os autores ressaltaram que esses dados do GBD 2019, coletados antes da pandemia da COVID-19, servem como um lembrete de que a carga dos transtornos mentais já era algo gritante no mundo todo, e que foi ainda mais exacerbada durante a pandemia – com efeitos a serem desdobrados a médio e longo prazo (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022).

Estudos epidemiológicos da população brasileira

Num dos primeiros estudos brasileiros avaliando a presença de TM, Almeida-Filho *et al.* (1977) realizaram uma pesquisa nas regiões metropolitanas do Distrito Federal, São Paulo e Porto Alegre, com 6.476 indivíduos com mais de 15 anos de idade, encontrando que os transtornos de ansiedade apresentavam as maiores taxas de prevalência (18%), seguidos de distúrbios fóbicos (14%), estados depressivos e ansiosos. O abuso e a dependência de álcool entre os homens mostravam-se em níveis consistentes nessas três unidades da federação e foram considerados, pelos autores, o principal problema de saúde mental da amostra investigada (prevalência ao longo da vida em torno de 15% em todas as regiões). Segundo essa pesquisa, em Brasília, 12% da população, à época, necessitava de cuidados de saúde mental devido a distúrbios de ansiedade e/ou estados fóbicos.

Já em estudo de 2005, Costa e Ludemir analisaram a prevalência de TM em sua associação com apoio social em 483 adultos em uma comunidade da Zona da Mata (Pernambuco/Brasil), com uso do *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). O trabalho apontou indicativos de TM em 36% da amostra investigada, com diferenças entre homens e mulheres: 24,5% dos homens e 44,17%, das mulheres (COSTA; LUDEMIR, 2005).

Coelho *et al.* (2009) avaliaram a prevalência de TM (em termos de transtornos somatoformes, de ansiedade e depressão)¹ e sua associação com enfermidades crônicas em adultos com mais de 40 anos de idade (pessoas com maior tendência a apresentar essas enfermidades). Participaram da pesquisa 1.327 pessoas, sendo 65,9% mulheres, com média de idade de 35,5 anos, da cidade de Pelotas (RS). A amostra foi constituída por amostragem estratificada por estágios, na qual foram selecionadas residências e em cada residência um respondente que tivesse mais de 40 anos de idade. Para avaliação de TM foi utilizado o SRQ-20; para avaliação de doenças crônicas, foi perguntado aos participantes quais doenças eles possuíam dentro de uma lista que incluía hipertensão arterial, doenças broncopulmonares, problemas de coluna, problemas de articulação, bursite e diabetes. Também foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e classificação econômica) e de uso de medicamentos. Os dados foram levantados por equipe de estudantes universitários da área da saúde entre os meses de julho de 2004 e junho de 2005.

Resultados dessa investigação indicaram que 30,2% da amostra apresentaram algum TM, sem diferença entre os sexos (COELHO *et al.*, 2009). Indivíduos com menor escolaridade e de classe econômica mais baixa apresentaram maior prevalência de TM. Desempregados, divorciados, fumantes e sedentários também tiveram índices maiores para TM. Enfermidades crônicas apresentaram correlação positiva com TM, sendo que aqueles que apresentavam mais tipos de enfermidades, apresentaram maior prevalência de transtornos.

Bonadiman *et al.* (2017) apresentaram dados brasileiros de transtornos mentais retirados do GBD 2015. Os transtornos mentais foram definidos conforme critérios diagnósticos do CID-10 e DSM-IV TR. Consideraram 12 transtornos para avaliação, a saber: esquizofrenia, transtornos depressivos, transtorno bipolar, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, transtorno de conduta, transtornos do espectro autista, retardo mental, transtornos decorrentes do uso de álcool, transtornos decorrentes do uso de drogas e outros transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Transtornos mentais foram responsáveis por 9,5% do DALY no Brasil, sendo a terceira maior causa de carga de doença no país (atrás de doenças cardiovasculares e cânceres). Ou seja, essa ordem de transtorno foi o terceiro maior motivo para perda de saúde de brasileiros.

O tipo de transtorno mais comum na população brasileira estudada no GBD 2015 e sistematizada por Bonadiman *et al.* (2017) foi na classe dos depressivos (35%), seguido de transtornos de ansiedade (28%). Mulheres apresentaram, consideravelmente, maior carga de transtornos depressivos e de ansiedade do que homens. A maior proporção de DALY ocorreu em adultos, com transtornos depressivos mais frequentes entre aqueles com 30 a 34 anos, e transtornos de ansiedade entre aqueles com 40 e 44 anos.

Um trabalho realizado em uma pequena cidade do Rio Grande do Sul encontrou uma associação significativa entre elevação do índice de massa corporal com

1 A terminologia de “Transtornos mentais comuns” (TMC) era utilizada à época e abrangia esses três tipos de transtornos.

as seguintes alterações psicológicas, avaliadas pela escala Adult Self Report – ASR: ansiedade, depressão queixas somáticas, isolamento, ou seja, problemas internalizantes (CASTOLDI, 2017). Embora com poucos participantes (12), o estudo de Beceiro *et al.* (2019) envolvendo motociclistas acidentados concluiu haver prevalência de Problemas Internalizantes, especialmente ansiedade, mas também abuso de substâncias e comportamento de violação de regras na amostra avaliada.

Keppeke, Schoen e Len (2021), estudando adolescentes com doença reumática crônica, observaram que seus responsáveis, no geral, foram classificados no ASR como não clínicos: na escala *Total de Problemas*, 35,2% (n=31) apresentaram classificação clínica; nos agrupamentos pelo DSM *Ansiedade e Depressão*, 42% (n=37) e 29,5% (n=26), respectivamente, apresentaram-se como clínico. Esses adultos, provavelmente viviam sob constante estresse, pois eram responsáveis por um adolescente com doença reumatológica, de manejo difícil, que implicava em deixar de cumprir algumas das tarefas desenvolvimentais do período (sem emprego formal e com um círculo de amizade restrito ou inexistente). Esses resultados foram mais altos que o trabalho de Araújo *et al.* (ARAÚJO *et al.*, 2021), envolvendo adultos da Baixada Santista, que encontraram nos agrupamentos síndromes Ansiedade/Depressão, Retraimento, e Queixas somáticas 21,4%, 27,2% e 8,6% respectivamente indivíduos categorizados como clínicos.

Adultos responsáveis por filhos que estavam em atendimento psicoterápico foram entrevistados com o ASR. Os agrupamentos síndromes com escores médios mais altos foram Ansiedade/Depressão (62,13), Comportamento Agressivo (59,27) e Problemas Somáticos (59,11). O escore da escala de comportamentos internalizantes foi mais alto que o de comportamentos externalizantes. O que não é muito diferente do constatado por Souza, Santos e Vivian (2014), ao identificar os motivos de busca para atendimento em um serviço-escola de Psicologia: Transtornos de Humor sobressaíram, com 47,7% dos pacientes apresentando essa queixa, seguida por 26,8% que procuraram o serviço por apresentarem comportamentos indicativos de ansiedade.

Ávila *et al.* (2019) observaram que os adultos que responderam ao ASR (autorrelato), reportaram mais problemas, obtendo maiores médias que seus informantes com o preenchimento do Inventário de comportamentos de adultos entre 18 e 59 anos – Adult Behavior Checklist (ABCL). O agrupamento síndrome Ansiedade/Depressão foi o que obteve maior média para ambos (participantes [58,47] e informantes [56,57]), seguido do Problemas de Atenção (57,04 x 55,07). Todavia, em relação ao uso de substâncias (tabaco, álcool e drogas), os relatos dos informantes resultaram em médias maiores do que os autorrelatos. Importante ressaltar que, tanto no autorrelato quanto no heterorrelato, a maioria dos indivíduos encontrava-se na faixa não clínica. Pelo ASR, 17,6% dos adultos tiveram escores na faixa clínica/limítrofe no agrupamento síndrome Ansiedade/Depressão; Problemas Somáticos, 10,6%; Problemas de Pensamento, 12,7%; Problemas de Atenção, 14,2%; Comportamento agressivo, 10,3%; Quebrar Regras, 7%; e Comportamento Intrusivo, 9,7%; sendo na escala Internalizante, 35,2%; Externalizante, 35,8%; e Total de Problemas 23,3%.

Saúde mental do adulto: efeitos do isolamento social provocado pela Covid-19

Pesquisas vem trazendo a público dados que evidenciam o impacto negativo do confinamento no início da pandemia de Covid-19 para a saúde mental. Muitos ajustes precisaram ser feitos na vida diária da maioria das pessoas, como teletrabalho, instabilidade laboral (incluindo desemprego e diminuição dos ingressos familiares), fechamento das universidades ou outros cursos, aumento do contato com a família nuclear e diminuição dos encontros (e apoio) com a família extensa, aumento do lazer e comércio *on line*, diminuição da atividade física, entre outros. As desigualdades sociais e econômicas e os eventos estressantes que afetam de modo distinto os indivíduos, produziram um esgotamento na população, com sintomas de tristeza, solidão, ansiedade e medo, que a Organização Mundial de Saúde denominou *Fadiga Pandêmica*, que culmina na desmotivação e negligência para seguir as recomendações de proteção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020).

Algumas vulnerabilidades anteriores à pandemia podem afetar em maior grau a saúde mental dos indivíduos, como sintomas preexistentes de ansiedade/depressão ou nível socioeconômico desfavorável. Na França foi observado que indivíduos com sintomas de ansiedade/depressão medidos pelo ASR antes da quarentena tiveram 6,73 mais chances de apresentar sintomas de ansiedade/depressão durante o período de isolamento social. As pessoas do sexo feminino, com baixa renda familiar ou que fizeram a quarentena sozinhas apresentaram mais sintomas de ansiedade/depressão nesse período (ANDERSEN, 2021). Jovens adultos espanhóis (QUIROGA *et al.*, 2022) que fizeram a quarentena com seus pais e irmãos apresentaram maiores níveis de solidão, ansiedade/depressão e queixas somáticas, que aqueles que ficaram na companhia de seus amigos ou mesmo que ficaram sozinhos. Quem fez a quarentena na companhia de seu cônjuge e filhos apresentou níveis mais baixos nesses agrupamentos.

A Covid-19 e as estratégias para a contenção da pandemia tiveram um impacto modesto, mas persistente, no humor e nos comportamentos de bem-estar de estudantes universitários. Observou-se um aumento de problemas externalizantes e problemas de atenção no início da pandemia. Importante ressaltar que alunos que participaram de um programa de bem-estar apresentaram menos problemas internalizantes e problemas de atenção que aqueles que não estavam no programa de bem-estar (COPELAND *et al.*, 2021). Com relação a quem contraiu Covid-19, foi observado que seis meses após a doença, haviam, ainda, sequelas emocionais como retraimento, queixas somáticas, ansiedade e depressão, embora, no geral, não houvesse problemas significativos de adaptação laboral ou convívio interpessoal (PACURUCU PACURUCU; CHAPA PUIN; PÉREZ CAJAS, 2021).

Considerações finais

Como exposto, as publicações sobre saúde mental de adultos de natureza epidemiológica são, em sua maioria, realizadas com utilização de critérios diagnósticos, avaliações no modelo top down. A maior limitação desse tipo de pesquisa é que ela

procura descrever quantidades e valores de diagnósticos fechados, sobrando pouco espaço para em entender por quê os TMs se distribuem da forma como se apresentam (GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS, 2022). Surge, a partir disso, a necessidade de pesquisas que avaliem possíveis mediadores, fatores de risco, fatores de proteção e outros elementos que possam atuar no desenvolvimento ou não de TMs em adultos – assim como descrito extensamente na literatura sobre desenvolvimento de criança e adolescentes.

Os adultos não são alvos passivos das influências ambientais: em vez disso, fazem escolhas sobre seus ambientes de desenvolvimento e caminhos de vida (SALMELA-ARO *et al.*, 2012). O domínio bem-sucedido das tarefas desenvolvimentais, além de colaborar com o desenvolvimento saudável e boa adaptação, também pode compensar perdas (como o luto ou desemprego ocorridos por conta da pandemia de Covid-19) e permitir, dessa forma, que o adulto mantenha os níveis desejados de funcionamento. Comportamentos Internalizantes, especialmente ansiedade, parecem estar presentes no dia a dia do adulto. Portanto, é importante conhecer melhor como se apresentam os problemas emocionais e comportamentais nessa faixa etária e desenvolver programas para promoção de saúde mental, identificar os fatores de risco para instituir a prevenção e melhorar os atendimentos de intervenção.

Diante dessa necessidade, as pesquisas que utilizam de instrumentos de avaliação bottom up, como os do Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), quando não se preocupam em apresentar apenas os resultados descritos encontrados e sim propor relações e inferências entre os problemas de comportamento avaliados e outras possíveis variáveis, podem contribuir no melhor entendimento do que afeta e constitui a saúde mental de adultos. As medidas bottom up, ainda, dada a gama de comportamentos que avaliam, tem poder em identificar problemas que podem ainda não ter se desdobrado em transtornos, com resultados que podem ser utilizados na clínica psicológica, nas universidades e empresas enquanto medidas que possam balizar ações de intervenção e, assim, promoção da saúde mental de adultos.

Referências

ALMEIDA-FILHO, N. *et al.* Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. **The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science**, n. 171, p. 524-529, 1977. DOI: 10.1192/bjp. 171.6.524. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/brazilian-multicentric-study-of-psychiatric-morbidity/FF15BE894BBE8DB9437920745D36876B>. Acesso em: 17 maio 2022.

ALONSO, J. *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. **Acta Psychiatrica Scandinavica – Supplementum**, n. 420, p. 21-27, 2004. DOI: 10.1111/j. 1600-0047.2004.00327.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j. 1600-0047.2004.00327.x>. Acesso em: 17 maio 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: Findings from the Sao Paulo megacity mental health survey. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, e31879, 2012. DOI 10.1371/journal.pone.0031879. Disponível em: [https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031879#:~:text=Around%20thirty%20percent%20of%20respondents,substance%20use%20\(3.6%25\)%20disorders](https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031879#:~:text=Around%20thirty%20percent%20of%20respondents,substance%20use%20(3.6%25)%20disorders). Acesso em: 17 maio 2022.

ANDREWS, G.; HENDERSON, S.; HALL, W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. **The British Journal of Psychiatry: the Journal of Mental Science**, n. 178, p. 145-153, 2001. DOI: 10.1192/bjp.178.2.145. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/prevalence-comorbidity-disability-and-service-utilisation/5CA07F055732FB89FFD8F30D91076105>. Acesso em: 01 jun. 2022.

ARAÚJO, F. R. *et al.* Problemas internalizantes em adultos. **Aletheia**, v. 54, n. 2, p. 104-111, jul./dez. 2021. DOI: 10.29327/226091.54.2-10. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942021000200011. Acesso em: 01 jun. 2022.

ARNETT, J. J. **Adolescence and emerging adulthood**: A cultural approach. Boston: Pearson, 2013.

ARNETT, J. J. Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. **American Psychologist**, v. 55, n. 5, p. 469-480, 2000. DOI 10.1037/0003-066X.55.5.469. Disponível em: <https://content.apa.org/record/2000-15413-004>. Acesso em: 16 maio 2022.

ARNETT, J. J. Emerging Adulthood: What Is It, and What Is It Good For? **Child Development Perspectives**, v. 1, n. 2, 2007. DOI 10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x. Disponível em: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-8606.2007.00016.x>. Acesso em: 01 jun. 2022.

ÁVILA, A. C. *et al.* Associação entre autoavaliação e a análise de informantes sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra adulta. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 3, p. 902-920, 2019. DOI: 10.4013/ctc.2019.123.10. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-34822019000300011. Acesso em: 01 jun. 2022.

ANDERSEN, A. *et al.* Symptoms of anxiety/depression during the COVID-19 pandemic and associated lockdown in the community: longitudinal data from the TEMPO

cohort in France. **BMC Psychiatry**, v. 21, n. 381, 2021. DOI: 10.1186/s12888-021-03383-z. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8316881/>. Acesso em: 01 jun. 2022.

BECEIRO, M., *et al.* Motociclistas acidentados: caracterização, perfil comportamental e sintomas de transtornos mentais. **Archives of Health Sciences**, v. 26, n. 2, p. 125-129, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1045948/artigo9.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2022.

BERGER, K. S.; THOMPSON, R. A. **Psicología del desarrollo: Adultez y vejez**. Madri – Espanha: Editorial Médica Panamericana, 2000.

BONADIMAN, C. S. C. *et al.* The burden of disease attributable to mental and substance use disorders in Brazil: Global burden of disease study, 1990 and 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, supl. 1, 2017. DOI 10.1590/1980-5497201700050016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SJbmVzZy-3tD7dk3NDmYZmDq/abstract/?lang=en>. Acesso em: 17 maio 2022.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial da União**, 11 jan. 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm. Acesso em: 16 maio 2022.

BUL, R.; RAVELLI, A.; VAN ZESSEN, G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 33, n. 12, p. 587-695, dez. 1988. DOI: 10.1007/s001270050098. DOI: 10.1007/s001270050098. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s001270050098>. Acesso em: 01 jun. 2022.

CASTOLDI, A. A. Associação entre IMC e sintomas psicológicos avaliados pela ASR: Estudo de base populacional em adultos residentes na área urbana de um pequeno município do Rio Grande do Sul. XXIX Salão de Iniciação Científica. **Anais...** Porto Alegre – RS: UFRGS, 2017. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/176677?locale-attribute=es>. Acesso em: 01 jun. 2022.

CHARLSON, F. *et al.* New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 240-248, 2019. DOI 10.1016/S0140-6736(19)30934-1. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext). Acesso em: 17 maio 2022.

COELHO, F. M. C. *et al.* Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 1, p. 59-67, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000100006. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7WpfWYfPnDgSjY8zkh7CnPL/?lang=en>. Acesso em: 16 maio 2022,

COPELAND, W. *et al.* Impact of COVID-19 Pandemic on College Student Mental Health and Wellness. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 60, n. 1, p. 134-141e2, 2021. DOI: 10.1016/j.jaac.2020.08.466. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8173277/>. Acesso em: 01 jun. 2022.

COSTA, A. G.; LUDEMIR, A. B. Transtornos mentais em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 73-79, 2005. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000100009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YMVCCxXwnxwjzBcrJmDtwm/?lang=pt>. Acesso em: 16 maio 2022.

ERIKSON, E. H. Crescimento e crises. In: MILLON, T. (ed.). **Teorias da psicopatologia e personalidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. p. 91-104.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: [s.n.].

GBD 2019 MENTAL DISORDERS COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet Psychiatry**, v. 9, p. 137-150, 2022. DOI 10.1016/S2215-0366(21)00395-3. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(21\)00395-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(21)00395-3/fulltext). Acesso em: 16 maio 2022.

HAVIGHURST, R. J. **Human Development and Education**. New York: Longmans, Green and Co., 1957.

HUTTEMAN, R. *et al.* Developmental Tasks as a Framework to Study Personality Development in Adulthood and Old Age. **European Journal of Personality**, v. 28, n. 3, p. 267–278, 2014. DOI: 10.1002/per.1959. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1002/per.1959>. Acesso em: 01 jun. 2022.

KATZ, S. J. *et al.* The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 7, p. 1136-1143, 1997. DOI: 10.2105/ajph.87.7.1136. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380887/>. Acesso em: 01 jun. 2022.

KEPPEKE, L. D. F.; SCHOEN, T. H.; LEN, C. A. Correlação entre características comportamentais e cognitivas de adultos cuidadores de crianças e adolescentes com doenças reumáticas crônicas. In: **Processos Neuropsicológicos: uma abordagem do desenvolvimento**. [s.l.: s.n.]. p. 58-70.

KESSLER, R. C. *et al.* Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. **Archives of General Psychiatry**, v. 51, n. 1, p. 8-19, 1994. DOI: 10.1001/archpsyc. 1994.03950010008002. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/496456>. Acesso em: 01 jun. 2022.

KESSLER, R. C. *et al.* The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). **The Journal of the American Medical Association**, v. 289, n. 23, p. 3095-3105, 2003. DOI: 10.1001/jama. 289.23.3095. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196765>. Acesso em: 01 jun. 2022.

KOHN, R. *et al.* Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 42, n. 165, 2018. DOI: 10.26633/RPSP. 2018.165. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386160/>. Acesso em: 16 maio 2022.

LINDEMAN, S. *et al.* The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 102, n. 3, p. 178-184, 2000. DOI: 10.1034/j. 1600-0447.2000.102003178.x. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1034/j. 1600-0447.2000.102003178.x?sid=nlm%3Apubmed>. Acesso em: 01 jun. 2022.

MAREE, J. G. The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview. **Early Child Development and Care**, p. 1107-1121, jan. 2021. DOI 10.1080/03004430.2020.1845163. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03004430.2020.1845163?journalCode=gecd20>. Acesso em: 16 maio 2022.

OFFORD, D. *et al.* One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15-64 years of age. **Canadian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 9, p. 559-563, 1996. DOI: 10.1177/070674379604100904. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674379604100904?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acesso em: 01 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP. Edição 8. 2012.

PACURUCU PACURUCU, A. L.; CHAPA PUIN, G. D.; PÉREZ CAJAS, K. L. **Efectos psicológicos y adaptativos post-Covid 19 en adultos de 18 a 59 años de edad**. Trabalho de Graduação (Psicología Clínica) – Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación, Universidad del Azuay, 2021. Disponível em: <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11249>. Acesso em: 01 jun. 2022.

QUIROGA, A. *et al.* ¿La mentalización, moderador de la soledad y de los síntomas internalizantes durante el confinamiento por el COVID-19? Parte 1: Estudio cuantitativo. **Clinica e Investigación Relacional**, v. 16, n. 1, p. 230-257, 2022. Disponível em: https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V16N1_2022/Rodriguez-Quiroga_et-al_2022_La-Mentalizacion-Moderador-Soledad-Sintomas-Internalizantes-COVID19_CeIRV16N1.pdf. Acesso em: 01 jun. 2022.

ROSA, M. **Psicologia Evolutiva: Problemática do Desenvolvimento**. Petrópolis – RJ: Vozes, 1988. v. 1

SALMELA-ARO, K. *et al.* Young Adults' Developmental Task-Related Goals Modify the Association between Self-Focused Goals and Depressive Symptoms. **Applied Psychology: Health and Well-Being**, v. 4, n. 1, 2012. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2011.01064.x. Disponível em: <https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1758-0854.2011.01064.x>. Acesso em: 01 jun. 2022.

SANTOS, E. G. D.; SIQUEIRA, M. M. D. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, 2010. DOI: 10.1590/S0047-20852010000300011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/FNQ5qZjtSdwznsjZzHTH7jS/?lang=pt>. Acesso em: 17 maio 2022.

SYED, M. Emerging adulthood: developmental stage, theory, or nonsense? In ARNETT, J. J. (edit). **The Oxford Handbook of Emerging Adulthood**. Oxford: Oxford University Press, 2015. DOI 10.1093/oxfordhb/9780199795574.013.9. Disponível em: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199795574.001.0001/oxfordhb-9780199795574-e-9>. Acesso em: 16 maio 2022.

SOUZA, F.; SANTOS, D.; VIVIAN, A. Motivos da busca de atendimento psicológico em uma clínica escola da Região Metropolitana de Porto Alegre/RS: pesquisa documental. **Aletheia**, n. 43-44, p. 24-36, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000100003#:~:text=Entre%20os%20principais%20motivos%20de,a%20problemas%20psicossociais%20e%20ambientais. Acesso em: 01 jun. 2022.

WIDICK, C.; PARKER, C. A.; KNEFELKAMP, L. Erik Erikson and psychosocial development. **New Directions for Student Services**, 4, 1978. DOI 10.1002/ss.37119780403. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ss.37119780403>. Acesso em: 16 maio 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. **Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy framework for supporting pandemic prevention and management: revised version November 2020**. World Health Organization. Regional Office for Europe, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337574>. Acesso em: 01 jun. 2022

8. O IDOSO

Teresa Helena Schoen

Jéssica de Assis Silva

Márcia Regina Fumagalli Marteleto

Introdução

O envelhecimento populacional está ocorrendo em todo o mundo, com maior proporção de pessoas com mais de 60 anos na pirâmide demográfica em relação a décadas anteriores. Tal característica repercute nas esferas social, econômica, política, previdenciária/saúde pública e cultural da sociedade e também tem um profundo impacto na família. Os idosos, como qualquer indivíduo nas outras etapas do ciclo vital, possuem necessidades específicas para garantir seu desenvolvimento pleno, inserção na sociedade com qualidade de vida e felicidade. “O acúmulo de experiências, saberes e a visão que só a maturidade traz são acompanhados pelo surgimento de fragilidades que demandam atenção e cuidados” (BRASIL, 2021, p. 1).

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou, em 13 de outubro de 2021, projeções populacionais, prevendo que a porcentagem de idosos, que era em 2010 de 7,3% da população brasileira, pode chegar a 40,3% em 2100 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2021). Na década 1940, os brasileiros viviam, em média, 45,5 anos de idade. Com as melhorias nas condições gerais de vida e também devido a um melhor entendimento sobre os processos de saúde e doença, acompanhados de avanços tecnológicos e farmacológicos, em 2008, a expectativa de vida alcançou os 73 anos, com projeção para, em 2050, atingir 81 anos (BRASIL, 2021). Segundo a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015), a nível global, a população idosa vai dobrar em relação ao que é atualmente. Assim, percebe-se a importância de dedicar atenção para as necessidades desta faixa etária, como proposto pelo Estatuto do Idoso no seu artigo 8º: “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (BRASIL, 2003).

Em geral, quando se pensa na velhice foca-se nas perdas, no declínio. Entretanto, esse período também é de modificação, para crescimento em algumas áreas e declínio em outras (FELDMAN, 2007). Muitos idosos são tão vigorosos e comprometidos com a vida como o eram quando mais novos. De acordo com Andersen *et al.* (2012), de 100.000 pessoas nascidas em 1900 nos EUA, para homens e mulheres, respectivamente, 0,51% e 3,2% viveram até a idade de 100 a 104 anos; 0,03% e 0,25% foram previstos para viver até a idade de 105 anos a 109 anos, e 0% (zero) e 0,004% foram previstos para viver até a idade de 110+ anos. Expectativa de vida refere-se a previsão de até que idade uma pessoa nascida em determinada época viverá. Longevidade é quanto tempo a pessoa de fato vive. A expectativa de vida baseia-se na longevidade média de uma coorte.

A velhice pode ser definida em termos cronológicos. Segundo a Lei nº 10.741, art. 1º (BRASIL, 2003), idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, sendo que em alguns países, são consideradas na terceira idade as pessoas com 65 anos ou mais (HOFFMAN; PARIS; HALL, 1997; PAPALIA; MARTORELL, 2022; QIU; KIVIPELTO; VON STRAUSS, 2009). Com a expectativa de vida sendo ampliada, observa-se novos grupos etários (ANDERSEN *et al.*, 2012): octogenários, nonagenários, e centenários mais jovens (100-104 anos), semisupercentenários (105-109 anos) e supercentenários (110–119 anos). A expectativa de vida recorde do mundo (nascidos a partir de 1807) é de 122 anos e 164 dias para Jeanne Calment, uma francesa nascida em 1875 (SILVA ANTERO-JACQUEMIN *et al.*, 2015).

Atletas olímpicos, medalhistas ou não, costumam ser mais longevos que seus compatriotas, tendo suas idades ao óbito variado de 15 anos e 120 dias até 105 anos e 305 dias (SILVA ANTERO-JACQUEMIN *et al.*, 2015). Nenhum dos atletas olímpicos (Olimpíadas de 1896 a 2012) alcançou o status de supercentenário, atestando o caráter excepcional de chegar aos 110 anos. Vale ressaltar que atletas passam por um processo fenotípico altamente seletivo baseado em rara aptidão fisiológica e fatores externos favoráveis (treinamento físico, alimentação balanceada, cuidados médicos e odontológicos, por exemplo) e costumam manter estilos de vida mais saudáveis, mesmo após suas carreiras no esporte terem encerrado.

Em um contexto amplo, a idade cronológica parece ser uma perspectiva objetiva e um critério que oportuniza a quantificação (ABREU, 2017). Todavia, além da idade cronológica, faz-se necessário levar em consideração o bem-estar físico e psicológico, ou seja, a idade funcional. Abreu (2017) destaca que a simples passagem do tempo não impacta da mesma forma os indivíduos, e as modificações ao longo da vida se constituem em um processo complexo e multifacetado. A OMS define o envelhecimento saudável como “o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice” (WHO, 2020, p. 1). A capacidade funcional é ter habilidades que permita a pessoa ser e fazer o que valoriza. Isso inclui suprir suas necessidades básicas; a capacidade de aprendizagem, de crescimento e de tomada de decisões; ter mobilidade; construir e manter relacionamentos interpessoais; e colaborar com a sociedade. A capacidade funcional consiste na interação entre as capacidades intrínsecas da pessoa com as características ecoculturais da comunidade em que está inserida. Fontes (2016) aponta tal capacidade como sendo avaliada em função da quantidade de auxílio instrumental que o indivíduo demanda, sendo a incapacidade variando em níveis leve, moderado ou grave. Diante dessa visão, alguns acadêmicos dividem os idosos em grupos de acordo com sua idade funcional: idosos saudáveis e ativos; idosos que apresentam alguns problemas de saúde e dificuldades com as atividades diárias; e idosos que apresentam muitas fragilidades e necessitam de cuidados (FELDMAN, 2007). A fragilidade é considerada o resultado de declínios fisiológicos multissistêmicos, devido a estressores internos e externos (ZAZZETTA *et al.*, 2017).

Uma das formas de pensar a finalidade nessa etapa da vida consiste na análise quanto a perda de autonomia dessa população. Em um estudo realizado por Frade

et al. (2015), envolvendo a análise de depressão em idosos institucionalizados, foi observado que os sintomas depressivos foram 74,1% menor em idosos que viviam em comunidade e que os sintomas depressivos eram mais evidentes em idosos viúvos do que nos casados. Trata-se de um estudo transversal envolvendo 75 pessoas com idade superior a 65 anos em uma amostra comparativa de 44 idosos institucionalizados e 31 em comunidade.

A população está cada vez mais sobrecarregada por morbidades e comorbidades associadas ao envelhecimento. O primeiro passo para entender o envelhecimento é distinguir entre envelhecimento primário e secundário (FELDMAN, 2007). O primário refere-se às mudanças universais e irreversíveis que ocorrem à medida que o tempo passa, como resultado da programação genética (por exemplo, alguns sinais externos: cabelos grisalhos, enrugamento da pele, diminuição da estatura; alguns sinais internos: diminuição do cérebro, diminuição da capacidade do coração, sistema respiratório menos eficiente, as fibras musculares diminuem de tamanho e quantidade). O envelhecimento secundário refere-se às mudanças que se devem à enfermidade, aos hábitos de saúde e outras diferenças individuais, mas que não seguem o incremento da idade por si mesma, e algumas poderiam ser evitadas (por exemplo, o tabagismo acelera a diminuição da capacidade cardiovascular; exercícios com peso fazem com que a perda da fibra muscular seja mais lenta); muitos problemas de saúde podem ser devidos à vida sedentária e aumento do índice de massa corpórea. Nos anos mais recentes, estão sendo observados aumento de óbito causado por doenças não transmissíveis, como câncer de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes (EZZATI *et al.*, 2008). O número médio de dentes perdidos aumenta com a idade, mas não devido ao envelhecimento primário, e sim decorrente da doença dentária ou fatores sociocomportamentais (MÜLLER; NAHARRO; CARLSSON, 2007). Com uma boa saúde bucal, espera-se que a pessoa possa reter pelo menos 20 dentes aos 80 anos.

Algumas considerações sobre a terceira idade

Com o avançar da idade e o aumento das fragilidades individuais e falta de recursos para compensá-las, permitindo o exercício da cidadania, observa-se um número cada vez maior de pessoas excluídas dos direitos sociais básicos como mobilidade, educação, saúde, trabalho, habitação, alimentação, entre outros (ZAZ-ZETTA *et al.*, 2017). Uma grande parte da diversidade de capacidades e fragilidades observada na velhice é o resultado do impacto cumulativo das oportunidades e vantagens (ou desvantagens) na vida das pessoas durante toda a vida (WHO, 2020). Em 2020, mais de dois terços dos brasileiros na terceira idade viviam com renda pessoal mensal, no máximo, de dois salários mínimos (BRASIL. MINISTÉRIO DA MULHER, 2021). Um grande desafio para os indivíduos, para as famílias e para a Nação, é a pobreza na velhice, justo quando seus gastos aumentam por tratamento de problemas de saúde ou cuidados especiais e há pouca possibilidade de procurar novos incrementos.

Observa-se a existência de discriminação em relação ao envelhecimento. Não faltam piadas degradantes e injustas dirigidas contra as pessoas com idade mais avançada. As piadas sugerem que os idosos não têm pleno domínio de suas faculdades mentais, sendo vistos de maneira mais negativa que os jovens em uma variedade de características, em especial competências e atração física (FELDMAN, 2007; HOFFMAN; PARIS; HALL, 1997). Abreu (2017) aponta que há lacunas quanto a compreensão também do comportamento de consumo do idoso. São raras as propagandas e programas na mídia que incluem idosos, a menos que se trate de um produto específico para essa faixa etária, como fraldas para incontinência urinária ou cola para prótese dentária. Entretanto, o mercado está descobrindo este nicho, e já há produtos voltados para este estágio do ciclo vital, atendendo suas necessidades, como aparelhos de celular com letras/números maiores.

Fontes (2016) destaca mudanças nos papéis desenvolvidos pelo idoso: antes aquele que exerce o cuidado e posteriormente o indivíduo que precisa lidar com uma nova percepção de si e possíveis perdas. A visão que a pessoa tem do processo de envelhecimento muitas vezes dificulta a percepção de si mesma como integrante da terceira idade. O próprio idoso faz discriminação sobre as características da faixa geriátrica. O sujeito vê sua velhice pelo olhar do Outro, ou pela imagem que o Outro faz dele, assim “velho” é sempre o outro (Quadro 1) (MUCIDA, 2006).

Quadro 1 – Exemplo clínico

Um homem trabalhou como bancário. Durante pelo menos 35 anos de profissão foi responsável por atuar com atividades burocráticas e administrativas, como venda de serviços e produtos que o banco oferece, entre eles empréstimos e seguros. Aos 82 anos dirigia seu próprio carro, tendo autonomia em relação a sua mobilidade, embora já estivesse evitando dirigir grandes distâncias, especialmente à noite. Nessa época, resolveu trocar de carro e, ao tentar comprar um automóvel novo, assustou-se quando seu pedido de empréstimo foi negado. Quando estava na ativa em uma instituição financeira, negava (ou colocava muitos empecilhos) para empréstimos a pessoas com mais de 80 anos. Estando, agora, do outro lado da mesa, sentiu-se incomodado quando o outro negou sua solicitação de dinheiro, ou seja, percebeu-se “velho” pelo olhar do outro.

Por outro lado, há autores, como Erik Erikson (1998) que valorizam todo o ciclo vital, inclusive a velhice. Erikson (1998), ao considerar que todos estão em desenvolvimento, independentemente da idade, dividiu o ciclo vital em etapas psicossociais, ou seja, do nascimento à morte. Segundo a Teoria Psicossocial, as pessoas desenvolvem-se em uma sequência de estágios, onde vão, gradualmente, resolver conflitos e demandas sociais, adquirindo habilidades e competências que favorecem seu crescimento rumo a maturidade. Com o resultado bem-sucedido dos conflitos, o indivíduo torna-se melhor equipado para enfrentar os desafios do crescer e viver em sociedade, inclusive ante a proximidade da morte. São oito estágios, onde uma combinação de fatores e variáveis, tanto internos quanto ecoculturais, leva a uma crise

na personalidade em desenvolvimento. Em cada um dos estágios psicossociais há um confronto entre duas forças de polos opostos, que, na terceira idade, são Integridade versus Desespero. Como resultado uma força básica pode emergir: sabedoria – polo positivo – ou desdém e dogmatismo – polo negativo (ERIKSON, 1998, pp. 32–33).

Para o indivíduo, em progressivo amadurecimento, que zelou por coisas e pessoas, que vivenciou triunfos e desapontamentos, as forças básicas das fases anteriores amadurecem e se integram devido à reflexão sobre a vida vivida – uma integridade emocional –, mas também estimulando o indivíduo a buscar desafios para continuar envolvido com sua comunidade. O desespero ocasionalmente surge, por conta da consciência da vulnerabilidade humana e de seus infortúnios pessoais. Entretanto, como polo negativo, o desespero emerge quando ocorre a sensação de que o tempo é curto para encontrar novos caminhos, corrigir trajetórias ou percebe-se, ao olhar para trás, que não deixará sementes. O indivíduo se torna aborrecido com o mundo externo e desdenhoso com outras pessoas e instituições, cultivando amargura e/ou culpa. A resolução bem-sucedida dessa crise (Integridade X Desespero) imprime sensação de ter vivido bem. O autor ainda propõe uma nona etapa, a do muito idoso, que é experimentada ao final da vida, acompanhada por uma perda de saúde física, amigos, familiares e independência, além do isolamento da sociedade, quando o indivíduo sente a perda do lugar e da sua identidade. Mas, como coloca Erikson, uma boa resolução da crise é o entendimento de que “eu sou o que sobrevive de mim” (1972, p. 141). Assumir a ideia da própria morte conduz a uma nova visão de sobrevivência através dos filhos, netos e da própria comunidade, algo como ter plantado uma árvore, escrito um livro, gerado um filho.

Idosos podem apresentar pensamentos negativos repetitivos (cognição perseverativa), que é um processo cognitivo que abrange pensamentos direcionados ao futuro (preocupação) e passado (ruminação) (MARCHANT *et al.*, 2020). Tanto as perdas cognitivas e dos papéis sociais, como a vivência de luto constante nessa faixa etária, são apontadas na literatura como fatores de risco em diagnóstico de saúde mental na população idosa (LOBO *et al.*, 2012). Para Mucida (2006), envelhecer bem é suportar que as coisas não se escrevem mais como antes e que a morte faz parte da realidade de todos. Entretanto, o idoso tem muito a colaborar com a sociedade. Não é incomum tornar-se a pessoa de referência da família (BRASIL. MINISTÉRIO DA MULHER, 2021), seja responsável pela educação dos netos, pelo acolhimento dos filhos (que se separaram, que estão desempregados e retornam à casa dos pais, que precisam de alguma orientação ou apoio) ou, por conta de sua aposentadoria (pouca, mas fixa) pelas despesas familiares. Segundo Abreu (2017), há de se criar oportunidades pensando no convívio intergeracional, reconhecendo, pois, o valor social do idoso, sem que haja a necessidade de sua infantilização no relacionar-se.

Papalia e Martorell (2022) destacam duas teorias envolvidas sobre o contato social e apoio social: a teoria do comboio social e a teoria da seletividade socioemocional. A primeira diz que os adultos, ao envelhecer, mantém seu apoio social junto àqueles que podem auxiliá-lo ao longo do tempo e afastando-se daqueles que não lhe dão suporte: há a manutenção de comboios sociais, tais como amigos e família que exercem influência significativa em seu bem-estar. Já a teoria de

seletividade socioemocional estaria relacionada a atender a demanda emocional em vigor, escolhendo as situações de enfrentamento em função também do seu curto tempo.

A sabedoria emerge da experiência – o resultado de um desenvolvimento cumulativo bem-sucedido, que leva a uma compreensão mais abrangente da vida. Envolve a consciência da relatividade dos vários estilos de vida, incluindo o seu próprio, uma “preocupação desapaixonada, mas ativa” (ERIKSON, 1972, p. 140) pelo mundo. A sabedoria exige compreensão a respeito da humanidade. A pessoa sábia observa os fatos dentro de um contexto mais amplo, busca informações sobre como lidar com os problemas cotidianos (muitas vezes por meio de suas próprias experiências – aprendeu com elas), valoriza as consequências e entende que todos os juízos são relativos de uma cultura ou de um sistema de valores particular, por isso precisa compreender o princípio que fundamenta determinada regra ou valor (HOFFMAN; PARIS; HALL, 1997). Sabedoria é utilizar, de forma criativa, as habilidades e conhecimentos adquiridos em suas atividades (trabalho, lazer, cuidados), que levam a pessoa a continuar envolvida com seu próprio desenvolvimento e com o da humanidade, procurando controlar ou reduzir o impacto das vicissitudes da vida (PERRY *et al.*, 2015). Dessa forma, pessoa sábia é uma fonte de bons conselhos (Quadro 2).

Quadro 2 – Exemplo clínico

Uma senhora de 75 anos, que participava de competições esportivas, inclusive internacionais, morava distante dos filhos e demais parentes. Entretanto, exercia sua sabedoria ao conversar e orientar outros esportistas ou as pessoas que trabalhavam na academia em que treinava (os técnicos, outros professores, os faxineiros). Interessava-se pelas pessoas e suas vidas, não julgando seus problemas. Por ter uma rede social bastante ampla, conseguia fazer ‘pontes’ entre as pessoas, de forma que colaborava com a busca de solução para as questões que as pessoas lhe traziam. Como pegava o ônibus no mesmo horário para ir ao treino, conversava com o motorista e o cobrador. Muitas vezes, comentou, que deu bons conselhos às pessoas com quem convivia, seja em relação à educação de filhos, problemas cotidianos, vida laboral, amizade, questões de saúde, entre vários assuntos.

Embora, alguns idosos vão aos poucos se desengajando de seus papéis sociais, outros continuam em atividade, inclusive fazendo parte da População Economicamente Ativa (Tabela 1), seja porque ainda não têm tempo de serviço para aposentarem-se; seja porque, se aposentarem, a renda cairá muito, portanto ainda precisam trabalhar para seu sustento; seja porque o trabalho funciona como organizador da vida, ou porque quer alçar melhores cargos. Por exemplo, a média de idade (em julho de 2022) dos ministros do Supremo Tribunal Federal foi de 62,2 anos. Em relação ao Senado Federal, a média de idade dos 81 senadores, em julho de 2022, foi de 60,8 anos.

Tabela 1 – Característica etária de organizações, em julho/22

Organização	idade do presidente	média de idade dos membros	min-máx	porcentagem de idosos
Supremo Tribunal Federal (ministros)	69 anos	62,2 anos	48 – 74	63,7%
Senado Federal (senadores)	44 anos	60,8 anos	39 – 80	55,6%
Presidentes do Brasil (idade na 1ª posse) *	-	56 anos	41 – 75	38,9%
Indústria multinacional de produtos de limpeza – familiar (Conselho Consultivo)	64 anos	62,8 anos	56 – 70	70,6%
Indústria têxtil familiar brasileira (Conselho Diretor)	79 anos	62,4 anos	30 – 79	80%
grupo de comunicação (Conselho de Administração)	68 anos	60,6 anos	39 – 74	71,4%
Igreja (corpo diaconal)	61 anos	62,03	41 – 90	50%
Igreja (grupo de serviço de senhoras)	72 anos	68,7	30 – 92	77,7%

*não levando em consideração a junta provisória de 1930 e a de 1964

Fonte: Elaborada pelos autores.

Muitas empresas costumam ter um conselho de especialistas, fora da estrutura gerencial (Tabela 1). Sam Johnson, de uma empresa familiar multinacional, diz que “para ter êxito como o diretor de uma empresa, você não precisa necessariamente ser o mais habilidoso em todos os aspectos da operação, mas deve ter a certeza de que receberá o melhor aconselhamento possível” (SC JOHNSON, 2022).

Outros idosos permanecem ativos, encontrando substitutos para seus papéis sociais, como por exemplo, voluntariado (na mesma área da profissão que exerciam [Quadro 3] ou em outra [Tabela 1]), colaborando com a família (cuidando dos netos, organizando o lar), ou descobrem o lazer –como esportistas, turistas, participando de atividades culturais, desenvolvendo novas habilidades, como pintura ou trabalhos manuais. Entretanto, aos poucos, as pessoas mais velhas vão se retirando de suas atividades. Algumas por questões de saúde, outras por falta de apoio, ou ainda decorrente do encerramento das atividades em que participavam (muitas vezes por conta do falecimento de grande parte de seus integrantes). Pode acontecer de uma idosa ser ativa na liga de senhoras da sua igreja. Seu cônjuge a levava às reuniões. Com a morte do marido, não há quem a leve, e essa senhora deixa de participar.

Quadro 3 – Exemplo clínico

Alguns professores de universidades federais, ao se aposentarem, continuam trabalhando como professor afiliado. Como disse uma professora (82 anos): “Passei tanto tempo na área produzindo conhecimento. Aposento-me, desligo a luz e jogo a chave fora? Então resolvi continuar, compartilhando o que aprendi ao longo da minha carreira e da minha vida. Eu sei tanto, já aprendi tanto, que ainda preciso continuar compartilhando.” Outra professora (79 anos) disse “Continuei na lida, se alguém me convidar, lerei a tese, irei até a universidade fazer parte da banca. As pessoas ficam surpresas com minha capacidade de entendimento das coisas. Não estou tão por dentro, não estou tão atualizada na área, não tenho mais alunos, mas ainda tenho muita compreensão dos trabalhos científicos e posso fazer boas análises e colaborar nas investigações.”

Há de se ter em mente que esta população é bastante heterogênea, tendo idosos morando sozinhos, com autonomia e independência, enquanto outros necessitam dos cuidados e proteção da família e do Estado. Algumas poucas pessoas mais velhas podem morar em instituições, em geral por conta da saúde, pois necessitam de assistência permanente. Muitos idosos são vítimas de negligência e abuso por parte de cuidadores. Há também idosos portadores de necessidades especiais que requerem maior proteção, acesso a equipamentos públicos, a assistência social e de saúde, muitos dos quais vivem em isolamento, privados de direitos básicos, agravando seu estado de saúde e comprometendo a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

A importância da religião na terceira idade

Um fator que tem recebido atenção na literatura sobre envelhecimento positivo é o papel da religião, espiritualidade e/ou crença (a partir de agora, denominada apenas ‘religião’). Religião ainda é de importância central para muitas pessoas, fornecendo estrutura, significado e compreensão para o dia-a-dia, bem como suporte para os desafios da vida (MALONE; DADSWELL, 2018). Os efeitos da religião sobre o bem-estar em fases posteriores do ciclo vital devem ser considerados separadamente de outros estágios, porque os mais velhos demonstram maiores níveis de participação religiosa do que qualquer outra idade. Em uma comunidade cristã na cidade de São Paulo, 25,3% dos membros estavam na terceira idade, ou seja, mais que três vezes a população idosa no Brasil.

O apoio de uma comunidade religiosa favorece a assunção de um estilo de vida. Os ensinamentos religiosos abarcam orientação moral, ética e prática sobre vários aspectos do cotidiano, inclusive sobre como alcançar, manter ou recuperar a saúde física e emocional (SEIBERT; SCHOEN; VITALLE, 2020). Como colocam Hosseini *et al.* (2019), as instituições religiosas vêm fornecendo, historicamente, serviços aos idosos, a fim de melhorar o bem-estar, promovendo reflexões sobre o significado da vida e valorizando uma vida longa. A religião organizada e/ou o

desenvolvimento espiritual individual também afetam, de forma positiva a qualidade de vida do idoso.

Nas diferentes culturas, a religião sempre desempenhou um papel crucial na estruturação das transições entre um estágio da vida e o seguinte, fornecendo preceitos que abarcam os diversos momentos do desenvolvimento, do nascimento à morte, passando pela infância, adolescência vida adulta e velhice: batismo, circuncisão, primeira comunhão, crisma, confirmação, bar mitzvah, bênção matrimonial, apoio aos doentes e aos enlutados – embora essas interconexões mudem com o tempo e com a religião. Muitas pessoas têm crenças espirituais vagas e individualizadas que não estão ligadas a doutrinas religiosas e que podem ser um recurso relativamente pobre e não testado para lidar com o envelhecimento (MALONE; DADSWELL, 2018).

Participar das atividades de sua comunidade religiosa colabora na manutenção de relacionamentos, oferece suporte para o bem-estar familiar e social, e a sensação de continuar sendo útil à sociedade (MALONE; DADSWELL, 2018). Contribui também para a preservação das funções cognitivas (HOSSEINI; CHAURASIA; OREMUS, 2019). Por exemplo, o cantar no coral estimula a memória de trabalho; para muitos, a única leitura nessa fase da vida são os livros religiosos, mantendo o vocabulário e a concentração.

Problemas de Saúde Mental na Terceira Idade

O processo de envelhecimento envolve mudanças na saúde física, psíquica e social, trazendo consigo problemas que são relativos a este momento de vida ou agravando problemas pré-existentes. Aproximadamente um quinto das pessoas com mais de 55 anos tem transtornos mentais não relacionados ao processo normal de envelhecimento (RITCHIE *et al.*, 2004). Comprometimento cognitivo foi observado em 48,1% dos idosos, moradores de 15 aldeias indianas. Esse prejuízo nas habilidades cognitivas esteve significativamente associado ao aumento da idade, diminuição dos anos de escolaridade e presença de depressão e desnutrição (DASGUPTA *et al.*, 2020).

A demência é uma síndrome clínica caracterizada por um conjunto de sintomas e sinais manifestados por dificuldades na memória, distúrbios na linguagem e outras funções cognitivas, alterações nos comportamentos e prejuízos nas atividades da vida diária. Mais de 25 milhões de pessoas no mundo são afetadas pela demência, a maioria sofrendo da doença de Alzheimer, que é uma patologia neurodegenerativa progressiva (QIU; KIVIPELTO; VON STRAUSS, 2009). Em todo o mundo, a prevalência global de demência foi estimada em 3,9% em pessoas com mais de 60 anos, sendo que quase dobra a cada 5 anos após a idade de 65. Aproximadamente 1 em cada 10 pessoas idosas é afetada por algum grau de demência, enquanto mais de um terço das pessoas muito idosas (mais de 85 anos) podem apresentar sintomas e sinais relacionados à demência. Independente da situação socioeconômica, a doença de Alzheimer tem repercussões de peso sobre os indivíduos afetados, suas famílias e sociedade.

Outra patologia neurodegenerativa progressiva é a doença de Parkinson, uma desordem caracterizada por quatro sinais motores (tremor, rigidez, bradicinesia/acinesia e instabilidade postural) e sintomas não motores, como depressão/psicose, e disfunções autonômicas e gastrointestinais, que prejudicam consideravelmente a qualidade de vida, autonomia e independência. A prevalência de Parkinson pode ser estimada em 0,3% para toda a população e cerca de 1% em pessoas com mais de 60 anos de idade (RICCÒ *et al.*, 2020). Dados da Previdência Social brasileira, referente ao período entre 2008 e 2017, informam que foram concedidos 13.899 auxílios-doença decorrentes da Doença de Parkinson (SANTOS; SILVA, 2020).

Observa-se a presença de problemas de saúde mental, especialmente ansiedade e depressão, em indivíduos na terceira idade, associados a estados emocionais negativos e regulação emocional prejudicada (DE VITO *et al.*, 2019; SENGUPTA; BENJAMIN, 2015). Estudos geraram achados muito inconsistentes sobre a prevalência de doença mental nesta faixa etária, pois tendem a se concentrar em distúrbios específicos, como demência, depressão ou síndrome do pânico, implicando em uma gama de transtornos mentais insuficientemente abordados, como transtornos do álcool (ANDREAS *et al.*, 2013, 2017; VOLKERT *et al.*, 2013). Um estudo multicêntrico europeu, observou que um em cada três indivíduos com idades entre 65 e 84 anos teve pelo menos um transtorno mental no ano anterior à pesquisa e quase um em cada quatro apresentava um transtorno mental no momento do estudo (ANDREAS *et al.*, 2017).

Na meta-análise implementada por Volkert *et al.* (2013), os transtornos com as maiores estimativas de prevalência ao longo da vida foram depressão dimensional (19,47%), depressão maior (16,52%) e transtornos por uso de álcool (11,71%). Os transtornos com as estimativas mais baixas foram transtornos por uso de drogas (0,34%), e transtorno bipolar atual e agorafobia (ambos 0,53%). O The European MentDis_ICF65+ study encontrou que os transtornos mentais mais prevalentes foram transtornos de ansiedade (17,2%), transtornos afetivos (13,7%) e transtornos relacionados a substâncias (8,9%). Também na terceira idade aparece esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e outros transtornos psicóticos, a taxa de vida e atual é estimada em 0,5-1,0% (ANDREAS *et al.*, 2017).

Um estudo indiano obteve uma prevalência de depressão de 8,9%. Fatores como morar em zona urbana, ser do sexo feminino, ter maior idade, estar em uma família nuclear, pobreza e comprometimento funcional e cognitivo foram associados à depressão (SENGUPTA; BENJAMIN, 2015). Pesquisas emergentes sugerem que existe uma relação entre os aspectos cognitivos da ansiedade (por exemplo, preocupação [Quadro 4]) e declínio cognitivo em adultos mais velhos (DE VITO *et al.*, 2019). Um trabalho vietnamita obteve uma prevalência de depressão entre os participantes, que eram de minorias étnicas, de 25,5% (HOANG LAN; THI THU THUY, 2020). Na Espanha, a prevalência do risco de depressão foi de 37,2%, em idosos com mais de 75 anos, saudáveis e morando sozinhos ou com a família. Foram encontradas diferenças entre homens e mulheres (26,5% homens; 43,1% mulheres) (KRONFLY RUBIANO *et al.*, 2015). Por meio de uma revisão sistemática, Cisneros e Ausín (2019) chegaram a uma taxa de prevalência anual de depressão de 20,8%, para idosos de 65 a 75 anos.

Quadro 4 – Exemplo Clínico

Uma adulta casada, que trabalhava, era um importante apoio a família extensa. Sobrinhos moraram com ela, passavam as férias. Uma sobrinha estudou em universidade pública durante um período em que diversas greves foram deflagradas. Tanto que deixou de visitar a tia em algumas férias de verão e teve seu casamento adiado por duas vezes, por conta de greve. A tia, vivenciando o período da meia idade, enquanto trabalhava colaborava na organização da festa do casamento. Estava ativamente envolvida na resolução dos problemas que se apresentavam na família e viveu a meia idade sem quaisquer transtornos mentais. Passados 20 anos, viúva, morando sozinha, observa com bastante ansiedade e temor o fato, por exemplo, de uma neta estar estudando em uma universidade federal que está em greve. No momento atual, a senhora com 80 anos, não possui mais os recursos para compreender e resolver a sucessão de circunstâncias contrárias que se apresentam – mesmo que ocasionais –, então, problemas que antes eram pouco considerados, agora tornam-se de grande proporção, podendo eliciar comportamentos ansiosos.

Um trabalho francês, envolvendo pessoas com 65 anos ou mais, que não estavam institucionalizadas, observou que 46% da população do estudo experimentou um transtorno mental na vida e 3,7% fizeram uma tentativa de suicídio. A prevalência ao longo da vida de depressão maior foi de 26,5% e de 30% para transtornos de ansiedade. As taxas no momento da pesquisa foram de 14,2% para transtornos de ansiedade, 10,7% para fobias, 3% para depressão maior e 1,7% para psicose (RITCHIE *et al.*, 2004). Na Bahia, pesquisadores identificaram 858 óbitos por suicídio em idosos no período de 1996 a 2013, sendo a maioria do sexo masculino (85,4%) e idosos mais novos (53,8% entre 60 e 69 anos), com uma taxa crescente de mortalidade por suicídio na população idosa geral (CARMO *et al.*, 2018). Em relação ao Brasil, as taxas de suicídio não são altas, quando comparadas a de outras culturas, variando de 3,50 a 5,80/100 mil habitantes; não obstante, vale ressaltar que, na população idosa, correspondem ao dobro que as taxas de suicídio em estágios anteriores. Entre os anos de 2000 e 2014, foram registrados 19.806 óbitos por suicídio, com uma taxa entre os sexos masculino e feminino de 4:1 (SANTOS *et al.*, 2017).

O Projeto MentDis_ICF65+ é um estudo epidemiológico de transtornos mentais em pessoas de 65 a 85 anos em várias cidades europeias. Em Madri – Espanha – este estudo descobriu que, excluindo a dependência de nicotina, 29,89% da amostra apresentou algum transtorno mental no último ano e 17,70% no momento do estudo (AUSÍN *et al.*, 2017). Os transtornos com as maiores taxas de prevalência foram transtornos de ansiedade, transtornos relacionados ao álcool e transtornos do humor. As mulheres idosas apresentaram maior risco de transtorno de ansiedade, enquanto os homens idosos foram mais afetados por algum transtorno relacionado a substâncias.

A prevalência de transtorno mental detectada para a população idosa de Campinas – SP foi 29,7%, estando significativamente mais elevada no sexo feminino, nos octogenários, indivíduos com menor renda ou que não trabalhavam. Transtorno mental também esteve associado a vida sedentária e saúde precária (BORIM; BARROS;

BOTEGA, 2013). Costa *et al.* (2007), entrevistando indivíduos com mais de 75 anos, encontraram uma prevalência de episódio depressivo de 19,2%, sem diferença entre os sexos.

Diferentes trabalhos vêm mostrando que mais da metade das pessoas com mais de 60 anos apresentam algum sintoma de depressão. Estes foram significativamente maiores nas mulheres (61,93%) do que nos homens (49,75%) observando que as mulheres tinham 61% mais probabilidade de apresentar depressão do que os homens. Além disso, idosos que apresentaram comorbidade com doenças físicas tiveram 67% mais chances de sofrer de depressão do que aqueles com melhor saúde (HOANG LAN; THI THU THUY, 2020).

Diversos são os fatores que estão associados à saúde mental em idosos, pode-se citar ser do sexo feminino (para alguns transtornos), ter idade avançada (para alguns transtornos), dificuldades financeiras, saúde (ou pelo menos autopercepção da saúde), rede de apoio limitada (amizade, família extensa e nuclear), falta de atividade de lazer, pertencer a minorias (étnicas, de gênero...), viver em instituição, presença de eventos estressores no último ano (como luto), menor escolaridade, comprometimento funcional e prejuízo cognitivo (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013; CURRAN *et al.*, 2019; DASGUPTA *et al.*, 2020; HOANG LAN; THI THU THUY, 2020; KRONFLY RUBIANO *et al.*, 2015; SENGUPTA; BENJAMIN, 2015).

Refletir sobre intervenções em saúde mental ligadas à população idosa significa contemplar uma multiplicidade de fatores: o curso de vida do indivíduo e a coorte a qual ele pertence, além de variáveis pertinentes a sua situação socioeconômica, presença ou ausência de doenças neurodegenerativas ou diagnósticos em saúde (física ou mental) e situação familiar. Adicionalmente, é importante que o profissional avalie o nível de funcionalidade desse idoso e os apoios que o ambiente pode oferecer, assim como as crenças envolvendo a velhice, sendo necessária a compreensão global do indivíduo, incluindo a atenção às expectativas que ele possui dentro de sua atual realidade (FONTES, 2016).

Avaliação dimensional em idosos

À medida que a população mundial envelhece, os psiquiatras e outros profissionais da saúde precisarão cada vez mais de instrumentos, empiricamente baseados, para medir a psicopatologia que sejam generalizáveis para diferentes características culturais e também individuais. Em geral, os autores de trabalhos utilizam instrumentos desenvolvidos para adultos em pesquisas com idosos. Observa-se uma falta de instrumentos padronizados e sensíveis à idade para o diagnóstico de transtornos mentais em idosos (ANDREAS *et al.*, 2017). Existem alguns questionários para avaliar psicopatologia e competências psicossociais em pessoas com mais de 60 anos de idade, mesmo assim, a avaliação é complicada porque, em geral, os idosos possuem escolaridade mais baixa que os adultos, estão lendo com menos frequência que em estágios anteriores, não possuem prática em responder a instrumentos e também alguns apresentam dificuldades cognitivas. Esses entraves podem

ser superados com o desenvolvimento de instrumentos específicos, mais amigáveis (letras maiores ou escala tipo likert com poucas opções), entrevistando a pessoa, ao invés dela responder um questionário escrito ou coletando dados de outros informantes que conhecem/convivem com o idoso, como cônjuges, filhos ou cuidadores.

Para superar essa limitação, os instrumentos ASEBA foram criados para avaliar as competências e problemas das pessoas idosas, por meio de autorrelato ou de outros informantes, com validação em 19 e 12 sociedades respectivamente, na América, Europa e Ásia (IVANOVA *et al.*, 2020). Os dados fornecidos por esses instrumentos (Older Adult Self-Report – OASR e Older Adult Behavior Checklist – OABCL) oferecem um núcleo de construções taxonômicas empiricamente apoiadas de psicopatologia na terceira idade, como base para o avanço da prática clínica, treinamento e pesquisa intercultural. Analisando-se os itens dos instrumentos, 27 dos 30 itens problemáticos com as classificações médias mais altas e 28 dos 30 itens com as classificações médias mais baixas foram os mesmos no OASR e no OABCL, mostrando que são avaliações de saúde mental eficientes, de baixo custo e de fácil administração que podem ser usadas internacionalmente para rastrear problemas e pontos fortes (RESCORLA *et al.*, 2020).

Em uma avaliação de idosos é importante informações coletadas de pessoas que conhecem o indivíduo avaliado, como cônjuge ou parceiro, filhos adultos, outros membros da família, amigos, funcionários da instituição /residência / lar de idosos e profissionais de saúde mental (ACHENBACH *et al.*, 2017). Iniesta (2021), estudando idosos espanhóis com ambos os instrumentos (OASR e OABCL) observou que o agrupamento Preocupações foi o com maior porcentagem de indivíduos (40%), seguido de Ansiedade/Depressão (28%), pelo auto-informe. Segundo os informantes, o agrupamento Preocupações também foi o mais prevalente (39%), acompanhado do agrupamento Deterioração Funcional (38%).

O Total de Problemas e o agrupamento Ansiedade/Depressão, medidos pelo OASR, foram fortemente correlacionados com funções executivas, mostrando prejuízo em automonitoramento, memória de trabalho, planejamento e organização entre outras (DUBE *et al.*, 2020). Maior exposição ao estresse agudo e crônico ao longo da vida foi relacionada ao pior funcionamento emocional e comportamental e a mais queixas somáticas, na terceira idade (SENFT MILLER *et al.*, 2021).

Pacientes fumantes, avaliados pelo OASR, apresentaram associação entre o agrupamento Preocupações e o agrupamento Ansiedade/Depressão ($p = 0,05$). O OABCL preenchido pelo informante apresentou classificações mais baixas na subescala Ansiedade/Depressão (NEWHOUSE *et al.*, 2012).

Considerações finais

O envelhecimento é um fenômeno natural que leva ao declínio da função fisiológica nas pessoas e está associado a uma predisposição a múltiplas patologias físicas e mentais, com impacto na qualidade de vida. Muitos idosos estão vivendo muito mais tempo com melhor saúde física do que as gerações anteriores. Precisamos

celebrar o aumento da expectativa de vida e o potencial dos idosos como recursos importantes para o desenvolvimento futuro, tanto da família, quanto da sociedade. Todas as pessoas devem ter a oportunidade de viver uma vida longa e saudável, sendo valorizadas por sua experiência e sabedoria, sentindo-se competentes para contribuir com um mundo melhor.

No entanto, para um final de vida bem-sucedido, uma variedade de áreas precisa receber atenção: finanças, mobilidade e independência, saúde física, cognitiva e emocional, entre outras. A forte associação entre transtornos mentais e saúde global influencia o envelhecimento. É preciso observar, em relação às pessoas mais velhas, os problemas comportamentais, emocionais, sociais e de pensamento, assim como suas capacidades e pontos fortes e suas condições de vida. Os problemas de saúde emocional causam desconforto e sofrimento, também na velhice.

Combinado com a crescente globalização, o rápido envelhecimento da população mundial exigirá maior capacidade de avaliar as necessidades de saúde mental de idosos. O desenvolvimento e uso de instrumentos de avaliação em saúde mental próprios para faixa etária, com estrutura taxonômica, facilitará a comunicação, a pesquisa e a criação de programas de atenção à saúde orientados para as questões específicas da geriatria. O conhecimento baseado em evidências sobre a psicopatologia na terceira idade, pode colaborar com a diminuição do preconceito em relação ao envelhecer e levar a implementação de serviços de saúde mental para pessoas com mais de 60 anos.

As mudanças no estudo do desenvolvimento humano, antes tipicamente contemplando e restringido sua atuação nos estágios da infância e adolescência (com alguns teóricos sendo exceção, como Havighurst e Erikson), ampliaram as investigações sobre o comportamento na velhice e apontam a necessidade para o desenvolvimento desse campo. É válido frisar que cabe ao profissional a reflexão acerca das características dessa faixa etária e atentar-se à promoção de saúde por meio não só de novos métodos de avaliação, mas nos impactos que isso pode ter no entendimento dessa faixa etária e, principalmente, ao favorecimento de relações intergeracionais, promovendo o bem-estar do idoso no sentido amplo da palavra.

Os idosos não são passivos em relação ao seu desenvolvimento. Podem ter desenvolvido estratégias de enfrentamento ao longo de suas vidas que lhes permitem gerenciar sua saúde mental. Envelhecimento saudável significa criar ambientes e oportunidades que permitam às pessoas ser e fazer o que valorizam. Estar livre de doenças ou enfermidades não é um requisito para uma velhice saudável, pois muitos idosos apresentam uma ou mais condições de saúde que, quando bem controladas, pouco influenciam no seu bem-estar. Juntamente com o envelhecimento da população vem a responsabilidade pelo envelhecimento “saudável” e “bem-sucedido”, que deve ser implementado já no início da vida.

Envelhecimento Positivo ou saudável denota as aspirações de indivíduos e comunidades de planejar, abordar e viver as mudanças e os desafios da vida à medida que envelhecem e se aproximam da morte, de maneira produtiva, ativa e gratificante.

Referências

ABREU, M. C. **Velhice**: uma nova paisagem. São Paulo, Editora Ágora: 2017.

ACHENBACH, T. M. *et al.* Transdiagnostic Dimensional Assessment of Psychopathology in Later Life. **Current Behavioral Neuroscience Reports**, v. 4, p. 167-175, 2017.

ANDERSEN, S. L. *et al.* Health span approximates life span among many supercentenarians: Compression of morbidity at the approximate limit of life span. **Journals of Gerontology – Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 67, n. 4, p. 395-405, 2012.

ANDREAS, S. *et al.* The MentDis_ICF65+ study protocol: Prevalence, 1-year incidence and symptom severity of mental disorders in the elderly and their relationship to impairment, functioning (ICF) and service utilisation. **BMC Psychiatry**, v. 13, p. 62, 2013.

ANDREAS, S. *et al.* Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. **British Journal of Psychiatry**, v. 210, n. 2, p. 125-131, 2017.

AUSÍN, B. *et al.* Prevalence of Mental Disorders in the Elderly in the Community of Madrid: Results of the Mentdis-ICF65+ Study. **Spanish Journal of Psychology**, v. 10, n. 2, p. 125-131, 2017.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. DE A.; BOTEGA, N. J. Transtorno mental comum na população idosa: Pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional da Família. **Idosos e família no Brasil**. Brasília – DF: Secretaria Nacional da Família, 2021.

CARMO, É. A. *et al.* Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 27, n. 1, 2018.

CISNEROS, G. E.; AUSÍN, B. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v. 54, n. 1, p. 34-48, 2019.

COSTA, E. *et al.* Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui health ageing study. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 17-27, 2007.

CURRAN, E. *et al.* Symptom profiles of late-life anxiety and depression: The influence of migration, religion and loneliness. **Depression and Anxiety**, v. 36, n. 9, p. 824-833, 2019.

DASGUPTA, A. *et al.* Cognitive impairment and its predictors: A cross-sectional study among the elderly in a rural community of West Bengal. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 9, p. 4.603-4.612, 2020.

DE VITO, A. *et al.* The association of anxiety, depression, and worry symptoms on cognitive performance in older adults. **Aging, Neuropsychology, and Cognition**, v. 26, n. 2, p. 161-173, 2019.

DUBE, S. L. *et al.* Association of self-reported executive function and mood with executive function task performance across adult populations. **Applied Neuropsychology:Adult**, p. 1-12, 2020.

ERIKSON, E. H. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: 1972.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

EZZATI, M. *et al.* The reversal of fortunes: Trends in county mortality and cross-county mortality disparities in the United States. **PLoS Medicine**, v. 5, n. 4, p. e66, 2008.

FRADE, J.; BARBOSA, P.; CARDOSO, S.; NUNES, C. Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não institucionalizados. **Revista de Enfermagem**, série IV, n. 4, jan./fev./mar. 2015.

FELDMAN, R. S. **Desarrollo Psicológico a través de la vida**. 4. ed. México: Pearson Educación, 2007.

FONTES, A. P. Desenvolvimento na velhice: Fundamentos para psicoterapeutas. *In*: FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J. G.; NEUFELD, C. B. (org.). **Terapias cognitivo-comportamentais com idosos**. Novo Hamburgo, Sinopsys, 2016, p. 25-54.

HOANG LAN, N.; THI THU THUY, N. Depression among ethnic minority elderly in the Central Highlands, Vietnam. **Health Psychology Open**, v. 7, n. 2, 2055102920967236, 2020.

HOFFMAN, L.; PARIS, S.; HALL, E. **Psicología del Desarrollo Hoy**. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, 1997.

HOSSEINI, S.; CHAURASIA, A.; OREMUS, M. The Effect of Religion and Spirituality on Cognitive Function: A Systematic Review. **Gerontologist**, v. 59, n. 2, p. e76-e85, 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Projeções indicam aceleração do envelhecimento dos brasileiros até 2100. **Portal do Governo Brasileiro**, 2021. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38577#:~:text=A%20propor%C3%A7%C3%A3o%20de%20idosos%2C%20que,%2C7%25%20para%209%25.

IVANOVA, M. Y. *et al.* The generalizability of Older Adult Self-Report (OASR) syndromes of psychopathology across 20 societies. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 35, n. 5, p. 525-536, 2020.

KRONFLY RUBIANO, E. *et al.* Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. **Atención Primaria**, v. 47, n. 10, p. 616-625, 2015.

LD HEALTH ORGANIZATION, 2. **Ageing: Healthy ageing and functional ability**. Ginebra, Suíça: WHO, 2020.

LOBO, B. O. M. *et al.* Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. **Psicologia: Teoria e Prática**. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 116-125, 2012.

MALONE, J.; DADSWELL, A. The role of religion, spirituality and/or belief in positive ageing for older adults. **Geriatrics (Switzerland)**, v. 3, n. 2, p. 28, 2018.

MARCHANT, N. L. *et al.* Repetitive negative thinking is associated with amyloid, tau, and cognitive decline. **Alzheimer's and Dementia**, v. 16, n. 7, p. 1054-1064, 2020.

MUCIDA, A. Velhice: Que história se escreve, se conta, se escuta? **Periódico**, v. VII, n. 11, p. 18-20, 2006.

MÜLLER, F.; NAHARRO, M.; CARLSSON, G. E. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? **Clinical Oral Implants Research**, v. 18, Suppl 3, p. 2-14, 2007.

NEWHOUSE, P. *et al.* Nicotine treatment of mild cognitive impairment: A 6-month double-blind pilot clinical trial. **Neurology**, v. 78, n. 2, p. 1.895, 2012.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe mundial sobre el envejecimiento y la Salud**. Ginebra: WHO, 2015.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. **Desenvolvimento Humano**. 14. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

PERRY, T. E. *et al.* Applying Erikson's Wisdom to Self-Management Practices of Older Adults: Findings From Two Field Studies. **Research on Aging**, v. 37, n. 3, p. 253-274, 2015.

QIU, C.; KIVIPELTO, M.; VON STRAUSS, E. Epidemiology of Alzheimer's disease: Occurrence, determinants, and strategies toward intervention. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 11, n. 2, p. 111-128, 2009.

RESCORLA, L. A. *et al.* Older adult psychopathology: International comparisons of self-reports, collateral reports, and cross-informant agreement. **International Psychogeriatrics**, v. 34, n. 5, 467-478, 2020.

RICCÒ, M. *et al.* Prevalence of parkinson disease in Italy: A systematic review and meta-analysis. **Acta Biomedica**, v. 91, n. 3, p. e2020088, 2020.

RITCHIE, K. *et al.* Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. **British Journal of Psychiatry**, v. 184, p. 147-152, 2004.

SANTOS, D.; SILVA, E. Prevalência da doença de Parkinson relacionada ao auxílio-doença da previdência social. **Saúde Dinâmica**, v. 2, n. 2, p. 13-28, 2020.

SANTOS, E. *et al.* Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Online)**, v. 20, n. 6, p. 854-865, 2017.

SC JOHNSON. Conselho Sábio: Conheça o Conselho de Administração da SC Johnson. **Comunicado de Imprensa**. Disponível em: <https://www.scjohnson.com/pt-br/our-news>.

SEIBERT, H.; SCHOEN, T. H.; VITALLE, M. S. S. A influência da frequência a grupos religiosos no IMC e nos hábitos alimentares de adolescentes. *In*: ALMEIDA, F. A. **Ciências das Religiões: Uma Análise Transdisciplinar**. Santos – SP: Editora Científica, 2020.

SENFTE MILLER, A. *et al.* Lifetime stress exposure, cognition, and psychiatric well-being in women. **Aging and Mental Health**, v. 6, p. 1-6, 2021.

SENGUPTA, P.; BENJAMIN, A. I. Prevalence of depression and associated risk factors among the elderly in urban and rural field practice areas of a tertiary care institution in Ludhiana. **Indian Journal of Public Health**, v. 59, n. 1, p. 330-331, 2015.

SILVA ANTERO-JACQUEMIN, J. *et al.* Learning from leaders: Life-span trends in olympians and supercentenarians. **Journals of Gerontology – Series A Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 8, p. 944-949, 2015.

VOLKERT, J. *et al.* The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. **Ageing Research Reviews**, v. 12, n. 1, p. 339-53, 2013.

ZAZZETTA, M. S. *et al.* Identifying Frailty Levels and Associated Factors in a Population Living in the Context of Poverty and Social Vulnerability. **The Journal of Frailty & Aging**, v. 6, n. 1, p. 29-32, 2017.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

9. RELAÇÕES ENTRE O DESENVOLVIMENTO BIOECOLÓGICO E O MICROSSISTEMA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL

*Ana Cláudia de Azevedo Peixoto
Celia Regina Nonato da Silva Loureiro
Gabriella Santos Ramalho
Ilanna Pinheiro da Costa Medeiros
Sandra Duarte Antão*

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Introdução

A teoria bioecológica trata sobre o desenvolvimento da pessoa em diferentes aspectos da vida, seja o tempo em que vive, os ambientes dos quais participa e as relações que estabelece. O ambiente ecológico pode ser visto como uma sequência de estruturas encaixadas, onde cada peça contém ou está contida noutra. Estes encaixes relacionam o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrosistema no qual o sujeito está inserido, podendo influenciar o curso de desenvolvimento do indivíduo, como também serão influenciados pela pessoa em desenvolvimento. (BRONFENBRENNER, 1979/1996; MARTINS; SZYMANSKI, 2004).

A pessoa através das suas características biológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais percebe o mundo e interage ativamente ou indiretamente e de forma recíproca com os contextos ecológicos em que participa. Esse ambiente ecológico, retrata o segundo modelo da teoria bioecológica desenvolvida por Bronfenbrenner (1998) – modelo PPCT (processo-pessoa-contexto- tempo) –, que ampliou a possibilidade de compreender o desenvolvimento humano partir de um sistema processual que se dá a partir das relações com/de contextos ecológicos denominados de microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. “O microssistema é considerado um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicos” (BRONFENBRENNER, 1996, p. 18). Assim sendo, no microssistema são possibilitadas as relações mais pessoais e próximas, envolvendo relações corporais, sociais e simbólicas e objetais, sendo estas permeadas por aspectos de disposição, recurso e demanda do indivíduo (JULIANO; YUNES, 2010). As relações intermediárias ocorrem no mesossistema – nesse contexto, as relações se constroem na relação entre os microssistemas, como por exemplo, na díade entre relação escola-família ou família-vizinhos. E no exossistema, a relação se apresentará de forma indireta para o indivíduo ou instituição analisada, visto que a influência ocorre conectada por meio das variáveis presentes no microssistema e mesossistema, – via trabalho dos

pais, escola do irmão, por exemplo. No mesossistema, a pessoa não é participante ativo das ações, porém, o que ocorre no exossistema pode afetar diretamente o seu desenvolvimento. O macrosistema, pode ser representado pelas políticas, crenças, ideologias, valores, integrando realidades socioeconômicas e culturais, explicando de que maneira o acesso a oportunidades ou a privação a elas, impactam a vida das pessoas. Por fim, o tempo, também pode ser um fator de impacto no desenvolvimento e pode ser denominado, na teoria bioecológica, como cronossistema – que modera as mudanças no decorrer da vida (CECCONELLO; KOLLER, 2003; JULIANO; YUNES, 2010).

Neste capítulo será discutido como o contexto ecológico vulnerável atua nas relações imediatas dos microsistemas familiar e escolar da criança, como sistema dinâmico interligado. Esse desenho teórico visa permitir a capacitação e compreensão dos territórios vulneráveis a partir da dinâmica das responsabilidades do Estado, por meio das políticas públicas, como no trato dos adultos com as crianças e adolescentes, tanto no ambiente doméstico como no contexto escolar e da comunidade mais próxima.

A avaliação dos impactos da desigualdade social aponta para inúmeras privações que diferentes indivíduos enfrentam quando expostos a esta condição. Por sua complexidade, precisa ser compreendida através da consideração de fatores históricos, culturais e sociais. Tais privações favorecem a condição de vulnerabilidade social, sendo essa presente na forma de restrição de acesso a bens materiais e simbólicos que impactam a qualidade de vida (DE SOUZAA; PANÚNCIO-PINTOB; FIORATIB, 2019).

Desta maneira, elevados níveis de pobreza, exclusão social, acesso limitado a bens materiais e simbólicos, potencializam a exposição à vulnerabilidade social e quando estes impactos são compreendidos na infância, alertam para a grande possibilidade de limitação e prejuízos ao longo da vida (DE SOUZAA; PANÚNCIO-PINTOB; FIORATIB, 2019).

Vulnerabilidade social e seus impactos

A vulnerabilidade, a suscetibilidade a danos, resulta de uma interação entre os recursos disponíveis ou não para indivíduos e comunidades e os desafios da vida que eles enfrentam. De modo geral, condições crônicas de vulnerabilidade geram problemas de desenvolvimento, incapacidades pessoais, status social desfavorecido, inadequação de redes e suportes interpessoais, bairros e ambientes degradados, bem como complexas interações desses fatores ao longo do curso de vida (MECHANIC; TANNER, 2007). Nessa perspectiva, a vulnerabilidade social vai além da privação econômica, uma vez que pode configurar-se em adoecimento de um ou vários membros, em situações recorrentes de uso de drogas, violência doméstica e outras condições que possam impedir ou prejudicar o desenvolvimento saudável (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

Importante ressaltar que a relação multifatorial de vulnerabilidade social afasta a crença que a pobreza é o principal fator de risco para as famílias, dado que mesmo em condições precárias, há famílias que cumprem o papel de proteção e cuidado da melhor forma que podem, favorecendo o desenvolvimento de seus membros (YUNES, 2007). Todavia, a prática de cuidado e proteção, em uma conjuntura de desigualdades, injustiças sociais e econômicas, tal qual se apresenta nos cenários das cidades brasileiras, é realmente desafiadora, ante a escassez de serviços sociais básicos que viola direitos, comprometendo o exercício de cidadania plena (PIZZIO; SILVA, 2016). É fato, que nessas comunidades desassistidas, o risco da violência, do tráfico de drogas e da fragilização das relações familiares e comunitárias são ainda maiores, exponenciando o fracasso das políticas públicas (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

As restrições vivenciadas por diversos grupos, fazem com que estejam sempre em desvantagem no que concerne ao acesso à educação, condições dignas de moradia, trabalho e saúde de qualidade, tornando-se visivelmente distantes ao alcance das políticas públicas que teriam por objetivo legitimar um desenvolvimento com dignidade. Pode-se dizer que a vulnerabilidade social surge como um fator de risco ao desenvolvimento, principalmente quando crianças e adolescentes são afetados pela impossibilidade de terem suas necessidades básicas, emocionais e físicas, sanadas. Então, pensar na garantia de direitos neste contexto exige engajamento de diferentes áreas de atuação, que poderão compreender e propor intervenções diante das múltiplas violações sofridas (GAUY; ROCHA, 2014). A exposição a instabilidades ambientais tais como estresse crônico, violência, renda escassa, práticas parentais não orientadas, dificuldade de acesso a lazer, carência de acesso a modelos de competência socioemocional vão imprimindo no desenvolvimento de déficits significativos e gerando consequências críticas.

Por tratar-se de um fenômeno multicausal, a definição de vulnerabilidade torna-se complexa e difícil. Todavia, adota-se aqui a seguinte compreensão: “A vulnerabilidade como a debilidade dos ativos que indivíduos, famílias ou grupos dispõem para enfrentar riscos existentes que implicam a perda de bem estar” (VIGNOLI, 2001 *apud* CANÇADO; SOUZA; CARDOSO, 2014, p. 2).

A relação da população infantojuvenil e vulnerabilidade social está respaldada em três dimensões. Rocha (2007), destaca que a primeira se refere à dimensão vital, inerente ao ciclo de vida, a qual podemos relacionar com a perspectiva da adolescência como uma fase instável e sensível diante dos impasses das novas tarefas do desenvolvimento, por essa razão, se tornam mais vulneráveis. A segunda fase é definida como institucional e relaciona-se com a interação do adolescente com o mundo adulto. Já a terceira diz respeito à dimensão de interação socioeconômica, vista sob os aspectos da educação e do trabalho.

No Brasil, quando observadas as variáveis descritas nesta terceira dimensão, os adolescentes em vulnerabilidade social encontram variáveis complexas a serem solucionadas e vivenciam graves consequências da privação estrutural instalada no país. Os dados da pesquisa realizada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) e o Fundo das Nações Unidas (UNICEF, 2018) retratam essa realidade: a população infantojuvenil era estimada em 55 milhões no ano de 2015, das

quais 19% apresentavam acesso à educação deficitária, tendo cerca de 10 milhões de crianças e adolescentes sem acesso à internet em suas residências, onde 70% desses são negros, evidenciando também a desigualdade racial demarcada nesses territórios. Este estudo avaliou ainda o nível de pobreza enfrentado pela população nessa fase do desenvolvimento entre as nações latino-americanas, onde o Brasil ocupou a sexta posição de 17 países investigados. Esses dados tornam ainda mais evidentes a disparidade enfrentada por essa população que vai se tornando cada vez mais distante das oportunidades de melhoria e desenvolvimento, restando o abandono escolar e o acesso a subempregos. Conforme aponta Ribeiro (2019, p. 43): “esse debate não é sobre capacidade, mas sobre oportunidades”.

Através de sua pesquisa de mestrado, Antão (2020) realizou um levantamento da competência social e problemas de comportamento de crianças de 6 a 11 anos na cidade de Barra Mansa/RJ que participam de um projeto social na Instituição denominada Casa Manjedoura, onde são desenvolvidas atividades para crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social. Para coleta de dados, foi utilizado o CBCL (Child Behavior Checklist) que tem sido amplamente indicado na literatura como um importante instrumento para levantamento de problemas de comportamentos e dificuldades sociais em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos. Este inventário já foi traduzido para 61 línguas, com estudos publicados em pelo menos 50 culturas diferentes, revelando assim grande aplicabilidade e valor científico (BORSA; NUNES, 2008). É composto por 138 itens, sendo 20 destinados à avaliação da competência social da criança e 118 relativos a problemas de comportamento totalizando 11 escalas de avaliação (WIELEWICKI; GALLO; GROSSI, 2011; BORSA; NUNES, 2008). Foram avaliadas 21 crianças, tendo sido tais dados coletados com os responsáveis. Participaram deste estudo 13 meninos e 8 meninas. Neste mesmo estudo, de acordo com os dados obtidos, no que concerne a identificação étnico-racial, 62% dos participantes eram pretos e 38% pardos. A partir dessa identificação, foi possível perceber que a desigualdade social no país aponta para a demarcação racial encontrada nas condições de vulnerabilidade social.

O estudo Desigualdades Sociais por Cor ou Raça conduzido pelo IBGE (2018), ao investigar fatores ligados à condição de vida da população brasileira tais como acesso ao mercado de trabalho, distribuição de renda, acesso à educação e condições de moradia, relatou que pessoas pretas e pardas representaram mais que o dobro de pessoas brancas que vivem em condição de pobreza. Segundo Almeida (2019, p. 33) “o racismo é parte de um processo social que ocorre pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição”. Os dados indicaram que estas crianças compõem os reflexos de profundas estruturas sociais, políticas e econômicas que favorecem a desvantagem social e racializam a pobreza no país. Ao realizar a estatística descritiva dos dados, Antão (2020) ao considerar os resultados classificados como clínico e limítrofe, observou uma frequência de 90% de crianças com dificuldades no que concerne à competência social. Essa análise é extremamente preocupante quando se compreende a importância que esse construto indica para as relações humanas. É essa competência que permite, entre outras possibilidades, o entendimento sobre a aplicação das normas sociais bem como a adequação a elas, incidindo sobre as

habilidades para regular as emoções, principalmente as consideradas desagradáveis. Também tem forte relação com autoeficácia e autoestima, fornecendo a capacidade para reconhecimento das próprias conquistas, discernindo os próprios limites, com o estabelecimento de uma tolerância adequada para experimentar ambos. Além disso, estudos demonstram que a empatia tem correlação com a competência social, tornando-se fatores de proteção ao desenvolvimento infantil (CAMINHA; CAMINHA, 2016). O estudo de Antão (2020) apontou ainda que 76% (N=16) das crianças avaliadas já apresentam sintomas na Escala de Comportamentos Internalizantes (ansiedade, isolamento, depressão e queixas somáticas), indicando que problemas emocionais já estavam sendo apresentados por esta população e que por serem mais privados ao mundo interno da criança, nem sempre são notados pelo ambiente. A pesquisa mostrou também que 62% das crianças indicaram sintomas de estresse. E ainda que 90% (N=19) das crianças apresentam sintomas na Escala de Comportamentos Externalizantes, sendo esta escala caracterizada por comportamentos manifestos e desajustados tais como agressividade, agitação psicomotora e comportamento delinquente, exercendo influência direta no ambiente (Escala sobre Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo). A prevalência de comportamento agressivo na primeira infância gira em torno de 10%, podendo chegar a 25% entre crianças com desvantagem socioeconômica (PESCE, 2009). Com estes dados, torna-se possível levantar diferentes discussões acerca do impacto que tais problemas podem gerar no desenvolvimento de crianças e adolescentes, bem como sobre o que pode ser feito para a diminuição desses índices.

É extensa e complexa a tarefa envolvida na identificação de fatores que podem afetar a saúde mental e provocar alterações comportamentais durante a infância e adolescência, mas é amplamente conhecido os impactos que os contextos que envolvem o ambiente de desenvolvimento desempenham neste processo infantojuvenil. Em um contexto de vulnerabilidade social diferentes fatores de risco estão presentes e grupos expostos a esta condição demonstram menos recursos para o enfrentamento das situações adversas vivenciadas. Quando vivenciam altos níveis de estresse e de maneira crônica, a criança pode apresentar prejuízos importantes nos processos de controle de atenção e inibitório, memória de trabalho, atraso de gratificação e planejamento, sendo estes processos básicos que afetam a forma como lidam com as demandas do cotidiano. Vale destacar ainda que muitas vezes, essas crianças e adolescentes estão sujeitas a práticas parentais menos estimulantes, pois estes também estão expostos a muitos estressores como desemprego, renda escassa e violência e não conseguem ter acesso a um repertório de habilidades que poderiam conferir ao desenvolvimento de seus filhos o suprimento das necessidades emocionais básicas.

Assim, ao observar os impactos gerados no desenvolvimento de crianças e adolescentes que estão expostas à vulnerabilidade social, nota-se a variedade de fatores que precisam ser contemplados ao pensar estratégias de intervenção para esta população. As consequências encontradas vão desde alterações no funcionamento biológico a questões sobre a estimulação de habilidades socioemocionais, influenciando os processos de aprendizagem e afetando todo o curso de vida. Pensar no desenvolvimento dessa infância é preocupar-se com a criação de estratégias coletivas

que abarque os contextos das crianças e adolescentes, contemplem as condições sócio-históricas as quais estão submetidas, bem como a garantia de direitos assegurados pelas políticas para que desfrutem de um desenvolvimento pleno com a presença de fatores protetivos, assegurando sua qualidade de vida. Seguiremos apontando saídas que envolvem o contexto micro das crianças e adolescentes. Refletir sobre este desenvolvimento da infância vulnerável é preocupar-se com a elaboração de estratégias que contemplem as condições sócio-históricas às quais estão submetidas; em ações que sejam elaboradas para essa população, e que necessitam ser executadas para abranger as demandas e necessidades sociais. Desta maneira, “essa visão contribui para uma releitura do sofrimento, não como característico do indivíduo, mas como produto de processo histórico político, social e econômico de exclusão” (COSTA; BRANDÃO, 2005, p. 35).

Os desafios da educação escolar de crianças e adolescentes em territórios vulneráveis

Vários estudos confirmam que a situação socioeconômica de pobreza é um fator de risco psicossocial (PALACIOS-BARRIOS; HANSON, 2019; PATEL *et al.*, 2020). Entretanto, tudo indica que o que leva ao sofrimento emocional de crianças e adolescentes é o desamparo das famílias, o despreparo de escolas e professores que não sabem lidar com a situação, sem perder de vista a responsabilidade do Estado quando trata com descaso essa população (SOUZA; PANÚNCIO-PINTO; FIORATI, 2019).

Ante a tal elaboração, vale pensar sobre as questões que envolvem a produção de vulnerabilidade social e a cultura de exclusão no campo da educação formal. A relação causal entre essas situações passa a não existir quando se promove experiências educacionais capazes de desempenhar um papel importante em influenciar ou determinar como os alunos podem aprender (YUNES; FERNANDES; WESCHENFELDER, 2018). Decerto que a preparação do professor é fundamental para que isso ocorra, pois é necessário desenvolver uma visão otimista dos seres humanos e de contextos, afirmam os pesquisadores Yunes, Fernandes e Weschenfelder (2018). A visão otimista não nega o sofrimento do indivíduo ou de grupo perante o impacto das adversidades (HART *et al.*, 2016). Todavia, o risco é percebido a partir da visão ecológica que está relacionada ao sistema e ao contexto do acontecimento fenomenológico (GARBARINO; ABRAMOVITZ, 1992).

O modo de encarar os fenômenos depende de muitos fatores, como as condições psicológicas, de saúde, emocional do indivíduo, mas os processos de aprendizagem podem ajudar no enfrentamento às adversidades (WALSH, 1998). Nesse sentido, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH) (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998) contribui ao possibilitar a ampliação da compreensão do fenômeno a partir das interações dos contextos de desenvolvimento (micro, meso, exo e macrosistema). Em conjunto com a Psicologia Positiva (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000), que aponta para as condições de bem-estar e de florescimento humano e das organizações, torna-se possível vislumbrar saídas e soluções para os problemas.

Nesse cenário, os pressupostos da bioecologia do desenvolvimento humano dão sustentação para propostas de intervenção positiva na escola, considerando, especialmente, três propriedades fundamentais das interações humanas. A primeira refere-se à reciprocidade, por entender que crianças, adolescentes e professoras se desenvolvem quando estabelecem uma relação de troca afetiva durante ações conjuntas e compartilhadas. A segunda refere-se ao equilíbrio de poder, ou seja, na alternância de liderança entre os colegas e o professor no curso das atividades. A terceira se refere à relação afetiva que se estabelece entre os pares e o professor. Nessa dinâmica ocorre os processos proximais, que são considerados os motores de desenvolvimento, possibilitando assim o florescimento de todos os envolvidos nessa vivência experiencial (BRONFENBRENNER, 2011).

Vale destacar que Seligman (2004) anuncia que a autorregulação do educador é uma condição fundamental para o desenvolvimento de comportamento positivo de crianças e adolescentes. Para que isso aconteça se faz necessário observar cinco fatores a serem desenvolvidos. Isto é: (a) emoção positiva, (b) engajamento, (c) sentido da vida, (d) realização positiva e (e) relacionamentos positivos. Seligman (2004) afirma que esses cinco elementos estão relacionados ao modo como cada um pensa, sente e atua na vida. Nesse processo, as virtudes e as forças pessoais estão relacionadas às escolhas que se faz na vida. Se boas escolhas, maiores são as chances de florescer para o mundo. Nesse alinhamento, somos responsáveis sobre como queremos viver e construir projetos pessoais. As escolhas que fazemos, influenciam no tipo de lentes que usamos para ver o mundo. Se ecológicas, temos grandes chances de nos tornarmos tutores de desenvolvimento para crianças e adolescentes, especialmente, para aqueles que mais precisam.

Assim, podemos considerar que educadores, aqueles que escolhem ser tutores de desenvolvimento, são praticantes de bons tratos e têm como valor o bem-estar pessoal e da coletividade, através de “interações significativas que podem contribuir para os processos de resiliência diante de adversidades no/do ambiente escolar” (YUNES *et al.*, 2015).

O trabalho com famílias em situação de vulnerabilidade e o impacto no desenvolvimento de crianças e adolescentes

A família pode ter diversos significados, sejam eles sociológicos, antropológicos ou psicológicos. De acordo com De Antoni (DE ANTONI; KOLLER, 2000) os indivíduos – sendo estes consanguíneos ou não – que se relacionam neste contexto, buscam nestas relações a reciprocidade, estabilidade e durabilidade. Estando uma vez inserida em um ambiente, a família é atravessada por outros fatores, desta maneira, Urie Bronfenbrenner (1979/1996) elabora o modelo bioecológico, que se faz pertinente para compreensão destes múltiplos atravessamentos. O autor conceitua a família como um microsistema no qual as relações buscam por: estabilidade, reciprocidade e equilíbrio de poder entre os papéis dos indivíduos. Neste microsistema – família-, são desenvolvidas as primeiras relações do sujeito com o meio que

o cerca, sendo assim de fundamental importância para a construção do sujeito. Ainda segundo o autor, “a família é, ao mesmo tempo, a fonte mais rica e menos utilizada de experimentos naturais sobre o impacto evolutivo dos sistemas envolvendo mais de duas pessoas” (BRONFENBRENNER, 1979/1996 *apud* KOLLER; MORAIS; PALUDO, p. 40, 2016).

Ao considerar os contextos ecológicos e famílias em situação de vulnerabilidade, passa-se a questionar como é a estrutura desse microsistema e como tem sido o trabalho de inserção a essa ecologia, visando o cuidado e acolhimento. Foi nesse sentido que Ramalho (2022) analisou o fortalecimento de vínculos familiares em diferentes Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro, revelando como tem sido feito fortalecimento de vínculos familiares em uma perspectiva de reinserção familiar de crianças e adolescentes em acolhimento institucional. Ao ouvir o corpo técnico de três equipamentos CREAS deste território, os resultados apontaram que há um perfil dessas famílias: tanto no estudo de revisão Integrativa da Literatura sobre a Temática, quanto nas falas obtidas por meio das entrevistas com as técnicas, houve menção a essas famílias como “invisíveis socialmente”, “em invisibilidade no alcance de seus direitos básicos” e “marcadas por desigualdade social”. Ainda, as técnicas ressaltaram que essas famílias são, em maioria significativa, famílias pretas, chefiadas por mulheres, sendo mães “solos” – que governa o lar sozinhas, em vulnerabilidade financeira e que estão em realidades de subemprego, ou ainda em um movimento pendular de trabalho para metrópole, distante de sua moradia, passando horas longe dos filhos, para obtenção de recurso financeiro. Esses dados corroboram com as falas de Diniz e Koller (2010), que mencionam que a alta jornada de trabalho das mães, sendo estas as únicas e principais cuidadoras, pode fragilizar o tempo necessário para o desenvolvimento afetivo nos laços familiares. Desse modo, considerando a teoria bioecológica, a análise do exossistema dessas famílias – como o trabalho dos cuidadores –, pode-se inferir o quanto essas relações de trabalho interferem na qualidade dos vínculos familiares (microsistêmico), fragilizando os vínculos, e o quanto o não acesso às políticas públicas efetivas, no contexto macrosistêmico, afeta diretamente o bem-estar dessas famílias. Entretanto, opiniões se dividiram sobre o quanto é possível responsabilizar única e exclusivamente essas famílias pela fragilização e se o único caminho seria a institucionalização, ou, antes, o asseguramento do acesso aos direitos básicos de vida e segurança, ação protetiva do Estado. Enquanto algumas falas trouxeram as violações que circundam essas famílias, outras falas indicaram tais famílias como “desestruturadas”, ou revelaram histórias onde as famílias seriam incapazes de cuidar dos seus filhos devido a presença de fatores de risco, incluindo a pobreza (RAMALHO, 2022, p. 78, 82). O resultado da pesquisa acima possui ressonância com estudos como o de Conceição (2019), que compreende que existem lacunas na efetividade de políticas públicas, como acesso ao mercado de trabalho, segurança e cuidado para crianças cujos responsáveis precisam trabalhar, como acesso a escolas e creches. Diante disso, para a autora, é preciso desenvolver ações acolhedoras que permitam fortalecer os vínculos familiares e estreitar esses laços, partindo assim de um suporte socioeconômico e com garantia de direitos básicos para que esses objetivos se

cumpram. Corroborando esse assunto, os resultados da pesquisa de Ramalho (2022) apontam que é preciso que o profissional que trabalha com famílias em situação de vulnerabilidade, indique qual conceito utiliza para o entendimento sobre famílias, e se nessa ideia comporta: persistência de um olhar crítico, de julgamento e culpabilização, ou uma visão social e política sobre tais relações que ali se apresentam, compreensão da construção dos vínculos familiares, além de capacitação e acesso a uma estrutura básica de trabalho.

Na pesquisa de Ramalho (2022) foi constatado que o trabalho de fortalecimento de vínculos familiares pelos profissionais que atuavam nos equipamentos era prejudicado e, infelizmente, em sua maioria dos dados, impedido por falta de recursos, ausência de estrutura básica de trabalho, excesso de demanda para uma equipe pequena, alta rotatividade profissional e pouca ou nenhuma capacitação para o trabalho. Exigindo, assim, que o profissional buscasse recursos externos para que conseguisse desenvolver seu trabalho. Constatou também a dificuldade dos profissionais entrevistados em conceituar “vínculo familiar”, bem como fragilidade na identificação do que seria o processo de vínculo familiar fortalecido ou fragilizado – termos que regem o cuidado socioassistencial. Dentre as falas encontradas, verificou-se que há um conceito vago e distante sobre vínculo, rodeando falas de “relações positivas” (RAMALHO, 2022, p. 79), sem que haja um conceito desse positivo. Ou, ainda, uma visão de que o vínculo é algo que precisa ser e que envolva pertencimento e conexão. Uma terceira ideia sobre o vínculo ainda revelou que as técnicas partiam de seu próprio microssistema para definir a vivência na vida das famílias usuárias desses equipamentos socioassistenciais. Desse modo, encontram-se as falas de Cardoso *et al.* (2020), em que o corpo técnico visualiza sua família como segura e positiva, enquanto a do outro, da família que ali chega para acolher, é compreendida como “desestruturada”, ou ainda culpabilizada. Na pesquisa de Ramalho (2022), essas falas carregaram duas dimensões, ora partiram do próprio microssistema para compreender as famílias atendidas, ora partiram do macrossistema, com ideais culturais e sociais de família, como indicam Júnior, de Moraes e Coimbra (2015), uma família branca, heterossexual, com pai, mãe e filhos. Hora (2014) ainda contribui para o debate quando reafirma que ainda pondera uma ideia macrossistêmica conservadora e julgadora dessas famílias e reforça a necessidade de uma visão pela matricialidade sociofamiliar, que amplia e agrega o cuidado e proteção pela família também pela sociedade, comunidade e Políticas Públicas.

Diante de tais constatações, percebe-se quanto é necessário a clareza na conceitualização sobre o que seja vínculo, para que se possa entender o que de fato o fragiliza. Dados da literatura, como Ainsworth *et al.* (1978), Bronfenbrenner (2001, 2005), Bowlby (2002) e ainda Diniz e Koller (2010) mostram que o afeto e apego são imprescindíveis para o desenvolvimento humano, pois permitem o enfrentamento de vivências de risco, conectam os humanos com sensações de segurança e proteção, e se estabelecem como uma conexão profunda que vai além da necessidade fisiológica. O vínculo seguro é algo que, segundo autores como Bowlby, é fundamental para o desenvolvimento. Sem uma boa vinculação afetiva com os pares, pode causar sofrimento psíquico e fragilização da noção de segurança e na representação dos

afetos. Ramalho (2022) apresentou um conceito de vínculo inicial, que pode nortear o cuidado dos profissionais que acompanham as famílias em vulnerabilidade:

Uma estrutura íntima desenvolvida entre os sujeitos, uma ponte que gera conexão e afinidade que não se estabelece unicamente por questões biológicas ou necessidades fisiológicas, mas por necessidades sociais e ambientais, que permite o desenvolvimento de apegos seguros fundamentais para o desenvolvimento humano em contextos diversos. Sua função é auxiliar a possibilidade de mudanças para melhor adaptação e crescimento dos indivíduos envolvidos, aprendendo formas de ser e estar através dos vínculos. Para o CREAS, o vínculo requer dois olhares, que vão desde a percepção do vínculo construído no ambiente familiar e suas possíveis potências e fragilidades, bem como o desafio da construção do vínculo entre equipamento e família, visando cumprir a função de adaptação e cuidado (RAMALHO, 2022, p. 103).

Outro dado relevante na pesquisa de Ramalho (2022) é que os motivos de fragilização dos vínculos apresentados pelas técnicas, como pobreza, violências, abuso de álcool e outras drogas e adoecimento mental dos responsáveis, também foram indicados como motivos de não reinserção familiar em casos de institucionalização. Ficou evidente também que “os motivos de fragilização dos vínculos familiares aparecem como os motivos de reinserções familiares que não ocorrem. Parece que não tem existido caminhos diferentes entre o que fragilizou o vínculo e seu resultado, o acolhimento por longos períodos, não têm um resgate” (DIÁRIO DE CAMPO COLETIVO, 27/08/2021 – RAMALHO, 2022). Esse fato encontra as reflexões de Oliveira e Milnitsky-Sapiro (2007), ao afirmarem que crianças e adolescentes acolhidos em longa permanência têm seus laços rompidos e distantes de uma rede de apoio para seu pleno desenvolvimento.

Os fatores apresentados nessa relação entre famílias e seus contextos, dizem respeito tanto à estruturas macrossistêmica, quanto às estruturas de exossistema e mesossistema dessas famílias. E, sem cuidado efetivo necessário, tais estruturas podem agir de modo disfuncional nesse contexto ecológico, prejudicando o acolhimento dessas famílias.

Considerações finais

Este capítulo mostrou que diante da complexidade do fenômeno da vulnerabilidade, se faz necessário olhar os efeitos ou consequências que pairam nos territórios sobre o desenvolvimento de crianças e adolescentes a partir das lentes da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano. A escassez de recursos e privação de acesso a vetores que incidem sobre o bem-estar no contexto vulnerável, produz consequências no desenvolvimento psicossocial e modifica o curso de possibilidades que poderiam agir como fatores protetivos para a qualidade de vida plena e segura. Apontar caminhos que auxiliem na identificação das variáveis que sugerem quão bem uma pessoa ou instituição se encontra diante do ciclo de desenvolvimento,

possibilita a compreensão de quais estratégias podem ser adotadas para intervir diante das necessidades não atendidas.

Como afirmam Yunes, Fernandes e Wenchenfelder (2018) para desenvolver relações transformadoras é necessário investir em bons tratos nos processos proximais mais afetivos, considerando o equilíbrio de poder e reciprocidade afetiva. Para que se possa construir relações saudáveis, em ambientes vulneráveis, é preciso investir nos profissionais que atuam em diferentes instituições, sejam da saúde, assistência ou educação, capacitando-os no trato com as famílias, pois ainda pouco se sabe sobre essa população (Epstein, 2019). Certamente que essas questões precisam ser avaliadas no campo das políticas públicas, com acesso aos recursos materiais ou simbólicos, melhoria salarial e nos ambientes de trabalho. Visto que os dados das pesquisas apresentadas apontam o valor da educação/ conhecimento como condição de mudança para o desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivem em territórios vulneráveis.

Desta forma, o que ocorre na sociedade como um todo terá influência sobre o indivíduo, mais especificamente sobre como isso será transmitido na educação familiar escolar. Este sistema também pode ser caracterizado como um mapa – ideal ou real- do mundo dos indivíduos, além de gerar organização esquemática para esses sujeitos em desenvolvimento (CECCONELLO; KOLLER, 2003; JULIANO; YUNES, 2010).

Referências

AINSWORTH, Mary *et al.* **Patterns of attachment**: assessed in the strange situation and at home. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum, 1978.

ALMEIDA, Silvio. **Racismo estrutural**. Pólen Produção Editorial LTDA, 2019.

ANTÃO, S. D. **Proposta de intervenção psicossocial para crianças em vulnerabilidade social focada em habilidades socioemocionais**. 2020. 112p. Dissertação do Mestrado em Psicologia. Orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Cláudia de Azevedo Peixoto. Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2020.

BENETTI, I. C.; VIEIRA, M. L.; CREPALDI, M. A.; SCHNEIDER, D. R. Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicol.**, v. 9, n. 16, p. 89-99, 2013.

BORSA, Juliane Callegaro; NUNES, Maria Lucia Tiellet. Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 40, p. 317-330, 2008.

BOWLBY, John. **A Natureza do Vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. Discovering what families do. *In*: BLANKENHORN, D.; BAYME, S.; ELSHTAIN, J. B. (org.). **Rebuilding the nest**. University Press, p. 27-39, 1979.

BRONFENBRENNER, U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. **Developmental Psychology**, v. 22, p. 723-742, 1986.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental process. *In*: LERNER, R. M. (org.). **Handbook of child psychology**: Theoretical models of human development. 5. ed. 1998. p. 993-1028.

BRONFENBRENNER, U. What do families do. **Family Affairs**, v. 4, n. 1-2, p. 1-6, 1991.

CADIMA, Joana *et al.* Risco e regulação emocional em idade pré-escolar: A qualidade das interações dos educadores de infância como potencial moderador. **Análise Psicológica**, v. 34, n. 3, p. 235-248, 2016.

CAMINHA, Renato Maiato; CAMINHA, Marina Gusmão. **Baralho da Regulação e Proficiência Emocional**. Novo Hamburgo: Sinopsys Editora, 2016.

CANÇADO, Taynara Candida Lopes; SOUZA Rayssa Silva; DA SILVA CARDOSO Cauan Braga. **Trabalhando o Conceito de Vulnerabilidade Social**. XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, São Paulo, 2014.

CANTINI, A. H. A proteção dos direitos da criança e do adolescente no Brasil. **Sociais e Humanas**, v. 21, n. 2, p. 55-67, 2008. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/sociaisehumanas/article/view/761/520>. Acesso em: jun. 2020.

CARDOSO, Alexandra. Representações sociais da família na contemporaneidade: uma revisão integrativa. **Pensando fam.**, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000100004. Acesso em: 30 nov. 2021.

CARVALHO-SILVA, H. H. D.; BATISTA, A. A. G.; ALVES, L. A escola e famílias de territórios metropolitanos de alta vulnerabilidade social: práticas educativas de mães” protagonistas”. **Revista Brasileira de Educação**, v. 19, p. 123-139, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/YMm4cGJ8BqFYGXz3kbjQzSP/?format=pdf&lang=pt>.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, n. 3, p. 515-524, 2003.

CINTRA, João Pedro S.; MATHIAS, Renato. **Cenário da Infância e Adolescência no Brasil 2018**. São Paulo: Fundação Abrinq, 2018.

CONCEIÇÃO, Tatiana. Acolhimento de crianças e adolescentes: ausência de política pública ou negligência familiar? Um olhar do CREAS sobre o acompanhamento dessas famílias. **7º Encontro Internacional de Política Social, 14º Encontro Nacional de Política Social**, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/25831> Acesso em: 20 set. 2021.

COSTA, M. A. *et al.* **Vulnerabilidade Social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2018.

COSTA, M. A. *et al.* **Vulnerabilidade Social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2018.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. **Psico**, v. 31, n. 1, p. 39-66, 2000.

DE SOUZAA, Larissa Barros; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATIB, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019.

DE SOUZAA, Larissa Barros; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATIB, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 251-269, 2019.

DINIZ, Eva; KOLLER, Silva Helena. O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. **Educar**, n. 36, p. 65-76, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/rGkKHtMrZ4rRqJS8MT6WcHs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jul. 2021.

EPSTEIN, J. L. **Teoria para a prática: Parcerias entre escola e família levam à melhoria da escola e ao sucesso do aluno**. Na escola, família e interação com a comunidade. Routledge, 2019. p. 39-52.

ÉRNICA, M.; BATISTA, A. A. G. A escola, a metrópole e a vizinhança vulnerável. **Cadernos de Pesquisa**, v. 42, p. 640-666, 2012. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-15742012000200016>.

EVANS, Gary W.; KIM, Pilyoung. Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. **Child development perspectives**, v. 7, n. 1, p. 43-48, 2013.

FREITAS, P. F.; BATISTA, A. A. G.; MELLO, H. D. A. Juventude (s) e ensino médio: relação dos estudantes com a escola, o saber e as expectativas de futuro em territórios de vulnerabilidade social. **Cadernos Cenpec| Nova série**, v. 6, n. 2, 2017. DOI <http://dx.doi.org/10.18676/cadernoscenpec.v6i2.371>.

GARBARINO, J.; ABRAMOWITZ, R. H. Sociocultural risk and opportunity. In: GARBARINO, J. (ed.). **Children and families in the social environment**. 2. ed. New York: Aldine de Gruyter, 1992. p. 35-70.

GAUY, Fabiana Vieira; DA ROCHA, Marina Monzani. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 783-793, 2014.

HORA, Flávia da. **Cotidiano profissional do Assistente Social no CREAS/PAEFI: trabalho com famílias na perspectiva da matricialidade sociofamiliar**. Dissertação apresentada para título de mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil**. 41. ed. Brasília: Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica; 2018.

JULIANO, M. C.; YUNES, M. A. M. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. **Cadernos de Educação**, n. 37, p. 347-379, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/viewFile/1591/1477>. Acesso em: ago. 2020.

JÚNIOR, Isaias; MORAES, De Dirce; COIMBRA, Renata. Família “margarina”: as estereótipos de famílias na indústria cultural e a des/re/construção de conceitos docentes. **Revista HISTEDBR On-line**, v. 15, n. 64, p. 266-279, 2015. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8641941>. Acesso em: 25 out. 2021.

KOLLER, S. H; PALUDO, S. S.; MORAIS, N. **A Inserção ecológica: um método de estudo de desenvolvimento humano**. São Paulo, Casa do psicólogo, 2016.

MARTINS, Edna; SZYMANSKI, Heloisa. A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 4, n. 1, p. 63-77, 1º sem. 2004.

MECHANIC, D.; TANNER, J. Vulnerable people, groups, and populations: societal view. **Health Affairs**, v. 26, n. 5, p. 1220-1230, 2007. DOI <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.5.1220>.

OLIVEIRA, Ana Paula; MILNITSKY-SAPIRO, Clary. Políticas públicas para adolescentes em vulnerabilidade social: abrigo e provisoriedade. **Psicol. cienc. prof.**, v. 27, n. 4, 2007, p. 623-635. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932007000400005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 out. 2018.

PALACIOS-BARRIOS, Esther E.; HANSON, Jamie L. Poverty and self-regulation: Connecting psychosocial processes, neurobiology, and the risk for psychopathology. **Comprehensive psychiatry**, v. 90, p. 52-64, 2019. DOI <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.12.012>.

PATEL J. A.; NIELSEN, F. B. H.; BADIANI, A. A. *et al.* Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. **Public Health**, v. 183, p. 110-111, 2020. doi:10.1016/j.puhe.2020.05.006.

PIZZIO, A.; DA SILVA, M. M. C. Território Vulnerável e Desenvolvimento Humano: Uma análise à luz da política pública de assistência social. **Desenvolvimento em Questão**, v. 14, n. 35, p. 177-206, 2016. DOI <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2016.35.177--206>.

PRATI, L. E.; COUTO, M. C. P.; KOLLER, S. H. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 25, n. 3, p. 403-408, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300014>.

RAMALHO, Gabriella. **Avaliação sobre vínculo e reinserção familiar em centros de referência especializada em assistência social na Baixada Fluminense do Rio de Janeiro**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, 2022.

RIBEIRO, Djamila. **Pequeno manual antirracista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

ROCHA, Simone da Rocha. **Possibilidades e limites no enfrentamento da vulnerabilidade social juvenil**: a experiência do programa Agente Jovem em Porto Alegre. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social,

Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5092/1/000391208-Texto%2bCompleto-0.pdf>.

SELIGMAN, M. E. P. **Felicidade Autêntica**: Usando a nova psicologia positiva para realização permanente. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2004.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer**: Uma nova concepção sobre a natureza da felicidade e do bem estar. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2011.

SOUZA, Larissa Barros de; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Children and adolescents in social vulnerability: well-being, mental health and participation in education. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, p. 251-269, 2019. DOI <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>.

UNICEF. **Bem-estar e privações múltiplas na infância e na adolescência no Brasil**. Brasília, 2018. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/2061/file/Bem-estar-e-privacoesmultiplas-na-infancia-e-na-adolescencia-no-Brasil.pdf>. Acesso em: mar. 2020.

WIELEWICKI, Annie; GALLO, Alex Eduardo; GROSSI, Renata. Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 513-523, dez. 2011.

YUNES, M. A. M. Dimensões conceituais da resiliência e suas interfaces com risco e proteção. In: MURTA, S. G.; FRANÇA, C. L.; BRITO, K.; POLEJACK, L. (org.). **Prevenção e promoção em saúde mental**: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. Novo Hamburgo: Synopsis, 2015. p. 93-112.

YUNES, M. A. M.; FERNANDES, G.; WESCHENFELDER, G. V. Intervenções psicoeducacionais positivas para promoção de resiliência: o profissional da educação como tutor de desenvolvimento. **Educação**, v. 41, n. 1, p. 83-92. 2018. DOI <https://doi.org/10.15448/1981-2582.2018.1.29766>.

YUNES, M. A. M.; GARCIA, N. M.; ALBUQURQUE, B. D. M. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. **Psicologia**: Reflexão e crítica, v. 20, p. 444-453, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300012>.

10. MÚLTIPLOS INFORMANTES

Teresa Helena Schoen

Márcia Regina Fumagalli Marteleto

Angela Helena Marin

Introdução

O objetivo da avaliação psicológica, seja no contexto clínico ou de pesquisa, é determinar o que está acontecendo na vida da pessoa que pode estar atrapalhando sua capacidade de comportar-se ou sentir-se de uma forma mais adequada e construtiva (ARAÚJO, 2007). Busca-se identificar sinais e sintomas, além de habilidades e potencialidades, com o objetivo de conhecer determinado fenômeno ou realidade, por meio de um conjunto de procedimentos teóricos, técnicos e metodológicos. Sabe-se que, ao avaliar sintomas físicos, os médicos e outros profissionais de saúde usam vários procedimentos de avaliação, como a entrevista de anamnese com o próprio paciente e/ou acompanhante, exames físicos, medição de pressão arterial e temperatura corporal, exames laboratoriais e de imagens (ACHENBACH, 2006). De forma semelhante ocorre a avaliação psicológica.

Os problemas emocionais e de comportamento manifestam-se a partir de uma interação entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que representam risco ao desenvolvimento de reações adaptativas a contextos ambientais ou sociais (DE LOS REYES *et al.*, 2015). Dessa forma, podem surgir algumas questões na escola, outras em casa ou, ainda, na interação com os pares; também é possível que os problemas não se manifestem em casa, mas somente na escola e vice-versa. Portanto, identificar os contextos específicos em que os indivíduos apresentam problemas emocionais ou comportamentais pode facilitar o planejamento e aumentar a eficácia do tratamento (DE LOS REYES *et al.*, 2015).

A estratégia mais usualmente utilizada para avaliar as variações contextuais em relação à saúde mental é a abordagem de avaliação multi-informantes (ACHENBACH, 2006; DE LOS REYES *et al.*, 2015), que envolve coletar informações de pessoas que compartilham relacionamentos próximos aos indivíduos identificados como pacientes, ou que, no mínimo, passam uma quantidade significativa de tempo observando o seu comportamento (DE LOS REYES *et al.*, 2015). Sabe-se que um único olhar sobre o indivíduo (seja dele mesmo, de seus pais, de seu companheiro, de seu professor) não é suficiente para abarcar a complexidade da vida contemporânea e os diferentes contextos nos quais a pessoa transita.

Os dados obtidos por meio de múltiplos informantes compartilham conhecimentos que são exclusivos da perspectiva de cada um e informações referentes às circunstâncias ambientais, ou seja, o contexto sob o qual os comportamentos podem ser exibidos (KAURIN *et al.*, 2016), refletindo a especificidade de cada situação. Ao considerar relatos de informantes que variam entre si nos contextos específicos

em que observam o comportamento dos pacientes (por exemplo, casa versus escola versus interações com colegas), os profissionais de saúde mental podem melhor compreender quão consistente ou inconsistentemente os pacientes demonstram os sinais ou sintomas investigados ou o quanto eles são motivos de preocupação (DE LOS REYES *et al.*, 2015).

Entretanto, a coleta de informações de vários informantes gera uma grande quantidade de dados diferentes (DE LOS REYES *et al.*, 2015) e muitas vezes discrepantes (ACHENBACH, 2006). Mesmo que as diferenças entre os informantes sejam significativas, apoia-se a utilidade de manter a perspectiva única de cada avaliador nas estratégias analíticas e de medição (DIRKS; BOYLE; GEORGIADIS, 2011), inclusive porque captura a diversidade de possíveis indicadores dos problemas emocionais e de comportamento, compensando, assim, os preconceitos de cada informante individualmente. A divergência entre relatos pode ser significativa, uma vez que compensam as deficiências uns dos outros por informações complementares (KAURIN *et al.*, 2016). Por exemplo, em avaliações envolvendo psicopatologia, notoriamente em relação à população pediátrica, faz-se necessário múltiplos informantes e métodos, especialmente pelo fato de não haver consenso sobre um “padrão ouro”; uma única medida ou método que operacionaliza com maior precisão o comportamento ou funcionamento da criança (MOENS *et al.*, 2018).

Quem podem ser os informantes?

Para a população pediátrica, os informantes geralmente incluem pais. No entanto, como os pais raramente têm conhecimento em primeira mão do funcionamento de seus filhos na escola, os considerar os professores ou coordenadores pedagógicos também pode ser necessário (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017). Muitas vezes são os avós ou tios que convivem com a criança, ou seja, outros familiares, que são os informantes. Pode ser, inclusive, um irmão mais velho. Em especial, as medidas de relato dos pais ou cuidadores têm vantagens consideráveis, pois agregam seu conhecimento sobre o comportamento dos filhos, baseando-se em observações durante extensos períodos de tempo e em vários contextos, fornecendo um histórico e abrangendo uma ampla gama de características (DURBIN *et al.*, 2007; KOPALA-SIBLEY *et al.*, 2018). Caso a criança participe de outras instituições, como escolinha de esportes, o informante também pode ser o técnico. Ademais, observadores treinados podem ser informantes, observando filmagens em ambientes naturais ou em tarefas clínicas estruturadas.

De toda forma, o paciente pediátrico também é um bom informante. É preciso confiar nas respostas das crianças e dos adolescentes. Eles podem contar o que sentem, o que fazem, o que pensam (KLONSKY *et al.*, 2002). Os colegas, especialmente de adolescentes, também podem ser informantes confiáveis. Pode-se perguntar sobre o melhor amigo especificamente, ou se utilizar de formas mais amplas, como um teste sociométrico, questionando sobre quem a criança/adolescente escolheria para sentar ao seu lado no passeio da escola? Quem escolheria para fazer um trabalho em dupla de história? Quem não aceitaria como seu par na dança da festa junina?

Na população adulta, além de a própria pessoa ser a principal fonte de informação, pode-se coletar dados de pessoas que convivam com ela, como o cônjuge, pais, irmãos, amigos, colegas de trabalho ou mesmo o chefe ou clientes. Não é incomum, nas organizações, serem levadas em conta as opiniões dos clientes. Frequentemente, observa-se nas ruas a pergunta gravada no carro/caminhão da empresa: como estou dirigindo? Após um atendimento por telefone também se solicita a resposta a um rápido questionário sobre como foi o atendimento: seu problema foi resolvido? A pessoa o atendeu com cordialidade? As informações fornecidas foram claras? Importante salientar que, segundo Achenbach *et al.* (2017), a maioria dos adultos consente que outra pessoa preencha um questionário sobre ele.

Em relação aos idosos, o próprio indivíduo pode ser o informante, ou seu cônjuge. Todavia, é muito importante ouvir os filhos, quando presentes, ou o cuidador. Igualmente, os idosos costumam autorizar a coleta de dados sobre si por meio de questionários respondidos por outra pessoa que os conheça (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017). O valor dos relatos de outros informantes sobre problemas cognitivos está bem estabelecido para detectar estágios iniciais de demência (JORM, 2003). Além disso, McAvay *et al.* (2005) observaram que entrevistas diagnósticas com quem convive com a pessoa, para avaliar os sintomas de depressão de pacientes idosos, são muito úteis, especialmente quando o idoso apresenta algum prejuízo cognitivo.

Posto que, para uma melhor avaliação, faz-se necessário a coleta de informações advindas dos diversos contextos que a pessoa participa, fornecidas pelos múltiplos informantes, é necessário o desenvolvimento de instrumentos de avaliação que clínicos e pesquisadores possam utilizar (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017). Nesse sentido, há distintos instrumentos com versões para múltiplos informantes tendo como foco diferentes públicos-alvo. Por exemplo, o questionário para o professor ou cuidador de crianças pequenas (C-TRF) foi construído para ser preenchido por figuras não parentais que trabalham com esse público, havendo também o instrumento que os familiares (mãe, pai, padrasto, avó...) podem preencher sobre esse membro mais jovem da unidade familiar, o CBCL 1,5-5. Um outro instrumento, para professores dos níveis Fundamental e Médio, está disponível (TRF), assim como o CBCL, para familiares de crianças e adolescentes, dos 6 aos 18 anos. Também foi elaborado um instrumento para coletar dados informados pelo próprio adolescente, o YSR, dos 11 aos 18 anos. O Adult Self-Report (ASR) e seu paralelo, o Adult Behavior Checklist (ABCL) para preenchimento por colaterais – por exemplo, cônjuges, parceiros, familiares, amigos, foram desenvolvidos para avaliar problemas, pontos fortes e uso de substâncias. Também há instrumentos para o próprio idoso informar sobre si mesmo, o Older Adult Self-Report (OASR), assim como a forma para as pessoas que convivem com o idoso responderem sobre ele, Older Adult Behavior Checklist (OABCL) (ACHENBACH, 2015). Destaca-se que todos esses instrumentos fazem parte do Sistema de avaliação Empiricamente Validado (ASEBA), que é um sistema integrado de avaliação com múltiplos informantes, de autoria de Thomas Achenbach. Dentre esses já apresentam estudos de adaptação e validação para população brasileira, os seguintes: Child Behavior Checklist para

as idades 1½ – 5 (CBCL1½-5; Zafarrani, 2019), Child Behavior Checklist (CBCL; RESCORLA *et al.*, 2012; ROCHA *et al.*, 2013), Youth Self Report (YSR; RESCORLA *et al.*, 2012; ROCHA, 2012), Adult Self Report (ASR, IVANOVA; ACHENBACH; RESCORLA; TURNER; AHMETI-PRONAJ *et al.*, 2015), Adult Behavior Checklist (ABCL, IVANOVA; ACHENBACH; RESCORLA; TURNER; ÁRNADÓTTIR *et al.*, 2015) e Older Adult Self Report (OASR, OLIVEIRA *et al.*, 2017). O quadro a seguir (Quadro 1) apresenta alguns instrumentos utilizados no Brasil que possuem versões para diferentes informantes, incluindo aqueles que fazem parte do ASEBA e outros desenvolvidos por distintos autores.

Quadro 1 – Exemplo de instrumentos que apresentam versões para Múltiplos Informantes

Instrumento	Informante	Objetivo
Child Behavior Checklist for Ages 1½-5 (CBCL/1½-5)	Pais/familiares de crianças pequenas	Rastreia problemas comportamentais/emocionais, descrições de problemas, problemas de saúde, o que mais preocupa os entrevistados sobre a criança e suas competências.
Caregiver-Teacher Report Form (C-TRF)	Professor/cuidador da educação infantil	
Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18)	Pais/familiares de crianças e adolescentes, dos 6 aos 18 anos	Rastreia problemas comportamentais/emocionais, descrições de problemas, problemas de saúde, o que mais preocupa os entrevistados sobre a criança ou adolescente e as suas competências.
Teacher's Report Form (TRF)	Professores do ensino fundamental e médio	
Youth Self-Report (YSR)	Adolescentes de 11 a 18 anos	
Adult Self-Report (ASR)	Adultos	Rastreia problemas comportamentais/emocionais, descrições de problemas, problemas de saúde, o que mais preocupa os entrevistados sobre a pessoa e o seu funcionamento adaptativo
Adult Behavior Checklist (ABCL)	Cônjuges, parceiros, familiares, amigos de adultos	
Older Adult Self-Report (OASR)	Idosos	Rastreia problemas comportamentais/emocionais, descrições de problemas, problemas de saúde, o que mais preocupa os entrevistados sobre o idoso e o seu funcionamento adaptativo
Older Adult Behavior Checklist (OABCL)	Pessoas que convivem com o idoso	
Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)	Versão para pais, professores e crianças/adolescentes	Rastreia problemas de saúde mental de crianças/adolescentes em cinco áreas: problemas no comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento.
Sistema de Avaliação de Habilidades Sociais (SSRS-BR)	Pais e professores de crianças e também autoavaliação pela criança	Avalia habilidades sociais em crianças
Inventário de Estilos Parentais – IEP versão sobre a mãe e versão sobre o pai	Os filhos respondem sobre as práticas parentais utilizadas por seus pais	Identifica a quais práticas parentais um indivíduo esteve ou está sujeito
Inventário de Estilos Parentais – IEP para os pais	Os pais respondem sobre as práticas parentais utilizadas na educação de seus filhos	

Os instrumentos padronizados colaboram com a avaliação psicológica, no sentido de funcionarem como auxiliares para a coleta de informações sobre diversos aspectos da saúde mental. Ademais, eles facilitam a documentação do atendimento clínico e oferecem suporte tanto para a elaboração do diagnóstico como para a definição dos comportamentos-alvo de prevenção, promoção ou intervenção em saúde e, também, para a apreciação do desenvolvimento do processo terapêutico.

Discrepâncias entre informantes

Para fins de pesquisa e também para a prática clínica, é importante saber se os pacientes ou informantes tendem a sistematicamente super ou subnotificar os sinais e sintomas que estão sendo avaliados. Parte-se do princípio que o indivíduo sabe mais sobre si mesmo, então pode ser uma fonte mais confiável. Por outro lado, esses podem tentar esconder algum traço/comportamento tanto no relato quanto na sua manifestação. Um exame da literatura que se voltou a esta questão considerou doze estudos que relatam a magnitude das classificações da própria pessoa versus outros informantes. Constatou-se que os informantes relataram mais patologia de personalidade em seis artigos, os sujeitos em quatro trabalhos e semelhantes entre ambos em dois estudos, o que tornou inconclusiva a constatação se os próprios indivíduos ou os informantes relatam/observam mais patologia de personalidade (KLONSKY; OLTMANN; TURKHEIMER, 2002).

Considerando que cada informante pode ter observado e, por conseguinte, informado questões válidas que outros não possuem, são esperados relatos não congruentes. Por exemplo, além das diferenças entre os comportamentos das crianças em casa e na escola, as perspectivas dos pais e dos professores diferem em relação ao que é percebido, lembrado e considerado preocupante. As visões das crianças e dos adolescentes sobre seu próprio funcionamento, por sua vez, também diferem das visões dos pais e professores. Além disso, as visões dos profissionais de saúde sobre os problemas dos pacientes podem ser afetadas por seus estudos e por sua prática, bem como pelo que observam em ambientes clínicos, que podem diferir do que ocorre em casa, na escola e em outros contextos (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017). Reflita sobre a situação apresentada no quadro abaixo (Quadro 2).

Quadro 2 – Exemplo de uma situação clínica

Paciente: adolescente de 11 anos

Demanda de avaliação: enurese noturna

Relato: Em atendimento ao adolescente foi perguntado se ele pesava muito. O garoto disse que não entendeu a pergunta, então o profissional a repetiu duas vezes. Por fim, o garoto disse que havia ido a uma consulta com nutricionista e este havia dito que ele tinha um “sobrepeso importante”. O psicólogo, então, repetiu mais uma vez a questão – ‘você pesa muito?’, ao que o paciente respondeu: ‘não’. O peso não era importante para o adolescente não-púbere, mas era para seus pais, que já o haviam levado para consulta com especialista e para o nutricionista.

Em estudos sobre a avaliação do comportamento infantil e adolescente, os níveis de concordância entre informantes são de força pequena a moderada (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017; BORBA; MARIN, 2018; KLONSKY; OLTMANN; TURKHEIMER, 2002; SCHOEN-FERREIRA, 2012). Discrepâncias foram encontradas em uma ampla gama de relatos de comportamento infantojuvenil, as quais tendem a diferir em magnitude e direção, dependendo do comportamento avaliado, instrumentos utilizados e combinações de informantes. Por exemplo, correlações fracas e positivas foram encontradas entre relatos de pais e filhos sobre comportamento social, enquanto correlações moderadas e positivas foram encontradas em relatos de problemas ou comportamentos infantis negativos entre pais-filhos ou pais-professores. Portanto questiona-se: os comportamentos negativos são sobressalentes aos comportamentos positivos?

Um estudo envolvendo adolescentes (instrumento YSR) observou que os pais (instrumento CBCL) identificaram mais problemas de comportamento e menos competência social em seus filhos quando comparados aos próprios adolescentes e seus professores (instrumento TRF; SCHOEN-FERREIRA, 2012). Os professores, por sua vez, relataram menos problemas de comportamento que seus alunos e seus pais, exceto no tocante à quebra de regras e total de comportamentos externalizantes, cujas médias foram maiores que as do próprio adolescente, embora menores que as dos responsáveis. A correlação entre as respostas dos responsáveis e dos adolescentes variou de 0.02 a 0.78 ($x = 0.33$); entre as dos responsáveis e dos professores, de -0.06 a 0.68 ($x = 0.31$); e entre as dos adolescentes e de seus professores, de -0.04 a 0.61 ($x = 0.24$). O relato de pais, especialmente de mães, pode ser influenciado por sua motivação em apresentarem-se como preocupadas com a saúde dos filhos, exagerando os problemas e maximizando os sintomas (KAURIN *et al.*, 2016), talvez até para conseguirem atendimento no serviço público de saúde brasileiro.

O estudo de Borba e Marin (2018) examinou a associação e a concordância na avaliação de indicadores de problemas internalizantes, externalizantes e total de problemas, considerando dados de 70 adolescentes, 70 familiares e 21 professores. Constatou-se que havia maior concordância entre o que foi relatado por familiares e adolescentes do que entre o indicado por professores e adolescentes, assim como se averiguou a ausência de concordância entre familiares e professores. Ademais, os adolescentes relataram mais indicadores de problemas internalizantes que seus familiares e professores. Outros estudos, como o de Lewies *et al.* (2016), também encontraram resultados parecidos quando foram investigados sintomas depressivos e pensamentos suicidas em adolescentes com história de atrasos de linguagem na infância, sendo que os adolescentes informam com mais precisão do que seus pais sobre seus sintomas, visto serem experiências subjetivas e muitas vezes não compartilhadas com a família.

É plausível supor que os sintomas internalizantes costumam ser menos observados por parte dos familiares e, principalmente, dos professores devido a estarem mais relacionados a aspectos intrapsíquicos dos adolescentes (ALCKMIN-CARVALHO; IZBICKI; MELO, 2014). Além do mais, parece haver uma tendência a subestimar a gravidade dos problemas internalizantes no contexto escolar, pois muitos dos alunos com tais dificuldades tendem a ser identificados como mais tranquilos, chamando menos a atenção dos docentes em sala de aula (LYRA *et al.*, 2013).

Outra questão a ser discutida diz respeito a variável sexo. Em um estudo holandês, envolvendo 386 díades pais-filhos (de 4 a 8 anos), observou-se discrepância entre a resposta dos pais ao instrumento e observadores treinados assistindo a quatro filmagens (brincadeira livre; jogo dirigido por crianças; jogo dirigido pelos pais; e higiene. Para os filhos do sexo masculino, os pais relataram níveis mais altos de comportamento externalizante do que os observadores, mas para as meninas, os pais relataram níveis mais baixos de comportamento externalizante que os observados (MOENS *et al.*, 2018). Nesse sentido, questiona-se: há diferenças no relato e observação do comportamento de meninas e meninos?

Estudos apontam que meninas apresentariam maior incidência de sintomas internalizantes quando comparadas ao sexo masculino, enquanto estes, mais comportamentos externalizantes (COSENTINO-ROCHA; LINHARES, 2013; VALVERDE *et al.*, 2012). Acredita-se que esse dado esteja associado a maior tolerância da cultura para a ocorrência de comportamentos agressivos e desafiantes em meninos do que em meninas e na educação diferenciada entre os sexos (VIANNA; FINCO, 2010). Além disso, as meninas têm apresentado mais dificuldades. Em pesquisa envolvendo adolescentes paulistanos e suas mães (SCHOEN, 2016), as meninas relataram mais problemas de comportamento que os meninos. Igualmente, as mães das meninas informaram mais problemas de comportamento quando comparadas as mães de meninos. Contudo, não há consenso em pesquisas atuais sobre as diferenças relativas ao sexo.

No tocante a demanda por avaliação psicológica, particularmente, na adolescência, período que compreende importante demanda para avaliação psicológica, destaca-se que nem sempre o demandante é a pessoa a ser avaliada, fazendo-se necessária a busca de informação de outras fontes. Durante essa fase, geralmente há um aumento na autonomia e uma diminuição no relacionamento com os cuidadores principais, tanto fisicamente (os jovens passam cada vez menos tempo com seus pais), quanto emocionalmente (perguntam cada vez menos a opinião dos pais e relatam menos situações do dia a dia). Pensando dessa forma, questiona-se: a/o mãe/pai seria uma boa/bom informante?

Acredita-se que a percepção das mães/pais e dos filhos em relação aos problemas de comportamento apresentados por estes últimos deve ser levada em consideração na avaliação psicológica. Isso porque as características de cada grupo, incluindo expectativas e maturidade, compõem uma avaliação mais ampla e completa do comportamento infantojuvenil (ROCHA; MATTA, 2018).

Em relação ao desenvolvimento atípico, na Holanda foi realizado um estudo para observar as diferentes percepções sobre a qualidade do relacionamento aluno-professor, envolvendo alunos com algum transtorno mental (TDAH, TEA e Dislexia), seus professores e colegas (ZEE *et al.*, 2020). Os professores e colegas, mas não alunos com TDAH, relataram níveis mais altos de conflito nos relacionamentos. Na mesma direção, os professores e colegas relataram menos proximidade e mais conflito no relacionamento com crianças com TEA, mas não pelos próprios alunos com TEA; e os alunos com dislexia experimentaram menos proximidade e conflito com seu professor, enquanto seus colegas e professores relataram mais proximidade e menos conflito nos relacionamentos. De forma semelhante, nos EUA foi realizado um trabalho

sobre relacionamento entre estudantes com TEA de 5 a 9 anos e seus professores, revelando que, embora a maioria dos alunos tenha respondido afirmativamente a itens que refletem percepções positivas no relacionamento professor-aluno, as correlações não foram significativas (LOSH *et al.*, 2022). Ainda, outro estudo realizado com pais e professores para rastrear problemas psicológicos de crianças de 11 anos que nasceram prematuras indicou que as informações obtidas dos pais foram melhores para TEA, enquanto a dos professores, para transtornos de conduta e TDAH (JOHNSON *et al.*, 2014). Entretanto, os autores pontuaram que utilizando informações provenientes dessas duas fontes, houve maior precisão diagnóstica. Com isso, conclui-se que dados provenientes de diferentes fontes são úteis no processo de avaliação de saúde mental.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito a presença de alguma doença física ou psíquica entre os informantes. Um estudo que considerou pais com câncer (de mama, ginecológico, de pele...) como respondentes observou que estes percebiam mais problemas internalizantes e externalizantes, avaliados pelo CBCL, em seus filhos que seus parceiros saudáveis (VISSER *et al.*, 2005). Nessa mesma direção, pais com transtornos mentais frequentemente percebem de forma pouco realista o comportamento de outras pessoas. Suas informações provavelmente incluirão dados tendenciosos e enganosos ou omitirão informações relevantes (KLONSKY *et al.*, 2002; YOUNGSTROM *et al.*, 1999). Dessa forma, deve-se ter em vista que as interpretações dos pais podem ser influenciadas por outros fatores além do comportamento da criança/adolescente, como sua própria saúde (física e mental), suas expectativas, e até mesmo sua idade ou escolaridade (KLONSKY *et al.*, 2002).

Uma correlação média de 0.60 foi encontrada entre pares de informantes que têm papéis semelhantes e que observam crianças em contextos semelhantes, incluindo pares de pais, pares de professores, pares de clínicos e pares de observadores. Entre pares de informantes que têm papéis diferentes e que observavam crianças em contextos diferentes, como, por exemplo, pais versus professores ou professores versus médicos, a correlação média foi de 0.28. Já entre os próprios adultos e crianças, a correlação média foi de 0.22 (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017).

No que diz respeito à população adulta, meta-análises examinaram avaliações colaterais versus autoavaliações de psicopatologia adulta (hétero e auto informações). As correlações médias entre informantes foram 0.43 para problemas de internalização e 0.44 para problemas de externalização (ACHENBACH *et al.*, 2017; SAMANIEGO; VÁSQUEZ, 2011). A concordância dos relatos também foi investigada, em uma população adulta, sobre o consumo de substâncias e observou-se que no autorrelato as pessoas obtiveram menores escores do que na avaliação dos informantes com relação ao uso de álcool e drogas (ÁVILA *et al.*, 2019). Esse resultado sugere que os usuários podem subestimar a quantidade e a frequência com que consomem essas substâncias. Com relação aos agrupamentos ansiedade e depressão, problemas com o pensamento e a escala problemas internalizantes, os respondentes, usuários de substâncias, relataram mais problemas do que os demais informantes. Portanto, vale o questionamento: as respostas de adultos usuários de substâncias são válidas em relação à sua problemática? Nesses casos, o quanto é importante obter informações advindas de outros respondentes?

Rescorla *et al.* (2016) avaliaram as semelhanças e diferenças nos relatos entre informantes e respondentes em 14 países diferentes, utilizando o ASR e o ABCL na população adulta (18 a 59 anos). Na subescala personalidade evitativa houve diferenças significativas entre as auto e hétero informações, sendo este mesmo resultado encontrado por Balsis *et al.* (2018) sobre sintomas do Transtorno Borderline de Personalidade. Identificou-se, também, que os respondentes relataram mais problemas internalizantes do que seus informantes. Em relação a escala problemas externalizantes não houve diferenças significativas e as respostas ao ASR e ao ABCL tiveram alta correlação. Esse resultado vai ao encontro do trabalho de Miller e Lynam (2015), que apontaram que as escalas de autorrelato são mais precisas na avaliação de sintomas internalizantes, visto que a percepção das emoções e dos pensamentos são menos observáveis por terceiros.

Com relação aos idosos, Rescorla *et al.* (2020) compararam autoavaliações de problemas (por exemplo, choro muito) e pontos fortes pessoais (por exemplo, gosto de ajudar os outros) em adultos de 60 a 102 anos utilizando o Autorrelato do Idoso (OASR) e a Lista de Verificação do Comportamento do Idoso – OABCL, envolvendo 5.584 díades de informantes de 12 culturas diferentes. As correlações médias da díade entre as culturas foram de 0.68 para o total de problemas e 0.58 para os pontos fortes pessoais, indicando serem dois instrumentos internacionalmente eficientes para rastrear problemas e aspectos positivos dos idosos.

O estudo de Zamora-Iniesta *et al.* (2022), com 288 idosos entre 60-95 anos (53.47% do sexo feminino), pertencentes a 12 municípios da Região de Múrcia, na Espanha; utilizou o questionário OASR e o OABCL para conhecer a percepção dos idosos e de seus familiares, respectivamente, sobre problemas de comportamento e competências psicossociais nesta população. Os resultados mostraram que existem diferentes percepções sobre saúde e doença entre o relatado pelos idosos e suas famílias, que se agravam com o aumento da idade, com a situação de risco psicossocial e no sexo feminino. Tanto os homens quanto seu informante (em geral a esposa) percebem apoio de seu cônjuge, enquanto as mulheres mais velhas não percebem apoio de seus maridos, nem os informantes externos acreditam que seus maridos lhes dão apoio. As discrepâncias entre os relatos dos informantes podem refletir variações no funcionamento dos avaliados em diferentes contextos e com diferentes parceiros de interação (ACHENBACH; IVANOVA; RESCORLA, 2017).

Assim como em outras pesquisas (ACHENBACH *et al.*, 2005), observa-se certa disparidade na percepção de problemas psicopatológicos entre os idosos e suas famílias. Na faixa etária de 60 a 75 anos, a família geralmente percebe o idoso pior do que eles se percebem, mas quando passam dos 75 anos, os idosos se percebem piores do que seus familiares. No entanto, existe uma correlação adequada entre o questionário autorreferido e aquele relatado pelos informantes, embora com algumas diferenças, o que permite considerar que a avaliação na população idosa é mais completa quando são coletados dados de vários informantes. Os questionários de Achenbach foram desenvolvidos para coletar informações de múltiplos informantes e, como acontece com inúmeras pesquisas (IVANOVA *et al.*, 2018, 2020), há observa-se uma boa correlação entre as diferentes síndromes e escalas de ambos os questionários e em diferentes culturas na população de idosos.

Uma ampla discussão entre os clínicos é se as discrepâncias entre informantes refletem erros de medida ou vieses nos relatórios. Tais desacordos precisam ser tomados como um fato, visto que os informantes considerados estão inseridos em contextos distintos e por isso observam variações no funcionamento dos avaliados, considerando a interação com distintos parceiros (ACHENBACH *et al.*, 2017). Essas diferenças não podem ser desconsideradas na interpretação de informações, especialmente quando se analisam crianças e adolescentes para fins clínicos ou de pesquisas (GOMEZ *et al.*, 2014; GRIGORENKO *et al.*, 2010).

As discrepâncias entre os relatos dos informantes podem refletir diferenças entre crenças, observações, memórias e limites de relato dos informantes (ACHENBACH *et al.*, 2017). Além disso, estudos têm salientado que tais discrepâncias são valiosas na medida em que possibilitam incluir características e demandas próprias de cada examinador, não devendo ser compreendida como um erro de medida que requereria uma solução metodológica (DE LOS REYES *et al.*, 2013; RESCORLA, 2016). Portanto, antes de serem um viés na avaliação, as discordâncias podem ser interpretadas por meio de um olhar clínico, sobre o funcionamento do indivíduo avaliado, sua família ou seus professores, ou seja, continuam representando a realidade, vista por outro prisma. Por exemplo, uma família na qual todos são obesos pode perceber um dos filhos com sobrepeso como uma criança magra. Também é possível que pais com menor nível educacional formal percebam o filho que está no Ensino Médio, mesmo que com notas baixíssimas, um excelente estudante, pois possui maior escolaridade que eles próprios. Considerando o exposto, responda à questão que se encontra no quadro abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 – Reflexão

Refleta e responda a questão: a divergência entre informantes é um dado importante a ser analisado ou um erro?

Olhando relatos de pais e de filhos adolescentes, pode-se pensar que a divergência mostra que os pais não conhecem seus filhos. Sim, pode ser que os pais sejam negligentes e não consigam ser bons informantes sobre os comportamentos, sentimentos e desejos de seu filho. Por outro lado, é possível que seja uma família que permita que seus membros cresçam e tenham vida dentro e fora do lar, com autonomia, preservando a intimidade de seus pensamentos e sentimentos. De forma semelhante, o contrário, alta convergência entre relatos de pais e filhos pode mostrar uma família cujos membros se preocupam uns com os outros e participam ativamente da vida um do outro. Entretanto, pode também refletir um excesso de vigilância, quando o filho adolescente não consegue desenvolver sua própria identidade e, portanto, ter desejos, sentimentos, expectativas e comportamentos diferentes daqueles esperados pelo núcleo familiar.

Com isso, entende-se que é importante um olhar clínico para as convergências e para as discrepâncias, pois qualquer uma delas pode estar refletindo tanto saúde quanto patologia. Não se pode, então, descartar que, o que pode parecer uma falta de validade discriminante, é realmente maior sensibilidade à verdadeira continuidade heterotípica, que revela a complexidade da vida do ser humano (KOPALA-SIBLEY *et al.*, 2018).

Considerações finais

Como visto, a literatura tem indicado a necessidade do uso de múltiplos informantes na avaliação de problemas emocionais e de comportamento, com o intuito de fornecer um panorama mais detalhado de tais dificuldades em diferentes contextos e fundamentar intervenções potencialmente efetivas, além de minimizar a influência de expectativas diversas e possíveis vieses dos pesquisadores (GOMEZ *et al.*, 2014; SOUZA *et al.*, 2011). Uma vez que o indivíduo pode não expressar suas preocupações, é possível que outros informantes não percebam algum comportamento (KAURIN *et al.*, 2016). Portanto, os autorrelatos podem fornecer informações críticas sobre características muitas vezes desconhecidas por outros informantes, como mães, pais e outros observadores (KOPALA-SIBLEY *et al.*, 2018).

A maioria dos profissionais da saúde mental reconhecem que a avaliação abrangente de crianças e adolescentes requer dados de vários informantes, além do autorrelato (ACHENBACH *et al.*, 2017). Nessa perspectiva, familiares e professores, por pertencerem a importantes contextos de desenvolvimento, como a família e a escola, são observadores privilegiados do comportamento infantojuvenil (BOLSONI-SILVA *et al.*, 2006; MAJOR; SEABRA-SANTOS, 2014).

A prática clínica também tem indicado que, de forma semelhante ao que ocorre com a população pediátrica, a avaliação de adultos pode se beneficiar de diferentes olhares, pois múltiplos informantes fornecem dados que enriquecem a avaliação, tanto com questões concordantes quanto com as divergentes. A motivação e habilidades para relatar a riqueza dos eventos da vida cotidiana são diferentes entre diferentes informantes (KAURIN *et al.*, 2016).

Clinicamente, o profissional de saúde mental necessita de um conjunto de informações, as quais este deve saber interpretar e devolver ao paciente. O psicólogo, na tentativa de avaliar de forma mais ampla possível a criança, o adolescente, o adulto e o idoso encaminhado para atendimento, deve ter em mente a importância de buscar informações a respeito de seu paciente em diferentes fontes.

No entanto, nacionalmente, em termos de pesquisa, ainda são poucos os estudos que tenham contemplado múltiplos informantes para a avaliação de problemas emocionais e de comportamento em distintas etapas do ciclo vital (ALCKMIN-CARVALHO *et al.*, 2014), talvez pela dificuldade de acesso a diferentes informantes para avaliarem um mesmo caso em um período de tempo determinado. Portanto, sugere-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas buscando contemplar distintas fontes de informação, possibilitando a compreensão do desenvolvimento emocional ao longo do desenvolvimento para tomada de decisão acerca dos comportamentos que podem ser alvo de futuras ações no âmbito da prevenção e promoção da saúde mental.

As informações provenientes de diferentes fontes utilizando instrumentos padronizados podem fornecer dados potencialmente valiosos sobre as variações de como a pessoa avaliada funciona e é percebida. Nenhum relato pode substituir todos os outros, pois revelam a complexidade da vida do ser humano.

Referências

ACHENBACH, T. M. As others see Us clinical and research implications of cross-informant correlations for psychopathology. **Current Directions in Psychological Science**, v. 15, n. 2, 2006.

ACHENBACH, T. M. *et al.* Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications of cross-informant correlations. **Psychological Bulletin**, v. 131, n. 3, 2005.

ACHENBACH, T. M. Multicultural Evidence-Based Assessment Using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) For Ages ½-90+. **Psichologia: Avances de la disciplina**, v. 9, n. 2, p. 13–23, 2015.

ACHENBACH, T. M.; IVANOVA, M. Y.; RESCORLA, L. A. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. **Comprehensive Psychiatry**, v. 79, p. 4-18, 2017.

ALCKMIN-CARVALHO, F.; IZBICKI, S.; MELO, M. H. da S. Problemas de comportamento segundo vítimas de bullying e seus professores. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 3, 2014.

ARAÚJO, M. F. Estratégias de diagnóstico e avaliação psicológica. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p. 126-141, dez. 2007.

ÁVILA, A. C. *et al.* Associação entre autoavaliação e a análise de informantes sobre sintomas psicopatológicos em uma amostra adulta. **Contextos Clínicos**, v. 12, n. 3, p. 902-920, 2019.

BALSIS, S. *et al.* Self and informant report across the borderline personality disorder spectrum. **Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment**, v. 9, n. 5, 2018.

BOLSONI-SILVA, A. T. *et al.* Habilidades sociais e problemas de comportamento de pré-escolares: comparando avaliações de mães e de professoras. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 19, n. 3, 2006.

BORBA, B. M. R.; MARIN, A. H. Indicators of emotional and behavioral problems in adolescents: Evaluation among multiple informants. **Paideia**, v. 28, n. 69, 2018.

BORDIN, I.; ROCHA, M.; PAULA, C.; TEIXEIRA; ACHENBACH, T. *et al.* Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form

(TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 13-28, 2013.

COSENTINO-ROCHA, L.; LINHARES, M. B. M. Temperamento de crianças e diferenças de gênero. **Paidéia**, v. 23, n. 54, p. 63-72, 2013.

DE LOS REYES, A. *et al.* Criterion validity of interpreting scores from multi-informant statistical interactions as measures of informant discrepancies in psychological assessments of children and adolescents. **Psychological Assessment**, v. 25, n. 2, 2013.

DE LOS REYES, A. *et al.* The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. **Psychological Bulletin**, v. 141, n. 4, 2015.

DIRKS, M. A.; BOYLE, M. H.; GEORGIADES, K. Psychological symptoms in youth and later socioeconomic functioning: Do associations vary by informant? **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, v. 40, n. 1, 2011.

DURBIN, C. E. *et al.* Stability of laboratory-assessed temperamental emotionality traits from ages 3 to 7. **Emotion**, v. 7, n. 2, 2007.

GOMEZ, R.; VANCE, A.; GOMEZ, R. M. Analysis of the Convergent and Discriminant Validity of the CBCL, TRF, and YSR in a Clinic-Referred Sample. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 42, n. 8, 2014.

GRIGORENKO, E. L. *et al.* Cross-informant symptoms from CBCL, TRF, and YSR: Trait and method variance in a normative sample of Russian youths. **Psychological Assessment**, v. 22, n. 4, 2010.

IVANOVA, M. Y. *et al.* Empirically derived dimensional syndromes of self-reported psychopathology: Cross-cultural comparisons of Portuguese and US elders. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 33, n. 5, 2018.

IVANOVA, M. Y. *et al.* The generalizability of Older Adult Self-Report (OASR) syndromes of psychopathology across 20 societies. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 35, n. 5, 2020.

IVANOVA, M.; ACHENBACH, T.; RESCORLA, L.; TURNER, L.; AHMETI-PRONAJ, A. *et al.* Syndromes of Self-Reported Psychopathology for Ages 18-59 in 29 Societies. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v. 37, n. 2, p. 171-183, 2015.

IVANOVA, M.; ACHENBACH, T.; RESCORLA, L.; TURNER, L.; ÁRNADÓTTIR, H. *et al.* Syndromes of collateral-reported psychopathology for ages 18-59

in 18 Societies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 15, p. 18-28, 2015.

JOHNSON, S. *et al.* Screening for childhood mental health disorders using the Strengths and Difficulties Questionnaire: The validity of multi-informant reports. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 56, n. 5, 2014.

JORM, A. The Value of Informant Reports for Assessment and Prediction of Dementia. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 51, n. 6, p. 881-882, 2003.

KAURIN, A. *et al.* Only complementary voices tell the truth: a reevaluation of validity in multi-informant approaches of child and adolescent clinical assessments. **Journal of Neural Transmission**, 2016.

KLONSKY, E. D.; OLTMANN, T. F.; TURKHEIMER, E. Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 9, n. 3, p. 300-311 2002.

KOPALA-SIBLEY, D. C. *et al.* The Stability of Temperament from Early Childhood to Early Adolescence: A Multi-method, Multi-informant Examination. **European Journal of Personality**, v. 32, n. 2, 2018.

LEWIS, B. A. *et al.* Psychosocial co-morbidities in adolescents and adults with histories of communication disorders. **Journal of Communication Disorders**, v. 61, 2016.

LOSH, A. *et al.* Early student-teacher relationships and autism: Student perspectives and teacher concordance. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 79, p. 101394, 1 mar. 2022.

LYRA, G. F. D. *et al.* Sofrimento psíquico e trabalho docente – implicações na detecção de problemas de comportamento em alunos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 13, n. 2, 2013.

MAJOR, S.; SEABRA-SANTOS, M. J. Pais e/ou professores? Acordo entre informadores na avaliação socioemocional de pré-escolares. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 4, 2014.

MCAVAY, G.; RAUE, P.; BROWN, E.; BRUCE, M. Symptoms of depression in older home-care patients: patient and informant reports. **Psychology and Aging**, v. 20, n. 3, p. 507-518, 2005.

MOENS, M. A. *et al.* In the Eye of the Beholder? Parent-Observer Discrepancies in Parenting and Child Disruptive Behavior Assessments. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 46, n. 6, 2018.

OLIVEIRA, C. R. *et al.* Evidencia de validez de criterio y de constructo del Older Adult Self Report para ancianos brasileños. **Anales de Psicología**, v. 33, n. 2, p. 277-282, 2017.

RESCORLA, L. A. Cross-Cultural Perspectives on Parent-Adolescent Discrepancies: Existing Findings and Future Directions. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 45, n. 10, p. 2185-2196, 2016.

RESCORLA, L. A. *et al.* Older adult psychopathology: International comparisons of self-reports, collateral reports, and cross-informant agreement. **International Psychogeriatrics**, v. 4, p. 1-12, 2020.

RESCORLA, L.; IVANOVA, M.; ACHENBACH, T.; BEGOVAC, I.; CHAHED, M. *et al.* International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 51, n. 12, p. 1273-1283. e8, 2012.

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

ROCHA, M. M.; MATTA, A. C. M. da. Avaliação de problemas emocionais/ comportamentais em pré-escolares na perspectiva dos pais e das mães. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 18, n. 2, p. 65-82 dez. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v18n2p65-82>.

ROCHA, M.; RESCORLA, D.; EMERICH, D.; SILVARES, E.; BORSA, J. *et al.* Behavioural/emotional problems in Brazilian children: findings from parents' reports on the Child Behavior Checklist. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 22, n. 4, p. 329-338, 2013.

SAMANIEGO, V. C.; VÁSQUEZ, N. Psicopatología en adultos, ¿coinciden los auto-reportes con los reportes de otros informantes? **III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología**. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Anais... Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires: Psicología de la Salud, Epidemiología y Prevención, 2011.

SCHOEN, T. H. Perfil comportamental de usuários adolescentes de um serviço-escola: visão pessoal e materna. **46a Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia**. Anais... Fortaleza: Sociedade Brasileira de Psicologia, out. 2016.

SCHOEN-FERREIRA, T. H. A importância de múltiplos informantes para a avaliação psicológica do adolescente. **42a Reunião anual da Sociedade Brasileira de Psicologia**. Anais... Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, out. 2012.

SOUZA, J. *et al.* Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011.

VALVERDE, B. *et al.* Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. **Paideia**, v. 22, n. 53, p. 315-323, 2012.

VIANNA, C.; FINCO, D. Meninas e meninos na educação infantil: Uma questão de gênero e poder. **Cadernos Pagu**, n. 33, 2010.

VISSER, A. *et al.* Emotional and behavioural functioning of children of a parent diagnosed with cancer: A cross-informant perspective. **Psycho-Oncology**, v. 14, n. 9, 2005.

YOUNGSTROM, E.; IZARD, C.; ACKERMAN, B. Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 67, n. 6, p. 905-916 1999.

ZAFFARANI, L. **Evidências de validade do CBCL/1,5-5 para uma amostra de crianças brasileiras**. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento), Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2019.

ZAMORA-INIESTA, T. *et al.* Self-perceived and reported mental health in older adults. **Anales de Psicología**, v. 38, n. 1, 2022.

ZEE, M. *et al.* Exploring relationships between teachers and students with diagnosed disabilities: A multi-informant approach. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 66, p. 101101, 1 jan. 2020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adolescência 12, 17, 30, 33, 39, 40, 51, 53, 57, 71, 78, 79, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 141, 146, 155, 157, 165, 166, 168, 175, 189, 190, 192

Ansiedade 16, 29, 30, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 59, 75, 78, 89, 90, 92, 94, 95, 99, 104, 107, 109, 111, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 142, 143, 145, 149, 157, 176

C

Competência 11, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 59, 61, 72, 93, 108, 109, 155, 156, 157, 174, 190, 191

Competência social 11, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 59, 61, 72, 93, 108, 109, 156, 157, 174, 190

Comportamento 12, 17, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 39, 40, 43, 44, 45, 54, 55, 59, 61, 63, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 99, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 116, 121, 125, 127, 136, 146, 156, 157, 159, 163, 169, 170, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 182, 190

Considerações teóricas 40, 83, 85, 99, 100, 115, 116

Crianças 11, 12, 25, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 46, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 59, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 105, 106, 108, 110, 111, 112, 114, 115, 120, 130, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 163, 165, 170, 171, 173, 175, 176, 178, 179, 181, 184, 189, 190, 192

D

Desenvolvimento 11, 12, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 33, 34, 36, 38, 39, 40, 45, 54, 55, 61, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 119, 120, 127, 130, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 141, 145, 146, 148, 150, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 173, 175, 179, 183, 184, 189, 190, 191, 192

Desenvolvimento da competência social 25, 26, 28, 33

Desenvolvimento de crianças e adolescentes 112, 157, 159, 162, 163

Desenvolvimento humano 11, 12, 18, 40, 67, 68, 70, 81, 84, 85, 99, 115, 119, 120, 146, 150, 153, 158, 159, 161, 162, 164, 166, 167, 189, 190, 191, 192

E

Evidências científicas 40, 83, 85, 99, 100, 115, 116

F

Família 30, 33, 36, 39, 43, 61, 68, 70, 73, 74, 75, 83, 85, 87, 88, 90, 92, 96, 108, 109, 112, 120, 126, 133, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 153, 159, 160, 161, 162, 164, 165, 166, 167, 174, 177, 178, 179, 189, 192

Fatores de risco 18, 19, 20, 23, 56, 58, 69, 76, 79, 83, 93, 105, 109, 121, 127, 137, 157, 160, 166

H

Habilidades 19, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 37, 38, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 83, 87, 88, 89, 93, 94, 95, 97, 102, 109, 110, 113, 119, 134, 136, 138, 139, 141, 157, 163, 169, 179, 180

Habilidades sociais 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 37, 38, 72, 73, 89, 93, 94, 95, 97, 110, 180

I

Infância 17, 21, 22, 25, 28, 30, 37, 38, 54, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 77, 78, 79, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 96, 97, 101, 104, 105, 107, 111, 112, 114, 141, 146, 154, 157, 158, 164, 165, 166, 168, 174, 189, 191

Internalizantes e externalizantes 30, 48, 49, 50, 54, 58, 62, 72, 96, 120, 176

M

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 44, 62, 72, 80, 96, 108, 112, 120

O

Organização Mundial de Saúde 15, 23, 69, 71, 84, 126, 131

P

Prevenção em saúde mental 18, 19, 20, 22, 23, 95

Primeira infância 21, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 76, 78, 79, 81, 86, 157, 191

Problemas 11, 12, 18, 19, 20, 21, 23, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63, 68, 69, 70, 71,

72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 85, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 99, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 117, 119, 120, 124, 125, 126, 127, 128, 131, 134, 135, 138, 141, 142, 143, 145, 146, 154, 156, 157, 159, 163, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 182, 183, 184, 190

Problemas comportamentais 11, 18, 29, 33, 46, 48, 50, 58, 59, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 87, 88, 91, 92, 94, 95, 108, 109, 110, 111, 117, 146, 184

Problemas de saúde 12, 18, 20, 49, 76, 90, 95, 104, 108, 110, 119, 134, 135, 141, 142, 146

Problemas emocionais 20, 33, 34, 43, 44, 46, 72, 77, 85, 88, 99, 106, 108, 109, 127, 157, 169, 170, 179, 183

Problemas internalizantes 72, 79, 90, 93, 95, 96, 109, 125, 126, 128, 174, 176, 177

Psicologia 11, 22, 23, 25, 37, 38, 39, 40, 61, 63, 67, 68, 81, 82, 84, 93, 97, 99, 100, 113, 114, 115, 116, 125, 132, 149, 158, 163, 165, 166, 167, 168, 180, 182, 183, 184, 189, 190, 191, 192

S

Saúde mental 3, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 29, 33, 45, 46, 49, 51, 53, 59, 61, 63, 69, 72, 76, 79, 83, 84, 89, 90, 92, 95, 96, 101, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 114, 115, 119, 120, 122, 123, 126, 127, 137, 141, 142, 144, 145, 146, 157, 165, 168, 169, 170, 173, 176, 179, 184, 189, 190, 191, 192

Sintomas 16, 17, 18, 30, 31, 33, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 69, 73, 74, 75, 76, 78, 79, 88, 89, 90, 91, 92, 108, 111, 121, 123, 126, 128, 129, 132, 135, 141, 142, 148, 149, 157, 169, 170, 171, 173, 174, 175, 177, 180

Sociedade Brasileira de Psicologia 115, 184

T

Transtornos 16, 17, 18, 20, 23, 29, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 58, 62, 69, 72, 73, 76, 78, 79, 80, 84, 88, 89, 91, 92, 95, 96, 107, 108, 111, 112, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 129, 130, 132, 141, 142, 143, 144, 146, 176

Transtornos de ansiedade 50, 78, 89, 107, 121, 122, 123, 124, 142, 143

Transtornos mentais 17, 18, 20, 23, 43, 44, 45, 47, 48, 49, 50, 53, 56, 57, 58, 62, 72, 80, 84, 96, 107, 108, 112, 120, 123, 124, 129, 130, 132, 141, 142, 143, 144, 146, 176

V

Vulnerabilidade social 12, 77, 85, 108, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 163, 164, 165, 166, 167, 192

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SOBRE AS AUTORAS

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Doutora em Psicologia (UERJ). Professora Associada 3 da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRRJ. Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. Estuda promoção de saúde, prevenção e intervenção no âmbito da violência contra crianças e adolescentes.

Angela Helena Marin

Psicóloga pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutora em Psicologia, Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pesquisadora do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/Brasil). Coordena o Núcleo de Estudos sobre Famílias e Instituições Educativas e Sociais (NEFIES), orientando alunos de doutorado, mestrado e iniciação científica em temáticas na área da psicologia clínica e do desenvolvimento humano, em especial, o desenvolvimento social na infância e adolescência, com foco em processos familiares e de prevenção e promoção da saúde.

Carla Cristina Borges Santos

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutoranda no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (Unifesp), onde desenvolve pesquisa sobre saúde mental do adolescente. Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. Docente do curso de Psicologia na Universidade Santa Cecília (Unisantia/SP) e psicóloga clínica na Affectio saúde mental, onde dedica-se ao atendimento infantojuvenil.

Celia Regina Nonato da Silva Loureiro

Psicóloga pela Faculdade de Humanidades Pedro II (FAHUPE). Mestre em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Especialista em Arteterapia (Pomar), Psicopedagogia (Pontifícia Universidade Católica - RJ), Psicomotricidade (Néctar) e Terapia do Esquema. Mestre em Educação (UERJ). Doutoranda em Psicologia (Universidade Salgado de Oliveira -Universo). Professora efetiva do Colégio Pedro II com experiência em Educação Especial. Docente do curso de Pós-Graduação em Educação Psicomotora (Colégio Pedro II). Estuda a qualidade da relação família-escola; parentalidade positiva, resiliência familiar.

Fernanda Ribeiro de Araújo

Psicóloga pela Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista (Unifesp/BS). Mestre em Ciências da Saúde (Unifesp/BS). Membro da equipe do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH/Unifesp-BS) e do Laboratório de Pesquisas em Interações Sociotecnicoambientais (L:I.S.TA.), tendo participado de pesquisas sobre percepção ambiental, comportamento pró-ecológico e saúde mental de adultos com utilização de instrumentos ASEBA. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (Unifesp/BS), no qual desenvolve projeto sobre competências profissionais genéricas.

Gabriella Santos Ramalho

Psicóloga pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Mestre em Psicologia (UFRRJ). Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA), com pesquisas na temática dos vínculos familiares e políticas públicas. Formação pela terapia do esquema pela Insere Educação. Atende crianças, adolescentes e adultos pela terapia cognitivo-comportamental.

Graziela Sapienza

Psicóloga pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Especialista em Terapia Comportamental e Cognitiva (Universidade de São Paulo) e em Adolescência (Unifesp). Professora adjunta da graduação na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Representante exclusiva dos instrumentos ASEBA no Brasil. Vice-coordenadora do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. Experiência em avaliação psicológica, atendimento clínico e programas preventivos nos campos de educação e saúde, atuando com os temas: competência social, problemas de comportamento, práticas educativas parentais, risco e proteção em adolescentes e adesão ao tratamento. E-mail: graziela_sapienza@yahoo.com.br

Hanna Pinheiro da Costa Medeiros

Psicóloga pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Mestre em Psicologia (UFRRJ). Doutoranda em Psicologia (UFRRJ). Pesquisadora do Laboratório de Estudos sobre Violência contra Crianças e Adolescentes (LEVICA). Atua com relações familiares e rede socioprotetiva.

Jéssica de Assis Silva

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará. Doutora em Psicologia Clínica (Universidade de São Paulo – USP). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Especialista em Terapia Comportamental e Cognitiva (USP). Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. Docente do curso de Psicologia na Universidade Municipal de Taubaté (UNITAU) e em cursos de Pós-Graduação. Experiência nos temas: análise comportamental

clínica, psicologia do desenvolvimento, saúde do trabalhador, validação e análise de instrumentos, prevenção à violência contra a criança e adesão ao tratamento.

Luan Flávia Barufi Fernandes

Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina. Doutora e mestre em Psicologia Clínica, ambos pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP. Especialista em Psicologia da Saúde e em Psicologia Clínica: Terapia Cognitivo-comportamental, ambas pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto/SP. Professora titular do curso de graduação em psicologia na Universidade Paulista. Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. Linhas de pesquisa: Orientação de pais; Prevenção em psicologia; Primeira infância; Saúde mental.

Márcia Regina Fumagalli Marteleto

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP/Ribeirão Preto). Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Unifesp. Pesquisadora do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH/Unifesp) em temas como: Neuropsicologia, avaliação psicológica, desenvolvimento infantil e psicopatologia do Desenvolvimento. Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde Mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. E-mail: marcia.marteleto@gmail.com

Mônica Atsuko Ichikawa

Administradora pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Experiência na área de Saúde Mental, atuando em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Santos (SP). Membro do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH) da Unifesp.

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Santos. Livre docente e Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo, onde coordena o Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH/Unifesp). Especialista em Psicodiagnóstico, com doutorado e pós-doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Linha de pesquisa: ‘Interações pessoa X ambiente’ com foco em estudos sobre desenvolvimento humano de adolescentes e adultos. Coordenadora do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competência: avaliação, prevenção e tratamento”.

Sandra Duarte Antão

Psicóloga pela Universidade Estácio de Sá. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ); Mestre em Psicologia (UFRRJ). Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental. Docente na Universidade Estácio de Sá e na Universidade Geraldo Di Biase. Pesquisadora no Laboratório de Estudos sobre violência contra crianças e adolescentes (LEVICA), desenvolvendo estudos sobre os impactos da Vulnerabilidade Social na saúde mental de crianças e adolescentes.

Sandra Regina Gimeniz-Paschoal

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP/ Assis. Livre-Docente em Psicologia do Desenvolvimento (UNESP/ Marília). Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Curso de Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNESP/Marília. Investiga prevenção de agravos (acidentes e violências) e promoção do desenvolvimento (indivíduo, família, comunidade, profissionais em formação e atuantes, em diferentes contextos educativos). Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. E-mail: srg.paschoal@unesp.br

Teresa Helena Schoen

Psicóloga pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Doutora em Ciências (Unifesp). Especialista em Adolescência (Unifesp) e em Psicopedagogia pelo Conselho Regional de Psicologia. Técnica em Assuntos Educacionais da Unifesp, com atuação específica em pesquisa na área de Psicologia. Docente Externa em Pós-graduação Lato Sensu (Unifesp). Integrante do 'Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano' (LADH) e também da Society for Research on Identity (ISRI). Membro do Grupo de Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia “Saúde Mental e competências: avaliação, prevenção e tratamento”. Facilitadora do Método Friends e facilitadora master do ACT da American Psychological Association (APA). E-mail: schoen.teresa@unifesp.br

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SOBRE O LIVRO

Tiragem não comercializada

Formato: 16 x 23 cm

Mancha: 12,3 x 19,3 cm

Tipologia: Times New Roman 10,5/11,5/13/16/18

Arial 8/8,5

Papel: Pólen 80 g (miolo)

Royal Supremo 250 g (capa)