UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARINA MONZANI DA ROCHA

**Evidências de Validade do “Inventário de Autoavaliação para
Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira**

São Paulo
2012

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

MARINA MONZANI DA ROCHA

**Evidências de Validade do “Inventário de Autoavaliação para
Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira**

São Paulo
2012

MARINA MONZANI DA ROCHA

**Evidências de Validade do “Inventário de Autoavaliação para
Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira**

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profª Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

São Paulo
2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Rocha, Marina Monzani da.

Evidências de validade do “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira / Marina Monzani da Rocha; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras. - São Paulo, 2012.

240 f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Adolescentes 2. Avaliação Psicológica 3. Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR) 4. Validade do teste I. Título.

BF724

Nome: Rocha, M. M.

Título: Evidências de Validade do “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR/2001) para a população brasileira

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Uma tese não é um trabalho feito por uma única pessoa. Gostaria de apresentar meus sinceros agradecimentos a todos que direta ou indiretamente me apoiaram nessa jornada... Especialmente:

À Profa. Viví Silvéres, que me acolheu em seu laboratório quando eu tinha 18 anos e fomentou meu sonho de ser pesquisadora. Saber que você sempre acreditou no meu potencial foi um grande incentivo para superar meus objetivos e metas. Foram nove anos de orientação e bom convívio, pelos quais sou eternamente grata.

Ao Profs. Tom Achenbach e Leslie Rescorla por sempre estarem tão disponíveis para responder minhas dúvidas. Não tenho palavras para agradecer a maneira atenciosa com a qual vocês me receberam na University of Vermont e o quanto aprendi com vocês.

Aos Profs. Zilda Del Prette, Irai Alves e Francisco Assumpção pelas excelentes contribuições oferecidas nos dois exames de qualificação pelos quais este projeto passou.

Às Profas. Sonia Meyer e Maria Amelia Matos (in memoriam) pela importância que tiveram na minha formação como psicóloga.

A toda a equipe do Research Center for Children, Youths and Families da University of Vermont por terem me acolhido com tanto carinho no período do doutorado sanduíche. Especialmente à Ramani Sunderaju pela assistência com as burocracias, pelo cuidado despendido e pela amizade construída e à Masha Ivanova pela ajuda com as análises estatísticas.

À Cícera e Cláudia, do Departamento de Psicologia Clínica, por sempre estarem atentas e disponíveis para ajudar os alunos e professores.

A todos os pesquisadores brasileiros que aceitaram entrar comigo nessa jornada (lista completa no Anexo IV) e dedicaram um pouco do precioso tempo para contribuir com a coleta de dados desse estudo. Sem vocês não teria sido possível alcançar uma amostra tão abrangente. Sou realmente muito grata por todo o esforço despendido.

Aos diretores das escolas, que cederam o espaço para que a coleta de dados fosse realizada, e a todos os adolescentes participantes da pesquisa por terem doado parte de seus tempos e, dessa forma, contribuído para o desenvolvimento desta pesquisa e da ciência brasileira.

À Alessandra pela grande colaboração na coleta e digitação dos dados. Foi muito gostoso trabalhar com você!

À Deisy pela parceria nos trabalhos com os instrumento ASEBA, pela constante vontade de aprender e por ter me dado a oportunidade de ensinar um pouco do que aprendi nessa jornada. Fico muito orgulhosa com cada conquista sua!

À Isabela, Luciana, Rafaela, Suelen, Yara e os demais participantes do Projeto Enurese que puderam dedicar um pouco de seu tempo para contribuir com a digitação dos dados, ou para discutir artigos e resultados relacionados com o meu projeto, ainda que esse não fosse o tema de maior interesse individual.

À Jéssica, que veio assumir o projeto atual da equipe ASEBA Brasil e me deu tranquilidade para me dedicar à conclusão do doutorado.

Aos meus queridos amigos que estiveram presentes durante toda essa jornada, que apoiaram os meus sonhos e entenderam meus períodos de ausência. Especialmente às minhas queridas amigas Fabiana e Márcia, pela leitura cuidadosa do trabalho final, pela excelente companhia, cumplicidade e amizade. Sou muito grata por vocês existirem na minha vida!

Aos meus familiares, que sempre me apoiaram e demonstraram muito orgulho por todas as minhas conquistas.

À minha irmã, Denise, e ao meu irmão, Felipe, por existirem.

Aos meus pais, Celso e Cida, que além de me darem a vida, me ofereceram as contingências necessárias para eu ser quem sou hoje. Obrigada por todo o amor, dedicação, tolerância e incentivos.

Ao Pedro por sua grande paciência, por seu amor, por estar sempre disposto a me ajudar, por acreditar em mim, por me apoiar em todas as decisões, por sonhar junto comigo e por me fazer feliz todos os dias.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por ter financiado o estágio do doutorado realizado na University of Vermont, que contribuiu imensamente para o meu crescimento profissional e pessoal.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela concessão da bolsa de doutorado que viabilizou a extensa dedicação necessária para a realização deste trabalho.

Resumo

Compreender os problemas emocionais/comportamentais vivenciados pelos jovens é um desafio para os profissionais da saúde mental. Dentre os modelos de avaliação destas dificuldades, um dos mais utilizados é o de avaliação empiricamente baseada, no qual as síndromes são elaboradas a partir de análises estatísticas que evidenciam a co-ocorrência de problemas com base em levantamentos epidemiológicos. O Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA) oferece o *Youth Self-Report* (YSR) como instrumento de autorrelato aplicado em adolescentes. Nesse inventário, os jovens de 11 a 18 anos fornecem informações sobre suas competências e problemas emocionais/comportamentais. Diversos estudos têm sido realizados buscando validar o YSR em diferentes países, visto a importância de se padronizar os procedimentos de avaliação para a cultura na qual vão ser usados. O presente estudo tem como objetivo validar o “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes”, versão brasileira do YSR. Um total de 540 adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental e 2836 adolescentes não-encaminhados, com idades entre 11 e 18 anos, provenientes de quatro das cinco regiões brasileiras, preencheram o inventário. O nível socioeconômico dos participantes foi calculado utilizando o Critério Brasil. Os resultados indicam adequação do modelo fatorial do instrumento para a população brasileira (RMSEA = 0,032), bons índices de consistência interna e capacidade discriminante das escalas e itens de problemas emocionais/comportamentais. Para as escalas de competências os resultados foram menos expressivos. Diferenças nos escores foram encontradas em função do sexo e idade do adolescente, seguindo o mesmo padrão reportado nos referidos estudos internacionais. Poucas diferenças foram encontradas em função do tipo de escola frequentada, do nível socioeconômico e da região do país. Em conjunto, os resultados confirmam a validade e fidedignidade do YSR para a população brasileira, além de indicarem normas adequadas para o uso do instrumento no país.

Palavras-chave: Adolescente, Avaliação Psicológica, Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR), Validade.

Abstract

Understanding youths' emotional/behavioral problems is a challenge to mental health professional. Within assessment methods, one of the most used is empirically based assessment, on which syndromes are elaborated based on statistical analyzes of co-occurrence of problems based on epidemiological researches. The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) provides the Youth Self-Report (YSR) as a tool to access adolescents' problems. On this form, youths give information regarding their competences and emotional/behavioral problems. Several studies have been conducted in order to validate the YSR on different countries, considering the importance of standardization of the assessment procedures for the culture where they will be used. The aim of this study was to validate the Youth Self-Report (YSR) for assessing Brazilian youths. A total of 540 referred and 2886 non-referred youths, aged 11 to 18 years old, from four of the five regions of Brazil, filled out the form. Socioeconomic data were also collected. Results indicate good model fit indexes for the Brazilian population ($RMSEA = 0.032$), internal consistency and discriminate capacity for the problems scales. Less expressive results were found for the competence scales. Sex and age differences followed the patterns established by studies from several societies. Country region and socioeconomic had low impact on the results. Taken together, the results indicate the validity and reliability of the YSR for the Brazilian population, and indicate the appropriate norms for the use of the questionnaire in this country.

Key-word: Adolescents, Psychological Assessment, Youth Self-Report (YSR), Validity.

Resumé

Comprendre les problèmes émotionnels/comportementels des jeunes est un défi pour les professionnels de la santé mentale. Parmi les modèles d'évaluation de ces difficultés, l'un des plus utilisés est celui de l'évaluation de base empirique, dans lequel les syndromes sont déterminées à partir d'analyses statistiques qui mettent en évidence la co-occurrence de problèmes, basé sur des relevés épistémologiques. Le Système Achenbach d'Évaluation de Base Empirique (ASEBA) offre le *Youth Self-Report* (YSR) comme instrument d'auto-rapport appliqués sur les adolescents. En cet inventaire, les jeunes de 11 à 18 ans fournissent des informations sur leurs compétences et leurs problèmes émotionnels/comportementels. Diverses études ont été menées cherchant à valider le YSR en différents pays, une fois qu'il est important de normaliser les procédures d'évaluation pour la culture où elles seront utilisées. Cette étude a pour objectif de valider 'l'Inventaire d'Auto-évaluation pour Adolescents', version brésilienne du YSR. Un nombre total de 540 adolescents dirigés au traitement chez les services de santé mentale et 2.836 adolescents non-dirigés, âgés de 11 à 18 ans, provenant de quatre des cinq régions brésiliennes, ont rempli l'inventaire. Le niveau socioéconomique des participants a été calculé selon le Critério Brasil (Critère Brésil). Les résultats indiquent une pertinence du modèle factoriel de l'instrument pour la population brésilienne (RMSEA = 0,032), des bons indices de consistance interne et capacité de discriminer les échelles et les questions sur les problèmes comportementels/émotionnels. Pour les échelles de compétences les résultats ont été moins expressifs. Des différences entre les scores ont été rencontrées en fonction du sexe et de l'âge de l'adolescent, suivant la même norme rapportée aux études internationales référées. Peu de différences ont été rencontrées en fonction du type d'école fréquentée, du niveau socioéconomique et de la région du pays. Tous compris, les résultats confirment la validité et l'authenticité du YSR pour la population brésilienne, en plus d'indiquer les règles adéquates pour l'utilisation de l'instrument dans le pays.

Mots-clé : Adolescent, Évaluation Psychologique, Inventaire d'Auto-évaluation pour Adolescents (YSR), Validation.

Lista de Figuras

Figura 1. Abordagem “ <i>top-down</i> ” para avaliação e taxonomias de psicopatologias (adaptada de Achenbach & Rescorla, 2007a, p. 49).	33
Figura 2. Abordagem “ <i>bottom-up</i> ” para derivação de síndromes de problemas de comportamento a partir de análises estatísticas da associação entre os itens de problemas (adaptada de Achenbach & Rescorla, 2007a, p. 16).	36
Figura 3. Modelo fatorial das escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR.	88
Figura 4. Escore médio nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos.....	107
Figura 5. Escore médio nas escalas de competências.	111
Figura 6. Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados. ...	120
Figura 7. Escores médios obtidos pelos adolescentes nos itens de competências do YSR.	136
Figura 8. Distribuição dos escores totais das 24 sociedades (N=27.206) – Retira de Rescorla et al. (2007a).	139
Figura 9. Histograma de distribuição dos escores obtidos pelos meninos na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.....	140
Figura 10. Histograma da distribuição dos escores obtidos pelas meninas na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.....	140
Figura 11. Curva ROC para a Escala Total de Problemas de Comportamento.	148
Figura 12. Curva ROC para a escala Aspectos Positivos.	151

Lista de Tabelas

Tabela 1. Semelhanças e diferenças entre as abordagens Empiricamente Baseada e Baseada em Diagnóstico - DSM na avaliação de psicopatologias infantis.....	38
Tabela 2. Tipos de evidências de validade dos testes psicológicos segundo os <i>Standards</i> de 1999.....	47
Tabela 3. Faixas limítrofe e clínica nas escalas do YSR – Normatização Norte-Americana.....	71
Tabela 4. Características sociodemográficas das amostras.	76
Tabela 5. Carga Fatorial dos itens e das síndromes do YSR.	90
Tabela 6. Correlações de <i>Pearson</i> (r^2) entre os escores das escalas do YSR.....	92
Tabela 7. Coeficientes alfa de <i>Cronbach</i> para as escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	96
Tabela 8. Coeficientes alfa de <i>Cronbach</i> para as escalas de competências do YSR.....	97
Tabela 9. Caracterização demográfica da amostra pareada encaminhados x não-encaminhados.	99
Tabela 10. Comparação estatística dos escores médios e desvios padrão obtidos pelos adolescentes encaminhados e não-encaminhados nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	100
Tabela 11. Comparação estatística dos escores médios e desvios padrão obtidos pelos adolescentes encaminhados e não-encaminhados nas escalas de competências do YSR.	102
Tabela 12. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p<0,01$) de grupo, sexo, idade e nível socioeconômico nos escores das escalas de problemas e aspectos positivos em regressões múltiplas.	103
Tabela 13. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p<0,01$) de grupo, sexo, idade e nível socioeconômico nos escores das escalas de competências em regressões múltiplas.....	110
Tabela 14. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p<0,01$) de grupo, sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores dos itens do YSR.	113
Tabela 15. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p<0,01$) de grupo, sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores dos itens de competências do YSR.....	134
Tabela 16. Distribuição dos escores da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais nos grupos normativos ^a	139
Tabela 17. Distribuição dos escores de Aspectos Positivos nos três grupos normativos estabelecidos por Achenbach e Rescorla (2007b).	142
Tabela 18. Distribuição dos escores de Aspectos Positivos na amostra brasileira.	142

Tabela 19. Escores médios obtidos pelos adolescentes de sexo masculino brasileiros e norte-americanos não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nas escalas de competências do YSR.....	144
Tabela 20. Escores médios obtidos pelas adolescentes do sexo feminino brasileiras e norte-americanas não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nas escalas de competências do YSR.....	144
Tabela 21. Risco, porcentagem de adolescentes encaminhados com escores desviantes nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e porcentagem de adolescentes não-encaminhados com escores normais.	146
Tabela 22. Risco, porcentagem de adolescentes encaminhados com escores desviantes na escala Aspectos Positivos e porcentagem de adolescentes não-encaminhados com escores normais.	149
Tabela 23. Adolescentes não-encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.	153
Tabela 24. Adolescentes não-encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.....	154
Tabela 25. Adolescentes não-encaminhados: efeito de faixa etária nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	155
Tabela 26. Adolescentes não-encaminhados: efeito de faixa etária nas escalas de competências do YSR.....	157
Tabela 27. Adolescentes não-encaminhados: efeito da região do país nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	158
Tabela 28. Adolescentes não-encaminhados: efeito da região do país nas escalas de competências do YSR.....	160
Tabela 29. Adolescentes não-encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	161
Tabela 30. Adolescentes não-encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de competências do YSR.....	162
Tabela 31. Adolescentes não-encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR. ...	164
Tabela 32. Adolescentes não-encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de competências do YSR.	166
Tabela 33. Adolescentes encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR. ...	167
Tabela 34. Adolescentes encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.	169
Tabela 35. Adolescentes encaminhados: diferenças por faixa etária nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.	170

Tabela 36. Adolescentes encaminhados: diferenças por faixa etária nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.....	171
Tabela 37. Adolescentes encaminhados: diferenças por região do país nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.	173
Tabela 38. Adolescentes encaminhados: diferenças por região do país nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.	174
Tabela 39. Adolescentes encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	176
Tabela 40. Adolescentes encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de competências do YSR.....	177
Tabela 41. Adolescentes encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.....	178
Tabela 42. Adolescentes encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de competências do YSR.....	179

Lista de Siglas

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ADM	<i>Assessment Data Manager</i>
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
ANOVA	Análise de Variância Univariada
APA	<i>America Psychiatry Association</i>
ASEBA	Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada
CBCL	Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – versão brasileira do <i>Child Behavior Checklist</i>
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição revisada
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ES	Tamanho do Efeito
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IHSA-Del Prette	Inventário de Habilidade Sociais para Adolescentes – Del Prette
K-SADS-PL	Kiddie-Sads referente ao momento presente e ao longo da vida – versão brasileira da <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children</i>
MANOVA	Análise de Variância Multivariada
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odd Ratio
RMSEA	Raiz do Erro Médio Quadrático de Aproximações
ROC	<i>Receiver Operating Characteristic</i>
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TLI	Índice de Tucker-Lewis
TRF	Inventário dos Comportamentos para Crianças e Adolescentes – Formulário para Professores – versão brasileira do <i>Teacher Report Form</i>
WHO	World Health Organization
WLSMV	Mínimos Quadrados Ponderados Robustos
YSR	Inventário de Autoavaliação para Adolescentes – versão brasileira do <i>Youth Self Report</i>

Sumário

1	Justificativa	20
2	Introdução	22
2.1	Adolescência e Saúde Mental	22
2.2	Classificação das Psicopatologias Infanto-Juvenis: Modelos Taxonômicos ...	31
2.2.1	Avaliação Baseada em Diagnósticos.....	32
2.2.2	Avaliação Empiricamente Baseada.....	35
2.2.3	Comparação entre “Avaliação Empiricamente Baseada” e “Avaliação Baseada em Diagnóstico”	38
2.3	Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA)	40
2.4	Estudos de Validação.....	45
2.4.1	Estudos de Validação dos Inventários ASEBA	49
2.4.1.1	Estudo original norte-americano	49
2.4.1.2	Estudos Internacionais	50
2.4.1.3	Estudos Brasileiros	56
3	Objetivo	61
4	Método	63
4.1	Aspectos Éticos	63
4.2	Colaboradores	63
4.3	Instrumentos	64
4.3.1	Critério Padrão de Avaliação Econômica Brasil:.....	64
4.3.2	Inventário de Autoavaliação para Adolescentes - YSR.....	66
4.3.2.1	Escalas de Competências	66
4.3.2.2	Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos.....	68
4.3.2.3	Escalas Orientadas pelo DSM	72
4.3.2.4	Outras Escalas	73
4.4	Participantes	73
4.5	Procedimento	77
4.5.1	Treinamento dos colaboradores	77
4.5.2	Coleta de dados com os adolescentes “Encaminhados” para serviços- escola de psicologia	77
4.5.3	Coleta do YSR com os adolescentes da população escolar (Encaminhados e Não-encaminhados).....	78

4.6	Análise dos Resultados	79
4.6.1	Evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento ..	79
4.6.2	Evidências baseadas nas relações com outras variáveis	82
4.6.3	Normatização	84
4.6.4	Testes de decisão estatística, sensibilidade, especificidade e valores preditivos	84
4.6.5	Análise das variáveis sociodemográficas	85
4.6.6	Validade intercultural	86
5	Resultados	87
5.1	Evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento	87
5.1.1	Análise Fatorial Confirmatória	87
5.2	Correlação entre as escalas	91
5.3	Fidedignidade	95
5.3.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	95
5.3.2	Escalas de Competências	97
5.4	Capacidade Discriminativa	98
5.4.1	Comparação de médias	99
5.4.1.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	99
5.4.1.2	Escalas de Competências	101
5.4.2	Regressões	102
5.4.2.1	Escalas de problemas de comportamento e Aspectos Positivos	102
5.4.2.2	Escalas de Competências	109
5.4.3	Escore médio nos itens	111
5.4.3.1	Itens de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	112
5.4.3.2	Itens de Competências	133
5.5	Definição de Normas Culturais	138
5.5.1	Problemas Emocionais/Comportamentais	138
5.5.2	Aspectos Positivos	142
5.5.3	Escalas de Competências	143
5.6	Validade Preditiva	145
5.6.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais	145
5.6.2	Aspectos Positivos	149

5.7	Efeito de Região, Sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores das escalas do YSR.....	151
5.7.1	Análises realizadas com a amostra de adolescentes Não-Encaminhados	152
5.7.1.1	Diferenças por Sexo.....	152
5.7.1.1.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	152
5.7.1.1.2	Escalas de Competências.....	153
5.7.1.2	Diferenças por Faixa Etária.....	154
5.7.1.2.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	154
5.7.1.2.2	Escalas de Competências.....	156
5.7.1.3	Diferenças por Região do País.....	157
5.7.1.3.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	157
5.7.1.3.2	Escalas de Competências.....	159
5.7.1.4	Diferenças por Tipo de Escola	160
5.7.1.4.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	160
5.7.1.4.2	Escalas de Competência	162
5.7.1.5	Diferenças por Nível Socioeconômico	163
5.7.1.5.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	163
5.7.1.5.2	Escalas de Competências.....	165
5.7.2	Análises realizadas com a amostra de adolescentes Encaminhados.....	166
5.7.2.1	Diferenças por Sexo.....	166
5.7.2.1.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	166
5.7.2.1.2	Escalas de Competência	168
5.7.2.2	Diferenças por Faixa Etária.....	169
5.7.2.2.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	169
5.7.2.2.2	Escalas de Competências.....	171

5.7.2.3	Diferenças por Região do País.....	172
5.7.2.3.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	172
5.7.2.3.2	Escalas de Competências.....	174
5.7.2.4	Diferenças por Tipo de Escola	175
5.7.2.4.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	175
5.7.2.4.2	Escalas de Competências.....	176
5.7.2.5	Diferenças por Nível Socioeconômico	177
5.7.2.5.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos	177
5.7.2.5.2	Escalas de Competências.....	179
6	Discussão	181
6.1	Validação do YSR	182
6.1.1	Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais	182
6.1.2	Escala Aspectos Positivos	189
6.1.3	Escalas de Competências.....	190
6.2	Variações no perfil comportamental do jovem brasileiro em função de variáveis sociodemográficas.....	193
6.2.1	Diferenças por Sexo	193
6.2.2	Diferenças por Faixa Etária	196
6.2.3	Diferenças por Região.....	197
6.2.4	Diferenças por Nível Socioeconômico e Tipo de Escola	199
7	Limitações.....	202
8	Considerações Finais	204
9	Referências	208
10	Anexos	224
	ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP	225
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescentes Encaminhados para atendimento psicológico	227
	ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescentes Não-Encaminhados para atendimento psicológico	229
	ANEXO IV – Lista de Colaboradores.....	231
	ANEXO V – Carta Convite para colaboradores	233

ANEXO VI – Termo de Compromisso Colaboradores	235
ANEXO VII – Critério Padrão de Avaliação Econômica Brasil	237
ANEXO VIII – Critério Brasil: Sistema de Pontos e Renda Familiar Média por classe	239

1 Justificativa

Dentro do contexto de buscar fornecer o melhor atendimento possível à população que busca serviço de saúde mental, incluindo os de psicologia, e diante da falta de conhecimento que se tem sobre os comportamentos da população adolescente, é relevante estudar os problemas emocionais e comportamentais apresentados pelos jovens brasileiros. Até mesmo porque é a partir do momento que conhecemos *quem* precisa *e do* que é que se precisa é que se pode determinar o *quando*, o *onde* e, principalmente, o *como* atender aqueles que procuram ajuda (Silvares, 1998).

Os instrumentos de avaliação padronizados funcionam como auxiliares importantes no processo de avaliação de diversos aspectos da saúde mental. Eles facilitam a documentação do atendimento clínico e dão suporte tanto para a elaboração do diagnóstico, quanto para a definição dos comportamentos alvo de intervenção. No entanto, faltam no Brasil instrumentos válidos e eficazes voltados para a avaliação de problemas emocionais e comportamentais, especialmente para a população adolescente.

O “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR; Achenbach & Rescorla, 2001) é um instrumento de triagem que permite realizar um levantamento sobre a ocorrência de problemas na população juvenil a partir do ponto de vista dos próprios adolescentes.

Quando aplicado à população geral, esse instrumento pode nos fornecer informações importantes sobre as características populacionais, bem como dados epidemiológicos referentes aos tipos de problema que ocorrem com maior frequência e devem ser foco de ações preventivas e remediativas.

Quando aplicado à população encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental, os dados iniciais obtidos a partir das respostas dadas ao inventário podem ser usados como guia para o profissional que vai realizar o atendimento e que, após efetuar uma avaliação mais precisa e completa, tem maiores chances de delinear um tratamento efetivo. Nesse sentido, o YSR pode ser usado como elemento chave na triagem e também com o objetivo de medir os efeitos do tratamento realizado. Para isso, o profissional deve avaliar seu cliente antes e depois da intervenção, verificando o efeito desta.

Diante do exposto, parece útil ter esse instrumento padronizado de avaliação de problemas emocionais/comportamentais de adolescentes validado para a população brasileira, de maneira que os resultados obtidos a partir das respostas dadas ao questionário possam nos ajudar a conhecer melhor tanto a população adolescente encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental, quanto a população adolescente geral, de modo que seja possível planejarmos intervenções e programas preventivos de acordo com as demandas identificadas.

2 Introdução

2.1 Adolescência e Saúde Mental

Adolescência, do latim *adolescere*, cujo significado é crescer, é uma das fases do desenvolvimento humano, localizada temporalmente entre a infância e a vida adulta e caracterizada por mudanças físicas, sociais e psicológicas. As mudanças físicas, decorrentes da puberdade, são aquelas que podemos observar com mais facilidade e que independem da cultura na qual os indivíduos estão inseridos. Já as mudanças sociais e comportamentais recebem influência do momento histórico, político, econômico, social e cultural, por isso, do ponto de vista sociológico, a adolescência não é necessariamente um fenômeno universal e homogêneo (Fisher et al., 2011a).

Em função desse último ponto, objetivamente, não se pode precisar com exatidão o início e o fim da adolescência. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adolescência como o período entre os 10 e os 19 anos (OMS, 1975), mas admite que a adolescência é mais uma fase da vida do que um período fixo de tempo. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) situa a adolescência entre os 12 e 18 anos incompletos (Governo do Estado de São Paulo, 1996). No presente estudo, trataremos como adolescentes os jovens com idade dentro da faixa dos 11 e 18 anos, critério estabelecido por Achenbach (1991a) e Achenbach e Rescorla (2001) para o YSR. Apesar de ser diferente do critério adotado pela OMS e pela ECA, tal faixa etária foi escolhida por Achenbach (1991a) por se considerar que um jovem de 10 anos, em função das etapas de desenvolvimento, ainda pode ter dificuldade para reportar a maneira como se comporta diante das situações que vivencia e o jovem de

19 anos, por provavelmente já ter concluído o ensino médio, tem experiências diferenciadas dos mais novos, que não poderiam ser agrupadas em um mesmo questionário.

Aproximadamente 35 milhões de pessoas com idade entre 10 e 19 anos foram identificadas no último *Censo Demográfico Brasileiro* realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010; <http://www.censo2010.ibge.gov.br>), representando 18,9% da população do país. Esse número dimensiona a magnitude e a importância da necessidade de atenção à saúde mental nesta faixa etária, principalmente considerando-se que as estimativas de prevalência de transtornos mentais no Brasil para esse grupo etário variam de 10%, em áreas urbanas de classe média e em áreas rurais carentes, a 20% em áreas urbanas e carentes (Fleitlich & Goodman, 2002).

Levando-se em consideração tais números, parece interessante que, além de buscar compreender os problemas vivenciados pelos jovens e os fatores de risco que aumentam a probabilidade de ocorrência de problemas nessa fase do desenvolvimento, busque-se discriminar os fatores que levam a maioria dos jovens (cerca de 80%) a passar por esse período sem desenvolver transtornos psicológicos sejam explorados.

As mudanças vivenciadas pelos jovens, tanto no aspecto físico, quanto no psicológico e social produzem consequências na saúde e bem-estar dos adolescentes (Fisher et al., 2011b). O progresso do desenvolvimento individual é governado pela qualidade das interações entre o adolescente e sua família, escola, comunidade e demais ambientes sociais/culturais. Tais interações podem promover um bom

desenvolvimento, mas podem também contribuir para o aparecimento de problemas de comportamento (Fisher et al., 2011a).

São conhecidos como fatores de proteção aqueles que reduzem a probabilidade do risco, ou seja, que agem como mediadores para atenuar o efeito do risco do problema ocorrer (Sapientza & Pedromônico, 2005). Rutter (1985) apresenta os fatores de proteção como as influências que modificam, melhoram ou alteram a resposta do indivíduo em algum estímulo perigoso do ambiente e que o predisponha à consequências maladaptativas. Geralmente, três tipos de fatores de proteção são apontados para crianças ou adolescentes: 1) atributos individuais; 2) atributos familiares; 3) fontes de apoio individual ou institucionais (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Maia & Williams, 2005). Compreender como esses fatores atuam é um trabalho árduo, pois a eficácia de cada fator varia de acordo com o indivíduo (Pesce et al., 2004).

Os estudos têm identificado como fatores protetores o bom rendimento acadêmico, o envolvimento em atividades extracurriculares, as práticas educativas parentais saudáveis, a autoestima positiva e ter pelo menos um ou dois amigos, entre outros (Nightingale & Fischhoff, 2002; Mahoney, Cairns, & Farmer, 2003; Jacobs, Vernon & Ecles, 2004). As habilidades sociais, que, segundo Del Prette e Del Prette (2005), podem ser definidas como o conjunto de comportamentos sociais apresentados pelo indivíduo que viabilizam o estabelecimento de relacionamentos saudáveis e produtivos, também são reconhecidas pela literatura como possíveis fatores de proteção, pois elas contribuem para a prevenção de problemas de comportamento (Del Prette & Del Prette, 2005). Um bom repertório de habilidades sociais é importante

porque também favorece os demais fatores protetores como, por exemplo, participar de atividades extracurriculares, melhorar a autoestima, fazer amizades e, até mesmo, para o rendimento escolar.

Bandeira, Rocha, Souza, Del Prette e Del Prette (2006) realizaram um estudo para verificar a correlação entre comportamentos problemáticos e habilidades sociais dentre crianças brasileiras, alunas da 1ª à 4ª série, e verificaram que a frequência de problemas de comportamento é menor dentre aquelas com um nível mais adequado e elaborado de habilidades sociais, indicando que as habilidades sociais na infância podem ser consideradas como um fator de proteção contra problemas.

No sentido inverso, estudos confirmam a associação entre déficits no repertório de habilidades sociais e a presença de diversos tipos de problemas emocionais/comportamentais, incluindo depressão, ansiedade, estresse, isolamento social, agressividade, comportamentos opositores e antissociais, hiperatividade e baixa autoestima (Del Prette & Del Prette, 2005; Freitas, 2011), indicando que baixos índices de habilidades sociais podem ser considerados como fatores de risco para o desenvolvimento. Assim, “a competência social é considerada um indicador bastante preciso do ajustamento psicossocial e de perspectivas positivas para o desenvolvimento, enquanto que um repertório social empobrecido pode constituir um sintoma ou correlato de problemas psicológicos” (Del Prette & De Prette, 2005, p. 16).

Fatores de risco geralmente são apresentados como a presença de uma característica, ação, evento ou experiência que aumenta a probabilidade da ocorrência de um problema, ou de consequências adversas para o desenvolvimento ou funcionamento psicológico/social (Hutz & Koller, 1996; Kazdin, Kraemer, Kessler,

Kupfer, & Offord, 1997). Rutter (1981) elaborou um índice quantitativo para avaliar a adversidade familiar, incluindo a discórdia conjugal, a baixa renda familiar, a presença de psicopatologias ou criminalidade na família, o grande número de filhos e o grande número de moradores da casa como variáveis que contribuem para a adversidade. Variáveis como estas são também apontadas atualmente como fatores de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental na infância/adolescência (e.g. Vitolo, Fleitlich-Blyk, Goodman, & Bordin, 2005).

Estudos relativos às variáveis que podem ter efeito sobre a prevalência dos problemas vêm sendo realizados com o objetivo de ampliar o conhecimento acerca da etiologia dos problemas e, conseqüentemente, permitir o desenvolvimento de trabalhos de prevenção e intervenção mais adequados. Dentre as variáveis mais pesquisadas encontram-se sexo e idade da criança/adolescente. Enquanto alguns problemas de comportamento aparecem com muito mais frequência no início da infância, como autismo e outros problemas de desenvolvimento, problemas de conduta, déficit de atenção e hiperatividade, com preponderância do sexo masculino, outros têm maior incidência na adolescência, como transtornos alimentares, ansiedade e depressão, e maior prevalência no sexo feminino (Rutter, Caspi, & Moffitt, 2003; Vitolo et al., 2005; Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). Três níveis causais foram levantados por Rutter et al. (2003) para explicar as diferenças de gênero nas psicopatologias: num primeiro nível estão os fatores genéticos, visto que eles definem a biologia da diferença entre os sexos; num nível intermediário, as conseqüências de ser do sexo feminino ou masculino, incluindo aspectos maturacionais, de vulnerabilidade, efeitos hormonais e influências culturais; e, em um terceiro nível, as

consequências dos fatores intermediários, ou seja, os fatores de risco e de proteção associados com o mecanismo causal de cada psicopatologia, que podem ser diferente entre o sexo masculino e feminino no que se refere ao tipo de problema apresentado e a frequência. Os estudos que avaliam o impacto de variáveis como sexo e idade na prevalência e na manifestação das psicopatologias são meios de identificar as etiologias complexas subjacentes às diferentes formas de problemas emocionais e comportamentais (Rutter et al., 2003; Mash & Dozois, 2003; Zahn-Waxler et al., 2008).

Padrões de coocorrência a de problemas comportamentais têm sido identificados por diversos autores em estudos epidemiológicos (Achenbach, 1966; Achenbach & Edelbrock, 1983; Krueger, 1999; Krueger & Markon, 2006). Tais estudos indicam um modelo bidimensional de Internalização/Externalização, no qual os transtornos depressivos e de ansiedade estão relacionados com a Internalização, enquanto que a conduta antissocial, o comportamento agressivo e o uso de substância estão relacionados com a Externalização (Carvalho, Patrick, Krueger, Markon, Pinheiro, 2010). Diferenças por sexo na prevalência dos problemas de Internalização e Externalização vêm sendo reportadas por pesquisadores de diferentes sociedades, sendo que os problemas de Internalização, de ordem privada, são geralmente associados às meninas adolescentes, enquanto que os problemas de Externalização, aqueles que são manifestados no ambiente, geralmente estão associados aos meninos na primeira e média infância (Achenbach, 1966; Angold, Costello, & Erkanli, 1999; Volkmar, 2002; Rescorla et al., 2007a; Rescorla et al., 2007b; Zahn-Waxler et al., 2008; López-Soler, Sáez, López, Fernández, & Pina, 2009; Farbstein, et al., 2010). Estudos epidemiológicos têm sugerido ainda, que os homens, mais do que as mulheres,

abusam de substâncias lícitas ou ilícitas mais pesadas e com maior frequência (Gil, Wagner, & Tubman, 2004), e que as mulheres apresentam maiores índices de depressão (Seedat et al., 2009), evidenciando a continuidade dos padrões de problemas de comportamento ao longo da vida.

O nível socioeconômico também é apontado como um fator de risco/proteção para problemas de saúde mental. Maiores índices de psicopatologias são encontrados em indivíduos com nível socioeconômico baixo (Johnson, Cohen, Dohrenwend, & Brook, 1999). Vitolo et al. (2005), em um estudo transversal conduzido com crianças e adolescentes brasileiros, encontraram que as crianças de classes sociais menos favorecidas apresentavam mais problemas de conduta e problemas emocionais (como ansiedade e depressão), sendo que uma interação entre gênero e nível socioeconômico pôde ser identificada: os problemas emocionais eram ainda mais frequentes em meninas das classes baixas e que os de conduta eram mais frequentes entre os meninos das classes mais altas. Fischer et. al. (2011a), em uma revisão da literatura sobre problemas de saúde mental em país com renda baixa ou média-baixa, encontraram novamente uma maior prevalência de problemas emocionais em adolescentes de famílias pobres, principalmente aquelas que não tinham recursos suficientes para manter os adolescentes na escola. Os mesmos autores lembram que as condições de vida são mais difíceis em contextos nos quais os recursos são mais limitados e isso faz com que as chances de um desenvolvimento saudável sejam menores (Fisher et al., 2011b).

Além disso, um fator adicional que favorece a variabilidade na manifestação clínica do problema e dificulta sua compreensão é a comorbidade, ou seja, a

prevalência de sobreposição e combinação de diferentes respostas comportamentais e emocionais inadequadas, com frequência superior à esperada ao acaso (Mash & Dozois, 2003).

As comorbidades ocorrem principalmente entre alguns quadros como Ansiedade e Depressão, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtorno de Conduta, bem como Transtorno Opositor Desafiante, TDAH e Transtorno Bipolar, ou a combinação dessas respostas com condições médicas, como depressão e dor crônica, ou ansiedade e dores de cabeça e no abdômen (Angold et al., 1999; Masi, Favilla, Mucci, & Millepiedi, 2000; Kaplan, Dewey, Crawford, & Wilson, 2001). Estudos como o de Angold et al. (1999) evidenciam a prevalência de comorbidades em casos de TDAH, Transtorno de Conduta e Transtorno Opositor Desafiante, enquanto que Kaplan et al. (2001), por sua vez, apontaram prevalência de dificuldades múltiplas na presença de Transtorno de Leitura, TDAH, Transtorno de Desenvolvimento da Coordenação, Transtorno Opositor Desafiante, Transtorno de Conduta, Depressão e Ansiedade. A maior taxa de sobreposição aferida no estudo de Kaplan et al. (2001) foi nos Transtorno de Leitura e de TDAH (80,4%).

A identificação de taxas elevadas de comorbidade tem levado diversos autores a buscarem explicações para tais fenômenos (e.g. Angold et al., 1999; Verhulst & van der Ende, 1993). Erros de amostragem, em função da probabilidade de casos com comorbidade chegarem aos serviços de saúde mental ser maior do que para casos menos complexos, são apontados com uma das hipóteses plausíveis. Kaplan et al. (2001) questionam também se essas combinações de sintomas são de fato comorbidades, ou são manifestações diferentes de uma mesma patologia, tamanha a

incidência de sobreposição de quadros clínicos. As comorbidades podem estar refletindo confusões nas classificações dos transtornos, que são frutos da maneira como estes foram conceitualizados e organizados (Mash & Dozois, 2003). Nesse sentido, um maior conhecimento sobre as taxonomias dos problemas de comportamento infanto-juvenis mostra-se necessário no percurso de busca pela compreensão de suas etiologias. Tal temática será abordada na próxima seção deste trabalho.

Em conclusão, é fato que um grande número de adolescentes apresenta problemas comportamentais que causam significativo nível de estresse nas famílias e impacto no desenvolvimento psicológico desses indivíduos. Somando a alta demanda e vulnerabilidade a apresentar diversos tipos de problemas de comportamento ao fato dos transtornos na infância e adolescência serem preditores de problemas na vida adulta (Höfstra, van der Ende, & Verhulst, 2001; Kessler et al., 2005; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007; Mash & Hunsley, 2010), a importância de programas de prevenção, além de diagnóstico e tratamento, focados nessa faixa etária tornam-se evidentes e prioritários. Falta, entretanto, consenso sobre a definição, classificação e mensuração de psicopatologia em crianças e adolescentes. As diversas metodologias traçadas para realizar os estudos e a dificuldade em reunir dados epidemiológicos consistentes e significativos, principalmente em países em desenvolvimento, fazem com que seja difícil entender a magnitude mundial dos problemas (Belfer, 2008). Faltam, ainda, instrumentos que facilitem o rastreamento de problemas de comportamento nessa faixa etária e contribuam para a elaboração do diagnóstico, o que dificulta ainda mais o trabalho dos profissionais de saúde mental.

2.2 Classificação das Psicopatologias Infanto-Juvenis: Modelos Taxonômicos

Classificações de problemas de comportamento são importantes para facilitar a formulação do diagnóstico, realizar estudos epidemiológicos, possibilitar a comunicação entre pesquisadores e clínicos de diversos lugares do mundo e permitir testes sobre a aplicabilidade de certo tipo de tratamento para um determinado grupo de problemas. Definições e classificações de psicopatologias são apontadas por diversos autores como um problema metodológico na comparação dos resultados encontrados em estudos (e.g. Mash & Dozois, 2003; Butler, Robinson, Holland, & Doherty-Williams, 2004; Belfer, 2008), visto que nem sempre o mesmo critério é adotado. Assim, métodos padronizados de avaliação dos problemas facilitam análises sistemáticas das semelhanças e diferenças entre culturas, e permitem uma melhor comunicação sobre o funcionamento global das crianças e adolescentes no mundo (Achenbach & Rescorla, 2007a).

As duas abordagens taxonômicas mais utilizadas em pesquisas com crianças e adolescentes são: Avaliação Baseada em Diagnóstico e Avaliação Empiricamente Baseada (Achenbach & Rescorla, 2007a). Ambas podem ser utilizadas como bons paradigmas conceituais para ampliar o conhecimento que temos sobre as psicopatologias na infância e adolescência. A seguir, iremos apresentar os princípios destes dois tipos de avaliação.

2.2.1 Avaliação Baseada em Diagnósticos

A avaliação baseada em diagnóstico é fruto dos sistemas de classificação de transtornos da psicopatologia. Nesses sistemas, os problemas de comportamentos são descritos como sintomas de transtornos (Achenbach & Rescorla, 2007a) e a avaliação deve determinar se a pessoa atinge os critérios para receber o diagnóstico de um transtorno específico.

Exemplos de avaliação baseadas em diagnósticos são os sistemas categóricos descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, atualmente na 4ª edição revisada - DSM-IV-TR (APA; *American Psychiatry Association*, 2000), e na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, na 10ª edição - CID-10 (WHO; *World Health Organization*, 1992), os quais indicam o diagnóstico a partir do reconhecimento do número específico de sintomas listados.

Esse sistema de avaliação utiliza a estratégia nomeada por Achenbach e Rescorla (2007a) como *top-down*, que significa de cima para baixo, na qual especialistas formularam as categorias diagnósticas com base em sua experiência clínica e então passaram aplicar na população. Para cada categoria diagnóstica os profissionais estabeleceram critérios com o objetivo de determinar se a criança ou adolescente apresenta o transtorno representado por aquela categoria (Achenbach & Rescorla, 2007a). A Figura 1, adaptada de Achenbach e Rescorla (2007a), ilustra a abordagem *top-down*.

Figura 1. Abordagem “top-down” para avaliação e taxonomias de psicopatologias (adaptada de Achenbach & Rescorla, 2007a, p. 49).

O sistema de categorias diagnósticas é muito difundido nos serviços de saúde mental e tem a vantagem de usar critérios e termos familiares a diferentes especialistas, o que possibilita uma comunicação homogênea entre profissionais de diversas áreas. Alguns problemas são relatados com relação a esse tipo de abordagem. Achenbach e Edelbrock (1978) lembram que os transtornos infantis não apareciam no sistema que deu origem a taxonomia psiquiátrica e, até 1968, as únicas categorias para classificação de crianças apresentadas pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da APA (1952) eram Transtorno de Ajustamento e Esquizofrenia Infantil. Na segunda edição do DSM (DSM-II), a APA (1968) incluiu diversas categorias de problemas de infância, baseadas em inferências teóricas e descrições genéricas de comportamentos, sem utilizar procedimentos que pudessem operacionalizá-las (Achenbach & Edelbrock, 1978).

Atualmente, os profissionais continuam fazendo críticas aos sistemas de avaliação padronizados mais recentes, como o CID-10 (WHO, 1992) e o DSM-IV-TR (APA, 2000), por acharem que ainda não são propriamente adequados para a avaliação de crianças e adolescentes e têm uma aplicação limitada em estudos multiculturais, visto que apresentam uma visão muito ocidental do indivíduo (Belfer, 2008). Rutter (2003) ressalta, ainda, a necessidade de integrar as classificações dos transtornos com novos conhecimentos biológicos e ambientais sobre as causas de problemas mentais em crianças e adolescentes, levando em consideração os grandes avanços obtidos na área nas últimas décadas.

O aumento e a aceitação do uso de sistemas diagnósticos observados nos últimos anos estão mais relacionados a uma necessidade de se ter um sistema

padronizado para definição de transtornos infantis e não devem ser considerados como indícios de uma concordância generalizada com relação à natureza do que constitui a psicopatologia infantil ou com relação aos critérios que definem essas psicopatologias (Mash & Dozois, 2003).

2.2.2 Avaliação Empiricamente Baseada

O termo “empírico” vem do Grego *empeiria*, que significa experiência. Na abordagem empiricamente baseada, as taxonomias e avaliações feitas acerca dos problemas de comportamentos são baseadas na experiência de pessoas que têm conhecimento sobre o funcionamento de crianças e adolescentes em diferentes contextos, como pais, professores e o próprio adolescente (Achenbach & Rescorla, 2007a).

Com o objetivo de encontrar os constructos de padrões de problemas de comportamento, os pesquisadores realizaram análises estatísticas com um grande número de avaliações de problemas de crianças e adolescentes. Essa abordagem é conhecida como *bottom-up*, que significa de baixo para cima, visto que os procedimentos de avaliação começam com a obtenção de escores para os problemas de comportamentos da criança ou adolescente, para então agrupá-los em escalas de avaliação de psicopatologias de acordo com o padrão de coocorrência que foi encontrado empiricamente na população (Achenbach et al., 2008). A Figura 2, adaptada de Achenbach e Rescorla (2007a), ilustra esta abordagem.

Figura 2. Abordagem “bottom-up” para derivação de síndromes de problemas de comportamento a partir de análises estatísticas da associação entre os itens de problemas (adaptada de Achenbach & Rescorla, 2007a, p. 16).

Achenbach et al., (2008) apresentam vantagens e desvantagens relacionadas a esse modelo de avaliação. Dentre as vantagens encontramos: a) a facilidade dos questionários em fornecer informações baseadas na experiência com a criança por extensos períodos e em diversas situações, o que permite observação de comportamentos raros, inclusive; b) o baixo custo financeiro e o pequeno tempo gasto pelo profissional para aplicar os questionários; c) a possibilidade de avaliar cada criança em comparação com seus pares, usando os dados normativos; d) a facilitação do julgamento sobre a necessidade de atendimento; e) a possibilidade de avaliar antes e depois da intervenção; f) a possibilidade de comparar a percepção de diversos informantes, que são importantes, independentemente da precisão ou confiabilidade das respostas; e g) a possibilidade de quantificar aspectos qualitativos do comportamento da criança que não podem ser imediatamente acessados por outros meios. Dentre as desvantagens os autores listam: a) estão sujeitos a erros sistemáticos, como não medir a gravidade do caso, efeito halo, erros lógicos, erros de contrastes devido a comparação da criança com alguma outra criança específica e avaliação baseada apenas nos eventos recentes; b) limitam-se a obter a perspectiva do respondente naquelas questões que são propostas; e c) dificuldade em captar a experiência subjetiva do respondente, visto que os dados não são obtidos através de observação direta e os mal-entendidos podem não ser clarificados. Considerando esses pontos, Achenbach et al. (2008) sugerem que, apesar de todos os métodos estarem sujeitos a erros, uma boa avaliação clínica exige a combinação de instrumentos de avaliação, incluindo questionários, observação, entrevistas e testes.

2.2.3 Comparação entre “Avaliação Empiricamente Baseada” e “Avaliação Baseada em Diagnóstico”

As duas abordagens descritas apresentam semelhanças e diferenças no processo de avaliação de psicopatologias. A Tabela 1, adaptada de Achenbach e Rescorla (2007a), apresenta uma síntese das principais semelhanças e diferenças que podem ser observadas, com o objetivo de clarificar os dois modelos apresentados.

Tabela 1. Semelhanças e diferenças entre as abordagens Empiricamente Baseada e Baseada em Diagnóstico - DSM na avaliação de psicopatologias infantis.

Semelhanças entre as abordagens	
1. Ambas procuram melhor a avaliação, compreensão, prevenção e tratamento de problemas semelhantes. 2. Ambas fornecem indicações explícitas de problemas a serem avaliados. 3. Algumas síndromes empiricamente baseadas e categorias diagnósticas do DSM abrangem problemas semelhantes. 4. Concordância estatística tem sido encontrada entre escores nas síndromes e nos diagnósticos. 5. Ambas enfrentam desafios semelhantes no que se refere a definição de critérios, ao aperfeiçoamento dos procedimentos de avaliação e ao agrupamento dos dados de múltiplas fontes.	
Diferenças entre as abordagens	
Empiricamente Baseada	Baseada em Diagnóstico – Exemplo DSM-IV-TR.
1. Os problemas são pontuados de maneira quantitativa.	1. Os problemas são avaliados como presentes ou ausentes.
2. As síndromes são derivadas considerando a coocorrência dos problemas, refletida em escores.	2. As categorias e critérios são definidos por um comitê de especialistas.
3. Os pontos de corte e normas são baseados considerando sexo, idade e tipo de informante.	3. Os pontos de corte são os mesmos para ambos os sexos, diferentes faixas etárias e diferentes informantes.
4. Os profissionais usam formas paralelas de um inventário para obter dados padronizados com múltiplos informantes.	4. Os profissionais escolhem a fonte de dados, quais dados serão obtidos e o procedimento de avaliação.
5. Fornece uma comparação entre os escores e perfis obtidos a partir dos múltiplos informantes.	5. Não especifica procedimentos para comparação de dados obtidos a partir de diferentes informantes.
6. Os produtos finais são escores em itens e síndromes apresentados em perfis com normas de referência.	6. Os produtos finais são diagnósticos que são avaliados como presentes ou ausentes.

Nota: Tabela adaptada de Achenbach e Rescorla (2007a), p. 66.

No presente estudo foi utilizado um dos instrumentos pertencentes a um sistema específico de Avaliação Empiricamente Baseada, sistema este que será apresentado na próxima seção.

2.3 Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA)

Segundo Achenbach e Rescorla (2001) a avaliação psicológica de crianças e adolescentes deve ser baseada em informações que reflitam a observação de múltiplos informantes, obtidas mediante procedimentos de avaliação padronizados que permitam a comparação dos resultados e, inclusive, estudos em diferentes culturas; com ferramentas que avaliam um grande espectro de psicopatologias; e também que sejam obtidas de maneira econômica, com relação aos custos e ao tempo.

O Sistema Achenbach de Avaliação Empiricamente Baseada (ASEBA) oferece aos profissionais de saúde mental uma ampla gama de inventários que são aplicáveis a diversos clientes sob variadas situações, podendo ser utilizados por profissionais de diferentes áreas, como saúde e educação (Achenbach & Rescorla, 2010). Esse sistema supre todas as necessidades listadas acima como importantes para o processo de avaliação psicológica, já que suas propriedades psicométricas foram bem estabelecidas e os inventários podem ser facilmente administrados por profissionais e para-profissionais, após breve explicação.

Esse sistema de avaliação é chamado “empiricamente baseado” em função da maneira como foi elaborado, seguindo o modelo *bottom-up*. Inicialmente, Achenbach, com auxílio de pais e diversos profissionais que trabalham diretamente com crianças e adolescentes (psicólogos, pedagogos, médicos, professores etc.), elaborou uma lista de comportamentos-queixa frequentemente observados em crianças e adolescentes.

Após a elaboração, a lista foi aplicada em larga escala na população norte-americana com o objetivo de observar a coocorrência dos problemas listados. Assim, foi possível realizar análises estatísticas que identificaram padrões a partir dos quais as escalas-síndromes empiricamente baseadas foram elaboradas, de maneira a marcar os conjuntos de problemas que coocorrem. Estudos subsequentes foram realizados para outras faixas etárias, utilizando o mesmo procedimento (Achenbach & Rescorla, 2000, 2003; Achenbach, Newhouse, & Rescorla, 2004).

Buscando integrar os diferentes paradigmas utilizados para o estudo de avaliação das psicopatologias e para facilitar a aplicação dos dados obtidos através do ASEBA no sistema de diagnóstico formal, Achenbach e Rescorla (2001), com o auxílio de 22 psicólogos e psiquiatras de 16 diferentes culturas, elaboraram as Escalas Orientadas pelo DSM (APA, 1994). O procedimento utilizado foi avaliar quais itens de cada um dos questionários do ASEBA eram muito consistentes com os critérios de algumas categorias diagnósticas descritas no DSM-IV (Achenbach & Rescorla, 2001). Considerando a faixa etária escolar, correspondências entre itens e critérios foram encontradas para os seguintes diagnósticos: transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos somáticos, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, transtorno oppositor desafiante e transtorno de conduta (Achenbach & Rescorla, 2001). Os autores fazem a ressalva de que as escalas orientadas pelo DSM não substituem o diagnóstico, e sim dão indícios para auxiliar o profissional na elaboração do diagnóstico (Achenbach & Rescorla, 2001).

O primeiro inventário construído neste modelo foi o “Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes”¹ (“*Child Behavior Checklist*”² –CBCL – Achenbach & Edelbrock, 1983; Achenbach, 1991b; Achenbach & Rescorla, 2001), que ainda é o questionário do ASEBA mais conhecido, e que visa obter, de maneira padronizada, o relato dos pais sobre o comportamento de seus filhos. O instrumento é dividido em duas partes: a primeira avalia as competências da criança, abrangendo a prática de esportes e de outras atividades lúdicas, a participação em grupos ou equipes, a realização de tarefas em casa, os relacionamentos sociais e o desempenho acadêmico. A segunda parte é composta por uma lista de problemas de comportamento, sendo que os pais devem atribuir valor 0 (zero) quando o problema não é verdadeiro para seu filho, 1 (um) quando é um pouco ou algumas vezes verdadeiro, e 2 (dois) caso o problema seja muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro para aquela criança.

A partir da experiência exitosa do CBCL, o “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes”³ (“*Youth Self-Report*” – YSR – Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001), foco do presente estudo, foi elaborado. Trata-se de uma variação do CBCL elaborada para obter informações sobre o adolescente a partir de seu próprio ponto de vista. A metodologia empregada para a elaboração desse inventário foi a mesma descrita para o CBCL e 105 itens de problemas de comportamento são semelhantes

¹ A versão brasileira do CBCL pode ser solicitada através do e-mail: asebabrasil@gmail.com.

² Uma amostra do questionário pode ser visualizada no endereço eletrônico: http://www.aseba.org/ordering/trans_brazport.html.

³ A versão brasileira do YSR pode ser solicitada através do e-mail: asebabrasil@gmail.com.

nos dois instrumentos, o que facilita a comparação dos dados obtidos através das duas fontes (no caso, pais e/ou responsáveis e o próprio adolescente).

A avaliação dos problemas psicológicos de crianças e adolescentes é geralmente baseada em entrevistas clínicas com os pais, resposta a questionários e observação dos comportamentos em contexto diagnóstico. Para fazer uma avaliação mais abrangente é importante também considerar as informações obtidas com a criança ou o adolescente como fonte válida para descrição dos problemas comportamentais e emocionais vivenciados (Sourander, Hestelä, & Helenius, 1999; Zwaanswijk, van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2003; Sourander & Helstelä, 2005; Angold & Egger, 2007).

Mesmo sabendo que, a princípio, o adolescente, por ser o maior observador de seus próprios comportamentos nos diversos contextos, poderia fornecer informações mais completas que os outros informantes, a utilização da autoavaliação do adolescente como fonte única de informação ou como a fonte mais precisa não é recomendada (Verhulst & van der Ende, 1992; Achenbach & Rescorla, 2001; De Los Reyes & Kazdin, 2005). O que um indivíduo relata sobre si mesmo pode ser afetado pela maneira como ele está se sentindo naquele momento, pela maneira como a questão foi elaborada, por sua sinceridade e sua capacidade de julgamento (Achenbach, 1991a). A autoavaliação do adolescente é parte do processo de avaliação, que também deve incluir informações advindas de outras pessoas que convivem com ele nos diversos contextos (Achenbach, 1991a; Rocha, Ferrari, & Silveiras, 2011).

O ASEBA é o sistema de avaliação empiricamente baseada mais usado e pesquisado no mundo, com mais de 6500 publicações relatando pesquisas em pelo

menos 80 culturas (Achenbach & Rescorla, 2010). No Brasil, seu uso em pesquisas é crescente, como, por exemplo, em Alvarenga e Piccinini (2001), Tanaka e Lauridsen-Ribeiro (2006), Silvaes, Meyer, Santos e Gerencer (2006), Schneider e Ramires (2007), Paula, Duarte e Bordin (2007), Moraes e Enumo (2008), Bolsoni-Silva, Silveira e Marturano (2008), Petresco et al. (2009), Sá, Bordin, Martin e Paula (2010) e Rocha et al. (2011). Até o presente momento, entretanto, não se dispõe de normas brasileiras para os inventários, o que significa dizer que, quando esses instrumentos são utilizados, comparam-se os resultados obtidos por crianças e adolescentes brasileiros com os obtidos por crianças e adolescentes norte-americanos. A ausência de normas brasileiras pode levar a resultados pouco precisos, já que não é levado em consideração o aspecto cultural.

2.4 Estudos de Validação

Considerando o fato de que a elaboração e testagem de um instrumento de avaliação é uma tarefa complexa, Duarte e Bordin (2000) sugerem a utilização de versões de instrumentos que já passaram pelo processo de investigação como tem sido feito com os inventários do ASEBA no Brasil e em outros países. No entanto, para podermos usar o instrumento com confiança, os seguintes procedimentos são sugeridos pelas autoras: tradução e adaptação cultural do instrumento; testagem da confiabilidade do instrumento adaptado; avaliação da validade do instrumento no novo contexto cultural; e normatização (refletindo a distribuição dos escores na população em que vai ser utilizado).

A definição clássica de validade de um instrumento envolve a capacidade deste em realmente medir aquilo que se propõe a medir. Segundo Anastasi (1967):

A validade, isto é, o grau em que o teste mede, efetivamente, o que pretende medir, é sem dúvida, a questão mais importante a ser proposta com relação a qualquer teste psicológico. A validade apresenta uma verificação direta da possibilidade do teste fazer sua função. Sua determinação exige geralmente critérios externos e independentes daquilo que o teste pretender medir. São três os tipos principais de validade estudados: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. (p. 35).

Tal definição vem sendo criticada por diferentes autores, principalmente por atribuir valor ao teste em si, e não às interpretações que são feitas a partir dos resultados obtidos e por supor que o teste mede diretamente os conteúdos propostos

(Goodwin & Leech, 2003). Em 1999, uma nova edição do *Standards for Education and Psychological Testing*, elaborada pela *American Education Research Association* (AERA), *American Psychological Association* (APA) e *National Council on Measurement in Education* (NCME), foi publicada. Nesta, a validade é apresentada como um conceito único que engloba o grau de evidência e a teoria que dão suporte para interpretações propostas dos escores obtidos (Messick, 1995; Goodwin & Leech, 2003). Cinco tipos de evidências de validade são elencados: evidência baseada no conteúdo do teste, evidência baseada no processo de resposta, evidência baseada na estrutura interna, evidência baseada na relação com outras variáveis e evidência baseadas na consequência do uso.

Seguindo essas mesmas definições, o Conselho Federal de Psicologia Brasileiro (CFP) publicou a Resolução 02/2003 em 2001, na qual é estabelecido um conjunto de requisitos mínimos para que um instrumento seja considerado como apresentando condições de uso profissional. Para cumprir tais requisitos o instrumento deve apresentar: a) fundamentação teórica, com ênfase na definição do constructo; b) evidências empíricas de validade e precisão das interpretações propostas para os escores do teste, com justificativa dos procedimentos utilizados; c) dados empíricos sobre as propriedades psicométricas dos itens do instrumento; d) sistema de correção e interpretação dos escores; e) uma descrição clara dos procedimentos de aplicação e correção; e f) manual contendo essas informações.

Os diferentes tipos de evidências empíricas de validade e precisão listados pelo *Standard* de 2009 também foram adotados para a avaliação dos instrumentos de avaliação psicológica no Brasil. O Anexo 1 da Resolução 002/2003 do CFP apresenta

uma operacionalização dos requisitos mínimos necessários para aprovação de um teste (CFP, 2001) na qual os cinco diferentes tipos de evidências são avaliados. Uma sucinta descrição desses tipos de evidências, feita por Primi e Nunes (2010) em um trabalho sobre o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi) do Conselho Federal de Psicologia, é apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Tipos de evidências de validade dos testes psicológicos segundo os *Standards* de 1999.

Fonte	Definição
Evidências baseadas no conteúdo	Levanta dados sobre a representatividade dos itens do teste, investigando se eles consistem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o teste.
Evidências baseadas no processo	Levanta dados sobre os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste e sua relação com o constructo medido.
Evidências baseadas na estrutura interna	Levanta dados sobre a estrutura das correlações entre itens, avaliando o mesmo constructo e também sobre as correlações entre subtestes, avaliando constructos similares.
Evidências baseadas nas relações com variáveis externas	Levanta dados sobre os padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis medindo o mesmo constructo ou constructos relacionados (validade convergente) e com variáveis medindo constructos diferentes (validade discriminante). Também traz dados sobre a capacidade preditiva do teste de outros fatos de interesse direto (critérios externos) que possuem importância por si só e associam-se ao propósito direto de uso do teste (por exemplo, sucesso no trabalho).
Evidências baseadas nas consequências da testagem	Examina as consequências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste para verificar se sua utilização está surtindo os efeitos desejados, de acordo com o propósito para o qual foi criado.

Nota: Tabela retirada de Primi e Nunes (2010), p. 136.

É possível observar semelhanças entre as definições clássicas dos tipos de validade e as definições correntes: a atual “Evidências baseada no conteúdo” corresponde de maneira próxima à “Validade de Conteúdo”, enquanto que elementos antes englobados em “Validade de Critério” são agora avaliados em “Evidências

baseadas nas relações com outras variáveis”. Entretanto, é importante distinguir tipos de evidência de tipos de validade (Goodman & Leech, 2003), já que as evidências clarificam diferentes aspectos de validade, mas não representam um tipo distinto de validade. Além disso, novos elementos foram incorporados nos critérios atuais com o objetivo de superar os problemas previamente reportados. Assim, com os critérios mínimos exigidos atualmente pelo CFP, a preocupação com a validade do teste vai além e inclui aspectos como, por exemplo, as consequências do uso deste para aquele que foi avaliado, enfatizando o compromisso social da psicologia no âmbito das avaliações (Primi, 2010).

É importante destacar que a validade de um teste não é uma propriedade estática ou uma única medida, mas sim um processo contínuo de busca de evidências múltiplas (Adánez, 1999).

Por fim, a normatização de um instrumento para o contexto no qual ele será utilizado é um passo muito importante para fornecer parâmetros para a interpretação dos resultados obtidos. Normas são distribuições dos escores obtidos por uma grande amostra de indivíduos selecionados para representar uma população (Achenbach & Rescorla, 2007b). As normas de um instrumento representam o desempenho dos indivíduos que constituíram a amostra de padronização (Anastasi & Urbina, 2000). Essas têm o objetivo de “(1) determinar a posição que o sujeito ocupa no traço medido pelo teste que produziu tal escore e, (2) comparar o escore deste sujeito com o escore de qualquer outro sujeito” (Pasquali, 2003, p. 239). Assim, a amostra normativa deve ser selecionada de maneira cuidadosa para evitar erros de medidas.

2.4.1 Estudos de Validação dos Inventários ASEBA

2.4.1.1 Estudo original norte-americano

Na elaboração do YSR, Achenbach e Rescorla (2001) tomaram todos os cuidados para garantir as suas propriedades psicométricas, incluindo consistência interna, estabilidade, validade de conteúdo, validade de constructo, validade de critério e validade entre culturas.

A validade de conteúdo do YSR foi amplamente garantida nas décadas de pesquisa na área que permitiram uma apuração dos itens que medem aquilo que o instrumento se propõe a medir (Achenbach & Rescorla, 2001). Já a validade de critério foi estimada a partir de diversos métodos estatísticos, como regressões, testes de *odds ratio* e análises discriminantes, que demonstraram a capacidade do instrumento discriminar entre os adolescentes encaminhados e não-encaminhados para atendimento psicológico com chance de erro menor que 1% ($p < 0,01$) (Achenbach & Rescorla, 2001). Além disso, Achenbach e Rescorla (2001) procuraram garantir a validade de constructo do YSR de diversas maneiras, incluindo comparações com escalas análogas e com os critérios do DSM, realizando estudos multiculturais nos quais as síndromes do YSR foram replicadas em diversas outras sociedades por Ivanova et al. (2007a), e através da predição de resultados em longo prazo.

Ademais, a versão original do instrumento apresenta bons resultados nas análises de estabilidade temporal, com coeficientes de correlação teste-reteste 0,89 para a escala Total de Competências e 0,87 para a escala Total de Problemas

Emocionais/Comportamentais, e consistência interna, com coeficientes alfa de *Cronbach* 0,75 para a escala Total de Competências e 0,95 para a escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (Achenbach & Rescorla, 2001).

2.4.1.2 Estudos Internacionais

Como qualquer outro tipo de avaliação baseada na percepção de informantes, os inventários do ASEBA estão sujeitos a influências culturais. As diferenças culturais na linguagem, nos costumes de educação das crianças, no sistema educacional, nos padrões sociais, na alimentação, no estresse, nas estratégias de enfrentamento e nas oportunidades podem afetar a prevalência de algum transtorno, a forma que ele toma e o que é feito quando o transtorno está presente (Achenbach et al., 1990a). Para melhorar a comunicação entre os profissionais dentro do mesmo país e permitir a comparação dos resultados em diferentes culturas, os procedimentos de avaliação devem ser padronizados para a cultura na qual serão utilizados (Verhulst, Achenbach, Ferdinand, & Kasius, 1993).

O primeiro estudo de comparação cultural usando os inventários do ASEBA foi realizado na Holanda. Pais e professores de crianças americanas e holandesas, selecionadas aleatoriamente, responderam ao CBCL/4-18 (Achenbach, 1991b) e ao “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório do Professor” – TRF (Achenbach, 1991c), respectivamente. A comparação mostrou que os problemas apresentados pelas crianças holandesas eram muito semelhantes aos reportados por

pais e professores das crianças americanas (Achenbach, Verhulst, Baron, & Akkerhuis, 1987a, 1987b).

Estudos de padronização dos inventários do ASEBA vêm sendo realizados em diferentes países e culturas, incluindo Austrália (Achenbach, Hensley, Phares, & Grayson, 1990), China (Weine, Phillips, & Achenbach, 1995; Liu, Cheng, & Leung, 2011), França (Stanger, Fombonne, & Achenbach, 1994), Grécia (MacDonald, Tsiantis, Achenbach, Motto-Stefanidi, & Richardson, 1995), Jamaica (Lambert, Lyubansky, & Achenbach, 1998), Porto Rico (Achenbach et al., 1990), Dinamarca (Bilenberg, 1999) e Uruguai (Viola, Garrido, & Rescorla, 2011). Achenbach e Rescorla tem demonstrado particular interesse em investigar as variações culturais dos comportamentos focalizados e, para tal, tem realizado parcerias para implementar tais estudos (e.g. Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1997; Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1999; Verhulst et al., 2003; Achenbach & Rescorla, 2007a, 2007b; Ivanova et al., 2007a, 2007b; Rescorla et al., 2007a, 2007b, 2007c; Ivanova et al., 2010; Rescorla, et al., 2011).

Roussos et al. (1999), comprovando a necessidade de estudos de padronização cultural para o uso dos inventários, apontam diferenças entre os escores obtidos por crianças gregas em idade escolar no CBCL em comparação com crianças alemãs e americanas. As crianças gregas atingiram escores mais elevados nas escalas de problemas de comportamento e inferiores nas escalas que avaliam a competência social. Tais resultados permitiram que os autores a estabelecessem normas mais adequadas para avaliação de crianças gregas utilizando o instrumento.

Também na Grécia, foi efetuado um estudo de padronização do YSR. Roussos et al. (2001) encontraram resultados semelhantes aos do estudo realizado com o CBCL

naquele país: os adolescentes gregos do sexo masculino e feminino atingiram, a partir de sua autoavaliação, escores de problemas de comportamento mais elevados que os jovens americanos. Os autores ressaltam que, como o estudo foi feito apenas com adolescentes em escola (população geral), não se sabe ao certo se os pontos de corte elaborados a partir dessa amostra conseguem discriminar, de fato, aqueles que precisam de atendimento em serviços de saúde mental daqueles que não precisam. Sugerem que seja realizada uma coleta de dados com adolescentes da população encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental, da mesma forma que Achenbach e Rescorla (2001) realizaram no estudo original de validação do YSR, de maneira que os resultados encontrados sejam mais apurados.

Com objetivo de estudar a confiabilidade e a validade do YSR em Bangladesh, Izutso, et al. (2005) coletaram os dados em amostras de adolescentes de dois grupos: encaminhados e não-encaminhados para atendimento psiquiátrico. O trabalho demonstrou que a versão utilizada do YSR tem confiabilidade e validade suficientes para o uso em Bangladesh e que os pontos de corte para esse país são superiores aos originais da amostra normativa americana.

Dados diferentes foram encontrados na Suécia, país onde os adolescentes atingiram escores semelhantes aos dos americanos, noruegueses e alemães na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais do YSR (Broberg et al., 2001). No entanto, ainda segundo os autores, os escores alcançados pelos adolescentes suecos foram mais elevados que os dos holandeses e dos dinamarqueses e inferiores aos dos russos, evidenciando diferenças culturais.

Em uma comparação ainda maior, Verhulst et al. (2003) avaliaram os dados obtidos com o YSR por adolescentes de 11 a 18 anos da Austrália, China, Israel, Jamaica, Holanda, Turquia e Estados Unidos, em um estudo com caráter multicultural. A comparação entre os escores de problemas de comportamento desses diferentes países indicou efeito pequeno a médio de variação cultural. Assim, por exemplo, na comparação entre os sete países, os adolescentes da China e da Jamaica tiveram os escores médios mais elevados para a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, e os de Israel e Turquia os escores mais baixos.

A partir do agrupamento dos dados de várias pesquisas, incluindo os de Verhulst et al. (2003), Rescorla et al. (2007a) realizaram um estudo epidemiológico multinacional comparando os resultados obtidos no YSR por 27.206 adolescentes da população geral de 24 países. Foram usados tanto os escores das escalas empiricamente baseadas, quanto os escores das escalas orientadas pelo DSM. Apesar das diferenças conceituais encontradas na elaboração desses sistemas de avaliação (*bottom-up x top-down*), resultados epidemiológicos semelhantes foram encontrados a partir dos dois paradigmas. No geral, mais semelhanças que diferenças foram obtidas na autoavaliação de problemas de comportamento nos 24 países participantes. Adolescentes de 17 dos 24 países (incluindo países localizados na Ásia, Oriente Médio, Europa, África, América Central e América do Norte) atingiram na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais escores médios semelhantes (no máximo um desvio padrão para mais ou para menos) à média geral de todos os 24 países. A diferença entre os países variou de 3 a 9% para as escalas de problemas de comportamento e foi um pouco maior para a escala de Aspectos Positivos, na qual os

adolescentes da Etiópia, Hong Kong, Coreia e Japão obtiveram os escores mais baixos, sob influência, provavelmente, da maior pressão social contra se gabar existente nesses países (Rescorla et al., 2007a). Os resultados encontrados indicaram uma grande consistência na autoavaliação de problemas de comportamento de adolescentes a partir de dois paradigmas de avaliação, dado muito importante para a ampliação de estudos com o YSR em diferentes culturas, bem como para entendermos os problemas de comportamento dos jovens no mundo. Resultados semelhantes foram encontrados na comparação dos dados de diversas sociedades obtidos com o CBCL (Rescorla et al., 2007b) e com o TRF (Rescorla et al., 2007c).

Achenbach e Rescorla (2007b), com base nos estudos multiculturais realizados com os instrumentos ASEBA para a faixa etária escolar (Rescorla et al., 2007a; Rescorla et al., 2007b; Rescorla et al., 2007c), verificaram que os escores obtidos por jovens de diferentes sociedades eram bastante parecidos. No entanto, os valores médios para algumas sociedades foram substancialmente mais altos ou mais baixos que a média estabelecida para as outras sociedades no CBCL, YSR ou TRF. Para refletir a distribuição dos escores nas escalas do ASEBA nas diferentes sociedades, um conjunto de normas multiculturais foi estabelecido separadamente para o CBCL, YSR e TRF. Assim, as sociedades foram agrupadas em três diferentes normas para cada um dos instrumentos: Grupo 1 (aquelas que ficaram mais que um desvio padrão abaixo da média geral), Grupo 2 (aquelas que ficaram dentro da faixa de um desvio padrão abaixo ou acima da média geral) e Grupo 3 (aquelas que o escore médio do total de problemas de comportamento ficou pelo menos um desvio padrão acima da média geral). No caso do YSR, países como, por exemplo, Finlândia, Noruega e Alemanha

compuseram o Grupo 1, enquanto que Estados Unidos, Austrália, Portugal, Romênia e Suécia ficaram no Grupo 2 e Grécia, Itália, Espanha e Tunísia no Grupo 3. Os autores sugerem que, para os países nos quais normas ainda não foram estabelecidas, as normas do Grupo 2, padrão ASEBA, sejam utilizadas.

Ivanova et al. (2007a), buscando verificar se os fatores encontrados a partir da amostra normativa norte-americana para os problemas de comportamento, avaliados pelo YSR, são os mesmos encontrados em outros países, realizaram análises fatoriais confirmatórias com os dados obtidos por adolescentes de 23 países. O modelo taxonômico de oito escalas-síndromes de problemas de comportamento se ajustou aos dados obtidos em cada um dos países, o que indica poderem tais escalas ser usadas como modelo para avaliar hipóteses levantadas sobre etiologia, percurso, tratamento e resultados de psicopatologias nessas populações (Ivanova et al., 2007a).

Independentemente das semelhanças e diferenças culturais, diversos estudos confirmam diferenças na autoavaliação dos adolescentes do sexo masculino e do feminino com o uso do YSR, sendo que as meninas parecem relatar mais problemas de internalização e os meninos mais problemas externalização (Roussos et al., 2001; Verhulst et al., 2003; Begovac, Rudan, Skocic, Filipovic, & Szivovicza, 2004; Sandoval, Lemos, & Vallejo, 2006; Rescorla et al., 2007a), e dos adolescentes mais novos e mais velhos, sendo que o segundo grupo tende a apontar mais problemas que o primeiro (Rescorla et al., 2007a).

2.4.1.3 Estudos Brasileiros

No Brasil, as pesquisas de validação dos instrumentos do ASEBA têm se voltado principalmente ao instrumento de avaliação das competências e dos problemas comportamentais e emocionais de crianças e adolescentes a partir da percepção dos pais, o CBCL.

Bordin, Mari e Caeiro (1995) realizaram um estudo de validação preliminar do CBCL (Achenbach, 1991b) utilizando a avaliação psiquiátrica da 10ª Edição da Classificação Internacional de Doenças, o CID-10 (WHO, 1992) como modelo de comparação dos resultados obtidos por meio deste inventário. O procedimento adotado foi o de comparar a avaliação feita pela mãe que preencheu o CBCL com a avaliação feita por um psiquiatra que não teve acesso ao inventário respondido pela mãe. A correlação encontrada pelos autores entre os dois tipos de avaliação foi alta, o que sugere que o uso do questionário é válido no Brasil. No entanto, deve-se atentar para o pequeno número de participantes avaliados nesse estudo e para sua caracterização homogênea, incluindo apenas participantes da cidade de São Paulo de nível socioeconômico baixo (Silvares et al., 2006). Além disso, o modelo de validação selecionado tem recebido críticas em função da baixa correlação encontrada entre a avaliação psiquiátrica e a avaliação feita com instrumentos padronizados (Rettew, Lynch, Achenbach, Dumenci, & Ivanova, 2009). Em uma meta-análise, os pesquisadores encontraram baixa concordância entre o diagnóstico obtido por meio de entrevista diagnóstica padronizada e o diagnóstico clínico, com *kappa* de 0,15 para crianças e 0,26 para adultos. Como há diversas variáveis que podem alterar um

diagnóstico psiquiátrico (por exemplo, quem faz a entrevista diagnóstica), entende-se que esse tipo de avaliação não pode ser o único critério para a validação de um instrumento diagnóstico (Rettew et al., 2009). Apesar de tais ressalvas, o trabalho realizado por Bordin et al. (1995) reconhecidamente foi um primeiro passo no sentido de validar o uso do CBCL no Brasil.

Silvaes et al., (2006), por reconhecerem a necessidade de novos estudos com o CBCL visando alcançar normas brasileiras, analisaram os inventários respondidos por pais de crianças encaminhadas para atendimento em cinco diferentes clínicas-escola de psicologia do Brasil. Encontraram resultados semelhantes ao estudo de Bordin et al. (1995) quanto à distribuição dos perfis e queixas principais. Os dados, no entanto, ainda não foram conclusivos devido ao pequeno número de participantes e à distribuição heterogênea dentro das clínicas-escola envolvidas.

Mais recentemente, Brasil e Bordin (2010) estudaram a validade convergente do K-SADS-PL (Kiddie-Sads referente ao momento presente e ao longo da vida – versão brasileira da *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged-Children*; Brasil, 2003) comparando-o com o CBCL/4-18 e obtiveram evidências significativas de concordância entre os resultados obtidos em ambos os instrumentos pelas 78 crianças encaminhadas para um serviço público de saúde mental na cidade do Rio de Janeiro. A alta sensibilidade da versão brasileira do CBCL/4-18 foi novamente confirmada para essa amostra (Brasil & Bordin, 2010).

Com relação ao YSR, cujo uso é crescente em diversos tipos de pesquisa no Brasil (e.g. Schöen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silvaes, 2003; Predebon & Wagner, 2005; Rocha & Silvaes, 2006; Arantes & Silvaes, 2007; Caputo & Bordin, 2007; Fernandes et

al., 2008; Rocha, Costa, & Silves, 2008; Rocha, Araújo & Silves, 2008; Salvo, 2010; Sarmiento, Schöen-Ferreira, Medeiros, & Cintra, 2010; Binsfeld, 2011; Oliveira-Monteiro, Negri, Fernandes, Nascimento, & Montesano, 2011; Rocha et al. 2011), poucos estudos cujo objetivo era validar o instrumento foram realizados até o presente momento.

Rocha e Silves (2006) apresentaram índices de correlação positivos e altos (0,98) na comparação entre os escores médios obtidos no YSR pelos adolescentes brasileiros encaminhados para atendimento psicológico e os escores médios obtidos pelos adolescentes da amostra normativa americana encaminhados a serviços de saúde mental. Tal resultado indica uma semelhança no padrão de resposta aos itens da escala nas duas populações. O pequeno número de participantes na amostra brasileira e o fato de todos serem da mesma cidade e provenientes de uma única fonte (encaminhados para clínicas-escola de psicologia) faz, no entanto, com que não haja, até o presente momento, dados conclusivos com relação à validação do instrumento no Brasil.

Rocha et al. (2008), atentos para necessidade de validar o YSR no Brasil para ampliar seu uso em pesquisas e em contextos clínicos, compararam duas traduções correntes do inventário buscando uma uniformidade que facilitaria os trabalhos de validação e normatização posteriores. Não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os escores médios obtidos pelos adolescentes por meio das duas formas do YSR. Os autores concluíram que, a despeito de ambas as traduções do YSR serem capazes de mensurar de maneira próxima os comportamentos analisados, deveria haver uma única forma do questionário em vigor no país, inclusive porque

facilitaria a comunicação entre profissionais e pesquisadores brasileiros, pois seria estabelecido um padrão para a comparação de dados para as pesquisas nacionais, o que possibilitaria pesquisas multiculturais, como é sugerido por Verhulst et al. (1993).

Dando continuidade à intenção de validar o YSR para a população brasileira, Del Prette, Del Prette, Rocha e Silveiras (no prelo) realizaram um estudo cujos objetivos eram testar a validade concorrente (validade de critério) do Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette; Del Prette & Del Prette, 2009) e do YSR e a validade convergente entre os escores obtidos a partir das respostas dadas aos dois instrumentos por adolescentes encaminhados para serviços de psicologia da cidade de São Paulo/SP e adolescentes cumprindo medidas socioeducativas na cidade de São Carlos/SP. Ambos os instrumentos confirmaram a predominância clínica das amostras estudadas, visto que a maior parte dos adolescentes avaliados atingiu escores clínicos para diversos tipos de problemas emocionais/comportamentais, além de déficits no repertório de habilidades sociais. Tais resultados são indicadores preliminares da validade de critério dos dois instrumentos. Além disso, a correlação positiva encontrada entre os escores de competências (YSR) e a frequência de habilidades sociais (IHSA), e a correlação negativa entre os escores de competências (YSR) e os escores de dificuldade de habilidades sociais (IHSA), somadas ao fato dos adolescentes com mais problemas emocionais/comportamentais atingirem escores mais baixos para frequência de habilidades sociais e mais elevados para dificuldade em apresentá-las, confirmam a validade convergente entre os dois instrumentos. As limitações de tamanho e composição da amostra, explicitada pelos autores, faz com que os resultados obtidos não sejam conclusivos. No entanto, tal pesquisa se constitui como

um avanço nos conhecimentos sobre a validade dos instrumentos para avaliação de adolescentes disponíveis no Brasil. Outros trabalhos nessa direção, assim como foram realizados para o IHSA (Del Prette & Del Prette, 2009), devem ser conduzidos com o YSR para garantir sua validade para a população brasileira.

3 Objetivo

O presente estudo tem como objetivo principal validar a versão brasileira do YSR, possibilitando a ampliação de seu uso para outros contextos além do de pesquisa, no qual o inventário tem sido utilizado até o momento. Para cumprir esse objetivo geral, contou-se com os seguintes objetivos específicos:

- Analisar a estrutura fatorial do inventário, por meio de uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), de maneira a verificar se as oito escalas-síndromes empiricamente baseadas encontradas no estudo original de validação do YSR (Achenbach & Rescorla, 2001) e aceitas em 23 outras sociedades (Ivanova et al., 2007a) são aplicáveis para a população brasileira. Dessa forma, pretende-se buscar evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento.
- Investigar a fidedignidade do instrumento, por meio do método de consistência interna, o que também trará evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento.
- Estabelecer normas adequadas para o uso do questionário para avaliar a população brasileira.
- Levantar evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas a partir do aferimento da capacidade discriminativa do instrumento, além dos índices de sensibilidade, especificidade e valores preditivos.

- Estabelecer as semelhanças e diferenças encontradas nas respostas aos inventários em função do sexo do adolescente, idade, nível socioeconômico, tipo de escola e região onde o inventário foi aplicado; variáveis reconhecidas por influenciar o tipo de problema e a frequência com que ele é relatado, e que permitirão, caso seja necessário, a elaboração de normas de referencia adequadas para cada grupo.
- Verificar a validade transcultural do inventário, comparando os dados obtidos pelos adolescentes brasileiros com os de adolescentes de diversos outros países.

4 Método

4.1 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa* do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (ANEXO 1). Para proteger a integridade e dignidade dos participantes, não foram divulgados resultados individuais e os nomes dos participantes foram preservados. A participação no estudo foi voluntária e não foram oferecidas recompensas. Termos de “Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO 2 e 3), explicando os objetivos da pesquisa foram assinados pelos pais ou diretores das escolas que os adolescentes frequentavam, autorizando a participação destes.

4.2 Colaboradores

De modo a obter dados com adolescentes de diversas regiões do Brasil, solicitou-se a professores/pesquisadores de psicologia que colaborassem com a pesquisa, aplicando o YSR em adolescentes encaminhados para atendimento nos serviços de psicologia ou psiquiatria da universidade com a qual possuíam vínculo, ou em serviços públicos de saúde mental da cidade onde a universidade estava localizada. Os colaboradores se comprometeram, ainda, a aplicar o inventário em adolescentes de uma escola pública e uma escola particular de sua cidade, de modo a viabilizar a

obtenção de dados com adolescentes da população encaminhada e não-encaminhada para atendimento psicológico em todas as regiões participantes.

Colaboraram com o presente estudo pesquisadores/professores de 10 cidades brasileiras: **Belo Horizonte/MG** (Universidade Federal de Minas Gerais), **Curitiba/PR** (Centro Universitário Positivo), **Londrina/PR** (Universidade Federal de Londrina), **Goiânia/GO** (Universidade Católica de Goiás), **Primavera do Leste/MT** (CREAS/Programa Sentinela/Lar da Criança), **Porto Alegre/RS** (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), **Rio do Sul/SC** (Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí), **Salvador/BA** (Universidade Federal da Bahia), **Santos/SP** (Universidade Federal de São Paulo) e **São João Del Rey/MG** (Universidade Federal de São João Del Rey). A lista completa de colaboradores é apresentada no ANEXO 4.

Os colaboradores receberam uma carta convite (ANEXO 5), um resumo ampliado do projeto e assinaram um termo de compromisso (ANEXO 6). Além disso, foi oferecido um treinamento para os colaboradores e suas equipes sobre os inventários do ASEBA e também foi entregue um pacote com cópias do inventário em número suficiente para a realização da pesquisa, garantindo que todos os participantes responderiam a mesma versão do inventário.

4.3 Instrumentos

4.3.1 Critério Padrão de Avaliação Econômica Brasil:

Para verificar o nível socioeconômico dos participantes, foram utilizadas as questões do “Critério Padrão de Avaliação Socioeconômica Brasil” da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP – <http://www.abep.org/>), cujo objetivo é estimar a capacidade de consumo das famílias urbanas brasileiras. Esse sistema utiliza informações objetivas, precisas e de fácil acesso, como o número de televisões a cores que a família possui, o número de carros, a presença de geladeira, o grau de escolaridade do chefe da família etc.

A versão do Critério Brasil utilizada para o cálculo do nível socioeconômico dos participantes do presente estudo, colocada em uso no início de 2011, foi elaborada a partir do levantamento socioeconômico realizado pelo IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) no ano de 2009 em domicílios de 10 regiões metropolitanas brasileiras. Cinco classes econômicas foram estabelecidas, sendo as três primeiras subdivididas para possibilitar uma distribuição mais consistente com a realidade brasileira. Dessa forma, os níveis econômicos possíveis são: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E. Para facilitar a análise dos resultados em função do nível socioeconômico, os oito níveis foram agrupados em quatro classes: baixa, incluindo D e E, média, incluindo C1 e C2, média-alta, incluindo B1 e B2 e alta, incluindo A1 e A2.

No presente estudo, as questões do Critério Brasil foram apresentadas anexadas ao YSR, de maneira que o adolescente pudesse responder aos dois questionários no mesmo momento. No ANEXO 7 são apresentadas as questões do Critério Brasil da maneira como elas foram apresentadas aos adolescentes e no ANEXO 8 a pontuação correspondente a cada item e a renda familiar média estimada para cada uma das classes socioeconômicas.

4.3.2 Inventário de Autoavaliação para Adolescentes - YSR

O “Inventário de Autoavaliação para Adolescentes” (YSR – Achenbach & Rescorla, 2001), elaborado de modo que os jovens (11 a 18 anos) forneçam uma apreciação global sobre seus próprios comportamentos, encontra-se em sua terceira versão, sendo que a primeira foi publicada em 1987 (Achenbach & Edelbrock, 1987) e a segunda em 1991 (Achenbach, 1991a).

A tradução brasileira foi revisada pela pesquisadora e retrotraduzida (*back-translation*) por um especialista. Após esse processo, uma nova revisão foi realizada buscando minimizar diferenças linguísticas e culturais.

4.3.2.1 Escalas de Competências

O inventário pode ser dividido em duas partes. A primeira, apresentada nas páginas um e dois, é composta por itens destinados à avaliação das Competências dos jovens, incluindo prática de esportes, atividades extraescolares, relacionamentos com amigos e desempenho acadêmico. Essas questões foram incluídas em virtude dos autores considerarem que, para ter um desenvolvimento sadio, as crianças e adolescentes devem desenvolver habilidades em diversas áreas e que uma avaliação abrangente deve garantir que essas habilidades sejam identificadas (Achenbach & Rescorla, 2001).

Os itens que deveriam fazer parte das escalas de competências foram selecionados seguindo o critério de discriminação entre os adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental e adolescentes não-encaminhados. Nos itens que foram selecionados, os adolescentes não-encaminhados atingiram escores significativamente ($p < 0,01$) mais elevados que os adolescentes encaminhados (Achenbach & Rescorla, 2001).

Para avaliar o funcionamento de um adolescente em comparação com um adolescente típico, originalmente foram elaboradas normas a partir de uma grande amostra representativa de adolescentes norte-americanos não-encaminhados para serviços de saúde mental. Um total de 1057 YSRs foi usado para a construção das normas do instrumento, separadas por sexo, para uma única faixa etária: 11 a 18 anos.

A avaliação do YSR fornece um perfil do adolescente em três escalas de competências – Competência em Atividades, Competência Social e Desempenho Acadêmico – cuja soma dá origem à Escala Total de Competências. O escore de cada escala indica o grau de desenvolvimento da habilidade avaliada. Os escores brutos são muito usados para análises estatísticas, pois eles refletem diretamente a variação em cada uma das escalas. No entanto, para facilitar a visualização do perfil de um adolescente com o perfil encontrado na amostra normativa, são calculados escores T normatizados. O escore T é um escore padronizado que compara a pontuação do adolescente com a distribuição dos escores obtidos a partir da amostra normativa. Esse escore também permite a comparação dos escores obtidos pelo adolescente em todas as escalas do instrumento, o que é muito importante para se ter uma ideia geral do funcionamento daquele adolescente. Essa comparação não pode ser realizada com

os escores brutos, pois em cada escala há um número diferente de itens. Os escores T permitem a visualização rápida das áreas nas quais o adolescente atinge escores altos ou baixos em comparação com seus pares. Os escores T foram designados para os escores brutos de acordo com o percentil encontrado para os escores brutos na amostra normativa seguindo o procedimento de “*midpoint*”, desenvolvido por Crocker e Algina (1986), descrito por Achenbach e Rescorla (2001).

4.3.2.2 Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

A segunda parte do YSR inclui uma lista com 105 itens que se referem à avaliação de problemas emocionais/comportamentais (ex.: “Comporto-me de maneira infantil para a minha idade”, “Machuco-me de propósito ou já tentei me matar”, “Ajo sem pensar”, “Preocupo-me muito”, “Fujo de casa”) e outros 14 itens com comportamentos socialmente desejáveis (ex.: “Sou bastante honesto(a)”, “Gosto de experimentar coisas novas”, “Tento ajudar os outros quando posso”), que compõe a escala Aspectos Positivos. Para cada um dos itens, o adolescente fornece a resposta seguindo uma gradação de (0) “não é verdadeira”, (1) “um pouco verdadeira ou às vezes verdadeira” à (2) “muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”.

A avaliação dos itens de problemas emocionais/comportamentais fornece um perfil do adolescente em oito escalas-síndromes derivadas da análise fatorial realizada com o YSR dos adolescentes da amostra normativa norte-americana (N=2551), encaminhados e não-encaminhados para serviços de saúde mental, que obtiveram

escores acima da mediana encontrada na Pesquisa Nacional de 1999 (*National Survey sample* – Achenbach & Rescorla, 2001). Os fatores encontrados foram: Ansiedade/Depressão (que inclui itens como: “Choro muito”, “Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa má”, “Sou nervoso(a) ou tenso(a)” e “Preocupo-me muito”), Retraimento/Depressão (que engloba “Poucas coisas me dão prazer”, “Prefiro ficar sozinho(a) a ficar na companhia dos outros” e “Sou infeliz, triste ou deprimido”, por exemplo), Queixas Somáticas (que inclui “Tenho pesadelos”, “Sinto-me cansado(a) demais sem motivo” e “Problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico”, por exemplo), Problemas de Sociabilidade (que inclui itens como: “Sou muito dependente dos adultos”, “Tenho ciúmes dos outros”, “Sou alvo de muitas provocações” e “Os outros jovens não gostam de mim”, dentre outros), Problemas de Atenção (englobando “Comporto-me de maneira infantil para a minha idade”, “Tenho dificuldade para me concentrar ou prestar atenção”, “Ajo sem pensar” e “Sou desatento ou distraio-me facilmente”, por exemplo), Problemas com o Pensamento (que inclui itens como: “Não consigo tirar certos pensamento da cabeça”, “Tenho movimentos nervosos ou tiques” e “Faço coisas que outras pessoas acham estranhas”), Violação de Regras (englobando “Tomo bebida alcoólica sem a aprovação dos meus pais”, “Desrespeito as regras em casa, na escola ou em outros lugares”, “Fujo de casa”, e “Mato aula ou não vou a escola”, por exemplo) e Comportamento Agressivo (que inclui itens como: “Discuto muito”, “Destruo minhas próprias coisas”, “Ataco fisicamente outras pessoas”, “Sou teimoso”, “Meu humor ou sentimentos mudam de repente”, “Ameaço machucar as pessoas” e “Sou mais barulhento que os outros jovens”, dentre outros).

As escalas de problemas de comportamentos são reunidas em três índices gerais, ou somas de escalas, Escala de Internalização, Escala de Externalização e Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. A Escala de Internalização engloba as três primeiras escalas avaliadas; a Escala de Externalização abrange as duas últimas escalas e a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais engloba todos os itens de problemas de comportamento analisados pelo inventário, o que possibilita uma visão geral sobre os comportamentos do adolescente a partir de sua autoavaliação.

As somas de escalas de “Internalização” e de “Externalização” evidenciam distinções que são encontradas há décadas em várias análises multivariadas de problemas comportamentais/emocionais de crianças e adolescentes (Achenbach, 1966; Achenbach & Edelbrock, 1983; Krueger, 1999; Achenbach & Rescorla, 2001; Krueger & Markon, 2006). A escala de “internalização” reúne problemas como ansiedade, depressão, queixas somáticas sem causa médica conhecida e retraimento do contato social. A de “externalização”, por outro lado, representa conflitos com outras pessoas e com as expectativas que os outros têm sobre o comportamento da criança ou adolescente. Ter esses grupos de problemas de comportamento pode ser útil para o planejamento diferencial do trabalho a ser realizado com crianças/adolescentes que têm problemas principalmente em um grupo ou no outro, ainda que muitas crianças/adolescentes apresentem os dois tipos de problemas.

A pontuação de cada um dos itens de problema de comportamento que compõem uma síndrome é somada para obter o escore bruto da escala. Esse escore indica quantos problemas o adolescente reportou para aquela escala. Como foi feito

para as escalas de competências, um escore T normatizado também foi atribuído a cada escore bruto para se ter uma medida comum a todas as síndromes. A partir dos percentis, foram calculados os pontos de cortes para cada uma de três faixas, a saber: normal, clínica e limítrofe. A faixa limítrofe refere-se a uma pontuação alta o suficiente para causar preocupação, mas não tão alta quanto a da faixa clínica. Escores nas faixas clínica e limítrofe discriminam os adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental dos adolescentes não-encaminhados. A Tabela 3 apresenta os pontos de corte encontrados a partir da amostra normativa norte-americana para todas as escalas do YSR.

Tabela 3. Faixas limítrofe e clínica nas escalas do YSR – Normatização Norte-Americana.

Escalas	Valores faixa limítrofe	Valores faixa clínica
Total de Competências	T escore: 37 – 40 Percentil 10 – 16	T escore < 37 Percentil < 10
Escalas de Competências	T escore: 31 – 35 Percentil 3 – 7	T escore < 31 Percentil < 3
Internalização, Externalização e Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	T escore: 60 – 63 Percentil 84 – 90	T escore > 63 Percentil > 90
Escalas Síndromes, Orientadas pelo DSM e Outras Escalas	T escore: 65 – 69 Percentil 93 – 97	T escore > 69 Percentil > 97

Os escores são medidas quantitativas do número e grau de problemas que o adolescente reporta sobre si mesmo e, por isso, não marcam diferenças categóricas entre o doente e o saudável (*sick* e *well* no original em inglês). As faixas clínica e limítrofe servem para ajudar os profissionais a identificar os escores que causam

preocupação suficiente para se considerar a necessidade de ajuda profissional. Os autores sugerem que os pontos de corte devem ser usados de acordo com o propósito clínico ou de pesquisa do profissional que usa o questionário e que as faixas clínica e limítrofe podem ser agrupadas quando o objetivo é separar claramente os escores da faixa normal e daqueles que merecem atenção profissional (Achenbach & Rescorla, 2001).

4.3.2.3 Escalas Orientadas pelo DSM

Diferentemente das escalas-síndromes de problemas emocionais/comportamentais, derivadas da análise fatorial do inventário, as escalas orientadas pelo DSM foram elaboradas a partir da avaliação feita por profissionais qualificados dos itens de problemas emocionais/comportamentais do YSR como sendo muito consistentes com critérios diagnósticos de alguns transtornos descritos no DSM-IV (Achenbach & Rescorla, 2001). Considerando as sobreposições de critérios do DSM e dos itens de problemas de comportamento para as diferentes categorias, as seguintes escalas foram elaboradas: *Problemas Afetivos* (itens julgados como muito consistentes com Distímia e Transtorno Depressivo Maior), *Problemas de Ansiedade* (itens muito consistentes com Transtorno de Ansiedade Generalizada, Ansiedade de Separação e Fobia Específica), *Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade* (itens muito consistente com os tipos Desatento e Impulsivo/Hiperativo de TDAH), *Problemas de Oposição e Desafio*, *Problemas de Conduta* e *Problemas Somáticos* (itens muito consistentes com Transtorno de Somatização e Transtorno Somatoforme). As escalas

orientadas pelo DSM foram normatizadas para a população americana como as escalas baseada em evidências.

4.3.2.4 Outras Escalas

Além das escalas de competências, empiricamente baseadas e orientadas pelo DSM, a partir de 2007 outras três escalas passaram a ser analisadas: Problemas Obsessivo Compulsivo, Problemas de Estresse Pós-Traumático e Aspectos Positivos. As duas primeiras são novas combinações dos itens de problema de comportamento, enquanto que a última agrupa os 14 itens socialmente desejáveis presentes no YSR com o objetivo de avaliar aquilo que o adolescente afirma de positivo sobre si mesmo.

Os escores brutos obtidos para essas escalas também são calculados a partir da soma do valor da resposta dada pelo adolescente a cada um dos itens que as compõem.

4.4 Participantes

O número mínimo de participantes necessário para cumprir os objetivos deste estudo foi calculado através do critério “razão itens/sujeito”, com o objetivo de gerar soluções fatoriais estáveis. De acordo com esse critério, para se realizar uma análise fatorial estável, é importante que a amostra seja composta de pelo menos cinco vezes o número de itens da escala (Pasquali, 1999). Uma vez que a parte de problemas de

comportamento do YSR é composta por 105 itens, o número mínimo de participantes calculado foi 525. Além disso, levou-se em consideração a necessidade de obter uma distribuição dos participantes nas variáveis sexo, faixa etária, nível socioeconômico e região do país. Dessa forma, o número mínimo foi multiplicado por quatro, tendo-se estabelecido que a amostra deveria ser composta por, no mínimo, 2100 adolescentes.

Os dados foram coletados nas 10 cidades onde os colaboradores estavam alocados (ver seção 4.2), além da cidade de São Paulo/SP, na qual a pesquisadora se responsabilizou pela coleta de dados. No total, 3630 jovens, com idades entre 11 a 18 anos, de ambos os sexos, sendo 209 provenientes de serviços-escola de psicologia e 3421 da população escolar brasileira, responderam ao YSR.

Aos adolescentes da população escolar, foi questionado se: “Nos últimos 12 meses, você procurou ou foi encaminhado para algum tipo de atendimento psicológico ou psiquiátrico?”. Dos 3421 adolescentes entrevistados nas escolas, 2882 responderam não à esta pergunta, 338 responderam sim e 201 optaram por não responder. O grupo “Não-Encaminhados” foi composto pelos 2882 jovens que responderam não quanto ao encaminhamento para serviços de saúde mental. O perfil comportamental dos 338 adolescentes entrevistados nas escolas que responderam sim para a pergunta sobre encaminhamento foi comparado utilizando-se um teste estatístico de comparação de médias com o perfil comportamental dos 209 adolescentes que foram entrevistados nos serviços de saúde mental para verificar se eles poderiam compor um único grupo de adolescentes encaminhados. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada ($F(1, 540) = 0,642$; $p = 0,423$; $\eta^2 = 0,001$). Assim, os jovens encaminhados para atendimento em serviços de saúde

mental foram agrupados na amostra de adolescentes “Encaminhados”, independentemente do local onde foram entrevistados. Desse procedimento, resultou-se uma amostra de 547 participantes encaminhados para serviços de saúde mental. Por fim, os 201 jovens entrevistados nas escolas que preferiram não responder a questão sobre o encaminhamento foram excluídos da amostra.

Seguindo os procedimentos de Achenbach e Rescorla (2001), foram excluídos os questionários que tinham mais que oito itens de problemas de comportamento em branco, por julgar-se que tal índice de omissão de resposta poderia comprometer a elaboração do perfil nas escalas e o resultado do estudo como um todo. Assim, nessa etapa, 46 adolescentes não-encaminhados e sete encaminhados foram excluídos, resultando em uma amostra final de 2836 adolescentes não-encaminhados e 540 adolescentes encaminhados. Uma descrição mais detalhada das duas populações pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4. Características sociodemográficas das amostras.

	Não-Encaminhados (N=2836)		Encaminhados (N=540)	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	1315	46,4%	259	48,0%
Feminino	1521	53,6%	281	52,0%
Idade				
Faixa dos 11 aos 14 anos	1627	57,4%	319	59,1%
Faixa dos 15 aos 18 anos	1209	42,6%	221	40,9%
Tipo de Escola				
Pública	1331	46,9%	237	48,0%
Particular	1504	53,1%	257	52,0%
Região do Brasil				
Sudeste	1069	37,7%	240	44,4%
Sul	749	26,4%	186	34,4%
Centro-Oeste	646	22,8%	96	17,8%
Nordeste	372	13,1%	18	3,3%
Nível Socioeconômico (Critério Brasil 2008)				
Alto (A1 e A2)	590	22,3%	136	26,0%
Médio-Alto (B1 e B2)	1345	50,7%	239	44,3%
Médio (C1 e C2)	608	22,9%	100	19,5%
Baixo (D e E)	108	4,1%	39	7,6%

Ao analisar a Tabela 4, nota-se que os grupos tiveram distribuições parecidas no que se refere a sexo e idade, com mais participantes do sexo feminino e predominância da faixa etária dos 11 aos 14 anos. A idade média dos não-encaminhados foi 14,0 anos (DP = 2,1 anos), enquanto que a dos encaminhados foi 14,1 anos (DP = 2,0), confirmando a semelhança no perfil. Além disso, pouco mais da metade dos participantes de ambas as amostras estudavam em escolas particulares (53,1% e 52,0%, respectivamente). Com relação à região do Brasil onde o participante morava, nota-se a predominância da região sudeste, seguida por sul e centro-oeste. A região nordeste contou com menos participantes, principalmente no grupo encaminhado, no qual contribuiu apenas com 3,3% da amostra. Ainda, com relação ao nível socioeconômico, a maioria dos participantes de ambos os grupos pertenciam à

classe média-alta (B1 e B2). É importante notar que na amostra encaminhada houve mais participantes da classe alta e baixa em comparação com a amostra não-encaminhada.

4.5 Procedimento

4.5.1 Treinamento dos colaboradores

Antes do início da coleta de dados, os colaboradores passaram por um treinamento sobre os inventários ASEBA, incluindo a metodologia de elaboração, como aplicar os questionários, como esclarecer dúvidas, que tipos de resultados podem ser obtidos, como interpretar os resultados e quais são os principais usos desses instrumentos. Especial ênfase foi dada à aplicação do YSR e à metodologia do presente estudo, de maneira a esclarecer eventuais dúvidas e minimizar diferenças na coleta de dados nas diferentes cidades.

4.5.2 Coleta de dados com os adolescentes “Encaminhados” para serviços-escola de psicologia

Os adolescentes que compareceram à triagem dos serviços-escola de psicologia vinculados ao projeto, ou estavam aguardando pelo tratamento nas listas de espera destes serviços, foram convidados a responder ao YSR. O participante podia escolher

se preferia responder às questões individualmente, ou ser entrevistado pelo aplicador (psicólogos ou alunos de graduação em psicologia que participaram do treinamento ministrado para os colaboradores).

4.5.3 Coleta do YSR com os adolescentes da população escolar (Encaminhados e Não-encaminhados)

A proposta de trabalho foi apresentada à coordenação de pelo menos uma escola pública e uma escola particular de cada uma das 11 cidades participantes. A partir da autorização para realização, a coleta de dados com os adolescentes da população escolar foi realizada no período de uma aula. Em cada escola apenas uma classe por ano (do 6º anos do Ensino Fundamental à 3ª série do Ensino Médio) foi sorteada para participar do estudo, de modo que a amostra ficasse bem distribuída no que se refere à idade e nível econômico. Os aplicadores (psicólogos e estudantes de psicologia treinados) entregaram o inventário para os adolescentes, explicaram o objetivo da pesquisa e passaram as instruções sobre o preenchimento, com ênfase na necessidade de resposta individual e sincera. Foi explicitado que os resultados individuais e os nomes dos participantes não seriam divulgados. Os aplicadores permaneceram na sala com os participantes durante a resposta ao questionário e se disponibilizaram para esclarecer quaisquer dúvidas.

Sabe-se que alguns alunos da população escolar são encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental. Assim, foi apresentada, juntamente com o inventário, a questão sobre encaminhamento para serviços de saúde mental. A partir

da resposta dada, os jovens foram distribuídos em dois grupos: Encaminhados (resposta SIM) e Não-encaminhados (resposta NÃO), conforme descrito na seção 4.4.

4.6 Análise dos Resultados

Todos os questionários coletados na diferentes regiões do país foram agrupados pela pesquisadora, que utilizou o programa desenvolvido pelo Achenbach e sua equipe (ADM 9.1 - Assessment Data Manager; Achenbach System of Empirically Based Assessment, 2006) para computar os dados e elaborar os perfis dos adolescentes com base nas respostas dadas ao YSR. Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS 19.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) e Mplus 5.0 (Muthén & Muthén, 2007).

As análises foram realizadas seguindo o procedimento adotado por Achenbach e Rescorla (2001) no estudo original de validação do YSR nos Estados Unidos. Os escores brutos da pontuação dada a cada um dos itens foi utilizado como base para todas as análises. O critério adotado para significância estatística foi $p < 0,01$, considerando-se o tamanho da amostra e o número de testes realizados.

4.6.1 Evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento

Inicialmente, o conjunto de dados de problemas emocionais/comportamentais obtidos com os adolescentes não-encaminhados para serviços de saúde mental ($N =$

2836) foi submetido a análise fatorial confirmatória (AFC), para verificar se o modelo de oito escalas-síndromes empiricamente baseadas, encontrado pelos autores na construção do instrumento (Achenbach & Edelbrock, 1987; Achenbach, 1991a; Achenbach & Rescorla, 2001), e confirmado num estudo multicultural em 23 outras culturas (Ivanova et al., 2007), se ajusta para os adolescentes brasileiros. A AFC é uma técnica estatística multivariada que permite testar a validade de constructo de um instrumento, verificando se certo modelo pré-existente se ajusta aos dados obtidos para aquela amostra (Broomsma, 2000).

Para essa análise, a pontuação dos 89 itens de problemas emocionais/comportamentos que compõem a estrutura fatorial do YSR foi convertida para 0 versus 1 ou 2, permitindo o uso de correlações tetracóricas, que medem a correlação entre os resultados dos itens de um teste. Considerando a distribuição não normal da resposta aos itens, utilizou-se o estimador Mínimos Quadrados Ponderados Robustos (WLSMV), recomendado para análise de dados categóricos. Tal análise foi implementada através do programa Mplus 5.0 (Muthén & Muthén, 2007).

Existem três tipos de medidas de ajuste ao modelo: as que avaliam o ajuste de forma absoluta, as que avaliam de forma parcimoniosa e as comparativas. Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009) recomendam o uso de uma ou mais medidas de cada tipo, porque diferentes tipos de medidas fornecem mais critérios para avaliar se o modelo proposto pode ser aceito. O índice Raiz do Erro Médio Quadrático de Aproximações (RMSEA; Browne & Cudeck, 1993), que reflete a parcimônia do modelo, pois procura corrigir a complexidade do modelo e o tamanho amostral incluindo cada um desses dados na computação (Hair et al., 2009), foi escolhido como índice primário

de aceitação do modelo por ser geralmente indicado como o melhor índice de ajuste (Loehlin, 1998) e identificado como o índice com melhor desempenho para o método WLSMV (Yu & Muthén, 2002). Para esse índice, os valores abaixo de 0,06 são considerados como índices confiáveis de ajuste do modelo para variáveis categóricas ou ordinais (Yu & Muthén, 2002). Como índices secundários, foram calculados o Índice de Ajuste Comparativo (CFI; Bentler, 1990), que compara o modelo proposto com o modelo nulo, no qual não há relação entre as variáveis, e o Índice de Tucker-Lewis (TLI; Tucker & Lewis, 1973), que também envolve a comparação matemática do modelo especificado com um modelo nulo de referência (Hair et al., 2009). Para esses índices, o critério adotado foi o de Browne e Cudeck (1993): valores acima de 0,90 indicam bom ajuste do modelo e valores entre 0,80 e 0,90 indicam ajuste aceitável do modelo.

Para verificar as possíveis relações entre as escalas do YSR utilizou-se o teste de correlação de *Pearson*. A correlação bivariada de *Pearson* procura verificar a associação entre duas variáveis, ou seja, se quando os valores de uma variável mudam, os da outra variável também mudam (Dancey & Reidy, 2006). Os valores da correlação variam de um (1) à menos um (-1), sendo que zero indica ausência de relação entre as variáveis, um indica correlação perfeita positiva e menos 1 correlação perfeita negativa. O seguinte critério foi adotado para análise dos resultados: valores maiores ou iguais a 0,70 (em módulo) indicam uma forte correlação, enquanto que valores entre 0,30 e 0,70 (em módulo) indicam correlação moderada e valores entre zero e 0,30 (em módulo) indicam uma correlação fraca entre as variáveis (Hair et al., 2009). Nessa análise, todas as escalas do instrumento foram incluídas. Buscou-se verificar se a correlação entre as escalas de problemas emocionais/comportamentais se manteve

para a população brasileira e se as escalas de competências se correlacionam negativamente com as anteriores, indicando que quanto maior o nível de competência, menor o nível de problemas apresentados e vice-versa.

Por fim, foi avaliada a fidedignidade do instrumento através da consistência interna (coeficiente de *Cronbach*) das escalas. A consistência interna é um dos parâmetros de fidedignidade de um teste, calculado através de diversas técnicas estatísticas, sendo o alfa de *Cronbach* uma das mais utilizadas (Pasquali, 2009). Esse teste estatístico calcula a correlação entre metade dos itens de uma escala e a outra metade, seguindo a lógica: se os itens apresentam covariância em certa ocasião, eles irão apresentar esse mesmo padrão em outras ocasiões (Pasquali, 2009). O índice alfa estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Valores acima de 0,7 indicam bom nível de consistência, enquanto que valores entre 0,6 e 0,7 são aceitáveis (Hair et al., 2009). Tal análise foi realizada separadamente para amostra Encaminhada e para a amostra Não-Encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental.

4.6.2 Evidências baseadas nas relações com outras variáveis

Com o objetivo de verificar se as escalas e os itens do YSR são capazes de distinguir os adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental dos não-encaminhados, Análises de Variância Univariadas (ANOVA), Análises de Variância Multivariadas (MANOVA) e Regressões Lineares foram realizadas. Para essas análises, uma amostra aleatória de 540 adolescentes Não-Encaminhados, pareados em função

de sexo, idade e nível socioeconômico com os 540 encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental foi selecionada, seguindo o procedimento adotado por Achenbach e Rescorla (2001). O escore médio obtido pelos adolescentes das duas populações em cada um dos itens foi calculado, bem como a capacidade de cada um dos itens discriminarem os adolescentes encaminhados dos não-encaminhados.

A ANOVA é uma técnica estatística utilizada para determinar se a média de dois ou mais grupos em uma variável dependente diferem significativamente, enquanto que a MANOVA compara a diferença dos grupos quanto a duas ou mais variáveis dependentes (Hair et al., 2009). No caso, os escores obtidos pelos adolescentes nas escalas e itens do YSR foram comparados em função da variável independente grupo (encaminhados x não-encaminhados para serviços de saúde mental). O tamanho do efeito, medida padronizada de diferença entre os grupos usada no cálculo do poder estatístico, foi representado por η^2 .

A análise de regressão linear é utilizada para verificar o efeito de uma variável independente no valor de uma variável dependente (Dancey & Reidy, 2006). No caso do presente estudo, tal modelo foi utilizado para verificar o efeito grupo (encaminhado x não-encaminhado) e as variáveis demográficas sexo (masculino x feminino), idade (11 a 14 x 15 a 18 anos), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto x médio-alto x médio x baixo) nos escores das escalas e dos itens do YSR. O critério de Cohen (1988) para o tamanho do efeito de regressões múltiplas foi adotado: pequeno = 2-13%, médio = 13-26% e grande > 26%.

4.6.3 Normatização

O escore médio obtido pela amostra Não-Encaminhada em cada uma das escalas do instrumento também foi apurado para verificar com qual grupo cultural o Brasil se identifica no que se refere a escores de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos reportado pelos adolescentes em comparação com os grupos definidos por Achenbach e Rescorla (2007b) a partir dos resultados obtidos no estudo de validação multicultural do instrumento (Rescorla et al., 2007a).

Além disso, os escores obtidos pelos adolescentes brasileiros nas escalas de competências do instrumento foram comparados com os resultados obtidos pelos adolescentes da amostra normativa norte-americana (Achenbach & Rescorla, 2001).

4.6.4 Testes de decisão estatística, sensibilidade, especificidade e valores preditivos

Testes de decisão estatística (*Odds Ratio*, Sensibilidade, Especificidade e curva ROC) foram usados para verificar se os escores obtidos nas escalas do YSR são capazes de determinar se o adolescente foi ou não encaminhado para serviços de saúde mental. Para realizar essas análises, os escores obtidos pelos adolescentes foram classificados com clínicos ou não clínicos, seguindo os critérios estabelecidos a partir dos resultados de atribuição de normas para avaliação dos resultados obtidos com o YSR para a população brasileira.

O teste de risco *Odds Ratio* (OR), utilizado para comparar a probabilidade de ocorrência de certo evento em dois grupos, foi aplicado para verificar quais são as chances de um adolescente com escores desviantes (faixa limítrofe ou clínica) em uma escala de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR pertencer a população encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental. Além disso, foi calculada a sensibilidade do instrumento, medida pela porcentagem de casos encaminhados para atendimento identificados como clínicos a partir dos escores obtidos na avaliação das escalas do YSR (proporção de verdadeiros positivos), e a especificidade, medida a partir da porcentagem de casos não-encaminhados que atingiram escores na faixa normal das escalas (proporção de verdadeiros negativos). Por fim, uma Curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) foi plotada para analisar a capacidade preditiva da escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e da escala Aspectos Positivos. A Curva ROC procura demonstrar a relação entre a sensibilidade e a especificidade dos resultados obtidos com um teste. Ela compara os verdadeiros positivos (sensibilidade) com os falsos positivos (1-especificidade), de maneira que se torna possível analisar graficamente a variação desses valores em função do ponto de corte determinado para o instrumento.

4.6.5 Análise das variáveis sociodemográficas

O efeito das variáveis sexo, idade, nível econômico, tipo de escola e região do país nas escalas de competências, problemas de comportamento e aspectos positivo foi analisado através de Análises de Variância Univariadas (ANOVA) e Análises de

Variância Multivariadas (MANOVA). O teste *Post Hoc* utilizado para as variáveis com três ou mais grupos foi o de *Bonferroni*. O tamanho do efeito foi novamente representado por η^2 . Essas análises, além de explicitarem dados epidemiológicos sobre a população adolescente brasileira possibilitarão a reflexão a respeito dos programas preventivos e interventivos necessários de acordo com a realidade empírica encontrada.

4.6.6 Validade intercultural

Para confirmar a validade intercultural, os resultados foram comparados com os estudos de Achenbach e Rescorla (2001), Rescorla et al. (2007a) e Ivanova et al. (2007a).

5 Resultados

5.1 Evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento

5.1.1 Análise Fatorial Confirmatória

Com o objetivo de verificar se a estrutura fatorial do YSR, composta por oito escalas-síndromes de problemas emocionais/comportamentais correlacionadas, encontrada por Achenbach e Edelbrock (1987) e apurada em estudos posteriores (Achenbach, 1991a; Achenbach & Rescorla, 2001), se aplica para a população brasileira, realizou-se uma análise fatorial confirmatória (AFC), seguindo o método WLSMV nas correlações tetracóricas, utilizando-se os 89 itens que compõe as oito escalas-síndromes do instrumento. O modelo testado, no qual os itens que compõem cada uma das escalas são agrupados para se verificar se essa junção de itens pode ser feita com base nos dados empíricos da população brasileira, é apresentado na Figura 3. O diagrama é composto por variáveis latentes (medidas que não são diretamente observadas), variáveis observadas (itens dessa escala), e erros associados às variáveis observadas. Setas unidirecionais representam relações explícitas entre as variáveis, enquanto que setas curvas e bidirecionais representam as covariâncias associadas aos erros das variáveis observadas (Pilati & Laros, 2007). Todas as escalas síndromes são correlacionadas. No entanto, por motivos de clareza da figura, algumas correlações latentes não foram representadas.

Figura 3. Modelo fatorial das escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR.

O modelo convergiu adequadamente para os dados da população brasileira, com o índice RMSEA de 0,032, indicando bom ajustamento (valores abaixo de 0,06 indicam bom ajuste). No estudo original de validação do instrumento, esse índice foi 0,050 (Achenbach & Rescorla, 2001) e no estudo que procurou validar a estrutura fatorial do instrumento em 23 sociedades o mesmo índice variou de 0,035, valor de ajustamento encontrado para a população da Etiópia, à 0,050, valor de ajustamento encontrado para a população da Jamaica (Ivanova et al., 2007a). Dessa forma, o resultado obtido no Brasil é de melhor ajuste ao modelo reportado até o presente momento. Os índices secundários de ajustamento, CFI e TLI, apontaram ajustamento adequado ao modelo, com valores 0,839 e 0,834, respectivamente (valores entre 0,8 e 0,9 indicam ajuste adequado ao modelo). Ivanova et al. (2007a) encontrou índices CFI variando de 0,753 (Grécia) a 0,913 (Austrália), com ajustamento adequado para todas as 23 sociedades, exceto a Grécia, e índices TLI de 0,841 a 0,952, indicando ajuste adequado a bom em todas as sociedades. Os resultados brasileiros ficaram dentro da média encontrada nos demais países quando se analisa os índices CFI e TLI.

Para avaliar a validade da estrutura interna do instrumento, o tamanho das cargas fatoriais é também uma informação importante. Todos os 89 itens incluídos no modelo tiveram cargas fatoriais significativas ($p < 0,01$) e nenhum apresentou variância residual negativa. As cargas fatoriais dos itens e das síndromes são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5. Carga Fatorial dos itens e das síndromes do YSR.

Síndrome e Item*	Carga Fatorial	Síndrome e Item*	Carga Fatorial
Ansiedade/Depressão	0,512	40. Escuta coisas	0,626
14. Chora muito	0,577	46. Tiques	0,530
29. Medos	0,298	58. Cutuca pele	0,479
30. Medo da escola	0,477	66. Compulsões	0,469
31. Medo de fazer algo ruim	0,248	70. Vê coisas	0,587
32. Tem que fazer tudo perfeito	0,409	76. Dorme menos	0,336
33. Sente que ninguém gosta dele	0,704	83. Junta coisas	0,433
35. Sente-se sem valor	0,404	84. Comportamento estranho	0,598
45. Nervoso, tenso	0,649	85. Pensamentos estranhos	0,610
50. Medroso, ansioso	0,530	100. Problemas com o sono.	0,552
52. Sente-se muito culpado	0,640	Problemas de Atenção	0,475
71. Sem jeito, preocupado com os outros	0,490	1. Comportamento infantil	0,386
91. Ideação suicida	0,644	8. Dificuldade de concentração	0,464
112. Preocupações	0,584	10. Não para sentado	0,413
Retraimento/Depressão	0,554	13. Confuso, desorientado	0,634
42. Prefere ficar sozinho	0,558	17. Vive no “mundo da lua”	0,376
65. Recusa-se a falar	0,585	41. Age sem pensar	0,590
69. Reservado, fechado	0,492	61. Não vai bem na escola	0,459
75. Tímido, acanhado	0,361	Violação de Regras	0,548
102. Falta energia	0,589	26. Não sente culpa	0,351
103. Infeliz, triste, deprimido	0,841	39. Más companhias	0,626
111. Evita relacionar-se	0,450	43. Mente, engana	0,629
Queixas Somáticas	0,564	63. Prefere os mais velhos	0,373
47. Pesadelos	0,576	67. Foge de casa	0,678
51. Tontura	0,659	72. Põe fogo nas coisas	0,509
54. Excesso de cansaço	0,702	81. Rouba em casa	0,684
56a. Dores	0,577	82. Rouba fora de casa	0,619
56b. Dores de cabeça	0,511	90. Xinga, palavrões, boca suja	0,664
56c. Náuseas	0,623	96. Pensa demais em sexo	0,381
56d. Problemas com os olhos	0,406	101. Mata aula	0,535
56e. Problemas de pele	0,454	105. Usa drogas	0,531
56f. Dores de estômago	0,550	Comportamento Agressivo	0,571
56g. Vômitos	0,578	3. Discute muito	0,591
Problemas de Sociabilidade	0,465	16. Maldoso com os outros	0,570
11. Muito dependente	0,288	19. Tenta chamar atenção	0,456
12. Sente-se sozinho	0,596	20. Destrói próprias coisas	0,537
25. Não se dá bem com outros	0,448	21. Destrói coisas dos outros	0,593
27. Ciúmes ou inveja	0,472	22. Desobediente em casa	0,566
34. Sente-se perseguido	0,590	23. Desobediente na escola	0,492
36. Machuca-se acidentalmente	0,394	37. Mete-se em brigas	0,516
38. Alvo de gozações	0,525	57. Ataca fisicamente pessoas	0,598
48. Outros não gostam dele	0,580	68. Grita muito	0,571
62. Desajeitado	0,563	86. Teimoso	0,585
64. Prefere os mais novos	0,243	87. Mudanças de humor	0,625
79. Problemas de fala	0,416	89. Desconfiado	0,598
Problemas com o Pensamento	0,533	94. Goza dos outros	0,652
9. Obsessões	0,528	95. Esquentado	0,623
18. Machuca-se de propósito	0,650	97. Ameaça machucar	0,589
		104. Barulhento	0,537

* Versão abreviada dos itens do YSR.

Segundo Hair et al., (2009) as cargas fatoriais devem ser de pelo menos 0,5 e, preferencialmente, iguais ou superiores a 0,7. Como pode ser observado na Tabela 5, as cargas fatoriais das escalas variaram de 0,465 à 0,571, sendo que seis das oito escalas-síndromes do instrumento tiveram cargas fatoriais dentro da faixa esperada ($>0,5$). No estudo de Ivanova et al., (2007a), as cargas fatoriais das escalas variaram de 0,34 à 0,84, sendo o valor médio mais baixo encontrado para a escala Problemas de Atenção (0,55) e o mais alto para Ansiedade/Depressão e Queixas Somáticas (0,63). Assim, notamos que os valores de cargas fatoriais das escalas do YSR encontrados no Brasil estão dentro da faixa de valores reportados em outros países.

Na análise das cargas fatoriais dos itens, nota-se que os valores médios variaram entre 0,243 (64. Prefere os mais novos) e 0,84 (103. Infeliz, triste, deprimido). No estudo de Ivanova et al. (2007a), resultados semelhantes foram apontados, sendo que a carga fatorial mais baixa encontra foi 0,34 (também para o item 64) e a mais alta 0,84 (também para o item 103). O valor médio encontrado para as cargas fatoriais dos itens no Brasil foi 0,53, enquanto que nas 23 sociedades estudadas por Ivanova et al. (2007a) o valor médio foi 0,60.

5.2 Correlação entre as escalas

O teste de correlação de *Pearson* foi utilizado para verificar a correlação entre os escores obtidos pelos adolescentes da amostra não-encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental em todas as escalas do YSR. Os resultados obtidos são apresentados na Tabela 6.

Tabela 6. Correlações de *Pearson* (r^2) entre os escores das escalas do YSR.

ESCALAS	A/D	R/D	QS	PS	PP	PA	VR	CA	Inter	Exter	PTotal
Escalas Síndromes											
Ansiedade/Depressão	1										
Retraimento/Depressão	0,534*	1									
Queixas Somáticas	0,537*	0,380*	1								
Problemas de Sociabilidade	0,636*	0,510*	0,484*	1							
Problemas com o Pensamento	0,515*	0,382*	0,474*	0,516*	1						
Problemas de Atenção	0,477*	0,355*	0,386*	0,545*	0,500*	1					
Violação de Regras	0,177*	0,219*	0,267*	0,333*	0,409*	0,431*	1				
Comportamento Agressivo	0,426*	0,280*	0,388*	0,512*	0,513*	0,578*	0,613*	1			
Problemas Internalizantes	0,897*	0,750*	0,771*	0,679*	0,569*	0,508*	0,263*	0,457*	1		
Problemas Externalizantes	0,363*	0,283*	0,376*	0,488*	0,522*	0,576*	0,849*	0,938*	0,421*	1	
Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	0,742*	0,582*	0,662*	0,771*	0,744*	0,742*	0,619*	0,804*	0,823*	0,809*	1
Escalas Orientadas pelo DSM-IV											
Problemas Afetivos	0,717*	0,650*	0,603*	0,633*	0,618*	0,517*	0,340*	0,471*	0,811*	0,465*	0,780*
Problemas de Ansiedade	0,818*	0,395*	0,459*	0,550*	0,424*	0,427*	0,148*	0,411*	0,727*	0,340*	0,638*
Problemas Somáticos	0,407*	0,288*	0,909*	0,367*	0,362*	0,278*	0,224*	0,311*	0,639*	0,306*	0,529*
Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade	0,393*	0,213*	0,346*	0,456*	0,445*	0,844*	0,444*	0,665*	0,403*	0,604*	0,699*
Problemas de Oposição e Desafio	0,318*	0,196*	0,286*	0,386*	0,387*	0,497*	0,532*	0,858*	0,336*	0,807*	0,652*
Problemas de Conduta	0,187*	0,222*	0,268*	0,380*	0,408*	0,451*	0,875*	0,740*	0,269*	0,879*	0,642*
Escalas de 2007											
Problemas Obsessivos Compulsivos	0,730*	0,417*	0,432*	0,537*	0,753*	0,485*	0,292*	0,453*	0,678*	0,432*	0,712*
Problemas de Estresse Pós-Traumático	0,806*	0,606*	0,574*	0,687*	0,621*	0,627*	0,327*	0,599*	0,833*	0,544*	0,838*
Aspectos Positivos	0,143*	-0,057*	0,076*	0,047	0,125*	0,042	-0,058*	0,061*	0,084*	0,016	0,092*
Escalas de Competências											
Competência em Atividades	0,092*	-0,016	0,072*	0,049	0,097*	-0,033	-0,039	0,022	0,069*	-0,002	0,051*
Competência Social	-0,085*	-0,141*	-0,016	-0,068*	0,021	-0,084*	0,049	0,017	-0,097*	0,033	-0,033
Desempenho Acadêmico	-0,002	-0,097*	-0,078*	-0,071*	-0,082*	-0,246*	-0,219*	-0,115*	-0,062*	-0,172*	-0,146*
Total de Competências	0,018	-0,097*	0,027	-0,009	0,084*	-0,094*	-0,032	0,008	-0,012	-0,009	-0,001

Observações: N=2838; * = Correlações significativas ($p < 0,01$); A/D = Ansiedade/Depressão; R/D = Retraimento/Depressão; QS = Queixas Somáticas; PS = Problemas de Sociabilidade; PP = Problemas com o Pensamento; PA = Problemas de Atenção; VR = Violação de Regras; CA = Comportamento Agressivo; Inter = Problemas Internalizantes; Exter = Problemas Externalizantes; PTotais = Total de Problemas Emocionais/Comportamentais

Tabela 6 (cont.). Correlações de *Pearson* (r^2) entre os escores das escalas do YSR.

ESCALAS	PAfet	PAnsie	PSom	PAten	POD	PCond	POC	PEPT	AP	CA	CS	DA	TC
Escalas Orientadas pelo DSM-IV													
Problemas Afetivos	1												
Problemas de Ansiedade	0,503*	1											
Problemas Somáticos	0,437*	0,344*	1										
Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade	0,431*	0,395*	0,260*	1									
Problemas de Oposição e Desafio	0,358*	0,332*	0,230*	0,564*	1								
Problemas de Conduta	0,334*	0,160*	0,230*	0,485*	0,584*	1							
Escalas de 2007													
Problemas Obsessivos-Compulsivos	0,567*	0,573*	0,322*	0,418*	0,328*	0,289*	1						
Problemas de Estresse Pós-Traumático	0,707*	0,741*	0,417*	0,554*	0,498*	0,346*	0,735*	1					
Aspectos Positivos	0,006	0,175*	0,054*	0,108*	0,058*	-0,095*	0,202*	0,016*	1				
Escalas de Competências													
Competência em Atividades	0,040	0,079*	0,062*	0,004	-0,023	-0,013	0,102*	0,049	0,192*	1			
Competência Social	-0,083*	-0,067*	-0,007	-0,017	-0,006	0,036	0,006	-0,070*	0,217*	0,194*	1		
Desempenho Acadêmico	-0,103*	0,001	-0,070*	-0,176*	-0,124*	-0,177*	-0,019	-0,080*	0,187*	0,146*	0,093*	1	
Total de Competências	-0,033	0,019	0,039	0,028	-0,033	-0,020	0,080*	-0,006	0,268*	0,866*	0,637*	0,300*	1

Observações: N=2838; * = Correlações significativas ($p<0,01$); PAfet = Problemas Afetivos; PAnsie = Problemas de Ansiedade; PSom = Problemas Somáticos; PAten = Problemas de Déficit de Atenção/Hiperatividade; POD = Problemas de Oposição e Desafio; PCond = Problemas de Conduta; POC = Problemas Obsessivos-Compulsivos; PEPT = Problemas de Estresse Pós-Traumático; AP = Aspectos Positivos; CA = Competência em Atividades; CS = Competência Social; DA = Desempenho Acadêmico; TC = Total de Competências.

Como pode ser observado na Tabela 6, os dados referentes às escalas síndromes, escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007 que avaliam problemas (Problemas Obsessivos Compulsivos e Problemas de Estresse Pós-Traumático) indicam correlações significativas ($p < 0,01$) na direção esperada: positivas, com índices variando de moderado ($0,3 < r^2 < 0,7$) a forte ($r^2 > 0,7$). As escalas que avaliam problemas internalizantes evidenciaram fortes correlações entre si. O mesmo pode ser dito sobre as escalas que avaliam problemas externalizantes.

Com relação à escala Aspectos Positivos, é possível observar que os escores obtidos pelos adolescentes apresentam fraca correlação ($r^2 < 0,3$) com os escores da maioria das escalas de problemas emocionais/comportamentais. Os valores encontrados foram próximos de zero, evidenciando ausência de relação entre os valores obtidos pelos adolescentes nestas e na escala de Aspectos Positivos. Algumas dessas correlações foram negativas, como, por exemplo, para a escala Retraimento/Depressão e Violação de Regras, enquanto que para a maioria foi positiva. As correlações da escala Aspectos Positivos com as escalas de competências resultaram em valores de r^2 positivos e mais expressivos do que os encontrados nas correlações com as escalas de problemas de comportamento, porém ainda dentro da faixa que indica correlações fracas.

As escalas de competências apresentaram correlações positivas entre elas. Os valores evidenciam correlações fracas entre as escalas Competências em Atividades, Competência Social e Desempenho Acadêmico. No entanto, a correlação da escala Total de Competências com a escala Competência em Atividades foi forte ($r^2 = 0,866$) e moderada com a escala Competência Social ($r^2 = 0,637$) e Desempenho Acadêmico ($r^2 = 0,300$), resultado esperado, visto que a escala Total de Competências é composta pela soma dos escores

obtidos nas três anteriores. As correlações das escalas de competências com as escalas de problemas emocionais/comportamentais foram fracas ou não significativas.

5.3 Fidedignidade

5.3.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

A consistência interna da versão brasileira do YSR foi testada utilizando-se o coeficiente alfa de *Cronbach*. Os resultados obtidos para as amostras de adolescentes não-encaminhados e encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nas 19 escalas de problemas de comportamento e escala Aspectos Positivos, podem ser observados na Tabela 7.

Para a amostra de adolescentes não-encaminhados, os valores de alfa variaram de 0,545 (Problemas de Ansiedade) à 0,924 (Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais) nas escalas de problemas emocionais/comportamentais, indicando, no geral, bom índice de consistência interna para o YSR. O mesmo pode ser dito para os testes de consistência interna realizado para as escalas de problemas de comportamento com a amostra encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental: os índices, no geral, indicaram satisfatório nível de consistência interna para o YSR, com valores variando entre 0,533 (Problemas de Ansiedade) e 0,935 (Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais). Analisando-se os resultados obtidos para as escalas de problemas emocionais/comportamentais, apenas os valores alfa da escala Problemas de

Ansiedade obtidos para ambas as amostras ficou abaixo do nível de satisfação do teste ($<0,600$).

Tabela 7. Coeficientes alfa de *Cronbach* para as escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escala	α de <i>Cronbach</i> – Amostra não- encaminhada (N=2836)	α de <i>Cronbach</i> – Amostra encaminhada (N=540)
Ansiedade/Depressão	0,744	0,778
Retraimento/Depressão	0,642	0,702
Queixas Somáticas	0,705	0,748
Problemas de Sociabilidade	0,634	0,663
Problemas com o Pensamento	0,698	0,735
Problemas de Atenção	0,658	0,712
Comportamento de Quebrar Regras	0,710	0,753
Comportamento Agressivo	0,819	0,848
Escala de Internalização	0,844	0,870
Escala de Externalização	0,859	0,883
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	0,924	0,935
Problemas Afetivos	0,691	0,739
Problemas de Ansiedade	0,545	0,533
Problemas Somáticos	0,635	0,715
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	0,661	0,712
Problemas de Oposição e Desafio	0,652	0,677
Problemas de Conduta	0,766	0,818
Problemas Obsessivo-Compulsivos	0,600	0,644
Problemas de Estresse Pós-Traumático	0,707	0,737
Aspectos Positivos	0,740	0,739

Como no estudo realizado por Achenbach e Rescorla (2001), nota-se que os valores alfas tendem a ser um pouco mais elevados para a amostra encaminhada para serviços de saúde mental do que para a não encaminhada, o que reflete uma maior variância nas pontuações dos itens no primeiro tipo de amostra.

Rescorla et al. (2007a), em um estudo multicultural que comparou os resultados obtidos por jovens da população geral de 24 sociedades na resposta ao YSR, encontraram coeficientes alfa médio de 0,94 para a Escala Total de Problemas

Emocionais/Comportamentais, 0,86 para as Escala de Internalização e Externalização, 0,75 para a escala Aspectos Positivos, 0,62-0,82 para as síndromes empiricamente baseadas e 0,58-0,75 para as escalas orientadas pelo DSM-IV. Os valores de consistência interna encontrados para a amostra brasileira são muito semelhantes aos reportados por Rescorla et al. (2007a), o que fornece indícios de que a organização da consistência interna do YSR é semelhante em diversos países, incluindo o Brasil.

5.3.2 Escalas de Competências

A consistência interna das escalas de competências do YSR foi testada através do coeficiente de *Cronbach* separadamente para as duas amostras (Encaminhados e Não-Encaminhados). Os resultados dos testes podem ser observados na Tabela 8.

Tabela 8. Coeficientes alfa de Cronbach para as escalas de competências do YSR.

Escala	α de Cronbach – Amostra não-encaminhada (N=2836)	α de Cronbach – Amostra encaminhada (N=338)
Competência em Atividades	0,480	0,501
Competência Social	0,275	0,389
Escala Total de Competências	0,576	0,613

Como pode ser visto na Tabela 8, os alfas das escalas de competências ficaram, no geral, abaixo do nível de satisfação do teste, tendo apenas o alfa obtido para a Escala Total de Competências a partir da amostra encaminhada atingido um valor aceitável (0,613), seguindo o critério de Hair et al. (2009). Como os valores de alfa tendem a ser diretamente relacionados ao tamanho da escala, escalas com poucos itens, como as escalas de competências, tendem a fornecer medidas menos estáveis (Achenbach & Rescorla, 2001).

No estudo de validação norte-americano do YSR, os autores encontraram valores de alfa variando entre 0,55 e 0,89 para as escalas de competências.

5.4 Capacidade Discriminativa

Para verificar a habilidade das escalas do YSR discriminarem os adolescentes encaminhados e não-encaminhados para serviços de saúde mental, inicialmente as amostras foram pareadas com relação a fatores sociodemográficos, de maneira que o status de encaminhamento para serviços de saúde mental (Encaminhado x Não-Encaminhado) não fosse confundido com idade, sexo, ou nível socioeconômico. Assim, da amostra de adolescentes não-encaminhados, foram selecionados, de maneira aleatória, 540 pares com sexo e idade (em anos) idênticos aos do grupo encaminhado (N=540), e com tipo de escola e nível socioeconômico, dividido em baixo (nível D e E), médio (nível C1 e C2), médio-alto (nível B1 e B2) e alto (A1 e A2), os mais parecidos possível. Uma descrição mais detalhada das duas amostras é apresentada na Tabela 9.

Tabela 9. Caracterização demográfica da amostra pareada encaminhados x não-encaminhados.

Característica	Encaminhados (N=540)	Não-Encaminhados (N=540)
Sexo		
Masculino	52,0%	52,0%
Feminino	48,0%	48,0%
Idade (em anos)		
Média	14,0	14,0
Desvio Padrão	2,05	2,05
Tipo de Escola		
Pública	48,0%	48,5%
Particular	52,0%	51,5%
Nível Socioeconômico		
Alto	26,5%	21,3%
Médio-Alto	46,5%	29,1%
Médio	19,5%	25,4%
Baixo	7,6%	4,3%

5.4.1 Comparação de médias

5.4.1.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Inicialmente realizou-se uma análise de variância ANOVA com o grupo ao qual o adolescente pertencia (encaminhado x não-encaminhado) como fator fixo e o escore na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais como variável dependente. Os resultados indicaram diferenças em função do grupo ($F(1, 1076) = 106,315$; $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,090$). Análises subsequentes foram realizadas para verificar em quais escalas as diferenças são encontradas e qual grupo atingia escores mais elevados em cada uma delas. A Tabela 10 apresenta os escores médios e desvios padrão (DP) obtidos pelos jovens encaminhados e não-encaminhados nas oito escalas-síndromes, três somas de escala, seis escalas orientadas

pelo DSM-IV e três outras escalas do YSR, incluindo Aspectos Positivos, bem como os resultados das ANOVAs realizadas para testar a semelhança entre as duas amostras.

Tabela 10. Comparação estatística dos escores médios e desvios padrão obtidos pelos adolescentes encaminhados e não-encaminhados nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Não-Encaminhados (N=540) Média (DP)	Encaminhados (N=540) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	7,3 (4,4)	9,1 (4,9)	45,00	0,00	0,04	E>NE
Retraimento/Depressão	3,7 (2,6)	4,9 (3,2)	46,21	0,00	0,04	E>NE
Queixas Somáticas	3,5 (3,0)	4,6 (3,5)	35,67	0,00	0,03	E>NE
Problemas de Sociabilidade	4,4 (3,2)	6,3 (2,1)	129,12	0,00	0,11	E>NE
Problemas com o Pensamento	4,3 (3,4)	5,9 (4,2)	47,98	0,00	0,04	E>NE
Problemas de Atenção	5,5 (3,1)	7,3 (3,6)	80,28	0,00	0,07	E>NE
Violação de Regras	4,4 (3,4)	6,0 (4,2)	44,03	0,00	0,04	E>NE
Comportamento Agressivo	8,2 (5,1)	11,3 (6,3)	77,22	0,00	0,07	E>NE
Escala de Internalização	14,5 (8,2)	18,9 (9,7)	71,01	0,00	0,06	E>NE
Escala de Externalização	12,6 (7,5)	17,2 (9,6)	77,63	0,00	0,07	E>NE
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	46,7 (21,8)	61,8 (26,6)	106,32	0,00	0,09	E>NE
Problemas Afetivos	5,0 (3,6)	7,3 (4,6)	90,31	0,00	0,08	E>NE
Problemas de Ansiedade	4,1 (2,3)	4,9 (2,3)	41,26	0,00	0,04	E>NE
Problemas Somáticos	1,8 (2,0)	2,5 (2,6)	25,65	0,00	0,02	E>NE
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	4,7 (2,7)	6,2 (3,2)	67,91	0,00	0,06	E>NE
Problemas de Oposição e Desafio	3,2 (2,0)	3,8 (2,3)	68,36	0,00	0,06	E>NE
Problemas de Conduta	3,8 (3,4)	5,6 (4,7)	57,66	0,00	0,05	E>NE
Problemas Obsessivo-Compulsivos	4,8 (2,9)	5,8 (3,2)	26,83	0,00	0,02	E>NE
Problemas de Estresse Pós-Traumático	8,9 (4,4)	11,3 (4,8)	76,71	0,00	0,07	E>NE
Aspectos Positivos	21,1 (4,6)	20,9 (4,4)	16,56	0,47	0,00	-

Nota: E = Encaminhados, NE = Não-Encaminhados

Como pode ser observado na Tabela 10, os adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental reportaram mais problemas que os não-encaminhados em todas as 19 escalas de problemas de comportamento do YSR e, dessa forma, atingiram escores mais elevados, o que evidencia que os resultados obtidos nas escalas de problemas

emocionais/comportamentais do questionário são diferentes para os dois tipos de amostra. No entanto, não foi encontrada diferença para o número médio de comportamentos socialmente desejáveis reportados, agrupados na escala Aspectos Positivos, o que evidencia que os adolescentes da amostra encaminhada e não-encaminhada para serviços de saúde mental atingem resultados semelhantes na autoavaliação de seus aspectos positivos.

5.4.1.2 Escalas de Competências

Uma análise de variância ANOVA foi realizada para verificar se o escore obtido pelo adolescente na escala Total de Competências variou em função do grupo ao qual o adolescente pertencia (encaminhado x não-encaminhado). O resultado não indicou diferenças em função do grupo ($F(1, 769) = 2,851; p = 0,09, \eta^2 < 0,01$), evidenciando a baixa capacidade discriminativa das escalas de competências para os adolescentes da população brasileira. Ainda assim, análises subsequentes foram realizadas para verificar se alguma das escalas de competências individuais apresenta diferença nos escores em função do tipo de amostra e, em caso positivo, qual grupo atingia melhores resultados em cada uma delas. A Tabela 11 apresenta os valores encontrados no que se refere à média e desvio padrão para obtido nas escalas de competências pelos adolescentes das duas amostras e os resultados dos testes estatísticos aplicados.

Tabela 11. Comparação estatística dos escores médios e desvios padrão obtidos pelos adolescentes encaminhados e não-encaminhados nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Não-Encaminhados (N=399) Média (DP)	Encaminhados (N=384) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,5 (2,4)	7,6 (2,4)	0,121	0,73	0,00	-
Competência Social	6,6 (1,4)	6,2 (1,7)	8,515	0,00	0,01	E<NE
Desempenho Escolar	1,4 (0,4)	1,3 (0,5)	13,666	0,00	0,02	E<NE
Escala Total de Competências	15,5 (3,1)	15,1 (3,3)	2,851	0,09	0,00	-

Nota: E = Encaminhados, NE = Não-Encaminhados

Diferenças entre os grupos foram encontradas para as escalas Competência Social e Desempenho Escolar, nas quais os adolescentes não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental atingiram escores mais elevados, o que indica que reportam estar mais engajados em relacionamentos sociais e obter um melhor desempenho acadêmico. A escala Competência em Atividades não evidenciou capacidade discriminativa, visto que os adolescentes encaminhados e não-encaminhados obtiveram resultados semelhantes.

5.4.2 Regressões

5.4.2.1 Escalas de problemas de comportamento e Aspectos Positivos.

Regressões múltiplas foram realizadas com o escore bruto de cada escala para analisar a associação entre grupo (encaminhado x não-encaminhado) e as variáveis sociodemográficas sexo (masculino x feminino), idade (11 a 14 x 15 a 18 anos), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto x médio-alto x médio x baixo) e os escores nas oito escalas-síndromes empiricamente baseadas, três somas de escalas, seis

escalas orientadas pelo DSM e nas três outras escalas, incluindo Aspectos Positivos. A

Tabela 12 apresenta o tamanho do efeito encontrado para escala.

Tabela 12. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p < 0,01$) de grupo, sexo, idade e nível socioeconômico nos escores das escalas de problemas e aspectos positivos em regressões múltiplas.

Escalas	Grupo ^a	Sexo ^b	Idade ^c	Tipo de Escola ^d	Nível Socioeconômico ^e
Ansiedade/Depressão	4	8 ^{F>M}			
Retraimento/Depressão	5		1 ^{V>N}	1 ^{Pub>Part}	1 ^{A<B}
Queixas Somáticas	3	4 ^{F>M}			
Problemas de Sociabilidade	11			2 ^{Part>Pub}	
Problemas com o Pensamento	5	1 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	1 ^{A e MA > B}
Problemas de Atenção	7		1 ^{V>N}		
Violação de Regras	4	2 ^{M>F}	1 ^{V>N}		
Comportamento Agressivo	7				
Escala de Internalização	6	6 ^{F>M}			
Escala de Externalização	7				
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	9	2 ^{F>M}			
Problemas Afetivos	7	4 ^{F>M}			
Problemas de Ansiedade	3	7 ^{F>M}			
Problemas Somáticos	2	3 ^{F>M}			
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6				
Problemas de Oposição e Desafio	6				
Problemas de Conduta	5	2 ^{M>F}			
Problemas Obsessivo-Compulsivos	2	1 ^{F>M}	1 ^{V>N}		
Problemas de Estresse Pós-Traumático	6	4 ^{F>M}	1 ^{V>N}		
Aspectos Positivos		2 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	1 ^{A > B}

^a Todos os resultados foram significativos ($p < 0,01$), com escores mais baixos para os não-encaminhados que para os encaminhados; ^b F = Feminino e M = Masculino; ^c N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos); ^d Part = Particular e Pub = Pública; ^e A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2) e B = Baixo (D e E).

Efeito significativo da situação do adolescente foi encontrado para todas as escalas de problemas emocionais/comportamentais, sendo que os adolescentes encaminhados apresentaram escores mais elevados em todas as escalas analisadas, como já havia sido identificado na seção anterior, evidenciando que eles reportam mais problemas ao se autoavaliar. Considerando o critério de Cohen (1988) de tamanho do efeito para regressões

múltiplas (pequeno = 2-13%, médio = 13-26% e grande > 26%), podemos dizer que o efeito foi pequeno para as 19 escalas de problemas de comportamento estudadas, variando de 2% a 11%. O menor efeito foi encontrado para as escalas Problemas Somáticos e Problemas Obsessivo-Compulsivos, enquanto que o maior efeito foi encontrado para a escala Problemas de Sociabilidade. Para a escala Aspectos Positivos, nenhum efeito significativo de grupo (encaminhado x não-encaminhado) foi identificado, o que reflete, novamente, a igualdade do relato feito pelos jovens de ambas as amostras no que tange os comportamentos socialmente desejáveis.

Efeitos significativos de sexo foram identificados em 13 das 19 escalas de problemas de comportamento analisadas. Tais efeitos foram pequenos, variando de 1% (Problemas com o Pensamento e Problemas Obsessivos-Compulsivos) a 8% (Ansiedade/Depressão). Na maioria das escalas, as jovens do sexo feminino apontaram mais problemas que os do sexo masculino. Apenas para as escalas Violação de Regras e Problemas de Conduta os meninos apontaram mais problemas. Para a escala Aspectos Positivos, as meninas reportaram mais comportamentos socialmente desejáveis que os meninos, atingindo escores mais elevados (ES=2%).

Apenas cinco das 19 escalas de problemas de comportamento apresentaram efeito significativo para faixa etária e nenhum deles foi superior a 1%. Nessas escalas, os adolescentes mais velhos (15 a 18 anos) apontaram mais problemas que os mais novos (11 a 14 anos). Além disso, não foi encontrado efeito de idade para a escala Aspectos Positivos, o que indica que o número de comportamentos socialmente desejáveis reportados pelos adolescentes dos dois grupos etários foi semelhante.

Para a variável tipo de escola, efeitos significativos foram identificados apenas para três escalas de problemas de comportamento, sendo que os adolescentes das escolas públicas obtiveram escores significativamente mais elevados para Retraimento/Depressão (1%), enquanto que os das escolas particulares obtiveram escores significativamente mais elevados para Problemas de Sociabilidade (2%) e Problemas com o Pensamento (1%). Além disso, os jovens das escolas particulares reportaram mais comportamento socialmente desejáveis, com efeito pequeno para a diferença (1%).

O efeito de nível socioeconômico nos escores das escalas do YSR foi muito pequeno, sendo significativo para apenas duas escalas de problemas emocionais/comportamentais: Retraimento/Depressão, para a qual os jovens com nível socioeconômico alto reportaram menos problemas que os jovens do nível baixo; e Problemas com o Pensamento, para a qual os jovens com nível socioeconômico alto e médio-alto reportaram mais problemas que os jovens com nível baixo. Os jovens com nível socioeconômico médio não se diferenciaram dos demais em nenhuma das escalas analisadas. Por fim, foi encontrado efeito dessa variável para a escala Aspectos Positivo ($ES=1\%$), sendo que os jovens do nível socioeconômico alto reportaram, em autoavaliação, mais comportamentos socialmente desejáveis que os do nível baixo.

A Figura 4 apresenta graficamente os escores obtidos em cada uma das escalas de problemas emocionais/comportamentais pelos jovens do sexo masculino e feminino, encaminhados e não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental, de acordo com a faixa etária (11 a 14 e 15 a 18 anos).

Nesta figura, é interessante observar as diferenças nos escores obtidos pelos adolescentes encaminhados e não-encaminhados nas escalas. Por exemplo, para a escala

Ansiedade/Depressão, as jovens encaminhadas para atendimento em serviços de saúde mental obtiveram os escores mais elevados, evidenciando que apontam diversos comportamentos/problemas listados nessa escala como algumas vezes verdadeiros (pontuação 1), ou frequentemente verdadeiros (pontuação 2). O grupo que atinge o segundo escore mais elevado não é o de meninos encaminhados, mas sim o de meninas não-encaminhadas, evidenciando o efeito significativo de sexo para esses tipos de problemas. Os meninos encaminhados atingem escores mais elevados que os não-encaminhados, confirmando a capacidade discriminativa dessa escala, no entanto, as meninas reportam mais problemas que os meninos, independentemente de terem sido encaminhadas para atendimento em serviços de saúde mental. Já para as escalas Problemas de Sociabilidade, Problemas de Atenção e Comportamento Agressivo, por exemplo, a ausência de efeito de sexo fica evidente quando se observa os gráficos apresentados na Figura 4, visto que os adolescentes do sexo masculino e feminino encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental atingem resultados semelhantes, e os adolescentes de ambos os sexos não-encaminhados também atingem escores semelhantes. Para essas escalas, portanto, apenas o efeito de grupo (encaminhado x não-encaminhado) fica em evidência.

Figura 4. Escore médio nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos.

Figura 4(cont.). Escore médio nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos.

Ainda com relação à Figura 4, é interessante notar que, apesar de poucos efeitos de grupo etário terem sido identificados, em algumas escalas o número médio de problemas reportados é maior no grupo de adolescentes mais velhos, como em Escala de Internalização, Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, Problemas de Oposição e Desafio e Problemas Obsessivos Compulsivos. Tais diferenças por faixa etária são sutis, mas devem servir como alerta para um possível aumento dos problemas com o passar da idade, ainda que um estudo longitudinal fosse necessário para tal afirmação.

Por fim, é importante observar que os adolescentes encaminhados e não-encaminhados, de ambos os sexos e grupos etários obtiveram escores muito semelhantes para a escala Aspectos Positivos.

5.4.2.2 Escalas de Competências

Regressões múltiplas foram realizadas com o escore bruto de cada escala de competência para verificar a associação entre grupo (encaminhado x não-encaminhado) e as variáveis demográficas sexo (masculino x feminino), idade (11 a 14 x 15 a 18 anos), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto x médio-alto x médio x baixo). A Tabela 13 apresenta os resultados encontrados.

Tabela 13. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p < 0,01$) de grupo, sexo, idade e nível socioeconômico nos escores das escalas de competências em regressões múltiplas.

Escalas	Grupo ^a	Sexo	Idade ^b	Tipo de Escola ^d	Nível Socioeconômico ^e
Competência em Atividades	1 ^{E<NE}		3 ^{N>V}	1 ^{Pub<Part} 2 ^{Pub<Part}	
Competência Social					
Escala Total de Competências			2 ^{N>V}		

^a E = Encaminhados e NE = Não-Encaminhados; ^b N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos); ^c Part = Particular e Pub = Pública.

Efeito significativo de grupo foi encontrado apenas para a escala Competência Social, na qual os encaminhados obtiveram escores mais baixos do que os não-encaminhados (ES = 1%), indicando apresentar menos competências nessa área. Para a variável idade, efeito significativo foi encontrado para Competência em Atividades (ES = 3%) e Total de Competências (ES = 2%). Nestas duas escalas, os mais novos atingiram escores mais elevados que os mais velhos, reportando apresentar mais competências. Com relação ao tipo de escola, os adolescentes que frequentavam escolas particulares atingiram escores mais elevados para Competência Social (ES = 1%) e Total de Competências (ES = 2%). Não foi encontrado efeito significativo de sexo e nível socioeconômico para os escores obtidos pelos adolescentes nas escalas de competências.

A Figura 5 apresenta graficamente os escores obtidos em cada uma das escalas de competências pelos jovens do sexo masculino e feminino, encaminhados e não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental, em função da faixa etária (11 a 14 e 15 a 18 anos).

Figura 5. Escore médio nas escalas de competências.

Na Figura 5 é possível observar a semelhança nos escores obtidos pelos jovens encaminhados e não-encaminhados, do sexo feminino e masculino, nas escalas de competências do YSR. Pequenas diferenças podem ser observadas em função da faixa etária para a escala Competência em Atividades e Total de Competências, com os adolescentes mais velhos atingindo piores resultados.

5.4.3 Escore médio nos itens

Além de verificar a capacidade das escalas do YSR discriminarem os adolescentes que precisam de atendimento em serviços de saúde mental, procurou-se verificar quais são os

itens capazes de fazer essa diferenciação. Regressões múltiplas foram aplicadas aos itens do YSR, incluindo as variáveis amostra a qual o adolescente pertence (encaminhado x não-encaminhado), sexo (feminino x masculino), idade (11 a 14 x 15 a 18 anos), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto, médio-alto, médio e baixo). Análises separadas foram feitas para os itens das escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos e para os itens das escalas de competências.

5.4.3.1 Itens de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Inicialmente foram analisados os itens de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos. A Tabela 14 apresenta os resultados em termos de tamanho do efeito significativo ($p < 0,01$) para grupo (encaminhados x não-encaminhados), sexo (masculino x feminino), faixa etária (11 a 14 anos x 15 a 18 anos), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto x médio-alto x médio x baixo).

Tabela 14. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p < 0,01$) de grupo, sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores dos itens do YSR.

Item*	Grupo ^a	Sexo ^{a,b}	Faixa Etária ^{a,c}	Tipo de Escola ^{a,d}	Nível Socioeconômico ^{a,e}
1. Comportamento infantil	3	1 ^{M>F}	1 ^{N>V}		
2. Toma bebida alcoólica	1		5 ^{V>N}		
3. Discute muito	3	1 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	
4. Não termina o que começa	2				
5. Poucas coisas dão prazer	1			3 ^{Pub>Part}	2 ^{A > MA, M e B}
6. Gosta de animais (AP)		1 ^{F>M}	2 ^{N>V}		
7. Gosta de contar vantagem					
8. Dificuldade de concentração	4				
9. Obsessões	1	1 ^{F>M}	2 ^{V>N}		1 ^{A>M}
10. Não para sentado	1				
11. Muito dependente	1				
12. Sente-se sozinho	3	3 ^{F>M}			
13. Confuso, desorientado	4	3 ^{F>M}	2 ^{V>N}		
14. Chora muito	2	17 ^{F>M}			
15. Bastante honesto (AP)		1 ^{F>M}	1 ^{V>N}		
16. Maldoso com os outros	2				
17. Vive no “mundo da lua”		2 ^{F>M}	2 ^{V>N}	1 ^{Part>Pub}	1 ^{A e MA > M e B}
18. Machuca-se de propósito	4	1 ^{F>M}			
19. Tenta chamar atenção	2				
20. Destrói próprias coisas	3		1 ^{N>V}		
21. Destrói coisas dos outros	2	1 ^{M>F}			
22. Desobediente em casa	3				
23. Desobediente na escola	2	2 ^{M>F}		1 ^{Pub>Part}	
24. Não come bem	1	2 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	
25. Não se dá bem com outros	2			2 ^{Pub>Part}	2 ^{B>A; M>MA e A}
26. Não sente culpa	1				1 ^{B>A}
27. Ciúmes ou inveja		8 ^{F>M}	1 ^{V>N}	1 ^{Part>Pub}	
28. Desrespeita regras	2	1 ^{M>F}			
29. Medos		3 ^{F>M}			
30. Medo da escola	2				
31. Medo de fazer algo ruim					1 ^{M>A}
32. Tem que fazer tudo perfeito	2				
33. Acha que ninguém gosta dele	2	2 ^{F>M}			
34. Sente-se perseguido	2				
35. Sente-se sem valor	2	2 ^{F>M}			
36. Machuca-se acidentalmente	2			1 ^{Part>Pub}	
37. Mete-se em brigas	3	3 ^{M>F}	1 ^{N>V}		
38. Alvo de gozações	1				
39. Más companhias	1	1 ^{M>F}			
40. Escuta coisas		1 ^{F>M}			
41. Age sem pensar	4		1 ^{V>N}	1 ^{Part>Pub}	1 ^{A>M}
42. Prefere ficar sozinho	2			1 ^{Pub>Part}	1 ^{B>A}
43. Mente, engana	4	1 ^{M>F}			
44. Rói unhas			1 ^{N>V}		
45. Nervoso, tenso	3	3 ^{F>M}			
46. Tiques	3	1 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	
47. Pesadelos		2 ^{F>M}	1 ^{N>V}		
48. Outros não gostam dele	2				1 ^{M>A}
49. Faz coisas melhor que outros (AP)			1 ^{V>N}		
50. Medroso, ansioso	2	9 ^{F>M}			

Tabela 14 (cont.). Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p < 0,01$) de grupo, sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores dos itens do YSR.

Item*	Grupo ^a	Sexo ^{a,b}	Faixa Etária ^{a,c}	Tipo de Escola ^{a,d}	Nível Socioeconômico ^{a,e}
51. Tontura	3	2 ^{F>M}			
52. Sente-se muito culpado	2	1 ^{F>M}			
53. Come demais					
54. Excesso de cansaço	2	2 ^{F>M}	1 ^{V>N}		
55. Acima do peso	1	1 ^{F>M}			
56a. Dores	1	1 ^{F>M}			
56b. Dores de cabeça	1	3 ^{F>M}			
56c. Náuseas	1	2 ^{F>M}			
56d. Problemas com os olhos					
56e. Problemas de pele					
56f. Dores de estômago	1	2 ^{M>F}			
56g. Vômitos		1 ^{F>M}			
56h. Outros	1				
57. Ataca fisicamente pessoas	1	1 ^{M>F}			
58. Cutuca pele	3				
59. Amigável (AP)		1 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	1 ^{A e M > B}
60. Gosta de tentar coisas novas (AP)					
61. Não vai bem na escola	1	1 ^{M>F}			
62. Desajeitado	1	1 ^{F>M}			
63. Prefere os mais velhos		1 ^{F>M}	1 ^{V>N}		
64. Prefere os mais novos		1 ^{M>F}			1 ^{M e B > A}
65. Recusa-se a falar	2				
66. Compulsões	1				
67. Foge de casa	2				
68. Grita muito	3	9 ^{F>M}			
69. Reservado, fechado	1	1 ^{F>M}	4 ^{V>N}		
70. Vê coisas		1 ^{F>M}			
71. Sem jeito, preocupado com os outros		1 ^{F>M}			
72. Põe fogo nas coisas	1	1 ^{M>F}			
73. Habilidade com as mãos (AP)					
74. Exibido, faz palhaçadas					
75. Tímido, acanhado					
76. Dorme menos		1 ^{M>F}			
77. Dorme mais			1 ^{V>N}		
78. Desatento, distraído	3				
79. Problemas de fala	1				
80. Luta por direitos (AP)					
81. Rouba em casa	1				
82. Rouba fora de casa	1	1 ^{M>F}	1 ^{N>V}		1 ^{B > M, MA e A}
83. Junta coisas		1 ^{F>M}			1 ^{MA>B}
84. Comportamento estranho	1			1 ^{Part>Pub}	1 ^{MA>M}
85. Pensamentos estranhos	1			1 ^{Part>Pub}	1 ^{A>B}
86. Teimoso	2	2 ^{F>M}	1 ^{V>N}		1 ^{A>M}
87. Mudanças de humor	1	4 ^{F>M}	2 ^{V>N}		
88. Gosta de estar com pessoas (AP)		2 ^{F>M}			
89. Desconfiado	1	2 ^{F>M}	4 ^{V>N}		
90. Xinga, palavrões, boca suja		1 ^{M>F}		1 ^{Part>Pub}	2 ^{MA e A > M}
91. Ideação suicida	3	2 ^{F>M}			
92. Gosta de fazer rir (AP)		1 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	
93. Fala demais		2 ^{F>M}		1 ^{Part>Pub}	1 ^{M<A}

Tabela 14 (cont.). Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p < 0,01$) de grupo, sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores dos itens do YSR.

Item*	Grupo ^a	Sexo ^{a,b}	Faixa Etária ^{a,c}	Tipo de Escola ^{a,d}	Nível Socioeconômico ^{a,e}
94. Goza dos outros	1				
95. Esquentado	3	1 ^{F>M}			
96. Pensa demais em sexo		12 ^{M>F}	1 ^{V>N}		
97. Ameaça machucar					
98. Gosta de ajudar outros (AP)		2 ^{F>M}			
99. Fuma	2		3 ^{V>N}		1 ^{B > M, MA e A}
100. Problemas com o sono	3		1 ^{V>N}		
101. Mata aula	3		3 ^{V>N}	3 ^{Pub>Part}	1 ^{B > MA e A}
102. Falta energia	1				
103. Infeliz, triste, deprimido	5	1 ^{F>M}			1 ^{B>A}
104. Barulhento	2				
105. Usa drogas					
106. Gosta de ser justo (AP)		1 ^{F>M}	1 ^{V>N}	2 ^{Part>Pub}	1 ^{A>M}
107. Gosta de uma boa piada (AP)	1 ^{N>E}		1 ^{N>V}	1 ^{Part>Pub}	
108. Gosta de levar vida numa boa (AP)					
109. Tenta ajudar os outros (AP)		2 ^{F>M}			
110. Gostaria de ser do sexo oposto	1	2 ^{F>M}			
111. Evita relacionar-se	2			2 ^{Pub>Part}	1 ^{B > MA e A}
112. Preocupações		4 ^{F>M}	3 ^{V>N}		

Notas: * Versão abreviada dos itens do YSR; (AP) = Escala Aspectos Positivos; ^a Todos os resultados foram significativos ($p < 0,01$); ^b F = Feminino e M = Masculino; ^c N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos); ^d Pub = Pública e Part = Particular; ^e A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2), M = Médio (C1 e C2) e B = Baixo (D e E).

Os adolescentes da amostra encaminhada para serviços de saúde mental obtiveram escores significativamente mais altos em 79 dos 105 itens de problemas de comportamento analisados na comparação com os adolescentes da amostra não-encaminhada. Para esses itens, o tamanho do efeito foi pequeno de acordo com o critério de Cohen (1988), com variação entre 1% (Ex.: “2. Tomo bebida alcoólica sem a permissão dos pais” e “110. Gostaria de ser do sexo oposto”) e 5% (“107. Sou infeliz, triste ou deprimido”). Para os 14 itens que avaliam Aspectos Positivos, não foi encontrada diferença entre os encaminhados e não-encaminhados, exceto para o item “107. Gosto de uma boa piada”, no qual os jovens não-encaminhados atingiram escores mais altos (ES = 1%).

Efeitos de sexo nos escores dos itens de problemas de comportamento foram encontrados em 56 dos 105 itens, sendo que em 16 deles os meninos obtiveram escores mais altos que as meninas, com efeitos variando de 1% (Ex.: “1. Comporto-me de maneira muito infantil para minha idade” e “61. Não vou bem na escola”) a 12% (“96. Penso demais em sexo”). Nos outros 40 itens com efeito significativo, as meninas obtiveram escores mais elevados que os meninos, com efeitos variando de 1% (Ex.: “3. Discuto muito” e “105. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)”) a 17% (“14. Choro muito”). Dos 14 itens com que avaliam a emissão de comportamentos socialmente desejáveis, agrupados na escala Aspectos Positivos, as meninas atingiram escores mais elevados em oito. O tamanho do efeito para estes foi novamente pequeno de acordo com o critério de Cohen (1988), variando entre 1 e 2%.

Efeitos de faixa etária foram encontrados em 24 itens de problemas de comportamento, sendo que em 18 deles os adolescentes do grupo etário mais velho (15 a 18 anos) atingiram escores mais elevados, com efeitos variando de 1% (Ex.: “27. Tenho

ciúme ou inveja dos outros”, “77. Durmo mais que a maioria dos adolescentes durante o dia e/ou a noite” e “86. Sou teimoso(a)”) a 5% (“2. Tomo bebida alcoólica sem a permissão dos pais”). Nos outros seis itens com efeito significativo, os adolescentes mais novos (11 a 14 anos) atingiram escores mais elevados (Ex.: “1. Comporto-me de maneira muito infantil para a minha idade”, “37. Meto-me em muitas brigas” e “82. Roubo fora de casa”). Nesses itens, o tamanho do efeito não foi maior do que 1%. Efeitos significativos de idade foram encontrados para cinco itens que avaliam aspectos positivos, sendo que em dois deles (“5. Gosto de animais” e “107. Gosto de uma boa piada”) os mais novos atingiram escores mais elevados e em três deles (“15. Sou bastante honesto”, “49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outros adolescentes” e “106. Gosto de ser justo com os outros”) os mais velhos atingiram escores mais elevados.

A comparação dos escores dos adolescentes de escolas públicas e particulares evidenciou efeito de tipo de escola para 21 itens do inventário, sendo 17 itens de problemas de comportamento e quatro itens socialmente desejáveis, que formam a escala Aspectos Positivos. Para os últimos, os adolescentes da escola particular atingiram escores mais elevados, com efeitos pequenos, variando de 1% (“59. Posso ser bastante amigável”, “92. Gosto de fazer as pessoas rirem” e “107. Gosto de uma boa piada”) a 2% (“116. Gosto de ser justo com os outros”). Com relação aos problemas de comportamento, os jovens das escolas públicas reportaram seis itens com maior frequência, sendo que o tamanho do efeito variou de 1% (“23. Sou desobediente na escola” e “42. Prefiro ficar sozinho do que na companhia dos outros”) a 3% (“5. Poucas coisas me dão prazer” e “101. Mato aula, cabulo, gafeio”) e os da particular em 11 itens, todos com efeito de até 1% (Ex.: “3. Discuto muito”,

“24. Não como tão bem como deveria”, “27. Tenho ciúmes ou inveja dos outros” e “93. Falo demais”).

Por fim, com relação ao efeito do nível socioeconômico nos itens de problemas de comportamento, pode-se observar na Tabela 14 que apenas 20 itens apresentaram efeito significativo, com tamanho de efeito variando entre 1 e 2%. Em cinco deles, os adolescentes que possuíam nível socioeconômico alto atingiram escores mais elevados que os com nível médio (Ex. “31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada”, “41. Ajo sem pensar”, “86. Sou teimoso(a)”). Por outro lado, os adolescentes do nível socioeconômico médio atingiram escores mais elevados dos que os do nível alto para “47. Tenho pesadelos”. Enquanto que os adolescentes do nível socioeconômico alto atingiram escores mais elevados que os demais para “5. Poucas coisas me dão prazer”, os adolescentes do nível baixo atingiram escores mais elevados que os demais para “82. Roubo fora de casa” e “99. Fumo cigarro ou masco fumo”. Para outros cinco itens foram identificadas diferenças entre os jovens com nível socioeconômico baixo e alto, sendo que os com nível baixo atingiram escores mais elevados para “25. Não me dou bem com outros adolescentes”, “26. Não me sinto culpado depois de fazer alguma coisa que não deveria ter feito”, “42. Prefiro ficar sozinho(a) do que ficar na companhia dos outros” e “103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)” e os de nível alto afirmaram com maior frequência “85. Tenho pensamentos que outras pessoas achariam estranhos”. Com relação aos itens que avaliam os Aspectos Positivos, um pequeno efeito significativo ($ES = 1\%$) foi encontrado para dois itens: “59. Posso ser bastante amigável”, para o qual os adolescentes com nível socioeconômico alto e médio atingiram escores mais elevados que os do nível baixo, e “106. Gosto de ser justo com os

outros”, no qual os adolescentes do nível socioeconômico alto atingiram escores mais elevados que os do nível médio.

A taxa de prevalência de problemas em cada um dos itens pode ser observada na Figura 6. Nessa figura, o conteúdo dos itens foi abreviado por questão de espaço. Para realizar o cálculo da prevalência, a pontuação dada ao item (0, 1 ou 2) foi convertida em presença (resposta 1 – “um pouco verdadeira ou as vezes verdadeira” – ou 2 – “muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”) ou ausência do problema (resposta 0 – “não é verdadeira”). Os resultados foram divididos por grupo (encaminhados x não-encaminhados), sexo (masculino e feminino) e faixa etária (11 a 14 e 15 a 18 anos).

Figura 6. Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

■ Masculino Não Encaminhado ■ Feminino Não Encaminhado ■ Masculino Encaminhado ■ Feminino Encaminhado

Figura 6 (cont.). Taxa de prevalência dos itens de problemas de comportamento e aspectos positivos (AP) por sexo para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados.

Analisando a Figura 6, é possível notar que alguns itens possuem alta capacidade de discriminar os adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental, como, por exemplo, “8. Tenho dificuldade para me concentrar ou para prestar atenção por muito tempo”, “12. Sinto-me sozinho(a)”, “18. Machuco-me de propósito ou já tentei me matar”, “20. Destruo as minhas próprias coisas”, “21. Destruo coisas que pertencem a outras pessoas”, “25. Não me dou bem com outros adolescentes”, “30. Tenho medo da escola”, “41. Ajo sem pensar”, “43. Minto ou engano os outros”, “58. Cutuco a pele ou outras partes do corpo (descreva)”, “78. Sou desatento(a) ou distraio-me facilmente”, “81. Roubo em casa”, “91. Penso em me matar”, “95. Sou esquentado(a)”, “100. Tenho problemas com o sono (descreva)”, “101. Mato aula, cabulo, gazeio” e “103. Sou infeliz, triste ou deprimido(a)”. Para itens como esses, a porcentagem de jovens que reportaram apresentar tal comportamento as vezes ou frequentemente (escores 1 ou 2) foi visivelmente superior à de jovens da população não-encaminhadas. Já em outros itens, como: “27. Tenho ciúme ou inveja dos outros”, “31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada”, “40. Escuto sons ou vozes que outras pessoas acham que não existem (descreva)”, “44. Roo as unhas”, “47. Tenho pesadelos”, “53. Como demais”, “56. Tenho problemas físicos de fundo emocional (sem causa médica): e. Problemas de pele”, “63. Prefiro estar com pessoas mais velhas do que com as da minha idade”, “64. Prefiro estar com pessoas mais novas do que com as da minha idade”, “71. Fico sem jeito na frente das pessoas com facilidade, preocupado(a) com o que os outros vão pensar de mim”, “75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)”, “90. Xingo, falo palavrões, sou boca suja”, “93. Falo demais”, “96. Penso demais em sexo”, e “112. Sou muito preocupado(a)”, a porcentagem de adolescentes que reportou que tais afirmação são, pelos menos, um pouco verdadeiras

ou algumas vezes verdadeiras nos últimos seis meses (resposta 1) é bem semelhante nas duas populações (encaminhados e não-encaminhados para serviços de saúde mental). É importante lembrar que a prevalência foi calculada a partir dos dados de presença (resposta 1 ou 2) em contraste com ausência (resposta 0), sem considerar a intensidade ou frequência do comportamento.

As diferenças por sexo também ficam evidentes na análise da Figura 6. Itens como “14. Choro muito”, “18. Machuco-me de propósito ou já tentei me matar”, “27. Tenho ciúme ou inveja dos outros”, “50. Sou muito medroso(a) ou ansioso(a)”, “87. Meu humor ou meus sentimentos mudam de repente”, “93. Falo demais”, “110. Gostaria de ser do sexo oposto” e “112. Sou muito preocupado(a)”, claramente são mais assinalados com presentes pelas meninas que pelos meninos, enquanto que itens como “1. Comporto-me de maneira muito infantil para a minha idade”, “23. Sou desobediente na escola”, “37. Meto-me em muitas brigas”, “43. Minto ou engano os outros”, “61. Não vou bem na escola (tiro notas baixas)”, “72. Ponho fogo nas coisas” e “96. Penso demais em sexo” são mais assinalados pelos meninos. As diferenças por sexo, apesar de existentes, não se confirmam para todos os itens. Não é possível observar distinção entre os sexos para, por exemplo, “2. Tomo bebida alcoólica sem a permissão dos meus pais (descreva)”, “5. Poucas coisas me dão prazer”, “30. Tenho medo da escola”, “31. Tenho medo de pensar ou fazer alguma coisa ruim ou errada”, “66. Repito as mesmas ações várias vezes seguidas; compulsões (descreva)”, “75. Sou muito acanhado(a) ou tímido(a)”, “84. Faço coisas que outras pessoas acham estranhas (descreva)” e “104. Sou mais barulhento(a) que os outros adolescentes”, dentre outros.

Diferenças em função da faixa etária são menos frequentes que em função do encaminhamento para serviço mental, ou em função do sexo. No entanto, é possível observar que os adolescentes mais velhos (15 a 18 anos) afirmam com mais frequência os itens “2. Tomo bebida alcoólica sem a permissão dos meus pais (descreva)”, “63. Prefiro estar com pessoas mais velhas do que com as da minha idade”, “69. Sou reservado(a), fechado(a), não conto minhas coisas para ninguém”, “89. Sou desconfiado(a)”, “99. Fumo cigarro ou masco fumo”, “101. Mato aula, cabulo, gazeio” e “112. Sou muito preocupado(a)”, por exemplo. Por outro lado, os mais novos assinalam como mais frequência os problemas descritos nos itens “1. Comporto-me de maneira muito infantil para a minha idade”, “20. Destruo as minhas próprias coisas”, “44. Roo as unhas” e “47. Tenho pesadelos”.

Para todos os itens que descrevem comportamentos socialmente desejáveis, a porcentagem de adolescentes dos dois grupos (encaminhados x não-encaminhados) que reportou apresentar tal comportamento foi bastante semelhante. Assim, pode-se observar na Figura 6 que os itens seguidos pela sigla (AP) – Aspectos Positivos –, quais sejam: “6. Gosto de animais”, “15. Sou bastante honesto(a)”, “49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outros adolescentes”, “59. Posso ser bastante amigável”, “60. Gosto de experimentar coisas novas”, “73. Sou habilidoso(a) com as mãos”, “80. Luto pelos meus direitos”, “88. Gosto de estar com as pessoas”, “92. Gosto de fazer as pessoas rirem”, “98. Gosto de ajudar os outros”, “106. Gosto de ser justo(a) com os outros”, “107. Gosto de uma boa piada”, “108. Gosto de levar a vida numa boa” e “109. Tento ajudar os outros sempre que posso”, apresentam taxas de prevalência semelhantes, independentemente do tipo de amostra. Na avaliação dos Aspectos Positivos, o sexo do adolescente parece exercer maior

influencia. Por exemplo, para os itens “92. Gosto de fazer as pessoas rirem”, “98. Gosto de ajudar os outros” e “106. Gosto de ser justo(a) com os outros”, as meninas apresentam respostas afirmativas com mais frequência que os meninos. A faixa etária também exerce algum efeito na resposta dos jovens aos itens de competência, sendo que é possível observar na Figura 6 que os adolescentes mais novos reportam com mais frequência o item “6. Gosto de animais”, e os mais velhos afirmam mais frequentemente o item “49. Sou capaz de fazer algumas coisas melhor do que outros adolescentes”.

5.4.3.2 Itens de Competências

O efeito das variáveis grupo (encaminhados x não-encaminhados), sexo (masculino x feminino), idade (11 a 14 x 15 a 18 anos), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto x médio alto x médio x baixo) nos itens de competências foi testado através de testes de regressões múltiplas. Os resultados, em termos de tamanho do efeito significativo ($p < 0,01$) para cada uma das variáveis é apresentado na Tabela 15.

Tabela 15. Porcentagem de variância explicada por efeito significativo ($p < 0,01$) de grupo, sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores dos itens de competências do YSR

	Item*	Grupo ^a	Sexo ^{a,b}	Faixa Etária ^{a,c}	Tipo de Escola ^{a,d}	Nível Socioeconômico ^{a,e}
I	Número de esportes			4 ^{N>V}	1 ^{Part>Pub}	
	Média de participação e desempenho nos esportes		1 ^{M>F}		2 ^{Part>Pub}	2 ^{A>M}
II	Número de atividades, passatempos e jogos				2 ^{Part>Pub}	
	Média de participação e desempenho nas atividades			2 ^{N>V}		
III	Número de organizações, times ou grupos				3 ^{Part>Pub}	3 ^{A > M e B}
	Média de participação nas organizações				2 ^{Part>Pub}	3 ^{A > M e B}
IV	Número de trabalhos ou tarefas		3 ^{F>M}			2 ^{M>A}
	Média de desempenho nos trabalhos					
V	Número de amigos próximos	1 ^{NE>E}			1 ^{Part>Pub}	1 ^{A, MA e M > B}
	Contato com amigos fora da escola					
VI	Relacionamento com os outros	1 ^{NE>E}				
	Faz coisas sozinho					
VII	Média do desempenho acadêmico	2 ^{NE>E}	1 ^{F>M}	2 ^{N>V}	1 ^{Part>Pub}	2 ^{A e MA > B}

Notas: * Versão abreviada dos itens de competências do YSR; ^a E = Encaminhados e NE = Não-Encaminhados; ^b F = Feminino e M = Masculino; ^c N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos); ^d Pub = Pública e Part = Particular; ^e A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2), M = Médio (C1 e C2) e B = Baixo (D e E).

Como pode ser observado na Tabela 15, efeito de grupo foi encontrado apenas para três dos 13 itens de competências apresentados no YSR, quais sejam “Quantos amigos próximos você tem? (*Não incluir* irmãos e irmãs)”, “Comparando com outros da sua idade, como você: a) Se dá com seus/suas irmão e irmãs? b) Se dá com outros adolescentes? c) Se comporta em relação aos seus pais?” e “Desempenho nas matérias escolares”. Nesses três itens, os adolescentes não-encaminhados atingiram escores mais elevados, indicando terem mais amigos próximos que os encaminhados (ES = 1%), avaliarem melhor o relacionamento que estabelecem com outras pessoas (ES = 1%) e terem um melhor desempenho acadêmico (ES = 2%).

Com relação a sexo, novamente três itens evidenciaram poder de discriminar meninos e meninas, sendo que os meninos avaliam melhor sua participação e desempenho

nos esportes (ES = 1%), enquanto as meninas reportam ter mais trabalhos ou tarefas (ES = 3%) e ter um melhor desempenho acadêmico (ES = 1%).

Efeito de faixa etária foi encontrado para três itens de competências, sendo que os mais novos atingiram melhores resultados do que os mais velhos em todos esses, quais sejam: número de esportes (ES = 4%), média de participação e desempenho nas atividades (ES = 2%) e desempenho acadêmico (ES = 2%).

O tipo de escola no qual o adolescente estava matriculado foi a variável que exerceu maior número de efeitos significativos sobre os escores obtidos por eles nos itens de competências, visto que sete dos 13 itens foram capazes de discriminar os adolescentes das escolas públicas das particulares, com efeito variando de 1 a 3%. Em todos estes, os adolescentes das escolas particulares atingiram escores mais elevados, evidenciando melhores resultados.

O nível socioeconômico também exerceu efeito sobre o escore obtido pelos adolescentes nos itens de competências. No geral, aqueles com nível socioeconômico mais alto apresentaram melhores resultados que os com nível socioeconômico mais baixo. A única exceção se refere ao número de trabalhos e tarefas, para o qual os adolescentes da classe média reportaram um maior número e, portanto, atingiram melhores resultados que os da classe alta. O tamanho do efeito variou de 1 a 3% para essa variável, sendo que os itens que avaliam o número de organizações, times ou clubes aos quais o adolescente pertence e a média de participação nestas organizações, tiveram o maior efeito (3%).

A Figura 7 apresenta os escores médios obtidos pelos adolescentes de cada uma das amostras (encaminhados e não-encaminhados) nos itens de competências do YSR. Os

resultados são divididos por sexo (masculino e feminino) e faixa etária (11 a 14 e 15 a 18 anos).

Figura 7. Escores médios obtidos pelos adolescentes nos itens de competências do YSR.

Figura 7 (cont.). Escores médios obtidos pelos adolescentes nos itens de competências do YSR.

Os resultados evidenciados na Figura 7 confirmam o baixo índice de diferenciação entre jovens encaminhados e não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nas escalas de competências do YSR. As médias obtidas pelos adolescentes de ambos os grupos nessas escalas são muito semelhantes e dificilmente são diferenciadas a partir da inspeção visual.

Com relação ao sexo dos adolescentes, alguns itens de competências evidenciam diferença nas respostas dos jovens. O número médio de trabalhos ou tarefas reportados por meninas é maior que o número médio reportado por meninos. Além disso, é possível observar uma pequena diferença em função da faixa etária, visto que os mais novos parecem reportar estarem engajados em mais esportes e terem um melhor rendimento acadêmico.

5.5 Definição de Normas Culturais

5.5.1 Problemas Emocionais/Comportamentais

Com o objetivo de verificar quais normas são mais adequadas para o uso do YSR no Brasil, os escores obtidos pelos adolescentes da população não-encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais foram comparados com os escores obtidos pelos adolescentes de diversas culturas nos estudos realizados por Rescorla et al. (2007a) e Achenbach e Rescorla (2007b). Inicialmente será apresentada a distribuição da média do escore total de problemas emocionais/comportamentais obtido a partir da resposta ao YSR

nas 24 sociedades estudadas por Rescorla et al., (2007a) na Figura 8 e a distribuição dos escores nos três grupos normativos estabelecidos por Achenbach e Rescorla (2007b) na Tabela 16.

Figura 8. Distribuição dos escores totais das 24 sociedades (N=27.206) – Retira de Rescorla et al. (2007a).

Tabela 16. Distribuição dos escores da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais nos grupos normativos^a.

Escala Total	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Média (Escore Bruto)	27,4	27,7	33,4	37,9	47,1	50,1
Desvio Padrão	21,0	21,1	19,2	21,9	23,4	23,0
Faixa Limítrofe	46	48	51	57	67	72
Faixa Clínica	59	62	62	70	82	85

^a Dados obtidos no Apêndice D de Achenbach e Rescorla (2007b).

Para viabilizar a comparação dos escores dos adolescentes brasileiros da amostra não-encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental com os definidos nos estudos multiculturais (Achenbach & Rescorla, 2007b), o escore médio obtidos pelos jovens do sexo masculino e feminino da amostra não-encaminhada para atendimento em serviços

de saúde mental na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais foi calculado.

A distribuição dos escores, bem como a média e desvio padrão, pode ser observada nas Figura 9 e 10.

Figura 9. Histograma de distribuição dos escores obtidos pelos meninos na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Figura 10. Histograma da distribuição dos escores obtidos pelas meninas na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Os escores médios obtidos pelos adolescentes do sexo masculino (Média = 46,8; DP = 21,9) e feminino (Media = 50,8; DP = 22,8) foram muito semelhante ao do Grupo 3 das normas multiculturais, como pode ser visto na comparação com os escores exibidos na Tabela 16. Assim, assume-se que tais normas sejam as mais adequadas para a população brasileira, visto que os adolescentes não-encaminhados para serviços de saúde mental da nossa população reportam, em média, mais comportamentos problemas que os adolescentes da população geral das sociedades que foram reunidas nos grupos 1 e 2 no estudo multicultural realizados por Achenbach e Rescorla (2007b).

Para estudar a distribuição dos escores dos adolescentes brasileiros nos itens e nas escalas do YSR, calculou-se o índice de correlação entre os escores médios obtidos pelos adolescentes da amostra não-encaminhada para atendimento psicológico com os dos adolescentes da amostra normativa norte-americana (N=1057) (Achenbach & Rescorla, 2001). A correlação entre os 105 itens de problemas de comportamento foi 0,88, superior a correlação média de 0,69 entre duas sociedades, encontrada por Rescorla et al. (2007a). Isso significa que os itens que receberam escores mais elevados no Brasil também receberam escores mais elevados nos Estados Unidos.

Com relação as 19 escalas de problemas de comportamento, a correlação entre os escores médios obtidos pelos adolescentes brasileiros e os adolescentes norte-americanos da amostra de Achenbach e Rescorla (2001) foi 0,99, índice bastante elevado que evidencia a semelhança no padrão de escore obtido em cada uma das escalas pelos jovens brasileiros e americanos da população não-encaminhada para atendimento psicológico.

5.5.2 Aspectos Positivos

Normas multiculturais também foram estabelecidas para a escala de Aspectos Positivos. A Tabela 17 apresenta os valores encontrados para os três grupos normativos estabelecidos por Achenbach e Rescorla (2007b) e a Tabela 18 apresenta os escores obtidos pelos jovens brasileiros na mesma escala.

Tabela 17. Distribuição dos escores de Aspectos Positivos nos três grupos normativos estabelecidos por Achenbach e Rescorla (2007b).

Aspectos Positivos	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Média (Escore Bruto)	13,8	13,8	19,0	19,0	21,0	22,0
Desvio Padrão	5,8	5,3	5,1	4,8	4,2	3,7
Faixa Limítrofe	5	6	12	13	14	16
Faixa Clínica	2	3	8	9	11	13

Nota: Dados obtidos no Apêndice D de Achenbach e Rescorla (2007b).

Tabela 18. Distribuição dos escores de Aspectos Positivos na amostra brasileira.

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Masculino	21,0	4,5	22	0	28
Feminino	21,8	3,9	22	1	28
Total	21,5	4,2	22	0	28

Os escores médios obtidos pelos adolescentes brasileiros de ambos os sexos é semelhante ao escore do Grupo 3 das normas multiculturais de Achenbach e Rescorla (2007b), aqueles que reportam uma quantidade de itens socialmente desejáveis pelo menos um desvio padrão acima da média geral encontrada em 24 países. Isso significa que, ao avaliar os aspectos positivos dos jovens brasileiros, as normas do grupo três podem ser adotadas.

A correlação entre os escores médios dos 14 itens da escala Aspectos Positivos da amostra de adolescentes brasileiros com a amostra normativa americana (Achenbach & Rescorla, 2001) foi 0,84. Novamente o valor encontrado foi elevado, acima da média multicultural de correlação entre dois países, que variou de 0,13 a 0,72 (Rescorla et al., 2007a), indicando bastante semelhança no padrão de resposta dos adolescentes dos dois países aos itens dessas escalas.

Apesar da semelhança entre os resultados obtidos pelos adolescentes brasileiros não-encaminhados para serviços de saúde mental e pelos adolescentes do mesmo tipo de amostra das sociedades reunidas no Grupo 3 das normas multiculturais para a escala Aspecto Positivo, é importante lembrar que tal escala mostrou baixo poder discriminativo em nosso país, visto que os jovens das amostras encaminhadas e não-encaminhadas atingiram resultados semelhantes, indicando que os adolescentes brasileiros reportam diversos comportamentos socialmente desejáveis em autoavaliação, independentemente de terem sido encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental. Testes posteriores devem confirmar a baixa capacidade preditiva dessa escala.

5.5.3 Escalas de Competências

Normas multiculturais não foram estabelecidas para as escalas de competências do YSR, até o presente momento. Assim, os resultados obtidos pelos adolescentes brasileiros não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental foram comparados com o dos adolescentes não-encaminhados da amostra normativa norte-americana (N=1057) através de análises de variância. Os testes foram realizados separadamente por sexo. Os

escores obtidos em cada uma das escalas de competências pelos jovens do sexo masculino são apresentados na Tabela 19 e pelas jovens do sexo feminino da Tabela 20.

Tabela 19. Escores médios obtidos pelos adolescentes de sexo masculino brasileiros e norte-americanos não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Sexo Masculino		F	p	η^2	Direção da Diferença
	Brasil N=979 Média (DP)	Estados Unidos N=511 Média (DP)				
Competência em Atividades	7,6 (2,2)	11,2 (2,0)	959,375	0,000	0,392	EUA>BR
Competência Social	6,7 (1,5)	9,5 (1,9)	1009,932	0,000	0,404	EUA>BR
Desempenho Acadêmico	1,3 (0,4)	2,3 (0,5)	1291,425	0,000	0,465	EUA>BR
Total de Competências	15,6 (3,0)	23,0 (3,4)	1873,771	0,000	0,557	EUA>BR

Notas: BR = Brasil e EUA = Estados Unidos.

Tabela 20 Escores médios obtidos pelas adolescentes do sexo feminino brasileiras e norte-americanas não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Sexo Feminino		F	p	η^2	Direção da Diferença
	Brasil N=1093 Média (DP)	Estados Unidos N=479 Média (DP)				
Competência em Atividades	7,7 (2,3)	11,0 (2,1)	740,343	0,000	0,320	EUA>BR
Competência Social	6,5 (1,4)	9,3 (1,8)	1083,164	0,000	0,408	EUA>BR
Desempenho Acadêmico	1,4 (0,4)	2,3 (0,4)	1542,091	0,000	0,496	EUA>BR
Total de Competências	15,6 (3,1)	22,7 (3,2)	1713,043	0,000	0,522	EUA>BR

Notas: BR = Brasil e EUA = Estados Unidos.

A análise dos dados apresentados na Tabela 19 e na Tabela 20 evidenciam diferenças entre os escores obtidos nas escalas de competências pelos adolescentes brasileiros e norte-americanos de ambos os sexos, sendo que os norte-americanos atingiram escores mais elevados em todas elas, refletindo que reportam mais competências na resposta ao YSR.

Tais resultados indicam que as normas estabelecidas para as escalas de competências pela população norte-americana não são adequadas para avaliar os jovens brasileiros, que, no geral, atingem escores significativamente mais baixos. No entanto, como tais escalas também não mostraram boa capacidade discriminativa para a nossa população, visto que os jovens encaminhados e não-encaminhados para serviços de saúde mental atingiram, em média, resultados semelhantes, parece ser mais adequado refletir sobre o que tais escalas avaliam, incluindo discussões sobre questões culturais, que estabelecer pontos de corte para faixas clínicas e não-clínicas para a população brasileira.

5.6 Validade Preditiva

5.6.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais

O teste de risco *Odds Ratio* (OR) foi utilizado para verificar quais são as chances de um adolescente com escores desviantes (faixa limítrofe ou clínica) em uma escala de problema emocional/comportamental do YSR pertencer a população encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental. Para essas análises, a amostra encaminhada para serviços de saúde mental (N=540) e a amostra de adolescentes não-encaminhados previamente pareados (N=540) com o primeiro grupo foi utilizada.

Inicialmente os escores obtidos pelos jovens em cada uma das escalas foram classificados como normais ou clínicos, seguindo os pontos de corte determinados para o Grupo 3 das normas multiculturais do instrumento (Achenbach & Rescorla, 2007b). A Tabela 21 apresenta o risco das relações entre escore desviante e situação clínica, bem como a

porcentagem de casos encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental identificados como clínicos em cada uma das escalas (sensibilidade ou proporção de verdadeiros positivos) e a porcentagem de casos não-encaminhados com escores na faixa normal do instrumento (especificidade ou proporção de verdadeiros negativos).

Tabela 21. Risco, porcentagem de adolescentes encaminhados com escores desviantes nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e porcentagem de adolescentes não-encaminhados com escore normais.

Escalas	Risco do adolescentes encaminhados obterem escores desviantes	Porcentagem de encaminhados com escores desviantes	Porcentagem de não-encaminhados com escores na faixa normal
Ansiedade/Depressão	2	17,4%	91,5%
Retraimento/Depressão	5	10,2%	97,3%
Queixas Somáticas	2	18,7%	90,0%
Problemas de Sociabilidade	-	4,4%	93,1%
Problemas com o Pensamento	3	20,2%	91,7%
Problemas de Atenção	5	8,7%	98,0%
Violação de Regras	3	3,3%	98,7%
Comportamento Agressivo	3	19,3%	92,6%
Escala de Internalização	3	38,3%	80,4%
Escala de Externalização	3	29,4%	86,9%
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	3	35,4%	83,5%
Problemas Afetivos	3	14,1%	95,2%
Problemas de Ansiedade	2	18,5%	89,3%
Problemas Somáticos	2	14,8%	91,7%
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6	10,4%	98,1%
Problemas de Oposição e Desafio	3	18,1%	93,7%
Problemas de Conduta	3	15,2%	94,6%
Problemas Obsessivo-Compulsivos	2	19,1%	87,8%
Problemas de Estresse Pós-Traumático	3	20,2%	93,0%

Dentre as 19 escalas analisadas, apenas uma não apresentou risco mais elevado de atingir escores desviantes por parte dos adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental, qual seja, Problemas de Sociabilidade. Nas demais escalas, o teste

de risco indicou que os adolescentes encaminhados apresentam de duas (Queixas Somáticas, Problemas Somáticos e Problemas Obsessivos Compulsivos) a seis vezes (Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade) mais chances de atingirem escores desviantes (faixa limítrofe + clínica) nas escalas do YSR em comparação com o grupo de adolescentes não-encaminhados para serviços de saúde mental.

A sensibilidade do instrumento, medida pela porcentagem de casos encaminhados para atendimento identificados como clínicos na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, foi 35,4%, o que indica que 64,6% dos jovens encaminhados não atingiram escores desviantes no total do YSR. No estudo de Achenbach e Rescorla (2001), o número de casos identificados foi 51%, um pouco superior ao encontrado no presente estudo. É interessante notar que um a 20% dos adolescentes não-encaminhados também atingiram escores desviantes nas escalas do YSR. Entretanto, essa porcentagem foi inferior a dos adolescentes encaminhados em 18 das 19 escalas analisadas.

Com relação à especificidade, medida a partir da porcentagem de casos não-encaminhados que atingiram escores na faixa normal das escalas, pode-se dizer que a maior parte dos adolescentes não-encaminhados (83,5%) atingiram escores abaixo do ponto de corte para Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Dos adolescentes que atingiram escores desviantes para a escala Total de Problemas de Comportamento, 68,2% eram do grupo encaminhado (valor preditivo positivo). Entretanto, apenas 56,4% dos adolescentes que atingiram escores abaixo do ponto de corte desta escala eram do grupo não-encaminhado. Dessa forma, o valor preditivo negativo foi baixo.

Por fim, uma análise de Curva ROC (*Receiver Operating Curve Analysis*; Swets, 1996) foi realizada para confirmar a capacidade preditiva da Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. A Figura 11 apresenta os resultados obtidos.

Figura 11. Curva ROC para a Escala Total de Problemas de Comportamento.

Na Figura 11 pode-se observar a linha diagonal verde, que indica a probabilidade aleatória de distribuição dos casos como base para comparação da curva azul, que indica a sensibilidade e especificidade do instrumento. Os resultados do teste de Curva ROC foi consistente com o encontrado no calculo de porcentagem de casos identificados como clínicos para a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. A área abaixo da curva foi de 66,8%, indicando capacidade de predição moderada para o instrumento no que se refere a problemas de comportamento.

5.6.2 Aspectos Positivos

Apesar da baixa capacidade discriminativa encontrada para a escala Aspectos Positivos, um teste de risco *Odds Ratio* (OR) foi realizado para verificar quais são as chances de um adolescente com escores desviantes (faixa limítrofe ou clínica) na escala Aspectos Positivos pertencer a população encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental. Novamente foram utilizados, para essa análise, os dados obtidos com a amostra encaminhada para serviços de saúde mental (N=540) e a amostra de adolescentes não-encaminhados previamente pareados (N=540) com o primeiro grupo.

Inicialmente os escores obtidos pelos jovens na escala Aspectos Positivos foram classificados como normais ou clínicos, seguindo os pontos de corte determinados para o Grupo 3 das normas multiculturais do instrumento (Achenbach & Rescorla, 2007b). A Tabela 22 apresenta o risco, a sensibilidade e a especificidade encontrados para essa escala.

Tabela 22. Risco, porcentagem de adolescentes encaminhados com escores desviantes na escala Aspectos Positivos e porcentagem de adolescentes não-encaminhados com escore normais.

Escalas	Risco do adolescentes encaminhados obterem escores desviantes	Porcentagem de encaminhados com escores desviantes	Porcentagem de não-encaminhados com escores na faixa normal
Aspectos Positivos	-	10,7%	88,1%

O risco de obter um escore desviante na escala Aspectos Positivos foi semelhante para os adolescentes encaminhados e não-encaminhados. A porcentagem de casos encaminhados para atendimento identificados como clínicos foi 10,7%, o que indica que

89,3% dos jovens encaminhados não atingiram escores desviantes para essa escala. Esse valor confirma o que foi encontrado nos testes anteriores, que mostraram que a escala Aspectos Positivo não é forte preditora do encaminhamento para serviços de saúde mental, já que os adolescentes encaminhados e não-encaminhados atingiram resultados semelhantes nela.

Com relação à especificidade, medida a partir da porcentagem de casos não-encaminhados que atingiram escores na faixa normal das escalas, pode-se dizer que a maior parte dos adolescentes não-encaminhados (88,1%) atingiu escores acima do ponto de corte para escala Aspectos Positivos.

Dos adolescentes que atingiram escores desviantes para a escala Aspectos Positivos, apenas 47,5% eram do grupo encaminhado (valor preditivo positivo). Além disso, apenas 49,7% dos adolescentes que atingiram escores acima do ponto de corte desta escala (escores normais) eram do grupo não encaminhado. Dessa forma, tanto o valor preditivo positivo, quando o valor predito negativo foram baixos para a escala Aspectos Positivos, confirmando a baixa capacidade discriminativa dessa escala para a população brasileira.

A análise Curva ROC também foi realizado para a escala Aspectos Positivos. A Figura 12 apresenta graficamente os resultados obtidos.

Nas análises de Curva ROC, a linha diagonal verde indica a probabilidade aleatória de distribuição dos casos, enquanto que a curva azul indica a sensibilidade e especificidade do instrumento. No caso da Figura 12, as duas linhas ficaram sobrepostas e a área abaixo da curva foi de apenas 49,4%, indicando a baixa capacidade preditiva dos escores obtidos pelos adolescentes na escala Aspectos Positivos.

Figura 12. Curva ROC para a escala Aspectos Positivos.

5.7 Efeito de Região, Sexo, idade, tipo de escola e nível socioeconômico nos escores das escalas do YSR

Inicialmente, dois testes univariados de variância (ANOVA), utilizando o escore obtido na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e na escala Total de Competências como variáveis dependentes e sexo (feminino x masculino), faixa etária (11 a 14 x 15 a 18 anos), região (sudeste, sul, centro-oeste e nordeste), tipo de escola (pública x particular) e nível socioeconômico (alto, médio-alto, médio e baixo) como fatores fixos foi realizado para cada uma das amostras (encaminhados e não-encaminhados). Como não foram encontradas diferenças significativas nas interações das variáveis dependentes, ANOVAs individuais com cada uma das amostras foram realizadas para cada uma das variáveis, como é descrito nas próximas seções.

5.7.1 Análises realizadas com a amostra de adolescentes Não-Encaminhados

5.7.1.1 Diferenças por Sexo

5.7.1.1.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

O efeito de sexo (masculino x feminino) nas 19 escalas de problemas e escala de Aspecto Positivo foi testado através de quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos). Os escores médios e desvios padrão obtidos pelos meninos e meninas não-encaminhados para serviços de saúde mental nas escalas do YSR e os resultados dos testes realizados para verificar as diferenças entre os resultados obtidos em função do sexo são apresentados na Tabela 23.

O efeito de sexo foi significativo para 16 das 19 escalas de problemas avaliadas (ES variou de 1 a 7%). As meninas atingiram escores mais elevados em 13 escalas, incluindo a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, que engloba todos os itens de problemas avaliados pelo YSR, enquanto que os meninos atingiram escores mais elevados em apenas três (Violação de Regras, Escala de Externalização e Problemas de Conduta). Apenas para as Retraimento/Depressão, Comportamento Agressivo e Problemas de Oposição e Desafio os meninos e meninas não atingiram resultados significativamente distintos. Para os Aspectos Positivos, as meninas também obtiveram escores mais elevados (ES = 1%).

Tabela 23. Adolescentes não-encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Masculino (N=1315) Média (DP)	Feminino (N=1521) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	6,3 (4,0)	8,6 (4,3)	203,38	0,000	0,07	F>M
Retraimento/Depressão	3,7 (2,6)	3,9 (2,8)	2,38	0,123	0,00	
Queixas Somáticas	2,8 (2,8)	4,0 (3,1)	108,96	0,000	0,04	F>M
Problemas de Sociabilidade	4,3 (3,2)	4,7 (3,1)	14,98	0,000	0,01	F>M
Problemas com o Pensamento	4,3 (3,5)	4,7 (3,7)	8,41	0,004	0,00	F>M
Problemas de Atenção	5,6 (3,1)	6,0 (3,1)	8,36	0,004	0,00	F>M
Violação de Regras	5,4 (3,7)	3,9 (3,2)	141,74	0,000	0,05	M>F
Comportamento Agressivo	8,6 (5,2)	9,1 (5,4)	5,49	0,019	0,00	
Escala de Internalização	12,9 (7,6)	16,5 (8,3)	137,88	0,000	0,05	F>M
Escala de Externalização	14,0 (8,1)	13,0 (7,9)	12,54	0,000	0,00	M>F
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	46,8 (21,9)	50,8 (22,8)	22,46	0,000	0,01	F>M
Problemas Afetivos	4,6 (3,4)	5,8 (4,0)	73,19	0,000	0,03	F>M
Problemas de Ansiedade	3,6 (2,2)	4,7 (2,2)	192,94	0,000	0,06	F>M
Problemas Somáticos	1,4 (1,9)	2,1 (2,1)	78,05	0,000	0,03	F>M
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	4,9 (2,8)	5,3 (2,8)	12,14	0,001	0,00	F>M
Problemas de Oposição e Desafio	3,3 (2,1)	3,5 (2,1)	4,45	0,035	0,00	
Problemas de Conduta	4,8 (3,8)	3,3 (3,3)	114,52	0,000	0,04	M>F
Problemas Obsessivo-Compulsivos	4,7 (2,9)	5,1 (2,9)	10,50	0,001	0,00	F>M
Problemas de Estresse Pós-Traumático	8,5 (4,2)	10,0 (4,4)	80,29	0,000	0,03	F>M
Aspectos Positivos	21,0 (4,5)	21,8 (3,9)	24,60	0,000	0,01	F>M

Notas: F = Feminino e M = Masculino.

Apesar das diferenças entre os sexos, o perfil dos adolescentes no que se refere aos escores nas escalas do YSR foi muito parecido com o perfil dos jovens das normas do Grupo 3, estabelecido por Achenbach e Rescorla (2007). Nesse sentido, todos os escores ficaram dentro da faixa normal, esperada para adolescentes não-encaminhados para serviços de saúde mental.

5.7.1.1.2 Escalas de Competências

O efeito de sexo nas quatro escalas de competências foi testado através de uma MANOVAS (três escalas individuais de competências) e uma ANOVA (Total de Competências). Os escores médios e desvios padrão obtidos pelos meninos e meninas não-encaminhados para serviços de saúde mental nas escalas e os resultados dos testes realizados são apresentados na Tabela 24.

Tabela 24. Adolescentes não-encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Masculino N=979 Média (DP)	Feminino N=1093 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,6 (2,2)	7,7 (2,3)	6,415	0,266	0,00	
Competência Social	6,7 (1,5)	6,5 (1,4)	7,691	0,006	0,00	M>F
Desempenho Escolar	1,3 (0,4)	1,4 (0,4)	9,891	0,002	0,03	F>M
Total de Competências	15,6 (3,0)	15,6 (3,1)	27,87	0,967	0,01	

Notas: F = Feminino e M = Masculino.

Efeito de sexo foi encontrado para duas escalas de competências: Competência Social, para a qual os meninos atingiram escores mais elevados que as meninas (ES < 1%), e Desempenho Escolar, para a qual as meninas atingiram escores mais elevados que os meninos (ES = 3%). Não foi encontrada diferença para a escala Competência em Atividades e para a soma de escalas Total de Competências, o que evidencia que, no geral, meninos e meninas não-encaminhados atingem resultados semelhantes na avaliação de competências feita pelo YSR.

5.7.1.2 Diferenças por Faixa Etária

5.7.1.2.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Com o objetivo de testar o efeito de idade (11 a 14 x 15 a 18 anos) nas 19 escalas de problemas e na escala de Aspecto Positivo, quatro MANOVAS (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVA (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizadas. Os adolescentes da amostra não encaminhada para serviços de saúde mental foram separados em dois grupos etários: mais novos (11 a 14 anos) e mais velhos (15 a 18 anos). Os resultados dos testes podem ser observados na Tabela 25.

Tabela 25. Adolescentes não-encaminhados: efeito de faixa etária nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Mais novos N=1627 Média (DP)	Mais velhos N=1209 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	7,4 (4,4)	7,7 (4,2)	2,40	0,121	0,00	
Retraimento/Depressão	3,6 (2,6)	4,0 (2,8)	17,84	0,000	0,01	N<V
Queixas Somáticas	3,5 (3,1)	3,4 (2,8)	0,55	0,458	0,00	
Problemas de Sociabilidade	4,4 (3,2)	4,7 (3,0)	5,36	0,021	0,00	
Problemas com o Pensamento	4,2 (3,5)	4,9 (3,7)	27,41	0,000	0,01	N<V
Problemas de Atenção	5,6 (3,1)	6,2 (3,1)	27,33	0,000	0,01	N<V
Violação de Regras	4,1 (3,4)	5,2 (3,5)	62,93	0,000	0,02	N<V
Comportamento Agressivo	8,6 (5,2)	9,4 (5,3)	18,12	0,000	0,01	N<V
Escala de Internalização	14,6 (8,3)	15,2 (8,0)	3,76	0,053	0,00	
Escala de Externalização	12,6 (8,0)	14,5 (7,9)	40,01	0,000	0,01	N<V
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	47,0 (23,0)	51,5 (21,5)	27,64	0,000	0,01	N<V
Problemas Afetivos	5,1 (3,8)	5,5 (3,8)	8,31	0,004	0,00	N<V
Problemas de Ansiedade	4,1 (2,3)	4,4 (2,2)	10,36	0,001	0,00	N<V
Problemas Somáticos	1,8 (2,1)	1,7 (1,9)	2,08	0,149	0,00	
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5,0 (2,8)	5,3 (2,8)	10,24	0,001	0,00	N<V
Problemas de Oposição e Desafio	3,2 (2,1)	3,7 (2,1)	30,32	0,000	0,01	N<V
Problemas de Conduta	3,9 (3,6)	4,2 (3,6)	4,21	0,040	0,00	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	4,7 (2,8)	5,2 (3,0)	24,17	0,000	0,01	N<V
Problemas de Estresse Pós-Traumático	9,1 (4,4)	9,6 (4,4)	10,87	0,001	0,00	N<V
Aspectos Positivos	21,4 (4,4)	21,6 (4,0)	3,02	0,083	0,00	

Nota: N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos).

Observando os resultados expressos na Tabela 25, é possível notar que em 13 das 19 escalas de problemas os adolescentes mais velhos reportaram mais problemas de comportamento que os mais novos. Dentre as escalas para as quais foi encontrada diferença em função da faixa etária, merece destaque a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, que oferece a pontuação da soma de todos os itens de problemas do instrumento, para a qual os adolescentes mais velhos atingiram escores mais elevados. O tamanho do efeito foi pequeno para a variável faixa etária, com valores entre 1 e 2%. Nas demais escalas, incluindo a escala Aspectos Positivos, não houve diferença significativa em função da faixa etária do participante.

Apesar dos adolescentes mais velhos reportarem mais problemas que os mais novos, os todos os resultados obtidos estão dentro da faixa normal do grupo 3 (Achenbach & Rescorla, 2007) para adolescentes não-encaminhados para serviços de saúde mental.

5.7.1.2.2 Escalas de Competências

O efeito de faixa etária nas quatro escalas de competências foi testado através de uma MANOVA (três escalas individuais de competências) e uma ANOVA (Total de Competências). Os escores médios e desvios padrão obtidos pelos adolescentes mais novos (11 a 14 anos) e mais velhos (15 a 18 anos) não-encaminhados para serviços de saúde mental nas escalas e os resultados dos testes realizados para verificar as diferenças entre os resultados obtidos em função da faixa etária são apresentados na Tabela 26.

Tabela 26. Adolescentes não-encaminhados: efeito de faixa etária nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Mais novos N=1627 Média (DP)	Mais velhos N=1209 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,9 (2,1)	7,3 (2,4)	32,03	0,000	0,02	N<V
Competência Social	6,6 (1,4)	6,5 (1,5)	0,38	0,536	0,00	
Desempenho Escolar	1,4 (0,4)	1,3 (0,4)	25,92	0,000	0,01	N<V
Total de Competências	15,9 (2,9)	15,2 (3,1)	27,87	0,000	0,01	N>V

Nota: N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos).

Analisando os escores obtidos nas escalas de competências, nota-se um pequeno efeito de faixa etária, sendo que os mais novos obtiveram melhores resultados que os mais velhos, inclusive para a soma de escalas Total de Competências (ES = 1%). Apenas para a escala Competência Social não foi encontrada diferença entre os dois grupos.

5.7.1.3 Diferenças por Região do País

5.7.1.3.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Os participantes do presente estudo são provenientes de 11 cidades brasileiras, englobando quatro das cinco regiões do país. Para avaliar o efeito da região onde o participante morava nos escores obtidos nas 19 escalas de problemas e na escala Aspectos Positivos, quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizadas utilizando os escores das escalas de problemas de comportamento e aspectos positivos como variáveis dependentes. A Tabela 27 apresenta os resultados obtidos pelos jovens das quatro regiões.

Tabela 27. Adolescentes não-encaminhados: efeito da região do país nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Sudeste (N=1069) Média (DP)	Sul (N=749) Média (DP)	Centro-Oeste (N=646) Média (DP)	Nordeste (N=372) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	7,5 (3,9)	6,9 (4,4)	8,1 (4,5)	7,2 (3,7)	6,97	0,000	0,01	CO > S e NE
Retraimento/Depressão	3,4 (2,5)	3,6 (2,7)	3,8 (2,6)	4,1 (2,7)	6,54	0,000	0,01	CO e NE > SE e NE > S
Queixas Somáticas	3,2 (2,8)	3,5 (3,0)	3,8 (3,2)	3,2 (2,7)	4,75	0,003	0,01	CO > SE
Problemas de Sociabilidade	6,6 (1,5)	6,5 (1,4)	6,5 (1,5)	6,6 (1,4)	1,63	0,181	0,00	
Problemas com o Pensamento	4,6 (3,5)	4,3 (3,7)	4,5 (3,5)	5,8 (3,0)	1,06	0,367	0,00	
Problemas de Atenção	6,0 (3,1)	5,7 (3,2)	5,9 (3,2)	5,8 (3,0)	0,97	0,408	0,00	
Violação de Regras	4,7 (3,6)	4,8 (3,8)	4,6 (3,5)	4,6 (3,3)	0,52	0,668	0,00	
Comportamento Agressivo	8,9 (5,3)	9,2 (5,7)	9,1 (5,4)	8,9 (4,7)	0,40	0,754	0,00	
Escala de Internalização	14,1 (7,4)	13,9 (8,3)	15,7 (8,6)	14,5 (7,3)	5,47	0,001	0,01	CO > S e SE
Escala de Externalização	13,6 (7,9)	14,0 (8,6)	13,7 (8,1)	13,4 (7,3)	0,44	0,727	0,00	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	48,5 (21,2)	47,8 (23,2)	50,2 (23,1)	48,9 (20,0)	1,08	0,359	0,00	
Problemas Afetivos	4,9 (3,5)	5,1 (3,8)	5,4 (3,8)	5,1 (3,5)	2,11	0,097	0,00	
Problemas de Ansiedade	4,3 (2,1)	3,8 (2,3)	4,5 (2,3)	4,3 (2,1)	8,40	0,000	0,01	CO > S, SE e NE
Problemas Somáticos	1,6 (1,9)	1,8 (2,1)	1,9 (2,1)	1,6 (1,8)	3,29	0,020	0,00	
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5,3 (2,8)	5,1 (2,9)	5,2 (2,9)	5,2 (2,7)	0,29	0,834	0,00	
Problemas de Oposição e Desafio	3,5 (2,2)	3,5 (2,2)	3,5 (2,2)	3,2 (1,8)	1,93	0,123	0,00	
Problemas de Conduta	4,0 (3,5)	4,5 (4,0)	3,9 (3,5)	3,8 (3,4)	3,04	0,028	0,00	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	5,0 (2,8)	4,7 (3,0)	5,2 (2,9)	5,0 (2,6)	2,73	0,043	0,00	
Problemas de Estresse Pós-Traumático	9,2 (4,1)	8,9 (4,6)	9,7 (4,7)	9,4 (3,9)	2,92	0,033	0,00	
Aspectos Positivos	21,9 (3,8)	20,9 (4,6)	22,0 (4,1)	22,2 (4,1)	10,42	0,000	0,01	SE, CO e NE > S

Nota: CO = Centro-Oeste, NE = Nordeste, S = Sul e SE = Sudeste.

A região do participante exerceu um pequeno efeito no escore de cinco das 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais, sendo todas estas relacionadas com problemas internalizantes. Os adolescentes do Centro-Oeste reportaram mais problemas de Ansiedade/Depressão que os do Sul e Nordeste (ES = 1%) e mais problemas de Retraimento/Depressão e Queixas Somáticas que os do Sudeste (ES = 1%). Com isso, eles atingiram escores mais elevados na Escala de Internalização (ES = 1%). Os adolescente do Nordeste também reportaram mais problemas nas escalas de Retraimento/Depressão que os do Sul e Sudeste (1%). Por fim, os adolescentes do Centro-Oeste atingiram escores mais elevados para Problemas de Ansiedade que os das demais regiões (ES = 1%). Para a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, que engloba todos os itens de problemas avaliados pelo questionário, não foi encontrada diferença entre as respostas dos adolescentes das diferentes regiões do Brasil. Além disso, para a escala Aspectos Positivos, os adolescentes da região Sul reportaram menos itens socialmente desejáveis que os dos demais estados, atingindo, dessa forma, o pior resultado (ES = 1%).

Todos os resultados obtidos estão dentro da faixa esperada para adolescentes da população geral do grupo 3, estabelecido por Achenbach e Rescorla (2007b), do qual o Brasil faz parte segundo os resultados já apresentados no presente estudo.

5.7.1.3.2 Escalas de Competências

A Tabela 28 apresenta os resultados dos testes realizados para verificar o efeito de região nas escalas de competências do YSR.

Tabela 28. Adolescentes não-encaminhados: efeito da região do país nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Sudeste (N=1069) Média (DP)	Sul (N=749) Média (DP)	Centro- Oeste (N=646) Média (DP)	Nordeste (N=372) Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,7 (2,3)	7,3 (2,4)	7,7 (2,3)	7,9 (2,1)	5,28	0,001	0,01	SE, CO e NE > S
Competência Social	6,6 (1,5)	6,5 (1,5)	6,5 (1,5)	6,6 (1,4)	1,09	0,353	0,00	
Desempenho Escolar	1,3 (0,4)	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	11,38	0,000	0,02	S, CO e NE > SE
Total de Competências	15,7 (3,0)	15,2 (3,1)	15,7 (3,0)	16,0 (3,0)	4,08	0,007	0,01	NE > S

Nota: CO = Centro-Oeste, NE = Nordeste, S = Sul e SE = Sudeste.

Efeito de região do país foi encontrado para três das quatro escalas de competências. Apenas a escala Competência Social não parece ser afetada por essa variável. Os adolescentes do Sul atingiram escores mais baixos do que os demais para Competência em Atividades (ES = 1%), enquanto que os do Sudeste obtiveram o pior resultado para Desempenho Escolar (ES = 2%). Na soma dos resultados de competências, os adolescentes do Nordeste atingiram resultados superiores aos do Sul (ES = 1%).

5.7.1.4 Diferenças por Tipo de Escola

5.7.1.4.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Para verificar se o tipo de escola (pública x particular) frequentada pelo adolescente exerce efeito sobre os problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos reportados no YSR, quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas

Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizados. Os resultados obtidos nos testes podem ser analisados na Tabela 29.

Tabela 29. Adolescentes não-encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Pública (N=961) Média (DP)	Particular (N=1176) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	7,6 (4,3)	7,3 (4,1)	3,752	0,053	0,002	
Retraimento/Depressão	4,0 (2,6)	3,3 (2,5)	43,668	0,000	0,020	Pub > Part
Queixas Somáticas	3,7 (3,2)	3,2 (2,7)	15,719	0,000	0,007	Pub > Part
Problemas de Sociabilidade	6,6 (1,5)	6,6 (1,4)	0,032	0,859	0,000	
Problemas com o Pensamento	4,4 (3,8)	4,6 (3,4)	2,127	0,145	0,001	
Problemas de Atenção	5,7 (3,2)	6,0 (3,1)	6,219	0,013	0,003	
Violação de Regras	4,8 (3,7)	4,6 (3,5)	2,266	0,132	0,001	
Comportamento Agressivo	9,2 (5,6)	8,9 (5,2)	1,705	0,192	0,001	
Escala de Internalização	15,3 (8,3)	13,7 (7,6)	21,647	0,000	0,010	Pub > Part
Escala de Externalização	14,0 (8,4)	13,4 (7,8)	2,357	0,125	0,001	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	49,7 (23,9)	48,0 (20,8)	2,924	0,087	0,001	
Problemas Afetivos	5,3 (3,8)	5,0 (3,5)	3,716	0,054	0,002	
Problemas de Ansiedade	4,3 (2,3)	4,2 (2,2)	2,757	0,097	0,001	
Problemas Somáticos	1,9 (2,2)	1,6 (1,8)	14,177	0,000	0,007	Pub > Part
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5,0 (2,8)	5,4 (2,8)	13,131	0,000	0,006	Part > Pub
Problemas de Oposição e Desafio	3,4 (2,2)	3,5 (2,1)	0,319	0,573	0,000	
Problemas de Conduta	4,1 (3,8)	4,1 (3,5)	0,353	0,553	0,000	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	4,9 (2,9)	5,0 (2,8)	0,109	0,741	0,000	
Problemas de Estresse Pós- Traumático	9,5 (4,6)	9,1 (4,1)	3,851	0,050	0,002	
Aspectos Positivos	21,3 (4,4)	22,1 (3,8)	19,076	0,000	0,009	Part > Pub

Nota: Pub = Pública e Part = Particular.

Efeito da variável tipo de escola foi encontrado para cinco das 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR. Dentre essa, os adolescentes que frequentavam escolas públicas atingiram escores mais elevados em quatro: Retraimento/Depressão (ES = 2%), Queixas Somáticas (ES = 1%), Escala de Internalização (ES = 1%) e Problemas Somáticos (ES = 1%). Para a escala Problemas de Déficit de Atenção e

Hiperatividade, os adolescentes que frequentavam escolas particulares reportaram mais problemas e, portanto, atingiram escores mais elevados ($ES = 1\%$). É importante notar que, apesar dos jovens das escolas públicas atingirem escores mais elevados em algumas escalas, o resultado obtido na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais não foi diferente dos resultados obtidos pelos jovens das escolas particulares do ponto de vista estatístico.

Com relação aos Aspectos Positivos, os adolescentes das escolas particulares reportaram mais comportamentos socialmente desejáveis e, dessa forma, atingiram melhores resultados ($ES = 1\%$).

5.7.1.4.2 Escalas de Competência

Análises de variância também foram realizadas para estudar o efeito do tipo de escola nos escores obtidos pelos adolescentes nas escalas de competências. Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 30.

Tabela 30. Adolescentes não-encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Pública N=918 Média (DP)	Particular N=1153 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,6 (2,4)	7,7 (2,1)	1,046	0,306	0,001	Part > Pub
Competência Social	6,6 (1,5)	6,6 (1,4)	0,041	0,839	0,000	
Desempenho Escolar	1,3 (0,4)	1,5 (0,4)	90,358	0,000	0,042	
Total de Competências	15,4 (3,2)	15,7 (2,9)	4,804	0,029	0,002	

Nota: Pub = Pública e Part = Particular.

Com relação as escalas de competências, efeito da variável tipo de escola foi encontrado apenas para a escala Desempenho Escolar, na qual os adolescentes de escolas particulares reportaram resultados superiores aos de escolas públicas (ES = 4%). Os resultados obtidos na escala Total de Competências foram semelhantes para os dois grupos.

5.7.1.5 Diferenças por Nível Socioeconômico

5.7.1.5.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Com o objetivo de verificar o efeito do nível socioeconômico do adolescente nas respostas dadas ao YSR, quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizadas. Os resultados obtidos pelos adolescentes dos quatro níveis sociais avaliados (alto, médio-alto, médio e baixo) em termos de média e desvio-padrão, e os resultados dos testes estatísticos são apresentados na Tabela 31.

Tabela 31. Adolescentes não-encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Alto N=480 Média (DP)	Médio-Alto N=1032 Média (DP)	Médio N=426 Média (DP)	Baixo N=67 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	7,0 (4,0)	7,5 (4,2)	7,9 (4,4)	8,2 (4,0)	4,651	0,003	0,007	M e B > A
Retraimento/Depressão	3,1 (2,5)	3,6 (2,5)	4,2 (2,7)	3,9 (2,6)	14,914	0,000	0,022	M > A e MA
Queixas Somáticas	3,2 (2,8)	3,3 (2,8)	3,9 (3,4)	4,1 (2,9)	5,502	0,001	0,008	M e B > A e MA
Problemas de Sociabilidade	6,8 (1,4)	6,5 (1,4)	6,5 (1,5)	6,4 (1,5)	3,401	0,017	0,005	
Problemas com o Pensamento	4,7 (3,7)	4,5 (3,5)	4,3 (3,6)	4,9 (4,4)	1,140	0,332	0,002	
Problemas de Atenção	6,0 (3,2)	5,8 (3,1)	6,0 (3,2)	5,5 (3,2)	0,849	0,467	0,001	
Violação de Regras	4,9 (3,8)	4,7 (3,5)	4,5 (3,7)	5,2 (3,2)	1,158	0,324	0,002	
Comportamento Agressivo	8,9 (5,5)	9,1 (5,4)	9,0 (5,5)	9,3 (5,3)	0,186	0,906	0,000	
Escala de Internalização	13,3 (7,5)	13,4 (7,8)	16,1 (8,5)	16,1 (8,1)	10,115	0,000	0,015	M e B > A e MA
Escala de Externalização	13,8 (8,4)	13,8 (7,9)	13,5 (8,5)	14,5 (7,6)	0,298	0,827	0,000	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	47,8 (21,7)	48,7 (21,8)	50,5 (24,6)	51,1 (24,3)	1,372	0,250	0,002	
Problemas Afetivos	4,9 (3,5)	5,1 (3,6)	5,5 (3,9)	5,5 (4,0)	2,668	0,046	0,004	
Problemas de Ansiedade	4,0 (2,2)	4,2 (2,2)	4,5 (2,3)	4,6 (2,3)	4,342	0,005	0,006	M e B > A
Problemas Somáticos	1,6 (2,0)	1,7 (1,9)	2,0 (2,3)	2,1 (2,1)	4,838	0,002	0,007	M e B > A e MA
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	5,4 (2,9)	5,1 (2,8)	5,2 (2,8)	4,6 (2,7)	2,203	0,086	0,003	
Problemas de Oposição e Desafio	3,5 (2,2)	3,5 (2,1)	3,4 (2,2)	3,4 (2,4)	0,607	0,611	0,001	
Problemas de Conduta	4,3 (3,9)	4,1 (3,7)	3,9 (3,9)	4,3 (3,1)	1,037	0,375	0,002	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	4,9 (2,8)	4,9 (2,9)	5,0 (2,9)	5,0 (3,1)	0,345	0,793	0,001	
Problemas de Estresse Pós-Traumático	8,9 (4,2)	9,3 (4,4)	9,7 (4,6)	9,9 (4,8)	3,035	0,028	0,005	
Aspectos Positivos	22,0 (3,8)	21,6 (4,3)	21,5 (4,2)	21,8 (4,2)	1,497	0,213	0,002	

Nota: A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2), M = Médio (C1 e C2) e B = Baixo (D e E).

Pequeno efeito de nível socioeconômico foi identificado para seis das 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais. Os jovens do nível médio e baixo atingiram escores mais elevados que os do médio-alto e alto para Queixas Somáticas (ES = 1%), Escala de Internalização (ES = 2%) e Problemas Somáticos (ES = 1%). Além disso, eles atingiram escores mais elevados que os do nível alto para Ansiedade/Depressão (ES = 1%) e Problemas de Ansiedade (ES = 1%). Por fim, os jovens do nível médio reportaram mais problemas relacionados com Retraimento/Depressão que os jovens do nível médio-alto e alto (ES = 2%). É interessante notar que todas as escalas para a qual foi encontrado efeito significativo de nível socioeconômico avaliam problemas internalizantes. Não foi encontrada diferença significativa para a Escala de Externalização, ou para a Total de Problemas Emocionais/Comportamentais.

Apesar das pequenas diferenças encontradas, os resultados dos adolescentes não-encaminhados dos diferentes níveis socioeconômicos encontram-se dentro da faixa esperada para adolescentes da população geral do grupo 3 estabelecido por Achenbach e Rescorla (2007), do qual o presente estudo indicou que o Brasil faz parte.

5.7.1.5.2 Escalas de Competências

Para verificar o efeito de nível socioeconômico nas escalas de competências do YSR, uma MANOVA (três escalas de competências) e uma ANOVA (Escala Total de Competência) foram realizadas. A Tabela 32, a seguir, apresenta os resultados encontrados.

Tabela 32. Adolescentes não-encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Alto N=468 Média (DP)	Médio-Alto N=999 Média (DP)	Médio N=406 Média (DP)	Baixo N=66 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,7 (2,2)	7,6 (2,3)	7,7 (2,4)	7,8 (2,5)	0,273	0,845	0,000	
Competência Social	6,8 (1,4)	6,5 (1,6)	6,5 (1,4)	6,4 (1,5)	3,515	0,015	0,005	
Desempenho Escolar	1,4 (0,4)	1,4 (0,4)	1,3 (0,4)	1,2 (0,5)	14,044	0,000	0,021	A e MA > M e B
Total de Competências	15,9 (2,9)	15,5 (2,9)	15,5 (3,3)	15,4 (3,2)	1,690	0,167	0,003	

Nota: A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2), M = Médio (C1 e C2) e B = Baixo (D e E).

Efeito de nível socioeconômico foi encontrado apenas para a escala Desempenho Escolar (ES = 2%), para a qual os adolescentes do nível alto e médio-alto atingiram resultados superiores aos dos adolescentes do nível médio e baixo. Com relação as demais escalas de competências, nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada, inclusive no que se refere aos escores obtidos na escala Total de Competências, indicando que, no geral, os adolescentes brasileiros da população não-encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental reportam níveis de competências semelhantes, independentemente do nível socioeconômico ao qual pertencem.

5.7.2 Análises realizadas com a amostra de adolescentes Encaminhados

5.7.2.1 Diferenças por Sexo

5.7.2.1.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

A comparação dos escores dos adolescentes do sexo masculino e feminino encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental foi realizada seguindo o mesmo procedimento da amostra não-encaminhada. Os resultados obtidos podem ser

observados na Tabela 33. Adolescentes encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Tabela 33. Adolescentes encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Masculino (N=281) Média (DP)	Feminino (N=259) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	7,5 (4,4)	10,9 (4,8)	67,36	0,000	0,12	F>M
Retraimento/Depressão	4,6 (3,0)	5,2 (3,4)	3,19	0,075	0,01	
Queixas Somáticas	3,8 (3,2)	5,6 (3,7)	34,08	0,000	0,06	F>M
Problemas de Sociabilidade	6,3 (2,1)	6,4 (2,1)	0,37	0,541	0,00	
Problemas com o Pensamento	5,2 (3,8)	6,6 (4,6)	13,54	0,000	0,03	F>M
Problemas de Atenção	7,2 (3,6)	7,4 (3,6)	0,33	0,569	0,00	
Violação de Regras	6,4 (4,2)	5,5 (4,1)	6,21	0,013	0,01	
Comportamento Agressivo	11,0 (6,0)	11,6 (6,5)	1,23	0,269	0,00	
Escala de Internalização	16,3 (9,1)	21,7 (9,5)	46,48	0,000	0,08	F>M
Escala de Externalização	17,6 (9,5)	16,8 (9,7)	0,86	0,355	0,00	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	58,4 (26,0)	65,5 (26,7)	9,86	0,002	0,02	F>M
Problemas Afetivos	6,2 (4,0)	8,5 (4,9)	34,32	0,000	0,06	F>M
Problemas de Ansiedade	4,3 (2,3)	5,6 (2,2)	48,43	0,000	0,08	F>M
Problemas Somáticos	1,9 (2,3)	3,1 (2,7)	30,33	0,000	0,05	F>M
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6,1 (3,1)	6,3 (3,2)	0,55	0,458	0,00	
Problemas de Oposição e Desafio	4,3 (2,3)	4,3 (2,3)	0,03	0,872	0,00	
Problemas de Conduta	6,3 (4,8)	4,9 (4,4)	12,07	0,001	0,02	M>F
Problemas Obsessivo-Compulsivos	5,3 (3,2)	6,3 (3,1)	12,78	0,000	0,02	F>M
Problemas de Estresse Pós-Traumático	10,3 (4,9)	12,3 (4,6)	24,17	0,000	0,04	F>M
Aspectos Positivos	20,4(4,5)	21,4 (4,3)	9,51	0,002	0,02	F>M

Notas: F = Feminino e M = Masculino.

Para essa amostra, efeitos significativos de sexo foram identificados para 11 das 19 escalas de problemas de comportamento analisadas. Em todas estas as meninas atingiram escores mais elevados que os meninos, exceto para Problemas de Conduta, na qual os meninos apontaram mais problemas que as meninas (ES = 2%). Dessa forma, as

adolescentes do sexo feminino reportaram mais dificuldades que os do sexo masculino em diversas áreas, o que implicou, inclusive, em um escore mais elevado na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais (ES = 2%). Com relação a escala Aspectos Positivos, as meninas reportaram mais comportamentos socialmente desejáveis, e, com isso, obtiveram escores mais elevados (ES = 2%).

Uma comparação dos resultados obtidos pelos adolescentes encaminhados e não-encaminhados na análise dos efeitos de sexo nos escores evidencia a razão da interação entre as variáveis grupo (encaminhados x não-encaminhados) e sexo (masculino x feminino) não ter sido significativa ($F(1, 1076) = 0,197$; $p = 0,657$; $\eta^2 < 0,001$). O padrão de diferença por sexo é o mesmo em ambas as amostras, com as meninas apontando, no geral, mais problemas de comportamento que os meninos e, também, mais comportamentos socialmente desejáveis, agrupados na escala Aspectos Positivos.

5.7.2.1.2 Escalas de Competência

Com o objetivo de verificar o efeito de sexo nas escalas de competências para os adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental, os escores obtidos foram analisados em uma MANOVA (três escalas de competências) e uma ANOVA (Escala Total de Competências). Os resultados são apresentados na Tabela 34.

Tabela 34. Adolescentes encaminhados: diferenças por sexo nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Masculino N=202 Média (DP)	Feminino N=174 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,5 (2,5)	7,6 (2,2)	0,229	0,632	0,001	F > M
Competência Social	6,2 (1,6)	6,2 (1,8)	0,009	0,924	0,000	
Desempenho Escolar	1,2 (0,5)	1,3 (0,4)	7,627	0,006	0,020	
Total de Competências	14,9 (3,4)	15,2 (3,1)	0,629	0,428	0,002	

Notas: F = Feminino e M = Masculino.

Efeito de sexo nas escalas de competências foi encontrado apenas para Desempenho Escolar, sendo que as meninas obtiveram escores mais elevados que os meninos (ES = 2%), com também foi encontrado para a amostra não-encaminhada. A diferença no escore Total de Competências não foi estatisticamente significativa, evidenciando que, na soma das competências avaliadas pelo instrumento, meninos e meninas encaminhadas apresentam resultados semelhantes.

5.7.2.2 Diferenças por Faixa Etária

5.7.2.2.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Com o objetivo de testar o efeito de idade nas 19 escalas de problemas e na escala de Aspecto Positivo, quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizadas. Os adolescentes da amostra encaminhada para serviços de saúde mental foram separados em dois grupos

etários: mais novos (11 a 14 anos) e mais velhos (15 a 18 anos). Os resultados dos testes podem ser observados na Tabela 35.

Tabela 35. Adolescentes encaminhados: diferenças por faixa etária nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Mais novos N=319 Média (DP)	Mais velhos N=221 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	9,0 (4,8)	9,4 (4,9)	1,173	0,279	0,002	V > N
Retraimento/Depressão	4,6 (3,1)	5,4 (3,3)	7,802	0,005	0,015	
Queixas Somáticas	4,5 (3,4)	4,8 (3,7)	0,443	0,506	0,001	
Problemas de Sociabilidade	6,4 (2,1)	6,2 (2,1)	1,495	0,222	0,003	
Problemas com o Pensamento	5,8 (4,3)	6,1 (4,1)	0,653	0,419	0,001	V > N
Problemas de Atenção	7,2 (3,7)	7,5 (3,5)	0,997	0,319	0,002	
Violação de Regras	5,5 (4,2)	6,7 (4,1)	10,786	0,001	0,021	
Comportamento Agressivo	11,3 (6,6)	11,2 (5,8)	0,049	0,826	0,000	
Escala de Internalização	18,1 (9,4)	20,0 (10,0)	3,76	0,053	0,000	V > N
Escala de Externalização	16,7 (10,0)	18,0 (9,0)	40,01	0,000	0,010	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	60,3 (27,4)	64,1 (25,2)	2,657	0,104	0,000	
Problemas Afetivos	6,9 (4,4)	7,9 (4,8)	6,038	0,014	0,011	
Problemas de Ansiedade	4,8 (2,3)	5,1 (2,3)	1,808	0,179	0,003	V > N
Problemas Somáticos	2,4 (2,4)	2,6 (2,8)	0,746	0,388	0,001	
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6,3 (3,2)	6,1 (3,1)	0,278	0,598	0,001	
Problemas de Oposição e Desafio	4,2 (2,4)	4,4 (2,3)	1,189	0,276	0,002	
Problemas de Conduta	5,6 (5,0)	5,6 (4,2)	0,011	0,917	0,000	V > N
Problemas Obsessivo-Compulsivos	5,4 (3,1)	6,2 (3,3)	8,397	0,004	0,015	
Problemas de Estresse Pós-Traumático	11,0 (4,7)	11,8 (4,9)	3,795	0,052	0,007	
Aspectos Positivos	21,0 (4,4)	20,9 (4,4)	0,014	0,907	0,000	

Nota: N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos).

Efeito de faixa etária foi encontrado para quatro das 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais: Retraimento/Depressão (ES = 2%), Violação de Regras (ES = 2%), Escala de Externalização (ES = 1%) e Problemas Obsessivo-Compulsivos (ES = 2%). Para todas elas o escore obtido pelos adolescentes mais velhos foram maiores do que o dos mais novos, evidenciando que eles reportam mais comportamentos problemáticos nessas áreas.

Para a escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e para a escala Aspectos Positivos não foi encontrada diferença estatisticamente significativa nas respostas dos adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nos dois grupos etários analisados.

É interessante notar que na amostra não-encaminhada, os adolescentes mais novos atingiram escores mais elevados para 13 das 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais analisadas, incluindo as quatro escalas nas quais os adolescentes mais velhos da amostra encaminhada atingiram escores mais elevados, o que pode evidenciar que adolescentes mais velhos que apresentam mais problemas nessas áreas são encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental.

5.7.2.2.2 Escalas de Competências

O efeito da faixa etária também foi estudado para as escalas de competência através de análises de variância. Os resultados encontrados são apresentados na Tabela 36.

Tabela 36. Adolescentes encaminhados: diferenças por faixa etária nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Mais novos N=225 Média (DP)	Mais velhos N=151 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	8,0 (2,3)	7,0 (2,4)	16,683	0,000	0,043	N>V
Competência Social	6,3 (1,7)	6,2 (1,7)	0,461	0,498	0,001	
Desempenho Escolar	1,3 (0,5)	1,2 (0,5)	6,978	0,009	0,018	N>V
Total de Competências	15,6 (3,1)	14,3 (3,5)	13,507	0,000	0,035	N>V

Nota: N = mais novos (11 a 14 anos) e V = mais velhos (15 a 18 anos).

Na Tabela 36 é possível observar que um pequeno efeito de faixa etária foi encontrado para três das quatro escalas de competências estudadas: Competência em Atividades (ES = 4%), Desempenho Escolar (ES = 2%) e Total de Competências (ES = 4%). Nessas escalas, os adolescentes mais novos atingiram escores mais elevados que os mais velhos. Para a escala Competência Social, os adolescentes dos dois grupos etários apontaram resultados semelhantes, não sendo identificada diferença estatística entre eles.

5.7.2.3 Diferenças por Região do País

5.7.2.3.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizadas para verificar o efeito de região do país (sudeste, sul, centro-oeste e nordeste) nos resultados obtidos pelos adolescentes nas 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais e na escala Aspectos Positivos. Os resultados dos testes realizados e as médias e desvio padrão obtidos pelos adolescentes das diferentes regiões em cada uma das escalas são apresentados na Tabela 37.

Tabela 37. Adolescentes encaminhados: diferenças por região do país nos escores obtidos nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Sudeste (N=240) Média (DP)	Sul (N=186) Média (DP)	Centro-Oeste (N=96) Média (DP)	Nordeste (N=18) Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	9,3 (5,0)	9,2 (4,8)	9,0 (5,0)	7,5 (3,1)	0,754	0,520	0,005	
Retraimento/Depressão	5,0 (3,2)	4,8 (3,3)	4,9 (3,2)	5,0 (2,9)	0,126	0,945	0,001	
Queixas Somáticas	4,4 (3,5)	4,8 (3,5)	5,2 (3,8)	3,4 (2,6)	1,935	0,123	0,012	
Problemas de Sociabilidade	6,5 (2,1)	6,1 (2,0)	6,1 (2,2)	7,0 (1,7)	1,845	0,138	0,011	
Problemas com o Pensamento	6,0 (4,3)	5,9 (4,2)	5,6 (4,3)	5,8 (2,9)	0,292	0,831	0,002	
Problemas de Atenção	7,3 (3,5)	7,6 (3,7)	6,8 (3,7)	6,9 (3,3)	1,001	0,392	0,006	
Violação de Regras	5,7 (3,9)	6,4 (4,4)	5,8 (4,6)	5,7 (2,4)	0,965	0,409	0,006	
Comportamento Agressivo	11,1 (6,4)	11,9 (6,2)	10,8 (6,3)	9,2 (4,9)	1,510	0,211	0,009	
Escala de Internalização	18,6 (9,7)	18,8 (9,5)	19,1 (10,3)	15,9 (6,2)	0,543	0,653	0,003	
Escala de Externalização	16,8 (9,2)	18,3 (9,9)	16,6 (10,1)	14,9 (6,1)	1,407	0,240	0,008	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	61,1 (26,2)	63,3 (25,7)	60,1 (28,9)	54,6 (16)	0,762	0,516	0,005	
Problemas Afetivos	7,2 (4,6)	7,4 (4,5)	7,3 (4,7)	6,6 (3,0)	0,179	0,911	0,001	
Problemas de Ansiedade	5,0 (2,5)	4,8 (2,2)	4,9 (2,4)	4,1 (1,8)	0,899	0,441	0,005	
Problemas Somáticos	2,2 (2,5)	2,5 (2,5)	2,9 (2,7)	1,5 (1,9)	2,728	0,043	0,016	
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6,1 (3,0)	6,6 (3,2)	5,8 (3,4)	5,8 (2,9)	1,502	0,213	0,009	
Problemas de Oposição e Desafio	4,3 (2,4)	4,6 (2,3)	4,0 (2,2)	3,6 (1,8)	1,626	0,182	0,010	
Problemas de Conduta	5,5 (4,5)	6,0 (4,8)	5,6 (5,2)	5,1 (2,8)	0,482	0,695	0,003	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	5,7 (3,2)	5,7 (3,2)	5,7 (3,1)	5,6 (2,8)	0,005	1,000	0,000	
Problemas de Estresse Pós-Traumático	11,3 (5,0)	11,5 (4,5)	10,9 (5,2)	9,8 (3,8)	0,810	0,489	0,005	
Aspectos Positivos	21,0 (4,6)	21,4 (4,0)	20,8 (4,0)	21,8 (3,1)	0,546	0,651	0,003	

Nota: CO = Centro-Oeste, NE = Nordeste, S = Sul e SE = Sudeste.

Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada na comparação dos resultados obtidos nas 19 escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR pelos adolescentes das diferentes regiões do país encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental. A inspeção visual dos dados apresentados na Tabela 37 evidencia algumas diferenças para certas escalas, no entanto, tais diferenças não se mostraram significativas, possivelmente em função da diferença no tamanho da amostra em cada uma das regiões. Diferenças também não foram encontradas para a escala Aspectos Positivos, na qual os adolescentes das diferentes regiões do Brasil reportaram comportamentos socialmente desejáveis em quantidade/frequência semelhante.

5.7.2.3.2 Escalas de Competências

O efeito de região também foi estudado para as escalas de competência através de análises de variância. Os resultados obtidos nos testes, bem como a média e desvio-padrão obtidos pelos adolescentes de cada uma das regiões nas escalas de competências do YSR são apresentados na Tabela 38.

Tabela 38. Adolescentes encaminhados: diferenças por região do país nos escores obtidos nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Sudeste N=166 Média (DP)	Sul N=125 Média (DP)	Centro- Oeste N=71 Média (DP)	Nordeste N=14 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,7 (2,3)	7,5 (2,5)	7,3 (2,3)	8,4 (1,8)	1,217	0,303	0,010	
Competência Social	6,2 (1,7)	6,4 (1,6)	6,1 (1,9)	6,3 (1,3)	0,400	0,753	0,003	
Desempenho Escolar	1,2 (0,5)	1,3 (0,5)	1,3 (0,5)	1,2 (0,4)	0,593	0,620	0,005	
Total de Competências	15,1 (3,2)	15,1 (3,2)	14,7 (3,7)	15,9 (2,9)	0,619	0,603	0,005	

Nota: CO = Centro-Oeste, NE = Nordeste, S = Sul e SE = Sudeste.

Efeito significativo de região do país não foi encontrado para escalas de competências, o que mostra que os adolescentes das diferentes regiões do Brasil reportam competências em níveis semelhantes, tanto no que se refere à atividades, quanto à área social e o desempenho escolar.

5.7.2.4 *Diferenças por Tipo de Escola*

5.7.2.4.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

Com o objetivo de verificar se o tipo de escola (pública x particular) frequentada pelo adolescente exerce efeito sobre os problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos reportados no YSR, quatro MANOVAs (oito escalas-síndromes, duas somas de escala, seis escalas orientadas pelo DSM e duas escalas de 2007) e duas ANOVAs (Total de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos) foram realizadas. Os resultados obtidos nos testes podem ser analisados na Tabela 39.

O perfil comportamental dos adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental que frequentavam escolas públicas e particulares foi bastante semelhante. Efeito da variável tipo de escola foi encontrado apenas para a escala Retraimento/Depressão (ES = 1%), na qual os adolescentes da escola pública atingiram escores mais elevados que os da particular, e Problemas de Sociabilidade (ES = 5%), na qual os adolescentes de escolas particulares reportaram mais problemas que os de escolas públicas. Não foi encontrada diferença para a escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, ou para a escala Aspectos Positivos.

Tabela 39. Adolescentes encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Pública (N=219) Média (DP)	Particular (N=249) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	9,3 (4,9)	9,2 (4,8)	0,093	0,761	0,000	
Retraimento/Depressão	5,2 (3,3)	4,5 (3,1)	6,802	0,009	0,014	Pub > Part
Queixas Somáticas	4,9 (3,7)	4,6 (3,5)	0,835	0,361	0,002	
Problemas de Sociabilidade	5,9 (2,1)	6,8 (2,0)	22,726	0,000	0,047	Part > Pub
Problemas com o Pensamento	5,6 (4,3)	6,3 (4,3)	2,796	0,095	0,006	
Problemas de Atenção	7,3 (3,6)	7,2 (3,5)	0,074	0,786	0,000	
Violação de Regras	5,9 (4,1)	5,6 (4,0)	0,802	0,371	0,002	
Comportamento Agressivo	11,3 (6,3)	11 (6,2)	0,268	0,605	0,001	
Escala de Internalização	19,4 (9,9)	18,2 (9,4)	1,818	0,178	0,004	
Escala de Externalização	17,2 (9,4)	16,6 (9,3)	0,535	0,465	0,001	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	62,2 (27,4)	60,5 (25,5)	0,437	0,509	0,001	
Problemas Afetivos	7,4 (4,5)	7,1 (4,6)	0,692	0,406	0,001	
Problemas de Ansiedade	5 (2,4)	5 (2,3)	0,029	0,865	0,000	
Problemas Somáticos	2,6 (2,6)	2,4 (2,5)	0,574	0,449	0,001	
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6,2 (3,2)	6,2 (3,1)	0,072	0,788	0,000	
Problemas de Oposição e Desafio	4,3 (2,2)	4,3 (2,4)	0,042	0,837	0,000	
Problemas de Conduta	5,8 (4,6)	5,2 (4,5)	2,253	0,134	0,005	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	5,6 (3,2)	5,9 (3,2)	0,575	0,449	0,001	
Problemas de Estresse Pós-Traumático	11,4 (5,0)	11,2 (4,8)	0,183	0,669	0,000	
Aspectos Positivos	20,8 (4,6)	21,4 (4,0)	2,182	0,140	0,005	

Nota: Pub = Pública e Part = Particular.

5.7.2.4.2 Escalas de Competências

Análises de variância também foram aplicadas para verificar o efeito de tipo de escola nos escores obtidos pelos adolescentes encaminhados para serviços de saúde mental nas escalas de competências do YSR. Os resultados obtidos nos testes, bem como a média e desvio padrão atingidos pelos adolescentes nessas escalas são apresentados na Tabela 40.

Tabela 40. Adolescentes encaminhados: efeito do tipo de escola nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Pública N=154 Média (DP)	Particular N=198 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,3 (2,6)	7,8 (2,1)	3,288	0,071	0,009	
Competência Social	5,9 (1,7)	6,5 (1,6)	8,750	0,003	0,024	Part > Pub
Desempenho Escolar	1,2 (0,5)	1,3 (0,4)	5,556	0,019	0,016	
Total de Competências	14,5 (3,6)	15,6 (2,9)	10,308	0,001	0,029	Part > Pub

Nota: Pub = Pública e Part = Particular.

Como pode ser observado na Tabela 40, efeito de tipo de escola foi encontrado para duas escalas de competências: Competência Social e Total de Competências. Em ambas escalas os adolescentes que frequentavam escolas particulares reportaram mais competências que os que frequentavam escolas públicas, atingindo, dessa forma, melhores resultados.

5.7.2.5 Diferenças por Nível Socioeconômico

5.7.2.5.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais e Aspectos Positivos

O efeito do nível socioeconômico do adolescente (alto, médio-alto, médio e baixo) nas respostas dadas ao YSR foi calculado através de testes de variância. Os escores obtidos nas escalas, em termos de média e desvio-padrão, e os resultados dos testes estatísticos são apresentados na Tabela 41.

Tabela 41. Adolescentes encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de problemas emocionais/comportamentais e aspectos positivos do YSR.

Escalas	Alto (N=134) Média (DP)	Médio-Alto (N=115) Média (DP)	Médio (N=89) Média (DP)	Baixo (N=30) Média (DP)	F	P	η^2	Direção da Diferença
Ansiedade/Depressão	8,9 (4,5)	9,4 (5,2)	9,5 (4,8)	9,2 (4,1)	0,421	0,738	0,003	A e MA > B; A > M
Retraimento/Depressão	4,4 (3,0)	4,9 (3,4)	5,3 (3,0)	5,7 (3,2)	2,108	0,098	0,013	
Queixas Somáticas	4,6 (3,4)	4,7 (3,7)	4,7 (3,5)	4,7 (3,4)	0,046	0,987	0,000	
Problemas de Sociabilidade	6,8 (2,0)	6,4 (2,2)	5,9 (1,9)	5,2 (1,8)	6,012	0,001	0,037	
Problemas com o Pensamento	6,1 (4,4)	6,3 (4,6)	5,0 (3,4)	5,1 (2,7)	2,532	0,056	0,016	
Problemas de Atenção	7,3 (3,5)	7,4 (3,8)	6,9 (3,4)	8,4 (2,9)	1,340	0,261	0,008	
Violação de Regras	5,9 (4,2)	5,7 (4,1)	5,9 (4,1)	7,6 (4,3)	1,763	0,153	0,011	
Comportamento Agressivo	11,2 (5,9)	11,4 (6,8)	11,1 (5,7)	12,4 (5,5)	0,375	0,771	0,002	
Escala de Internalização	17,9 (8,6)	19,0 (10,6)	19,5 (9,0)	19,6 (8,2)	0,685	0,561	0,004	
Escala de Externalização	17,1 (9,2)	17,1 (10,0)	17,0 (8,6)	20,0 (8,8)	0,866	0,458	0,005	
Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais	60,3 (24,1)	62,4 (28,8)	61,2 (23,9)	65,2 (20,7)	0,360	0,782	0,002	
Problemas Afetivos	6,6 (4,2)	7,6 (4,9)	7,3 (4,2)	7,8 (4,0)	1,326	0,265	0,008	
Problemas de Ansiedade	5,0 (2,4)	4,9 (2,4)	5,0 (2,4)	4,6 (2,2)	0,336	0,799	0,002	
Problemas Somáticos	2,3 (2,4)	2,5 (2,7)	2,5 (2,5)	2,5 (2,5)	0,152	0,928	0,001	
Problemas de Déficit de Atenção e Hiperatividade	6,4 (3,1)	6,2 (3,3)	5,9 (2,9)	7,3 (3,0)	1,558	0,199	0,010	
Problemas de Oposição e Desafio	4,3 (2,2)	4,3 (2,4)	4,3 (2,2)	4,8 (2,0)	0,367	0,777	0,002	
Problemas de Conduta	5,3 (4,3)	5,6 (4,9)	5,8 (4,3)	6,9 (4,3)	0,970	0,407	0,006	
Problemas Obsessivo-Compulsivos	6,0 (3,1)	5,8 (3,4)	5,5 (3,0)	5,5 (2,5)	0,397	0,755	0,003	
Problemas de Estresse Pós-Traumático	11,2 (4,6)	11,2 (5,2)	11,6 (4,6)	11,8 (4,3)	0,256	0,857	0,002	
Aspectos Positivos	21,6 (3,6)	21,1 (4,6)	21,2 (4,5)	20,0 (4,3)	1,222	0,301	0,008	

Nota: A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2), M = Médio (C1 e C2) e B = Baixo (D e E).

Um pequeno efeito de nível socioeconômico foi encontrado apenas para a escala Problemas de Sociabilidade, na qual os adolescentes dos níveis alto e médio-alto atingiram escores mais elevados que os do nível baixo e os do nível alto também atingiram escores mais elevados que os do nível médio (ES = 4%). Para as demais escalas, não foi encontrada diferença entre os escores atingidos pelos adolescentes dos diversos níveis socioeconômicos estudados.

5.7.2.5.2 Escalas de Competências

Para verificar o efeito do nível socioeconômico do adolescente nas respostas dadas para a parte de competências do YSR, uma MANOVA (três escalas de competências) e uma ANOVA (escala Total de Competências) foram aplicadas. Os resultados obtidos podem ser observados na Tabela 42.

Tabela 42. Adolescentes encaminhados: efeito do nível socioeconômico nas escalas de competências do YSR.

Escalas	Alto N=105 Média (DP)	Médio-Alto N=170 Média (DP)	Médio N=62 Média (DP)	Baixo N=22 Média (DP)	F	p	η^2	Direção da Diferença
Competência em Atividades	7,6 (2,2)	7,6 (2,4)	7,7 (2,7)	7,2 (1,9)	0,228	0,877	0,002	
Competência Social	6,4 (1,6)	6,2 (1,8)	6,2 (1,6)	5,9 (1,7)	0,425	0,735	0,004	
Desempenho Escolar	1,3 (0,5)	1,3 (0,5)	1,2 (0,5)	1,0 (0,5)	4,012	0,008	0,033	A e MA > B
Total de Competências	15,3 (2,9)	15,1 (3,4)	15,2 (3,7)	14,1 (3)	0,711	0,546	0,006	

Nota: A = Alto (A1 e A2), MA = Médio-Alto (B1 e B2), M = Médio (C1 e C2) e B = Baixo (D e E).

Diferenças em função do nível socioeconômico foram identificadas para a escala Desempenho Escolar (ES = 3%), na qual os adolescentes dos níveis alto e médio-alto atingiram escores mais elevados que os adolescentes no nível baixo. Para as demais escalas, não foi encontrado efeito significativo de nível socioeconômico.

6 Discussão

Problemas de comportamento na infância e adolescência merecem atenção dos profissionais de saúde mental em função do impacto que podem trazer para o desenvolvimento do indivíduo (Mash & Hunsley, 2010). Sabe-se que a maioria dos transtornos dos adultos se originam na infância ou adolescência (Kessler et al., 2005). Ainda que se tenha conhecimento sobre a relevância psicológica e social do tema, são escassos os instrumentos que permitem uma avaliação rápida, econômica e precisa dos problemas enfrentados pelo público infanto-juvenil, principalmente no que se refere aos países em desenvolvimento, como o Brasil, nos quais há escassez de dados epidemiológicos que nos permitam uma compreensão globalizada das psicopatologias (Belfer, 2008).

O presente estudo teve como objetivo principal validar para a população brasileira o YSR, um dos instrumentos de avaliação de competências e problemas de comportamento com validade empírica bem estabelecida (Holmbeck et al., 2007). Dessa forma, pretendeu-se obter dados que permitam a ampliação das possibilidades de uso do YSR no país, e a precisão das avaliações feitas com tal instrumento. Além disso, pretendeu-se analisar os problemas emocionais/comportamentais reportados pelos jovens brasileiros em função do sexo, faixa etária, região do país, nível socioeconômico e tipo de escola frequentada. Assim, a discussão dos resultados desse estudo será dividida em dois tópicos, sendo o primeiro referente à validação do YSR e o segundo à análise das variáveis sociodemográficas.

6.1 Validação do YSR

6.1.1 Escalas de Problemas Emocionais/Comportamentais

Com base nos estudos anteriores de validação do YSR (Achenbach & Rescorla, 2001; Ivanova et al., 2007a), inicialmente a estrutura fatorial do instrumento foi testada, através de uma análise fatorial confirmatória, com o objetivo de obter evidências de validade baseadas na estrutura interna do instrumento. Os resultados encontrados foram bastante satisfatórios, com índices adequados de ajuste ao modelo de oito escalas-síndromes de problemas emocionais/comportamentais estabelecido por Achenbach e Edelbrock (1987) e apurado em estudos posteriores (Achenbach, 1991a; Achenbach & Rescorla, 2001). Na comparação com resultados obtidos em diversos outros países por Ivanova et al. (2007a), o índice RMSEA, escolhido como o principal índice de ajuste ao modelo na presente análise por ser o mais adequado para o método WLSMV, foi o menor encontrado até o presente momento, o que indica que o Brasil foi a sociedade para a qual o modelo fatorial do YSR se ajustou com maior adequação. As cargas fatoriais das escalas e dos itens, em sua maioria, alcançaram valores dentro do esperado no que se refere a critérios estatísticos (Hair et al., 2009), e dentro da faixa de variação encontrada por Ivanova et al. (2007a) para 23 outras sociedades. A partir de tais resultados, pode-se dizer que o modelo fatorial de oito escalas-síndromes do YSR convergiu para os dados brasileiros, ou seja, que tal modelo pode ser utilizado para avaliar adolescentes brasileiros.

Tal afirmação não implica que a estrutura fatorial testada seja a única possível, que todos os problemas de comportamento que podem ser apresentados pelos adolescentes brasileiros tenham sido abordados pelo inventário, ou, ainda, que as síndromes possuam o

mesmo peso no Brasil e em outras sociedades. Os resultados obtidos permitem apenas afirmar que os itens que avaliam problemas emocionais/comportamentais do YSR podem se agrupar da mesma forma que Achenbach e Rescorla (2001) encontraram para a população norte-americana e Ivanova et al. (2007a) confirmou para 23 outras sociedades. Esse resultado é muito importante, pois significa que além de poder avaliar os adolescentes brasileiros a partir dessa perspectiva, podemos comparar os escores obtidos nas oito escalas-síndromes do instrumento com os obtidos em estudos realizados que utilizaram o mesmo instrumento em diversas outras sociedades.

As correlações positivas encontradas entre os escores obtidos pelos adolescentes nas escalas de problemas emocionais/comportamentais também dão suporte à validade da estrutura interna do instrumento. A forte correlação entre as escalas Ansiedade/Depressão, Retraimento/Depressão e Queixas Somáticas, assim como entre Violação de Regras e Comportamentos Agressivo, é mais um indício da existência de padrões de problemas comportamentais de internalização e externalização, como já vem sendo reportado na literatura internacional há anos (Achenbach, 1966; Achenbach & Edelbrock, 1983; Krueger, 1999; Krueger & Markon, 2006).

A análise de fidedignidade das escalas de problemas emocionais/comportamentais da versão brasileira do YSR, realizada através do cálculo do coeficiente de *Cronbach*, apontou índices de consistência interna adequados, similares aos encontrados por Rescorla et al. (2007a) na análise dos resultados encontrados com o YSR em 24 outras sociedades, indicando que a organização da consistência interna do instrumento é semelhante em diversos países, incluindo o Brasil. Resultados semelhantes aos estudos internacionais, como de Achenbach e Rescorla (2001), também foram encontrados no que se refere ao padrão de

diferença entre os adolescentes encaminhados e não-encaminhados. Os índices de consistência interna foram superiores para a amostra encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental, o que pode ser explicado pela maior variância na pontuação dos itens nessa amostra. Tais resultados trazem mais evidências de validade do instrumento com base em sua estrutura interna.

Além de evidências de validade da estrutura interna do YSR, procurou-se aferir a capacidade das suas escalas e itens de discriminar entre os adolescentes encaminhados e não-encaminhados para serviços de saúde mental, de maneira a encontrar evidências de validade baseadas nas relações com outras variáveis. A hipótese de que os adolescentes encaminhados atingiriam escores mais elevados que os não-encaminhados nas escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR foi confirmada, com o tamanho do efeito variando de 2% a 11%. Os itens de problemas mostraram-se, em sua maioria, capazes de discriminar os adolescentes encaminhados dos não-encaminhados, visto que os primeiros obtiveram escores significativamente mais alto em 79 dos 105 itens apresentados. Em alguns itens é possível perceber que a porcentagem de adolescentes encaminhados que reportaram apresentar certo tipo de problema de comportamento não parece ser maior que a da população geral. Nesses casos, o dado dicotômico (0 = ausente x 1 = presente, independentemente da intensidade) utilizado para o cálculo da prevalência pode estar mascarando a intensidade do problema. Assim, mesmo que os adolescentes apresentem, em média, escores mais elevados nos itens, eles podem apresentar a mesma porcentagem na avaliação da prevalência. A mesma questão foi discutida por Achenbach e Rescorla (2001) no manual do YSR.

O perfil dos adolescentes do sexo feminino e masculino na resposta ao YSR revelou quadros diferenciados, com as meninas apontando, no geral, mais problemas emocionais/comportamentais que os meninos. Tal padrão corresponde ao que foi encontrado por Achenbach e Rescorla (2001), Verhulst et al. (2003) e Rescorla et al. (2007a) e justifica a adoção de normas diferenciadas em função do sexo. Pouca diferença foi encontrada em função da faixa etária do adolescente (11 a 14 anos x 15 a 18 anos), nível socioeconômico da família (Alto x Médio-Alto x Médio x Baixo), tipo de escola frequentada (pública x particular) e região do Brasil onde o dado foi coletado (Centro-Oeste x Nordeste x Sudeste x Sul). Assim, não se identificou a necessidade de normas diferenciadas em função dessas variáveis, seguindo o mesmo padrão adotado por Achenbach e Rescorla (2001). Os escores obtidos pelos adolescentes brasileiros de ambos os sexos na escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais foram muito semelhantes aos dos adolescentes do Grupo 3 das normas multiculturais estabelecidas por Achenbach e Rescorla (2007b). Tal grupo é composto por sociedades que atingiram escores pelo menos um desvio padrão acima da média geral dos 24 países estudados pelos autores. Dessa forma, seguindo as sugestões de Achenbach e Rescorla (2007b), assume-se que tais normas sejam as mais adequadas para a população brasileira e que as análises dos resultados obtidos com o preenchimento do instrumento por jovens dessa população devem ser realizada com base na tabela de ponto de corte do Grupo 3, apresentada no Apêndice D de Achenbach e Rescorla (2007b, pp. 98-100).

O fato dos adolescentes brasileiros serem semelhantes aos adolescentes das sociedades que compõe o Grupo 3 na resposta ao YSR não implica necessariamente que eles apresentem mais problemas que aqueles pertencentes aos Grupos 1 e 2. Escores mais

elevados podem refletir uma maior facilidade de expor suas fraquezas e falar sobre problemas, ou um baixo índice de encaminhamento para serviços de saúde mental, em função da ausência de recursos, tanto por parte da família, quanto por parte da comunidade, para que o encaminhamento pudesse ser efetivado. Estudos epidemiológicos devem ser realizados para responder a questão sobre a maior prevalência de problemas emocionais/comportamentais.

Os pontos de corte estabelecidos nesse estudo como mais adequados para a população brasileira foram utilizados para determinar se o escore obtido pelo adolescente nas escalas do YSR era equivalente à faixa clínica. Os adolescentes encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental obtiveram escores significativamente mais elevados que os adolescentes da população não-encaminhadas, o que implicou em um maior número de adolescentes encaminhados com escores clínicos nas diferentes escalas do instrumento.

O teste de risco *Odds Ratio* confirmou os resultados apontados pelos outros testes de decisão estatística, indicando que os jovens encaminhados possuem de duas a seis vezes mais chances de atingir um escore clínico nas escalas do YSR. Tais resultados são semelhantes aos encontrados no estudo original de validação do instrumento, feito por Achenbach e Rescorla (2001) para a população norte americana, no qual o risco de um adolescente encaminhado obter um escore clínico foi de três a nove vezes maior. Para a escala Problemas de Sociabilidade não foi encontrado risco significativamente maior para os adolescentes encaminhados apresentarem escores desviantes (limítrofe + clínico). O fato dos adolescentes encaminhados não terem um risco maior de alcançar um escore desviante na escala Problemas de Sociabilidade merece atenção. Uma possível explicação para tal fato

é o ponto de corte estabelecido para o Grupo 3 não ser adequado para a população brasileira no que se refere a essa escala. Assim, apesar dos jovens encaminhados apresentarem escores significativamente mais elevados, poucos deles atingem a faixa clínica do instrumento, o que faz com que o risco de ter um escore desviante seja semelhante nos dois grupos.

A sensibilidade do instrumento foi medida através da porcentagem de adolescentes encaminhados que atingiram escores desviantes nas escalas do instrumento. Por serem mais abrangentes, de fato era esperado que as somas de escalas apresentassem os melhores índices de sensibilidade: 38,3% para a Escala de Internalização, 29,4% para a Escala de Externalização e 35,4% para a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais. Tais índices não são considerados altos, principalmente se pensarmos que 64,6% dos jovens encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental não atingiram escores desviantes para a escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, que abrange todos os itens de problemas avaliados pelo YSR. No entanto, é necessário levar em consideração alguns outros elementos, como, por exemplo, o fato da maior parte da população encaminhada para atendimento ter sido entrevistada em escolas e não no momento da procura pelo atendimento. Assim, não sabemos se o participante de fato foi encaminhado para atendimento e qual foi o motivo. Além disso, pode ser que os problemas que levaram ao encaminhamento ou à procura por serviços de saúde mental já foram superados, ou que a demanda pelo atendimento partiu dos pais ou da escola, sendo que, a partir do ponto de vista do adolescente, os problemas não acontecem, ou não têm intensidade ou frequência elevadas, ou, ainda, que o adolescente apresenta problemas em uma área específica, o que não faz com o escore total

final seja elevado. Por fim, vale lembrar que Achenbach e Rescorla (2001) encontraram um índice de sensibilidade de 51% no estudo de validação da versão original do instrumento, índice superior ao encontrado no presente estudo, porém também com elevado número de jovens encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental com escores não desviantes.

Com relação à especificidade das escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR, os índices variaram de 80,4% (Escala de Internalização) a 98,7% (Violação de Regras), ou seja, a maior parte dos jovens não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental atingiu escores na faixa normal do instrumento, resultado satisfatório inclusive para a escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, na qual 83,5% dos adolescentes não-encaminhados foram corretamente identificados.

Em conjunto, os resultados do presente estudo oferecem evidências de validade e fidedignidade das escalas de problemas emocionais/comportamentais do YSR para a população brasileira, além de indicarem as normas adequadas para o uso desse instrumento nesse país. A partir de tais resultados, podemos pensar na aplicação do YSR para ampliar o conhecimento sobre os problemas de comportamento dos jovens brasileiros, além da possibilidade de compararmos os escores obtidos pelos adolescentes do nosso país com o de jovens de diversos outros lugares do mundo para os quais os dados de validação cultural já foram computados por Verhust et al. (2003), Ivanova et al. (2007a) e Rescorla et al. (2007a).

6.1.2 Escala Aspectos Positivos

A escala aspectos positivos, composta por 14 itens que descrevem comportamentos socialmente desejáveis, não evidenciou correlações com as escalas de problemas emocionais/comportamentais e de competências, indicando que os adolescentes preenchem esses itens do YSR de maneira semelhante, independente de reportarem problemas emocionais/comportamentais, ou de terem baixos índices de competências. Além disso, não foi identificada diferença estatística no escore total de Aspectos Positivos obtido pelos jovens encaminhados e não-encaminhados, sendo que os jovens das duas amostras atingiram, em média, escores equivalentes ao Grupo 3 das normas multiculturais estabelecidas por Achenbach e Rescorla (2007b). Os altos escores de Aspectos Positivos alcançados pelos jovens brasileiros podem refletir uma tendência destes terem uma visão favorável sobre eles mesmos, independentemente do fato de reportarem um grande número de problemas de comportamento.

Apesar dos resultados não apontarem bons índices de capacidade discriminativa para a escala Aspectos Positivos, a fidedignidade da escala foi confirmada pelo índice alfa de *Cronbach*, indicando boa variabilidade nas repostas dadas aos itens que compõe a escala.

É interessante notar que tal escala foi a que apresentou maior efeito de país no estudo de Rescorla et al. (2007a), que envolveu dados obtidos com adolescentes em 24 sociedades. Os autores reportaram um tamanho do efeito de 27% para a variável sociedade, enquanto que dentro de cada sociedade outras variáveis atingiram efeitos menores que 1%. Dessa forma, nota-se que fatores culturais exercem grande efeito na avaliação de comportamentos socialmente desejáveis, o que pode explicar os resultados pouco

satisfatórios encontrados no presente estudo no que se refere à validade da escala Aspectos Positivos. Apesar de ter sido observada variabilidade nas respostas dadas aos itens, esta não esteve diretamente relacionada ao encaminhamento para serviços de saúde mental. Assim, apesar de oferecer informações qualitativas relevantes, tal escala não pode ser usada para identificar necessidade de atendimento em serviços de saúde mental. Nesse sentido, outros tipos de comportamentos devem ser pesquisados caso o objetivo da avaliação seja identificar habilidades sociais apresentadas pelos jovens encaminhados e não-encaminhados para atendimento.

6.1.3 Escalas de Competências

As evidências de validade encontradas para as escalas de competências do YSR foram menos expressivas do que as encontradas para as escalas de problemas emocionais/comportamentais. Apesar de apresentarem correlações positivas entre si, tais escalas não se correlacionaram negativamente com as escalas de problemas de comportamento, como em Achenbach e Rescorla (2001), ou Del Prette et al. (no prelo). A ausência de correlação entre os resultados obtidos nas escalas de competências e nas escalas de problemas emocionais/comportamentais indica que, para essa amostra, apresentar mais competências não implicou necessariamente em reportar menos problemas emocionais/comportamentais, como era esperado segundo a literatura da área, que indica que as competências são fatores de proteção para problemas de comportamento (Nightingale, & Fischhoff, 2002; Mahoney, Cairns & Farmer, 2003; Jacobs, Vernon & Ecles, 2004; Fisher et al., 2011b).

Além da ausência de relação entre competências e problemas emocionais/comportamentais, os resultados apontaram índices de consistência interna abaixo do esperado para as escalas de competência, tanto para a amostra encaminhada, quanto para a amostra não-encaminhada para serviços de saúde mental. Como os valores de alfa tendem a ser diretamente relacionados ao tamanho da escala, escalas com poucos itens, como as escalas de competências, tendem a fornecer medidas menos estáveis (Achenbach & Rescorla, 2001). Ainda assim, os resultados obtidos em estudos internacionais (Achenbach & Rescorla, 2001) indicam, no geral, bons níveis de consistência. Dessa forma, os índices obtidos podem indicar uma baixa variabilidade nas respostas dadas pelos adolescentes brasileiros aos itens de competências do YSR.

Duas das quatro escalas de competências foram capazes de discriminar os adolescentes encaminhados dos não-encaminhados para serviços de saúde mental: Competência Social e Desempenho Acadêmico. Os adolescentes não-encaminhados reportaram apresentar mais relacionamentos sociais e melhor desempenho acadêmico. No entanto, o escore obtido pelos adolescentes na escala Competência em Atividades foi semelhantes nas duas amostras. De fato, os itens que avaliam atividades não evidenciaram efeito de grupo (encaminhado x não-encaminhado). Os adolescentes não-encaminhados obtiveram melhores resultados apenas para os itens “Quantos amigos próximos você tem? (*Não incluir irmãos e irmãs*)”, “Comparando com outros da sua idade, como você: a) Se dá com seus/suas irmão e irmãs? b) Se dá com outros adolescentes? c) Se comporta em relação aos seus pais?” e “Desempenho nas matérias escolares”. Assim, na soma total dos itens de competências, não houve diferença estatisticamente significativa entre os adolescentes das duas amostras. Achenbach e Rescorla (2001) afirmam que os itens do YSR

foram escolhidos por serem capazes de discriminar os adolescentes encaminhados dos não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental, sendo que os do primeiro grupo atingem piores resultados. Isso não se confirmou para a amostra brasileira. Ainda que normas multiculturais não tenham sido estabelecidas para as escalas de competências do YSR, é possível notar que os escores obtidos pelos adolescentes brasileiros, independentemente de terem sido ou não-encaminhados para serviços de saúde mental, são mais baixos do que os obtidos pelos adolescentes da amostra normativa americana. Fatores culturais devem ser discutidos para compreender tais resultados, já que os itens foram elaborados de acordo com os comportamentos observados dentre os jovens da população norte-americana e não necessariamente avaliam o que a sociedade brasileira espera de seus jovens.

Além disso, os estudos internacionais de validação do YSR geralmente não incluem as escalas de competências, que são menos utilizadas pelos pesquisadores de diferentes nacionalidades por refletirem aspectos da cultura norte-americana, não necessariamente adaptáveis para outros contextos (e.g. Verhulst et al., 2003; Rescorla et al., 2007a)

É interessante notar que Del Prette et al. (no prelo) encontraram correlações positivas entre os indicadores de problemas emocionais/comportamentais do YSR e os indicadores de dificuldade para apresentar habilidades sociais do IHSA-Del Prette, e negativas entre os problemas emocionais/comportamentais e a frequência reportada de habilidades sociais. Assim, na amostra estudada, os adolescentes que reportavam mais problemas emocionais/comportamentais, reportavam também mais dificuldade para apresentar comportamentos habilidosos e, ainda, reportavam exibir tais comportamentos com menor frequência. Cabe ressaltar, no entanto, as diferenças existentes entre os

constructos teóricos do instrumento IHSA-Del Prette e da escala de competências do YSR. Enquanto os itens do IHSA-Del Prette são baseados no conceito de habilidades sociais e competência social e procuram avaliar qualidade das relações interpessoais, os itens de competências do YSR se baseiam no campo da psicopatologia e procuram avaliar o engajamento em atividades, relacionamentos e desempenho escolar, independentemente da qualidade das interações apresentadas (Del Prette et al., no prelo). Assim, diferenças nos resultados obtidos com tais escalas são esperadas.

6.2 Variações no perfil comportamental do jovem brasileiro em função de variáveis sociodemográficas

Além de validar o YSR, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil dos jovens brasileiros em função de diversas variáveis que podem ter efeito na prevalência do problema e na forma que ele toma. Como os resultados não apontaram interação entre os fatores, cada um será discutido separadamente.

6.2.1 Diferenças por Sexo

Os resultados encontrados com a variável sexo indicam que as meninas reportam mais problemas que os meninos em diversas áreas, incluindo os problemas de internalização, e que os meninos atingiram escores mais elevados para os problemas de externalização, incluindo escalas como Violação de Regras e Problemas de Conduta,

seguindo o mesmo padrão reportado por diversos outros pesquisadores (Achenbach, 1966; Angold et al., 1999; Volkmar, 2002; Rutter et al., 2003; Sandoval et al., 2006; Rescorla et al., 2007a; Rescorla et al., 2007b; Zahn-Waxler et al., 2008; López-Soler, et al., 2009; Farbstein, et al., 2010). A consistência encontrada para esses resultados, além de ser mais um indício de validade do YSR, visto que os resultados encontrados no Brasil são semelhantes aos resultados encontrados em estudos realizados em outros países, evidencia padrões que merecem a atenção de pesquisadores que buscam encontrar as etiologias subjacentes aos diversos tipos de problemas de comportamento e deve ser usada para como base para a reflexão sobre a necessidade de trabalhos preventivos e interventivos com os adolescentes, de acordo com a demanda levantada, já que tais padrões podem perdurar até a vida adulta (Gil et al., 2004; Seedat et al., 2009) caso não haja algum tipo de intervenção.

Com relação às diferenças por sexo na autoavaliação de problemas de comportamentos de adolescentes, é interessante notar que Verhulst et al. (2003) também encontraram que as meninas atingem escores mais elevados para a escala de Internalização e Total de Problemas Comportamentais/Emocionais e que os meninos reportam mais problemas de Externalização, em um estudo comparativo entre sete diferentes culturas utilizando o YSR. Nesse estudo, os autores relatam que esse padrão de diferença entre os sexos por tipo de problema de comportamento também é encontrado quando os pais avaliam seus filhos e concluem que, independentemente das variações culturais, políticas, econômicas e genéticas, há uma consistência, tanto na autoavaliação, quanto na avaliação feita pelos pais, dos meninos terem mais problemas de externalização e as meninas de internalização (Verhulst et al., 2003).

É importante salientar o fato de não ter sido encontrada diferença entre meninos e meninas para a escala de Externalização na amostra encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental. Como os comportamentos que são agrupados na escala de Externalização geralmente são mais associados aos meninos, pode se levantar a hipótese de que quando as meninas apresentam problemas de comportamentos externalizantes ela são mais frequentemente encaminhadas para atendimento, o que fez com que os índices da escalas de Externalização fossem semelhantes em ambos os sexos para essa amostra.

Wangby, Bergman e Magnusson (1999), em um estudo sobre desenvolvimento e problemas de comportamento em meninas, discutem a hipótese das meninas tenderem a ser mais críticas consigo mesmas que meninos em autoavaliações. As diferenças encontradas entre os sexos no que se refere às habilidades de comunicação, geralmente melhores desenvolvidas nas mulheres, podem gerar melhor capacidade de discriminação e autorrelato, o que dá suporte para tal hipótese (Heck et al., 2009).

Apesar de reportarem mais problemas emocionais/comportamentais, as meninas de ambas as amostras também reportaram mais comportamentos socialmente desejáveis e, dessa forma, atingiram escores mais elevados para a escala Aspectos Positivos, assim como no estudo de Rescorla et al. (2007a), realizado com adolescentes de 24 sociedades. Além disso, elas reportaram melhores resultados nas disciplinas acadêmicas. Por outro lado, os meninos da amostra não-encaminhada para serviços de saúde mental atingiram escores mais elevados para a escala Competência Social. Tais resultados levaram os jovens do sexo masculino e feminino atingirem resultados semelhantes na escala Total de Competências, ainda que diferenças possam ser encontradas nos perfis. Del Prette e Del Prette (2009) afirmam que as adolescentes do sexo feminino tendem a reportar mais competências que

os adolescentes do sexo masculino na avaliação feita utilizando o IHSA-Del Prette. No entanto, cabe novamente ressaltar que os constructos avaliados pelo IHSA-Del Prette e pelas escalas de competências do YSR apresentam diferenças.

6.2.2 Diferenças por Faixa Etária

Ao contrário do que foi reportado por Rutter et al. (2003), a diferença na prevalência de problemas de comportamento por sexo não esteve atrelada a idade dos adolescentes. Na verdade, efeitos de idade foram encontrados para os adolescentes estudados, no entanto, elas indicaram uma maior prevalência de alguns tipos problemas de comportamento para os adolescentes mais velhos, independentemente do sexo, com destaque para a Escala de Externalização, em ambas as amostras (encaminhados e não-encaminhados) e para a Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, para a amostra de adolescentes não-encaminhados. Tais resultados podem indicar tanto uma maior dificuldade dos adolescentes mais novos responderem às questões apresentadas pelo questionário, quanto de fato um aumento nos problemas de comportamento com o passar da idade, hipótese esta sustentada pelos estudos que indicam que os transtornos na infância e adolescência são preditores de problemas na vida adulta (Höfstra et al, 2001; Kessler et al., 2005; Patel et al., 2007; Mash & Hunsley, 2010).

Com relação às escalas de competências, os adolescentes mais novos também obtiveram resultados mais favoráveis, indicando estarem mais engajados em atividades e obterem um melhor rendimento acadêmico, o que resultou em um melhor escore no Total de Competências. Diferenças em função da faixa etária não foram encontradas para os

comportamentos socialmente desejáveis agrupados na escala Aspectos Positivos e na escala Competência Social.

Rescorla et al. (2007a) afirma que em diversos estudos internacionais apontam maior índice de problemas emocionais/comportamentais e menores índices de competências na avaliação feita por adolescentes mais velhos. Salvo (2010), utilizando o YSR para avaliar adolescentes da população brasileira, encontrou efeitos de sexo na mesma direção dos encontrados no presente estudo: os adolescentes mais jovens relataram apresentar mais competências e menos problemas de comportamento. A autora também não encontrou diferença para os problemas internalizantes em função da faixa etária (Salvo, 2010).

Além disso, são nas fases mais tardias da adolescência que os jovens se afastam mais da família e se envolve mais profundamente em atividades com grupos de pares, o que pode levar o adolescente a se expor a atividades com maior potencial de risco (Shaffer, 2005; Outerl, 2008). Assim, as diferenças encontradas em função da faixa etária no presente estudo estão de acordo com o que é esperado pela literatura sobre desenvolvimento.

6.2.3 Diferenças por Região

Apesar da grande extensão territorial do Brasil e das diferenças culturais que podem ser observadas, poucas diferenças estatisticamente significativas foram encontrada nas respostas dos jovens das diferentes regiões ao YSR. Além disso, tais diferenças foram encontradas apenas para a população não-encaminhada para serviços de saúde mental. Em

um estudo com crianças encaminhadas para serviços-escola de psicologia, Silveira et al. (2006) também encontraram poucas diferenças no perfil comportamental obtido a partir das respostas dos pais ao CBCL. Assim, parece ser possível afirmar que os motivos que levam ao encaminhamento de crianças/adolescentes à serviços de saúde mental são semelhantes nas diferentes regiões do país.

Na amostra não-encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental, os jovens da região centro-oeste apontaram mais problemas internalizantes. Mais especificamente, eles atingiram escores mais elevados que os do sul e nordeste para a escala Ansiedade/Depressão, e mais elevados que os do sudeste para Retraimento/Depressão e Queixas Somáticas. Os adolescentes do nordeste também apontaram mais problemas de Retraimento/Depressão que os adolescentes sul, no entanto, isso não se refletiu na soma de escala de Internalização. Apesar das diferenças encontradas, os escores obtidos pelos adolescentes de todas as regiões nas escalas ficaram dentro da faixa de resultados normais esperados, estabelecida para a população brasileira nesse estudo. Assim, parece interessante dizer que trabalhos preventivos focados nos problemas de internalização podem ser realizados na região centro-oeste com o objetivo de evitar que os problemas reportados tomem dimensões maiores. No entanto, não parece ser necessário estabelecer normas diferenciadas em função dessa variável, visto que os escores dos adolescentes não-encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental ficaram dentro da faixa esperada em todas as regiões.

Com relação às escalas de competências, diferenças foram encontradas novamente apenas para a amostra não-encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental. Nenhum padrão, no entanto, foi estabelecido. Os adolescentes do sudeste, centro-oeste e

nordeste indicaram engajar-se em mais atividades que os do sul, no entanto, os do sul, centro-oeste e nordeste reportaram melhor desempenho acadêmico que os do sudeste. Na soma das escalas de competências, os jovens da região nordeste atingiram escores mais elevados que os do sul.

Para a escala Aspectos Positivos, foi identificada diferença entre os adolescentes não-encaminhados da região sul e das demais regiões, sendo que os primeiros apontaram menos comportamentos socialmente desejáveis e, por consequência, atingiram piores resultados. Na amostra encaminhada para serviços de saúde mental, não foi encontrada diferença no relato dos adolescentes sobre seus aspectos positivos.

6.2.4 Diferenças por Nível Socioeconômico e Tipo de Escola

No Brasil, o tipo de escola na qual a criança/adolescente está matriculada geralmente apresenta uma grande associação com o nível socioeconômico da família. Aqueles das classes sociais mais elevadas matriculam seus filhos em escolas particulares em busca de melhores oportunidades educacionais, enquanto que os das classes sociais mais baixas geralmente não possuem condições de pagar pela educação dos filhos e, assim, matriculam estes em escolas públicas. Dessa forma, parece coerente discutir essas duas variáveis em conjunto.

Apesar do nível socioeconômico ser apontado com um fator de risco para problemas de comportamento, sendo que as crianças/adolescentes de famílias mais pobres apresentam mais chances de apresentar problemas de saúde mental (Johnson et al., 1999;

Mash & Dozois, 2003; Vitolo et al., 2005; Fisher et al., 2011a; Fisher et al., 2011b), o efeito de nível socioeconômico foi pequeno no presente estudo.

Na amostra encaminhada, apenas para as escalas Problemas de Sociabilidade e Desempenho Acadêmico foram identificadas diferenças, sendo que os da classe alta e média-alta apontaram mais problemas e melhor desempenho acadêmico do que os da classe baixa e os da alta também reportaram mais problemas de sociabilidade que os da classe média. As diferenças encontradas para tipo de escola foram semelhantes: os adolescentes das escolas particulares reportaram mais problemas de sociabilidade que os das escolas públicas, mas atingiram um melhor resultado para a escala Total de Competências. Já para a amostra não-encaminhada para serviços de saúde mental, diferenças foram encontradas nas escalas que envolvem problemas de internalização. No geral, os adolescentes das classes média e baixa reportaram mais problemas que os das classes média-alta e alta e, confirmando a proximidade das variáveis nível socioeconômico e tipo de escola, os adolescentes das escolas públicas reportaram mais problemas de internalização que os das escolas particulares. Com relação às escalas de competências, diferenças foram novamente encontradas para a escala Desempenho Acadêmico, sendo que os jovens das classes alta e média-alta atingiram melhores resultados que os da baixa e média, e os das escolas particulares, melhores resultados que os das escolas públicas.

Achenbach e Rescorla (2001), no estudo original de validação do YSR, testaram o efeito de nível socioeconômico nos escores de problemas emocionais/comportamentais para a amostra normativa norte-americana e não encontraram diferenças em função dessa variável. No Brasil, Fleitlich e Goodman (2001) encontraram uma maior prevalência de problemas de comportamento em regiões urbanas carentes. Neste estudo realizado em

uma favela, uma comunidade urbana estável e uma vila rural de um mesmo distrito da região sudeste, pobreza, problemas psiquiátricos maternos e violência na família estavam associados a maiores taxas de probabilidade de problemas psiquiátricos entre crianças e adolescentes de sete a quatorze anos. Os fatores identificados se assemelham ao índice quantitativo de adversidade familiar apresentado por Rutter (1981). Além disso, Vitolo et al. (2005) apontaram uma maior prevalência de problemas de conduta e problemas emocionais dentre crianças das classes sociais mais desfavorecidas. O presente estudo confirma os resultados apontados no que se refere aos problemas emocionais (escalas de internalização), já que os adolescentes das classes média e baixa reportaram mais dificuldades que os das classes média-alta e alta nessa área. Nesse sentido, programas de prevenção e campanhas sociais para fornecer informações sobre saúde mental na infância/adolescência para famílias carentes são recomendados, principalmente se lembrarmos que tal população tem menor acesso aos serviços de apoio e mais expostas a fatores de riscos.

7 Limitações

O presente estudo obteve uma grande amostra de adolescentes da população brasileira para cumprir seus objetivos. No entanto, alguns pontos devem ser destacados como limitações do estudo.

Inicialmente, é preciso atentar para a metodologia utilizada para a coleta de dados. O fato de colaboradores de diferentes regiões do Brasil terem se disponibilizado a contribuir com o trabalho permitiu que dados mais abrangentes pudessem ser obtidos. Entretanto, as regiões escolhidas foram em função da disponibilidade de colaboradores, e não a partir de uma amostra probabilística estratificada para a população brasileira. O controle do nível socioeconômico dos participantes foi realizado para minimizar tal variável, no entanto, a amostra alcançada não corresponde exatamente à população brasileira, visto terem participado do estudo mais adolescentes das classes altas do que das classes baixas. O grande número de participantes possibilitou a realização de análises estatísticas precisas. No entanto, as análises em função das variáveis região e nível socioeconômico para a amostra encaminhada para atendimento em serviços de saúde mental podem ter sido prejudicadas pelo pequeno número de participantes do nordeste brasileiro e pelo pequeno número de participantes com nível socioeconômico baixo. Ademais, seria interessante incluir participantes da região norte brasileira, visando ampliar a abrangência dos resultados.

Um segundo ponto a ser destacado se refere também à população encaminhada para serviços de saúde mental. Os serviços nos quais a coleta de dados foi realizada eram prioritariamente de atendimento psicológico. Adicionar casos avaliados em contexto psiquiátrico, geralmente mais graves, poderia contribuir com a variabilidade de

comportamentos observados e aumentar o índice de sensibilidade do instrumento. Além disso, mais da metade da amostra encaminhada foi composta por adolescentes que, no momento da avaliação na escola, reportaram terem sido encaminhados para atendimento em serviços de saúde mental nos 12 meses antecedentes à avaliação. No entanto, não houve controle quanto ao tipo de atendimento utilizado, quanto ao uso de medicação, quanto à remissão dos sintomas etc.

Outro ponto a ser discutido se refere ao uso de inventários para obter os dados, visto que o instrumento oferece medidas indiretas do comportamento e deve ser interpretado de tal forma. Além disso, quando se usa esse tipo de instrumento, é importante obter-se informações advindas de múltiplos informantes (Del Prette & Del Prette, 2009; Achenbach & Rescorla, 2010). Assim, sugere-se que, para a realização de uma avaliação abrangente, diversos métodos de avaliação e diferentes fontes de informação sejam incluídas no processo.

8 Considerações Finais

O presente contribui com os estudos de saúde mental no Brasil, visto oferecer índices de validade a um instrumento internacionalmente reconhecido como importante para a avaliação dos problemas emocionais/comportamentais de adolescentes, o YSR. Os resultados obtidos assemelham-se bastante aos dos estudos multiculturais já realizados com o instrumento (Verhulst et al., 2003; Ivanova et al., 2007a; Rescorla et al., 2007a). Dessa forma, os dados obtidos com o YSR no Brasil podem ser utilizados em novos estudos transculturais e contribuir para a obtenção de informações relevantes a respeito da etiologia dos problemas.

Os resultados obtidos, no que se refere à validade do YSR, indicaram que o modelo fatorial de oito escalas-síndromes de problemas emocionais/comportamentais pode ser utilizado para a avaliação da população brasileira. Esse é mais um indício de que, dentre os diferentes modelos de avaliação, esse é um bom modelo taxonômico para continuarmos a estudar as psicopatologias no mundo, na busca de compreensão acerca de suas etiologias. Além da validade baseada na estrutura do instrumento, os resultados de consistência interna, as evidências de validade baseadas nas relações com variáveis externas e as consistências encontradas com os estudos internacionais no que se refere às diferenças por sexo e idade, indicam a validade do YSR no Brasil e dão suporte para sua validade transcultural.

É importante salientar que o objetivo de estabelecer normas adequadas para avaliar os adolescentes da população brasileira também foi cumprido. Assim, o presente estudo contribui para que trabalhos futuros utilizem medidas mais precisas dos comportamentos

de jovens, suprimindo a demanda nacional por instrumentos de avaliação padronizados que funcionam como auxiliares no processo de avaliação de diversos aspectos da saúde mental de adolescentes.

Considerando-se o grande contingente de adolescentes no país (35 milhões – 18,9 % da população), e a prevalência de transtornos mentais variando de 10% a 20% nesse grupo etário (Fleitlich & Goodman, 2001), espera-se que o YSR, com instrumento padronizado de avaliação de problemas emocionais/comportamentais dos adolescentes, seja utilizado em trabalhos futuros cujos objetivos sejam ampliar o conhecimento que se tem sobre a população adolescente brasileira e para que se possa compreender as demandas existentes. Além disso, espera-se que tal instrumento seja utilizado em contexto clínico para facilitar a documentação dos atendimentos oferecidos, para dar suporte para a elaboração do diagnóstico e definição dos comportamentos alvo de intervenção, já que agora foram estabelecidos parâmetros para avaliação dessa população.

Com relação às escalas de competências, sugere-se que os resultados obtidos com o YSR sejam usados de maneira qualitativa e para comparação entre grupos, mas não para avaliar a necessidade de atendimento em serviços de saúde mental em função de déficits de habilidades avaliados por essas escalas do YSR. Sugere-se também, para uma avaliação mais abrangente no que se refere às habilidades sociais, o uso de instrumentos complementares aos YSR, como o IHSA-Del Prette (Del Prette & Del Prette, 2009), já validado para a população adolescente brasileira.

Ainda que fatores culturais na elaboração da escala possam ter conduzido os jovens brasileiros a atingir resultados inferiores aos dos americanos nas escalas de competências do YSR, é importante pensar na realização de programas de promoção de habilidades sociais

para melhorar a saúde da nossa população, já que bom rendimento acadêmico, envolvimento em atividades extracurriculares, práticas educativas parentais saudáveis, autoestima positiva e ter amigos são comportamentos identificados como fatores de proteção para o desenvolvimento infanto-juvenil (Nightingale, & Fischhoff, 2002; Mahoney et al., 2003; Jacobs et al., 2004).

Por apresentar informações relevantes sobre os problemas emocionais/comportamentais dos adolescentes brasileiros, os resultados do presente estudo podem ser utilizados como base para a elaboração de trabalhos interventivos. Identificou-se, por exemplo, que as adolescentes do sexo feminino apresentam mais risco de reportar problemas, principalmente aqueles relacionados com questões internalizantes. Esse dado é consistente com a literatura da área (Rutter et al., 2003; Verhulst et al., 2003; Vitolo et al., 2005; Rescorla et al., 2007a; Zahn-Waxler et al., 2008) e indica a necessidade de ações preventivas e interventivas focadas nas adolescentes.

Além disso, o fato dos adolescentes mais velhos reportarem mais problemas emocionais/comportamentais e menos competências que os mais novos favorece a hipótese de que a criança que apresenta baixa competência social terá dificuldade para lidar com os problemas e tem alto risco de apresentar distúrbios psicossociais quando chegar à adolescência (Campos & Marturano, 2003). Assim, sugere-se que atividades de promoção de competência interpessoal sejam desenvolvidas na infância para favorecer uma melhor adaptação psicossocial dos jovens e que os trabalhos interventivos sejam realizados o mais cedo possível, evitando impactos na vida adulta.

Por fim, é importante considerar que o nível socioeconômico baixo mostrou-se, mais uma vez, como fator de risco para problemas emocionais na adolescência. Nesse sentido,

políticas governamentais devem ser direcionadas à saúde mental da população menos favorecida, que além de apresentar diversos fatores listados com favoráveis para o aparecimento de problemas de saúde mental (Rutter, 1981), têm pouco acesso aos serviços adequados.

9 Referências⁴

- Achenbach, T. M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(7), 1-37.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Child Behavior Checklist and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Teacher Report Form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessneer, V., Steinhausen, H. C., et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SQD instruments: research findings, applications, and future directions. *The journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Achenbach, T. M., Bird, H., Canino, G., Phares, V., Gould, M., & Rubio-Stipec, M. (1990). Epidemiological comparisons of Puerto Rican and US mainland children: parents, teacher and self-report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29, 84-93.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85(6), 1275-1301.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist/ and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

⁴ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Achenbach, T. M., Hensley V. R., Phares V., & Grayson D. (1990). Problems and Competencies Reported by Parents of Australian and American Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31 (2), 265–286.
- Achenbach, T. M., Newhouse, P. A., & Rescorla, L. A. (2004). *Manual for the ASEBA Older Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007a). *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2007b). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youths, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (7th ed.)*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Baron, G. D., & Akkerhuis, G. W. (1987a). Epidemiological Comparisons of American and Dutch Children: I. Behavioral/Emotional Problems and Competencies Reported by Parents for Ages 4 to 16. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 26(3), 317-325.
- Achenbach, T. M., Verhulst, F. C., Baron, G. D., & Akkerhuis, G. W. (1987b). Epidemiological Comparisons of American and Dutch Children: II. Behavioral/Emotional Problems

- Reported by Teachers for Ages 6 to 11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 26(3), 326-332.
- Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2006). *Manual for the Assessment Data Manager Program (ADM)*. Burlington, VT.
- Adánez, G. P. (1999). Procedimentos de Construcción y Analisis de Tests Psicometricos. In S. M. Wechsler, S. M. & R. S. L. Guzzo. (orgs.), *Avaliação Psicológica: Perspectiva Internacional* (pp. 57-100). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alvarenga, P., & Piccinini, C. (2001). Práticas Educativas Maternas e Problemas de Comportamento em Pré-Escolares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 449-460.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision). Washington, DC: APA.
- Anastasi, A. (1967). *Testes Psicológicos: teoria e aplicação*. São Paulo: Ed. Herder.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica* (7^a. Ed.), (M. A. Verones, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40, 57-87.
- Angold, A., & Egger, H. L. (2007). Preschool psychopathology: lessons for the lifespan. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 961-966.

- Arantes, M. C., & Silveiras, E. F. M. (2007). Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 24(2), 155-160.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Souza, T. M. P., Del Prette, A. A. P., & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes de ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 199-208.
- Begovac, I., Rudan, V., Skocic, M., Filipovic, O., & Szirovicza, L. (2004) Comparison of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Collegium Antropologicum*; 28(1), 393-401.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *The journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 226-236.
- Benetti, S. P. C., Ramires, V. R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P. R. G., & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bilenberg, N. (1999). The Child Behavior Checklist (CBCL) and related material: standardization and validation in Danish population based and clinically based samples. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplementum*, 398, 2-52.
- Binsfeld, A. R. (2011). Relações familiares e sintomas internalizantes em adolescentes: um estudo longitudinal. *Dissertação de Mestrado, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo*.
- Bolsoni-Silva, A. T., Silveira, F. F., & Marturano, E. M. (2008). Promovendo habilidades sociais educativas parentais na prevenção de problemas de comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(2), 125-142.
- Boomsma, A. (2000). Reporting analyses of covariance structures. *Structural Equation Modeling*, 7(3), 461-483.

- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Invetário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL*, 17(2), 55-66.
- Brasil, H. H. A. (2003). Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version) e estudo de suas propriedades psicométricas. *Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo*.
- Brasil, H. A., & Bordin, I. A. S. (2010). Convergente validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BCM Psychiatry*, 10(83), 1-11.
- Broberg, A. G., Ekeroth, K., Gustafsson, P. A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T., et al.. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: A normative study of the YSR. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 186-193.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative was of assessing model fit. In: K. A. Bollen, & J. S. Long (eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Butler, R. J., Robinson, J. C., Holland, P., & Doherty-Williams, D. (2004). An exploration of outcome criteria in nocturnal enuresis treatment. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 38, 196-206.
- Campos, M. A. S., & Marturano, E. M. (2003). Competência interpessoal, problemas escolares e a transição da meninice à adolescência. *Paidéia*, 13(25), 73-84.
- Caputo, V. G., & Bordin, I. A. S. (2007). Problemas de saúde mental entre jovens grávidas e não grávidas. *Revista de Saúde Pública*, 41(4): 573-581.
- Carvalho, H. W., Patrick, C. J., Krueger, R. F., Markon, K. E. & Pinheiro, A. M. V. (2010). Validade de constructo da versão brasileira do Inventário Espectral de Externalização: evidências a partir de uma amostra de estudantes universitários. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 206-211.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). New York: Academic Press.

- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2001). *Resolução Nº 002/2003*. Brasília: CFP.
- Crijnen, A. A. M.; Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of Problems Reported by Parents of Children in 12 Cultures: Total Problems, Externalizing, and Internalizing. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1269-1277.
- Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: The Child Behavior Checklist syndrome constructs. *American Journal of Psychiatry*, 156, 569-574.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows*. São Paulo: Artmed.
- De Los Reyes, A., & Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette): Manual para aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z.A.P., Del Prette, A., Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. M. (no prelo). Social skills and psychological disorders: Converging and criterion-related validity for YSR and IHSA-Del-Prette. *Universitas Psychologica*.
- Duarte, C. S., & Bordin, I. A. S. (2000). Instrumentos de avaliação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. II), 55-58.
- Farbstein, I., Mansbach_Kleinfeld, I., Levinson, D., Goodman, R., Levav, I., Vograft, I., et al. (2010). Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Child Psychology and Psychiatry*, 51 (5), 630-639.

- Fernandes, L. F. B., Silveira, L. R., Miyazaki, M. C., Domingos, N. A. M., Luiz, A. M. A. G., & Micheletto, M. R. D. (2008). Eventos aversivos e depressão na adolescência: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1).
- Fisher, J., Mello, M. C., Izutsu, T., Vijayakuman, L., Belfer, M., & Omigbodun, O. (2011a). Nature, prevalence and determinants of common mental health problems and their management in primary health care. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(S1), 9-12.
- Fisher, J., Mello, M. C., Izutsu, T., Vijayakuman, L., Belfer, M., & Omigbodun, O. (2011b). Adolescence: developmental stage and mental health morbidity. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(S1), 13-19.
- Fleitlich, B. W., & Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Brazilian Medical Journal*, 323, 599-600.
- Fleitlich, B. W., & Goodman, R. (2002). Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 2.
- Freitas, L. C. (2011). *Habilidades Sociais de Crianças com Diferentes Diagnósticos: Comparações múltiplas*. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – UFSCar.
- Gil, A. G., Wagner, E. F., & Tubman, J. G. (2004). Culturally sensitive substance abuse intervention for Hispanic and African American adolescents: empirical examples from the alcohol treatment targeting adolescents in need (ATTAIN) Project. *Addiction*, 99(2), 140-150.
- Goodwin, L. D., & Leech, N. L. (2003). The meaning of validity in the New Standards for Education and Psychological Testing: Implications for measurement courses. *Measurement and Evolution in Counseling and Development*, 36, 181-191.
- Governo do Estado de São Paulo. (1996). *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. São Paulo.
- Hair, J. F., Black, B., Babin, B., Aderson, R. R., & Tathan, R. L. (2009). *Análise Multivariada de Dados* (6ª Ed.) (A. S. Sant'Anna, Trad.). Porto Alegre: Bookman.

- Heck, V. S., Yates, D. B., Poggere, L. C., Tosi, S. D., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2009). Validação dos subtestes verbais da versão adaptada do WAIS. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 33-42.
- Höfstra, M. B., Van der Ende, J., & Verhulst, F. (2001). Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: 10-years follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 203-209.
- Holmbeck, G. N., Thill, A. W., Bachanas, P., Garber, J., Miler, K. B., Abad, M., et al. (2008). Evidence-Based Assessment in Pediatric Psychology: Measure of Psychosocial Adjustment and Psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 958-980.
- Hutz, C. S., Koller, S. (1996). Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, 2(1), 175-197.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumence, L., Almqvist, R., Bilenberg, N., et al. (2007a). The generalizability of the Youth Self-Report syndrome structure in 23 societies. *Journal of Consulting and Consulting and Consulting and Clinical Psychology*, 75, 729-738.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumence, L., Almqvist, R., Weintraub, S., et al. (2007b). Testing the 8-Sndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 36(3), 405-417.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Harder, V. S., Ang, R. P., Bilenberg, N., et al. (2010). Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: Testing the seven-syndrome model of the Child Behavior Checklist for ages 1.5-5. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(12), 1215-1224.
- Izutiso, T., Tsutsumi, A., Islam, A., Firoz, A. H. M., Wakai, S, & Kurita, H. (2005). Reliability and validity of the Youth Self-Report, Bangladesh version. *International Jornal of Methods in Psychiatric Research*, 14(4), 213-220.
- Jacobs, J. E., Vernon, M. K., & Eccles, J. S. (2004). Relations between social self-perceptions, time use, and prosocial or problem behaviors during adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 19(1), 45-62.

- Johnson, J.G., Cohen, P., Dohrenwend, B.P., Link, B.G., & Brook, J.S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 490–499.
- Kaplan, B. J., Dewey, D. M., Crawford, S. G., & Wilson, B. N. (2001). The Term Comorbidity Is of Questionable Value in Reference to Developmental Disorders. *Journal of Learning Disabilities, 34*(6), 555-565.
- Kazdin, A. E., Kraemer, H. C.; Kessler, R. C.; Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review, 17*(4), 375-406.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Life-time prevalence and age-of-onset distribution of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replications. *Archive of General Psychiatry, 65*, 593-602.
- Krueger, R. F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry, 56*, 921-926.
- Krueger, R. F., Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Revision of Clinical Psychology, 2*, 111-33.
- Lambert, M. C., Lyubansky, M., & Achenbach, T. M. (1998). Behavioral and Emotional Problems among Adolescents of Jamaica and the United States: Parent, Teacher, and Self-Reports for Ages 12 to 18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 6*(3), 180-187.
- Liu, J., Cheng, H., & Leung, P. W. L. (2011). The application of the preschool Child Behavior Checklist and the Caregiver-Teacher Report Form to mainland Chinese children: Syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*(2), 251-264.
- Loehlin, J. C. (1998). *Latent variable models: an introduction to factor path, and structural analysis*. (3rd Ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum.

- López-Soler, C., Sáez, M. C., López, M. A., Fernández, V. F., & Pina, J. A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21 (3), 353-358.
- MacDonald, V., Tsiantis, J., Achenbach, T. M., Motto-Stefanidi, F., & Richardson, S. C. (1995). Competencies and problems reported by parents of American and Greek 6- to 11-year-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 1-14.
- Mahoney, J. L., Cairns, B. D., & Farmer, T. W. (2003). Promoting interpersonal competence and educational success through extracurricular activity participation. *Journal of Educational Psychology*, 95(2), 409-418.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.
- Mash, E. J., & Dozois, D. J. A. (2003). Child Psychopathology: A developmental-systems perspective. Em: E. J. Mash & R. A. Barkley, *Child Psychopathology 2nd Ed*, (pp. 3-71). New York: The Guilford Press.
- Mash, E. J., & Hunsley, J. (2010). Assessment of childhood disorders. In: E. J. Mash, & R. A. Barkley, *Assessment of childhood disorders* (pp. 3-51). New York: Ghilford Press.
- Masi, G., Favilla, L., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2000). Depressive comorbidity in children and adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 30(3), 205-215.
- Messick, S. (1995). Validation of inferences from Pearsons' responses and performance as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50(9), 741-749.
- Moraes, E. O., & Enumo, S. R. F. (2008). Estratégias de enfrentamento da hospitalização em crianças avaliadas por instrumento informatizado. *PsicoUSF*, 13(2). 221-231.
- Muthén, L.K., & Muthén, B.O. (2007). *MPlus user's guide, Fifth Edition*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nightingale, E. O., & Fischhoff, B. (2002). Adolescent risk and vulnerability: Overview. *Journal of Adolescent Health*, 31(1), 3-9.

- Oliveira-Monteiro, M. R., Negri, M., Fernandes, A. O., Nascimento, J. O. G., & Montesano, F. T. (2011). Gravidez e maternidade de adolescentes: Fatores de risco e proteção. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(2), 198-209.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (1975). *El embarazo y el aborto em la adolescencia*. Genebra.
- Outerual, J. O. (2008). *Adolescer*, 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. Em L. Pasquali (Org.). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração* (pp. 37-71). Brasília, DF: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida - LabPAM.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Pasquali, L. (2009). Psicometria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(Esp), 992-999.
- Patel, V., Flisher, A., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Paula, C. S., Duarte, C. S., & Bordin, I. A. S. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 11-17.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: Em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Petresco, S., Gutt, E. K., Krelling, R., Neto, F. L., Rohde, L. A. P., & Moreno, R. A. (2009). The prevalence of psychopathology in offspring of bipolar women from a Brazilian tertiary center. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(3), 1-7
- Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 205-216.
- Predebon, J. C., & Wagner, A. (2005). Problemas de comportamento na adolescência: Configuração familiar e aspectos sociodemográficos. *Praxis*, 2.

- Primi, R. (2010). Avaliação Psicológica no Brasil: Fundamentos, Situação Atual e Direções para o Futuro. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26 (especial), 25-35.
- Primi, R., & Nunes, C. H. (2010). O SATEPSI: propostas de aprimoramento. In: C. F. CFP, *Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão* (pp. 129-148). Brasília: CFP.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007a). Epidemiological comparison of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 351-358.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007b). Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 130-142.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ginzburg, S., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F. et al. (2007c). Consistency of Teacher-Reported Problems for students in 21 countries. *School Psychology Review*, 36(1), 91-110.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, K., Bilenberg, N. et al. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(3): 456-467.
- Rettew, D. C., Lynch, A. D., Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Ivanova, M. Y. (2009) Meta-Analyses of agreement between diagnoses made from clinical evaluations and standardized diagnostic interviews. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(3), 169-184.
- Rocha, M. M., Araújo, L. G. S., & Silveiras, E. F. M. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR). *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 14-24.
- Rocha, M. M., Costa, N. J., & Silveiras, E. F. M. (2008). Changes in parents' and self-reports of behavioral problems in Brazilian adolescents after behavioral treatment with urine alarm for nocturnal enuresis. *International Brazilian Journal of Urology*, 34(6), 749-757.

- Rocha, M. M., Ferrari, R. A., & Silveiras, E. F. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 948-964.
- Rocha, M. M., & Silveiras, E. F. M. (2006). Projeto Triagem: Avaliação de adolescentes na triagem das clínicas-escola com o uso do CBCL e do YSR. Relatório de pesquisa apresentado à Pro-Reitoria de Pesquisa da USP. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Roussos, A., Francis, K., Zoubou, V., Kiprianos, S., Prokopiou, A., & Richardson, C. (2001). The standardization of Achenbach's Youth Self-Report in Greece in a national sample of high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 47-53.
- Roussos, A., Karantanos, G., Richardson, C., Hartman, C., Karajinannis, D., Kyprianos, S., et al. (1999). Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 165-172.
- Rutter, M. (1981). The child and the city. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(4), 610-615.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 47, 598-611.
- Rutter, M. (2003). Categories, dimension, and the mental health of children and adolescents, *annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 11-21.
- Rutter, M., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2003). Using sex difference in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1092-1115.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A. S., Martin, D., Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652.
- Salvo, C. G. (2010). Práticas educativas parentais e comportamentos de proteção e risco à saúde em adolescentes. *Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo*.

- Sandoval, M., Lemos, S., & Vallejo, G. (2006). Self-reported competences and problems in Spanish adolescents: a normative study of the YSR. *Psicothema*, 18(4), 804-809.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, Proteção e Resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo – Maringá*, 10(2), 209-216.
- Sarmiento, A. S., Schöen-Ferreira, T. H., Medeiros, E. H., & Cintra, I. P. (2010). Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em adolescentes obesos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(3), 833-847.
- Schneider, A. C. N., & Ramires, V. R. R. (2007). Vínculo parental e rede de apoio social: relação com a sintomatologia depressiva na adolescência. *Aletheia*, 26, 95-108.
- Schöen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silves, E. F. M. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudo de Psicologia (UFRN)*, 8(1), 107-115.
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., et al. (2009). Cross-national association between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-795.
- Shaffer, D. R. (2005). *Psicologia do Desenvolvimento*. São Paulo: Thomson.
- Silves, E. F. M. (1998). *Clínicas-escola: Novas formas de atendimento psicológico*. Tese de livre docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Silves, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escola brasileiras com a lista de verificação comportamental para crianças (CBCL). In: Silves, E. F. M. (org.). *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola* (pp. 59-72). Campinas: Alínea.
- Sourander, A., Helstelä, L., & Helenius, H. (1999). Parent–adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 657–663.

- Sourander, A., & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence: a prospective follow-up study from age 8 to 16. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(8), 415-423.
- Stanger, C., Fombonne, E., & Achenbach, T.M. (1994). Epidemiological comparisons of American and French children: Parent reports of problems and competencies for ages 6-11. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 16-29.
- Swets, J.A. (1996). *Signal detection theory and ROC analysis in psychology and diagnostics*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tanaka, O. Y., & Lauridsen-Ribeiro, E. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1845-1853.
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10.
- Verhulst, F. C., Achenbach, T. M., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. (1993). Epidemiological comparisons of American and Dutch adolescents' self-report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 1135-1144.
- Verhulst, F. C., Achenbach, T. M., van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M. C., Leung, P. W. L., et al. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1479-1485.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self report of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(6): 1011-1023.
- Verhulst, F. C., & van der Ende, J. (1993). "Comorbidity" in an epidemiological sample: A longitudinal perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 767-783.
- Viola, L., Garrido, G. & Rescorla, L. A. (2011). Testing multicultural robustness of the Child Behavior Checklist in a national epidemiological sample in Uruguay. *Journal of Abnormal Psychology*, 30, 897-908.

- Vitolo, Y. F., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. (2005). Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Revista de Saúde Pública, 39*, 716-724.
- Volkmar, F. (2002). Considering disruptive disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*, 349-350.
- Wangby, M., Bergman, L., & Magnusson, D. (1999). Development of adjustment problems in girls: What syndromes emerge? *Child Development, 70*, 678-699.
- Weine, A. M., Phillips, J. S., & Achenbach, T. M. (1995). Behavioral and emotional problems among Chinese and American children: Parent and teacher reports for ages 6 to 13. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(5), 619-639.
- World Health Organization (1992). *The ICI-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO: Geneva.
- Yu, C. Y., & Muthén, B. O. (2002). *Evaluation of model fit indices for latent variable models with categorical and continuous outcome* (Technical report). Los Angeles: University of California, Los Angeles, Graduate School of Education and Information Studies.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of Childhood and Adolescence: Gender and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 4*, 275-303.
- Zwaanswijk, M., van der Ende, J., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy for Child and Adolescent Psychiatry, 42*, 692-700.

10 Anexos

**ANEXO I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do
IPUSP**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Prot-2007/CEPH-IP/23/04/07

Senhora Professora,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP), em reunião de 23/04/2007, aprovou o projeto intitulado "Auto-avaliação de competências e problemas de comportamento entre adolescentes brasileiros: Um estudo normativo do Inventário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR)", a ser desenvolvido pela mestrandia Marina Monzani da Rocha, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a orientação de V. Sa.

Atenciosamente,

Prof. Titular Yves De La Taille
Presidente do CEPH-IP

Ilma. Sra.
Professora Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Departamento de Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Cidade Universitária - 05508-020 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: (11) 3031.2965 - Fax: (11) 3097.0529 - www.ip.usp.br

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescentes
Encaminhados para atendimento psicológico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PAIS)

Eu, _____,
responsável pelo(a) adolescente _____,
autorizo a resposta ao questionário YSR como parte da pesquisa de mestrado da psicóloga **Marina Monzani da Rocha**, supervisionada pela **Profª. Drª. Edwiges Ferreira de Mattos Silves** (**Universidade de São Paulo**), para validação da versão brasileira deste inventário mundialmente usado em pesquisas com o público juvenil. Fui informado(a) que o objetivo do trabalho é padronizar a utilização desse instrumento de avaliação no Brasil, de modo a conseguir uma avaliação mais precisa nos atendimentos clínicos e nos estudos com adolescentes.

Estou ciente de que a resposta ao questionário é uma ação **VOLUNTÁRIA** e de que o adolescente pode interromper o preenchimento no momento em que desejar.

Também fui informado(a) que os dados obtidos com este inventário serão usados por supervisores idôneos, respeitando o sigilo dos participantes.

Assinatura do Responsável

RG: _____

Data __/__/__

Assinatura da Testemunha

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste cliente ou representante legal para a participação no estudo acima mencionado.

_____ (Nome do Pesquisador(a))

Data __/__/__

ANEXO III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Adolescentes
Não-Encaminhados para atendimento psicológico

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESCOLA)

Na qualidade de Diretor(a) da Escola _____, autorizo a aplicação do inventário YSR nos adolescentes que frequentam nossa escola como parte da pesquisa de mestrado da psicóloga **Marina Monzani da Rocha**, supervisionada pela **Profª. Drª. Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras (Universidade de São Paulo)**, para validação da versão brasileira deste inventário mundialmente usado em pesquisas com o público juvenil. Fui informado(a) que o objetivo do trabalho é padronizar a utilização desse instrumento de avaliação no Brasil, de modo a conseguir uma avaliação mais precisa nos atendimentos clínicos e nos estudos com adolescentes.

Estou ciente de que a pesquisadora que irá realizar as aplicações do inventário, em dias e horários previamente agendados com a direção, necessitará da cooperação dos professores responsáveis pelas turmas do segundo ciclo do ensino fundamental e do ensino médio que participarão da pesquisa (uma turma de cada série), uma vez que os alunos destas turmas responderão ao YSR em sua própria sala de aula durante uma aula do período escolar.

Também fui informado(a) que os dados obtidos com este inventário serão usados por supervisores idôneos, respeitando o sigilo dos participantes.

Assinatura da Direção da Escola

Data __/__/__

Assinatura da Testemunha (*Somente para o responsável do projeto*)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse(a) Diretor de Escola para a participação no estudo acima mencionado.

_____ (Nome do Pesquisador(a))

Data __/__/__

ANEXO IV – Lista de Colaboradores

BELO HORIZONTE (MG):

Clarissa Pena Ferreira
Isabela Maria Pinto Góes
Karina de Alvarenga Drumond Machado
Prof. Dr. Lincoln Coimbra
Ms. Lucirley Araújo
Vanessa Silva dos Reis

CURITIBA (PR):

Luziane Kirchner
Profa. Dra. Suzane Lörh

GOIÂNIA (GO):

Profa. Dra. Daniela Zanini
Lorena Dias
Karina Maristela Barbosa

LONDRINA (PR):

Ms. Bruna Aguiar
Profa. Dra. Cynthia Borges Moura

PORTO ALEGRE (RS):

Ms. Luís Fernando Zambom
Profa. Dra. Maisa Rigoni
Profa. Dra. Margareth Oliveira

PRIMAVERA DO LESTE (MT):

Fabiana de Souza

RIO DO SUL (SC):

Prof. Dra. Edla Grisard

Profa. Marizete Serafim Hoffmann

SALVADOR (BA):

Profa. Dra. Ana Lúcia Ulian

SANTOS (SP):

Ms. Juliana Nascimento

Profa. Dra. Nancy Monteiro

SÃO JOÃO DEL REY (MG):

Prof. Dr. Roosevelt Starling

Kellen Carvalho

Marcos Vinícius de Souza

Andreia Rios

Érica Labanca de Oliveira

SÃO PAULO (SP):

Alessandra Moscaritollo

Profa. Dra. Teresa Helena Schöen-Ferreira

Yara Pichetti

ANEXO V – Carta Convite para colaboradores

São Paulo, 03 de Maio de 2007.

Prezado(a) Professor(a) _____,

Vimos, por meio desta, solicitar sua colaboração para o projeto de pesquisa intitulado **“Autoavaliação de competências e problemas de comportamento entre adolescentes brasileiros: Um estudo de validação do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR)”**⁵. Este foi criado diante a necessidade de se obter normas nacionais para instrumentos de pesquisa e de aplicação que avaliem com mais precisão adolescentes. Ele tem também o intuito de ampliar o uso do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (“Youth Self-Report” – YSR – Achenbach & Rescorla, 2001) no Brasil para outros contextos além do de pesquisa e será realizado como pré-requisito para obtenção do título de mestre da aluna Marina Monzani da Rocha, sob orientação da Profª. Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras, no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Uma parte do projeto consiste na aplicação do inventário YSR em adolescentes de 11 a 18 encaminhados para atendimento psicológico e não-encaminhados para atendimento psicológico. Como colaborador do projeto de pesquisa acima citado, seu trabalho será coletar 50 inventários com adolescentes encaminhados para atendimento psicológico na clínica-escola de sua instituição.

As pesquisadoras se comprometem a lhe fornecer os inventários, em branco, em número suficiente para tal coleta de dados. Além disso, será oferecido também um treinamento para que sua equipe conheça o instrumento que vai utilizar, bem como os outros inventários do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA), sistema de avaliação ao qual o YSR pertence. Os dados brutos coletados (inventários preenchidos pelos jovens) deverão ser enviados para as pesquisadoras na Universidade de São Paulo para que estas possam fazer a análise global com todas clínicas-escola que venham a participar do estudo.

As pesquisadoras, **depois da análise feita, se comprometem a lhe devolver uma planilha com os dados de sua clínica para que possam ser utilizados por ela, seja em planejamento de ações práticas, seja em pesquisas futuras.**

Aproveitamos a oportunidade para informar V. Sa. ainda que, ao final do trabalho, lhe enviaremos os resultados relativos à amostra de sua região e os resultados finais da pesquisa. Caso haja confirmação de seu interesse em participar de nosso estudo, por favor, solicitamos que assine o TERMO DE COMPROMISSO, em anexo.

Desde já nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Marina Monzani da Rocha
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Universidade de São Paulo

Profª. Titular Edwiges F. de Mattos Silveiras
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Universidade de São Paulo

⁵ Em anexo incluímos um resumo condensado do projeto de pesquisa

ANEXO VI – Termo de Compromisso Colaboradores

TERMO DO COMPROMISSO

Eu, _____, na
qualidade de Professor (a) /Pesquisador (a) na instituição:

_____, me comprometo em participar, como colaborador, da pesquisa **“Autoavaliação de competências e problemas de comportamento entre adolescentes brasileiros: Um estudo de validação do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR)”**.

Estou ciente de que minha colaboração implica a aplicação do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR) em, no mínimo, 50 adolescentes de 11 a 18 anos que comparecerem buscando atendimento psicológico na clínica-escola da instituição onde trabalho e concordarem voluntariamente em participar da presente pesquisa, cujo objetivo principal é validar o uso deste inventário de origem norte-americana no Brasil. Concordo que a coleta de dados da pesquisa tenha a duração de 1 (hum) ano (de 01/08/2007 a 31/07/2008) e que, ao final desse período, devo encaminhar os inventários coletados para as pesquisadoras responsáveis: Marina Monzani da Rocha e Profª. Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras (Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo), que se comprometeram em me enviar uma planilha com os dados provenientes da minha região bem como os resultados regionais e os finais obtidos da pesquisa.

Fui informado (a) que o projeto acima citado foi submetido ao Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e que as informações obtidas com os inventários serão usadas por supervisores idôneos, apenas para os fins da pesquisa, com respeito ao sigilo dos participantes.

Assinatura do Colaborador

RG: _____

Data ____/____/____

E-mail: _____

ANEXO VII – Critério Padrão de Avaliação Econômica Brasil

A seguir, apresentamos algumas questões importantes sobre você e sua família. Nas próximas páginas você irá encontrar um questionário com comportamentos que os adolescentes de 11 a 18 podem apresentar.

Respondendo a estas questões, você estará nos ajudando a conhecer melhor os adolescentes brasileiros. Por favor, seja sincero(a) e responda a todos os itens! Se você errar, por favor, aponte qual é a resposta correta.

Muito obrigada! Sua participação é muito importante!

Equipe de Validação do YSR
Instituto de Psicologia
Universidade de São Paulo

Cidade: _____

Escola: _____

Pública: ☐ Particular: ☐

Série: _____

Nos últimos 12 meses, você procurou ou foi encaminhado para algum tipo de atendimento psicológico ou psiquiátrico: NÃO ☐ SIM ☐

Critério Brasil (Fonte: IBOPE)

1) Responder sobre a quantidade dos itens que estão presentes **na casa onde você mora**:

(OBS. Se você possui duas ou mais casas e usufrui das duas – assinale o total dos itens daquela que apresenta as melhores condições).

Quantas televisões em cores = _____	Quantas máquinas de lavar = _____
Quantos rádios = _____	Quantos videocassetes ou aparelhos de DVD = _____
Quantos banheiros = _____	Quantas geladeiras = _____
Quantos automóveis = _____	Quantos freezers (independente ou parte de
Quantas empregadas mensalistas = _____	geladeira duplex) = _____

2) Responda sobre o grau de instrução do chefe da sua família:

Analfabeto/Primário incompleto	☐
Primário completo/Ginásial incompleto	☐
Ginásial completo/Colegial incompleto	☐
Colegial completo/Superior incompleto	☐
Superior completo	☐

ANEXO VIII – Critério Brasil: Sistema de Pontos e Renda Familiar Média por classe

Critério Brasil 2011: Sistema de Pontos

Posse de itens	Não tem	Tem (Quantidade)			
		1	2	3	4
Televisores em cores	0	1	2	3	4
Videocassete/DVD	0	2	2	2	2
Rádios	0	1	2	3	4
Banheiros	0	4	5	6	7
Automóveis	0	4	7	9	9
Empregadas mensalistas	0	3	4	4	4
Maquina de lavar	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer independente ou 2ª porta da geladeira	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família	Pontos
Analfabeto/ até 3ª série fundamental	0
4ª série fundamental	1
Fundamental completo	2
Médio completo	4
Superior completo	8

Renda média familiar por classe CCEB 2011(em valores de 2009)

Classe CCEB2011	Pontos	Renda familiar média (em reais)
Classe A1	42 a 46	11.480,00
Classe A2	35 a 41	8.295,00
Classe B1	29 a 34	4.754,00
Classe B2	23 a 28	2.656,00
Classe C1	18 a 22	1.459,00
Classe C2	14 a 17	962,00
Classe D	8 a 13	680,00
Classe E	0 a 7	415,00

Fonte: ABEP (<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>).