

Levantamento de Problemas Comportamentais/Emocionais em um Ambulatório para Adolescentes

Benedita Salette Costa Lima Valverde¹

Maria Sylvia de Souza Vitale

Isa de Pádua Cintra Sampaio

Teresa Helena Schoen

Universidade Federal de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil

Resumo: Este estudo teve como objetivo identificar os principais problemas comportamentais e emocionais percebidos por adolescentes que frequentam um ambulatório de saúde. Participaram 320 adolescentes que não estavam em atendimento psicoterápico e que responderam, na sala de espera de um ambulatório, o Youth Self Report. O principal problema relatado foi Ansiedade/Depressão. Os meninos obtiveram escores mais altos em Problemas Sociais e mais baixos em Comportamento Delinquent; as meninas apresentaram-se com menos problemas no agrupamento Problemas Somáticos e com mais problemas em Ansiedade/Depressão. Quanto à faixa etária, observou-se que Problemas Sociais esteve associado ao início da adolescência. Quanto à incidência, menos de um quarto dos adolescentes apresentaram-se com problemas, sugerindo que a adolescência não é um período de turbulência. Observou-se que alguns adolescentes necessitam de uma avaliação mais detalhada, pois relataram comportamentos indicativos de transtornos mentais. Conclui-se a necessidade de profissionais de saúde mental integrarem a equipe de saúde que atende adolescentes.

Palavras-chave: adolescentes, distúrbios do comportamento, serviços de saúde pública, ansiedade depressiva, saúde

Survey of Behavioral/Emotional Problems in an Adolescent Outpatient Service

Abstract: This study's objective was to identify the main behavioral and emotional problems perceived by adolescents attending an outpatient service. A total of 320 adolescents were included in the study. The respondents were not undergoing psychotherapy and self-applied the Youth Self Report in the ambulatory's waiting room. The main problem reported was Anxious/Depressed. Male adolescents obtained higher scores for Social Problems and lower scores for Delinquent Behavior, while females obtained lower scores for Somatic Complaints and higher scores for the Anxious/Depressed scale. Social Problems were associated with the initial phase of adolescence. In terms of incidence, less than one quarter of the adolescents presented problems, suggesting that adolescence is not a period of turbulence. Some adolescents require a more detailed evaluation because they reported behaviors indicative of mental disorders. We conclude that there is a need for mental health workers to integrate the health staff providing care to adolescents.

Keywords: adolescents, behavior disorders, public health service, depressive anxiety, health

Estudio de Problemas Conductuales/Emocionales en una Clínica para Adolescentes

Resumen: El objetivo del estudio fue identificar los problemas comportamentales y emocionales notados en adolescentes que frecuentan una clínica de salud. Participaron 320 adolescentes, que no estaban en psicoterapia y que respondieron, en la sala de espera, de una clínica de salud, al Youth Self Report. El principal problema relatado fue Ansiedad/Depresión. Los niños obtuvieron calificaciones más altas en Problemas Sociales y más bajas en Comportamiento Delincuente; las niñas se presentaron con menos problemas en el grupo Problemas Somáticos y con más problemas en Ansiedad/Depresión. En lo referente al rango de edad, se observó que Problemas Sociales estuvieron asociados al inicio de la adolescencia. En lo referente a la incidencia, menos de un cuarto de los adolescentes se presentaron con problemas, sugiriendo que la adolescencia no es un periodo de turbulencia. Se observó que algunos adolescentes necesitan una evaluación más detallada, pues relataron comportamientos indicativos de trastornos mentales. Se concluye que existe la necesidad de que profesionales de salud mental integren el equipo de salud que atiende a adolescentes.

Palabras clave: adolescentes, trastornos de la conducta, servicios de salud pública, ansiedad depresiva, salud

A adolescência é o período compreendido dos 10 aos 19 anos (World Health Organization [WHO], 2008). A entrada no segundo ciclo do ensino fundamental coincide com

as mudanças no desenvolvimento físico, social e cognitivo (Burke, Brennan, & Roney, 2010). As mudanças evolutivas são fontes de estímulo e desafio para o desenvolvimento do ser humano e também podem representar fonte de dificuldades (Schulenberg, Maggs, & Hurrelmann, 1997) que, se não forem bem gerenciadas, podem ocasionar aumento de tensões entre pais e filhos, questões relativas à saúde mental e adoção

¹ Endereço para correspondência:
Teresa Helena Schoen. Rua Botucatu, 715. Vila Clementino. CEP 04.023-062. São Paulo-SP, Brasil. E-mail: rpetrass@uol.com.br

de comportamentos de alto risco, tais como o uso de álcool e outras drogas (Costello, Foley, & Angold, 2006; Dallo & Martins, 2011). Em relação aos períodos anteriores, a adolescência apresenta menor frequência de doenças agudas (Bee & Boyd, 2011), entretanto, os adolescentes ainda precisam de assistência médica, tanto para doenças (crônicas ou agudas) quanto para problemas de saúde decorrentes de comportamentos que colocam sua vida ou saúde em risco (Vitalle et al., 2010). De 10% a 25% dos jovens apresentam alguma forma de problema de saúde mental (Merikangas et al., 2010).

O desajustamento emocional constitui um problema que vem se agravando nas últimas décadas, com consequências crônicas e graves, e parece haver alguma relação entre problemas de saúde na adolescência e problemas comportamentais (Costello et al., 2006; Pacheco, Vitalle, Montesano, & Pedromônico, 2003). Estudo realizado em ambulatório para crianças e adolescentes com distúrbios obstrutivos do sono (Uema, Vidal, Fujita, Moreira, & Pignatari, 2006) observou que um quarto deles apresentava problemas do tipo externalizante. Crianças e adolescentes com epilepsia apresentaram mais problemas comportamentais e emocionais que o grupo controle, especialmente os meninos (Høie et al., 2006). Resultados semelhantes encontraram Zashikhina e Hagglof (2007) ao estudarem adolescentes com doenças crônicas, especialmente meninas com asma e meninos com epilepsia. Adolescentes com doença inflamatória intestinal apresentaram-se com mais comportamentos sintomáticos de ansiedade/depressão, problemas sociais, problemas com o pensamento e queixas somáticas (Väistö, Aronen, Simola, Ashorn, & Kolho, 2009). Crianças que apresentam ansiedade frente ao tratamento odontológico também apresentaram mais indicadores de estresse e de dificuldades emocionais e comportamentais (Cardoso & Loureiro, 2005). Mota, Bertola, Kim e Teixeira (2010) observaram que as crianças com Síndrome de Noonan apresentaram-se com mais comportamentos indicativos de ansiedade/depressão e agressividade. Fontes Neto et al. (2005), entrevistando mães de crianças e adolescentes com dermatite atópica, observaram que estes pacientes, em relação ao grupo controle, apresentaram mais problemas do tipo internalizante e externalizante, especialmente ansiedade/depressão, problemas com o pensamento e comportamento agressivo.

Os comportamentos que afetam negativamente os relacionamentos sociais são mais evidenciados na adolescência inicial e média, entre os 11 e 16 anos (Pacheco, Alvarenga, Reppold, Piccinini, & Hutz, 2005). Um estudo epidemiológico suíço encontrou que os adolescentes mais velhos tiveram um pouco mais de problemas de atenção, medido pelo Youth Self Report (YSR), que os mais novos (Steinhausen & Metzke, 1998). Na Grécia, utilizando o mesmo instrumento, os adolescentes mais velhos apresentaram mais problemas, especialmente na área denominada delinquência (Roussos et al., 2001). Entretanto, outros estudos demonstram que o total de problemas de comportamento e os comportamentos externalizantes diminuem com a idade, enquanto aumentam

os internalizantes (Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1997; Merikangas et al., 2010).

Parece que o padrão antissocial é mais comum no sexo masculino, embora se venha observando que meninas também estão apresentando problemas de externalização (Donaldson & Ronan, 2006; Pacheco et al., 2005; Silva, 2003). Comportamentos depressivos também podem ocorrer na adolescência: 40% dos adolescentes são descritos pelos pais e professores como infelizes, tristes ou deprimidos (Achenbach & Edelbrock, 1981). Giannakopoulos, Tzvara, Dimitrakaki, Ravens-Sieberer e Tountas (2010), entrevistando adolescentes na escola, observaram que não havia diferença em relação à idade ou sexo daqueles que foram a alguma consulta médica nos últimos quatro meses ou foram hospitalizados no último ano, em comparação com aqueles que não passaram por qualquer atendimento médico no mesmo período. Entretanto, aqueles que foram hospitalizados relataram menor bem-estar físico e mais problemas emocionais e comportamentais. Doenças crônicas parecem estar acompanhadas de alterações comportamentais e emocionais.

Segundo o *Guidelines for Adolescent Preventive Services*, todo adolescente deve comparecer a pelo menos uma consulta anual de rotina, que abranja aspectos médicos e psicossociais, e o serviço deve ser apropriado à faixa etária e ao estágio de desenvolvimento (American Medical Association [AMA], 1997). O levantamento das características da população que utiliza um serviço de saúde faz-se necessário para se melhorar o atendimento (Silvares, 1989). Os profissionais de saúde precisam conhecer quem utiliza o serviço e do que esta clientela necessita, a fim de que se possa oferecer uma abordagem de saúde mais abrangente e específica. Este estudo objetivou identificar os principais problemas comportamentais e emocionais percebidos por adolescentes que frequentam um ambulatório de saúde.

Método

Participantes

Foram coletadas as informações de prontuários clínicos de 320 adolescentes que não estavam em atendimento psicológico/psiquiátrico, atendidos de 2004 a 2006 em um ambulatório-escola para adolescentes, ligado ao Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Contavam com idade média de 14,694 anos ($DP = 1,968$). Destes, 120 (37,5%) eram do sexo masculino, com idade média de 14 anos ($DP = 2$) e 200 (62,5%) do sexo feminino, com idade média de 15 anos ($DP = 2$). Foram excluídos 27 prontuários por não constar dados do instrumento de medida utilizado ou por não haver anotação sobre o paciente estar em algum tipo de atendimento psicológico/psiquiátrico. A amostra foi agrupada nas faixas etárias: adolescência inicial (11 a 13 anos), adolescência média (14 a 16 anos), e adolescência final (17 e 18 anos). O grupo de adolescência inicial foi composto por 94 adolescentes, sendo 50 (53,19%) do sexo feminino;

o grupo de adolescência média foi composto por 163, sendo 100 (61,35%) do sexo feminino; e o grupo de adolescência final foi composto por 64, sendo 51 (79,69%) do sexo feminino.

Instrumento

Youth Self Report (YSR) (Achenbach, 1991). Instrumento utilizado para avaliação dos problemas de comportamento. O YSR é utilizado em mais de 60 culturas diferentes e tem sido empregado internacionalmente em pesquisas epidemiológicas, participando do processo de diagnóstico e para fazer comparações sobre a presença de problemas comportamentais/emocionais entre culturas (Achenbach et al., 2008; Ferdinand, 2008; Honkalampi et al., 2009). Pesquisadores vêm desenvolvendo trabalhos com a família de instrumentos desenvolvida pelo Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), procurando identificar indivíduos com alto risco para distúrbios psiquiátricos e que, portanto, necessitariam de avaliação mais aprofundada (Marteletto, Schoen-Ferreira, Chiari, & Perissinoto, 2011; Oliveira-Monteiro, Negri, Fernandes, Nascimento, & Montesano, 2011). A versão utilizada neste estudo foi a disponibilizada pela atual representante do ASEBA no Brasil.

O instrumento foi estruturado para obter respostas do adolescente sobre os últimos seis meses, anteriores à data do preenchimento, a respeito de suas próprias competências e problemas. O tempo gasto para responder ao instrumento é aproximadamente 20 minutos. O YSR é composto por 138 itens escritos na primeira pessoa do presente do indicativo, organizados em duas partes: (1) refere-se às competências dos adolescentes e ao seu envolvimento em várias atividades, relações sociais e desempenho acadêmico; e (2) refere-se à avaliação de problemas de comportamento e comportamentos socialmente desejáveis, e é estruturada em 118 itens de relevância clínica, usando uma escala tipo Likert (Achenbach, 1991). Este estudo ateu-se à segunda parte do instrumento. A análise fatorial dos itens permitiu sua organização em escalas (de internalização e externalização) e agrupamentos ou síndromes (Achenbach et al., 2008).

Por não haver padronização brasileira, os valores-padrão adotados para análise foram os originais americanos. A pontuação bruta obtida no YSR, em cada uma das escalas e agrupamentos, é convertida em escores T, que expressam o escore bruto – somatória dos itens – em termos de sua distância em unidades de desvio-padrão, estabelecendo a média como 50 e o desvio-padrão como 10: $T = z(10) + 50$. Grande parte dos estudos brasileiros utilizam esta forma de correção (Borsa & Nunes, 2008; Pacheco et al., 2003; Schoen-Ferreira, 2007). Os adolescentes podem ser considerados na faixa não clínica (com menos problemas) ou clínica (com mais problemas). Diversos estudos brasileiros utilizam esta forma de análise dos resultados do instrumento (Dall'Agnol, Fassa, & Facchini, 2011; Schoen-Ferreira, Aznar-Farias, & Silveiras, 2003).

Procedimento

Coleta de dados. Como parte da rotina de atendimento deste ambulatório, os adolescentes eram convidados a responder ao YSR, de forma autoaplicável, na sala de espera enquanto aguardavam atendimento para alguma das especialidades, como medicina do adolescente, fonoaudiologia, odontologia, educação física, psicologia, psiquiatria ou nutrição. Foi realizada busca ativa nos prontuários, a fim de localizar aqueles que tinham o YSR preenchido de forma completa e cujos adolescentes afirmaram, na data do preenchimento, que não se encontravam em psicoterapia ou tratamento psiquiátrico.

Análise dos dados. As respostas dos adolescentes aos itens do YSR foram analisadas a partir do *software Assessment Data Manager* (ADM), que é o programa desenvolvido para a análise da família de instrumentos ASEBA. Tal programa, ao corrigir as respostas fornecidas aos itens/problemas do YSR, classifica os escores obtidos pelo adolescente em categorias *clínica*, *limítrofe* e *não clínica* (Achenbach, 1991). Para este estudo, seguindo o manual, as categorias limítrofe e clínica foram agrupadas, resultando em duas: *clínica* (com mais problemas de comportamento) e *não clínica* (com menos problemas de comportamento). Foram calculadas as porcentagens de indivíduos considerados clínicos e não clínicos em cada uma das escalas e agrupamentos e, para a análise estatística, foi utilizado o teste do Qui-Quadrado para amostras independentes, adotando-se $p \leq 0,05$.

Considerações Éticas

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP nº 0985.07) e autorizado pela chefia do ambulatório.

Resultados

Os resultados deste estudo referem-se à porcentagem de adolescentes frequentadores de um ambulatório de saúde que percebem apresentar muitos comportamentos indicadores de algum sofrimento psíquico, situando-se na faixa clínica (com mais problemas). Observa-se que o principal problema percebido pelos adolescentes foi Ansiedade/Depressão (22,5%). A escala Externalizante e os agrupamentos Ansiedade/Depressão, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo estiveram associados ao sexo feminino (Tabela 1). Importante ressaltar que, ao se observar a porcentagem dos adolescentes classificados como clínicos, a maioria situou-se fora da faixa clínica em quaisquer dos agrupamentos ou escalas, com exceção da escala Total de Problemas. Em todas as faixas etárias foram encontrados adolescentes que estavam classificados na faixa clínica (Tabela 2), embora somente o agrupamento Problemas Sociais ($p = 0,005$) esteve associado à faixa etária (adolescência inicial).

Tabela 1

Porcentagem dos Adolescentes que Obtiveram Escores Clínicos nas Escalas e Agrupamentos do Youth Self Report, por Sexo

Agrupamentos/Escalas	Masculino	Feminino	Total	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Retraimento	17 (14,2)	16 (8,0)	33 (10,3)	0,079
Queixas somáticas	14 (11,7)	18 (9,0)	32 (10,0)	0,441
Ansiedade/depressão	18 (15,0)	54 (27,0)	72 (22,5)	0,013*
Problemas de sociabilidade	20 (16,7)	36 (18,0)	56 (17,5)	0,761
Problemas com o pensamento	12 (10,0)	25 (12,5)	37 (11,6)	0,498
Problemas de atenção	19 (15,8)	46 (23,0)	65 (20,3)	0,123
Comportamento delinquente	8 (6,7)	34 (17,0)	42 (13,1)	0,008*
Comportamento agressivo	14 (11,7)	44 (22,0)	58 (18,1)	0,020*
Escala de internalização	44 (36,7)	91 (45,5)	135 (42,2)	0,121
Escala de externalização	31 (25,8)	83 (41,5)	114 (35,6)	0,005*
Total de problemas	73 (60,8)	94 (47,0)	167 (52,2)	0,016*

Nota. *p ≤ 0,05.

Tabela 2

Porcentagem dos Adolescentes que Obtiveram Escores Clínicos nas Escalas e Agrupamentos do Youth Self Report, por Faixa Etária

Agrupamentos/Escalas	Inicial	Média	Final	p*
	11 a 13 anos n (%)	14 a 16 anos n (%)	17 e 18 anos n (%)	
Retraimento	5 (10,4)	16 (9,9)	12 (10,3)	0,973
Queixas somáticas	8 (16,7)	15 (9,3)	9 (8,1)	0,235
Ansiedade/depressão	10 (20,8)	31 (19,7)	31 (27,9)	0,232
Problemas de sociabilidade	16 (33,3)	21 (13,0)	19 (17,1)	0,005*
Problemas com o pensamento	8 (16,7)	17 (10,6)	12 (10,8)	0,486
Problemas de atenção	8 (16,7)	31 (19,3)	26 (23,4)	0,557
Comportamento delinquente	3 (6,3)	21 (13,0)	18 (16,2)	0,232
Comportamento agressivo	8 (16,7)	28 (17,4)	22 (19,8)	0,843
Escala de internalização	19 (39,6)	61 (37,9)	55 (49,5)	0,148
Escala de externalização	13 (27,1)	56 (34,8)	45 (40,5)	0,253
Total de problemas	21 (56,3)	73 (54,7)	153 (46,8)	0,372

Nota. *p ≤ 0,05.

Discussão

O YSR faz parte da família ASEBA, a qual se tornou o sistema de rastreamento de problemas emocionais e comportamentais mais utilizado e pesquisado do mundo. Embora no Brasil já se utilize os instrumentos ASEBA há mais de dez anos, ainda não há normas nacionais para eles. Por esta razão, os resultados obtidos com adolescentes brasileiros são comparados aos de adolescentes norte-americanos (Marteleto et al., 2011; Rocha, Araújo, & Silves, 2008; Sarmiento, Schoen-Ferreira, Medeiros, & Cintra, 2010), o que pode determinar resultados menos acurados, pois não se considera o aspecto cultural (Achenbach et al., 2008). Estudos em outros países (Donaldson & Ronan, 2006; Roussos et al., 2001) encontraram escores diferentes, entretanto Achenbach et al. (2008) e Crijnen et al. (1997) afirmam que os escores variam mais dentro da mesma população do que entre populações distintas. Outro problema enfrentado pelos profissionais que utilizam os instrumentos ASEBA no Brasil é que, até pouco tempo, não havia uma única versão brasileira. Entretanto, como Rocha et al. (2008) mostraram, a versão semântica utilizada não obteve resultados diferentes.

Ressalta-se que o instrumento utilizado neste estudo é respondido pelo próprio adolescente enquanto espera a sua consulta, a partir de sua própria percepção: ele pode enfatizar ou minimizar algum aspecto de seu comportamento. Embora o YSR seja considerado instrumento de autorrelato confiável e válido (Aebi, Metzke, & Steinhausen, 2009; Doyle, Mick, & Biederman, 2007), uma avaliação completa sobre o adolescente deve também conter dados advindos de entrevista, tanto com o adolescente quanto com o responsável, o que não é apresentado neste estudo, que não teve por objetivo diagnosticar psicopatologias, mas identificar indivíduos com alto risco para distúrbios psiquiátricos e que necessitariam de avaliação mais aprofundada ou de atendimento diferenciado.

Os adolescentes são suscetíveis a diversos problemas de comportamento indicadores de transtornos mentais (Burke et al., 2010; Dall'Agnol et al., 2011). Estes comportamentos devem ser encarados com seriedade pelos profissionais de saúde, pois não só interferem de maneira significativa na vida diária, como podem afetar o desenvolvimento saudável, impedindo o cumprimento das tarefas evolutivas do estágio, atrapalhando o ingresso na vida adulta. Como afirmam Merikangas et al. (2010), a presença de

transtornos mentais na adolescência destaca a necessidade de prevenção e intervenção nesta faixa etária, ou mesmo na infância. Este estudo permitiu colher informações sobre os problemas emocionais e comportamentais dos adolescentes que frequentavam um serviço ambulatorial e podem servir como subsídio para a organização e planejamento de assistência psicológica aos pacientes.

O resultado deste estudo indicou que em todas as escalas e agrupamentos houve adolescentes classificados como clínicos (muitos comportamentos indicativos de problemas naquela área), o que indica a necessidade da presença de profissionais da área de saúde mental em ambulatorios que atendem esta faixa etária – o que não ocorre na maioria dos serviços ambulatoriais para adolescentes (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008) – ou, no caso da impossibilidade desse trabalho no próprio ambulatório, criar-se a facilidade de encaminhamento do adolescente para onde possa receber a ajuda necessária.

O *Guidelines for Adolescent Preventive Services* (AMA, 1997) considera necessário informar os pais ou cuidadores sobre o desenvolvimento físico, social e psíquico na adolescência, incluindo sinais e sintomas de transtornos mentais. Burke et al. (2010) também consideram importante que pais recebam orientação a esse respeito, pois, além de melhorar a comunicação intrafamiliar e o bem-estar de todos seus membros, informações sobre saúde mental podem servir como fator de proteção ao desenvolvimento. Muitos pais podem considerar o comportamento que seu filho apresenta (cabular aula, trancar-se no quarto sem falar com ninguém, atacar fisicamente outras pessoas) como típico da adolescência e não mencioná-lo ao profissional de saúde. Alguns profissionais de saúde também podem considerar esses comportamentos como típicos da adolescência e entendê-los como a “Síndrome da Adolescência Normal” (Aberastury et al., 1980), no entanto, podem ser indicadores de psicopatologia. É importante que pais e responsáveis saibam sobre o que esperar ou não nesta faixa etária, pois, geralmente, são eles quem trazem seus filhos à consulta médica. Apesar do maior desenvolvimento da independência e autonomia do adolescente, ainda é o adulto quem decide se a ajuda é necessária, e onde e quando buscá-la.

Ansiedade/Depressão foi o agrupamento com maior percentual de adolescentes na faixa clínica, especialmente do sexo feminino. Esse resultado é compatível com outros achados na literatura sobre esse assunto (American Psychiatric Association [APA], 2002; Merikangas et al., 2010; Orton, Riggs, & Libby, 2009). Embora todos os indivíduos experimentem sentimentos temporários de tristeza em alguma ocasião, para alguns este sentimento possui uma força tal que afeta os relacionamentos sociais, o cumprimento das atividades cotidianas e o bem-estar geral (Compas et al., 1993). Nestes casos, é necessária a ajuda especializada.

Segundo Costello et al. (2006), a adolescência parece ser um período de risco para o desenvolvimento de comportamentos depressivos ou ansiosos. Embora possa haver predisposição genética para a depressão, fatores estressantes

podem desencadeá-la (Kendler, Gardner, & Lichtenstein, 2008). A adolescência exige que o indivíduo se depare com situações novas e estressantes, como as alterações corporais da puberdade, reorganização dos papéis dentro da família, as modificações sociais decorrentes da estrutura do ensino básico, as exigências para o ingresso no mundo adulto como responsabilidade, escolha de profissão, assunção de compromissos ou desenvolvimento da autonomia e independência (Bee & Boyd, 2011). A criança pode ter entrado na adolescência sem ter desenvolvido as habilidades necessárias para cumprir as tarefas do estágio e vir a sentir-se sobrecarregada, desenvolvendo sintomas depressivos ou ansiosos.

As meninas, com outros problemas de comportamento, também podem apresentar, mais que os meninos, comportamentos do tipo depressivo (Hintikka et al., 2009). Ao ingressar na adolescência, as meninas começam a ter consciência da sua condição social de gênero e das diferenças com que são tratadas (Abramo & Branco, 2005; Bee & Boyd, 2011). As oportunidades, tanto de trabalho, quanto de vida social, são diferentes para os dois sexos. As expectativas que a adolescente possa ter criado precisam ser adaptadas à realidade com a qual se depara (Schoen-Ferreira, 2007). Estes dois fatores – biológico e social – podem provocar na menina mais dificuldades no desenvolvimento, deflagrando comportamentos ansiosos ou depressivos. As condições sociais que os indivíduos enfrentam ao ingressar na adolescência são diferentes para cada gênero. As adolescentes do sexo feminino se deparam com menos oportunidades para o seu desenvolvimento e dão condições para o aparecimento da depressão. No estudo de Honkalampi et al. (2009), houve, em todas as escalas e agrupamentos, médias significativamente maiores no sexo feminino, sendo a mais alta em Ansiedade/Depressão, como neste estudo. Pode-se concluir a necessidade de programas diferenciados por gênero nesta faixa etária, embora ambos os sexos se beneficiem com esforços de prevenção e intervenção em saúde mental. Para as meninas, baseado nos resultados deste estudo, os serviços devem ser mais focados no tratamento contra a depressão e ansiedade.

A frequência de adolescentes do sexo feminino na faixa clínica em Comportamento Delinvente e Comportamento Agressivo foi maior do que a de adolescentes do sexo masculino, o que difere da literatura (Nurmi, 1997; Vasey, Kotov, Frick, & Loney, 2005). Entretanto, alguns outros estudos também estão encontrando associação entre o sexo feminino e estes problemas externalizantes, muitas vezes também associados à presença de depressão (Silva, 2003; Honkalampi et al., 2009). Atualmente, as adolescentes do sexo feminino são tão assertivas quanto os adolescentes do sexo masculino e muitos de seus comportamentos são semelhantes aos dos meninos, mas parece que se julgam por outro padrão. Comportamentos considerados femininos, como retraimento, timidez, submissão e não ação, ainda continuam no imaginário social e, ao se comportarem de modo agressivo, julgam-se com maior rigor. O comportamento confiante e empreendedor muitas vezes é confundido

com comportamento agressivo, pois às vezes magoa, fere ou destrói (Silva, 2003). Os resultados sugerem a necessidade de implantação de programas para o desenvolvimento de competências sociais.

O único agrupamento associado à faixa etária foi o de Problemas de Sociabilidade, no qual mais adolescentes no início do estágio apresentaram-se na faixa clínica. Dificuldades nas relações sociais são causas comuns de angústia para adolescentes (Honkalampi et al., 2009). Há associação entre início da puberdade e ansiedade social, principalmente entre aqueles que desenvolvem os caracteres físicos secundários antes de seus pares (Blumenthal, Leen-Feldner, Trainor, Babson, & Bunaciu, 2009). A entrada na adolescência acarreta muitas mudanças que afetam principalmente a autonomia da criança (Schoen-Ferreira, 2007; Schulenberg et al., 1997). Antes ela se sentia protegida pelos adultos, agora estes mesmos adultos a pressionam para assumir tarefas. São muitas as modificações com as quais o adolescente pode sentir-se incapaz de lidar. Citamos como exemplo a entrada na 5ª série (ou 6º ano): escola nova, muitos professores (sem se ter um como referência), precisando fazer novas amizades e resolver problemas sozinho. Até a 4ª série (ou 5º ano) fazia parte da turma dos mais velhos e sabia tudo sobre sua escola; na quinta série (ou 6º ano) passa a ser do grupo dos menores da escola e desconhece o funcionamento do novo estabelecimento escolar. O *status* do aluno ingressante costuma ser menor que o do concluinte e ele precisa aprender rapidamente como se comportar neste novo contexto acadêmico. Muitos pais também passam a delegar a seus filhos o cuidado com a própria saúde, como, por exemplo, ir a consultas médicas desacompanhado ou a ingestão de remédios sem o devido monitoramento (Schoen & Vitalle, no prelo). Provavelmente, este grande número de mudanças exigidas no início da adolescência faz com que o adolescente apresente mais problemas com o contato social.

Observamos neste estudo menor número de participantes no grupo de adolescência final. Muitos adolescentes mais velhos podem estar trabalhando, o que lhes dificulta a ida a ambulatórios para exames de rotina. Um local que se propõe a ser inclusivo deveria buscar alternativas (locais, horários, formas de atendimento) para atender essa clientela, que termina por buscar ajuda médica apenas em urgência/emergência. Os profissionais de saúde mental deveriam organizar seus atendimentos frente à demanda e características da clientela assistida (Schulenberg et al., 1997). A proposta de psicoterapia em grupo deve prever faixas etárias diferentes, assim como oferecer atendimento em períodos distintos, visando atender os pacientes de acordo com seu horário escolar. O atendimento individual costuma ser o mais flexível e permite uma melhor adaptação dos horários de escola/trabalho. O fato do ambulatório médico desta área de atuação ser separado dos outros ambulatórios da Pediatria ou da clínica de adultos mostra a preocupação de haver um local específico para atendimento de adolescentes, longe de bebês e

crianças. A própria sala de espera deve possuir equipamentos adequados a esta faixa etária, como altura das cadeiras ou conteúdo de revistas.

O segundo agrupamento que mais apresentou adolescentes na faixa clínica foi Problemas de Atenção. As tarefas que o adolescente precisa cumprir exigem dele uma focalização consciente e específica sobre determinados aspectos. O adolescente precisa entender que para a maioria das tarefas necessita esforço consciente e contínuo para manter a atenção. Entretanto, alguns parecem não ter desenvolvido as habilidades necessárias em estágios anteriores e agora sucumbem frente à demanda (Schoen-Ferreira, 2007). Outros adolescentes não conseguem entender que só a vontade não é suficiente para a realização das tarefas; embora não as apreciem, tem de fazê-las. Os ambulatórios para adolescentes e/ou escolas, portanto, devem oferecer a seus clientes atendimento na área de psicopedagogia.

Outro motivo que pode levar os adolescentes a apresentarem mais comportamentos problemáticos no agrupamento Problemas de Atenção pode estar relacionado à descoberta da sexualidade, quando seus interesses começam a ficar voltados às modificações que estão ocorrendo com seu corpo, e ele pode se perder com tanto deslumbramento em relação a si mesmo e aos colegas do sexo oposto. Todos os profissionais que atendem adolescentes devem ser capacitados para conversar e orientar o adolescente e sua família a respeito do desenvolvimento afetivo-sexual (AMA, 1997). Se algum profissional se sente desconfortável, o serviço deve fornecer a possibilidade do atendimento em conjunto com um psicólogo.

Observamos que, em relação aos estudos apresentados com pacientes portadores de doenças crônicas (Mota et al., 2010; Uema et al., 2006; Väistö et al., 2009; Zashikhina & Hagglof, 2007), há porcentagem semelhante ou menor de adolescentes que frequentam ambulatório de saúde na faixa clínica do YSR. Entretanto, comparando-se com os grupos controles (Hintikka et al., 2009), mais pacientes deste ambulatório apresentavam-se com problemas comportamentais ou emocionais. Portanto, o profissional que atende esta faixa etária, além de desenvolver as habilidades técnicas referentes à sua área (como medicina, fonoaudiologia, nutrição), precisa também ampliar seu conhecimento, incluindo informações a respeito do desenvolvimento cognitivo, social e comportamental desta faixa etária e ter noções de psicopatologia (Cardoso & Loureiro, 2005; Fontes Neto et al., 2005). Problemas em adolescentes tendem a persistir na vida adulta em grau moderado, e a alta frequência de problemas neste período é fator de risco para o surgimento de transtorno psiquiátrico na idade adulta (Honkalampi et al., 2009; Welham et al., 2009).

Conclusão

Observou-se que de 10% a 22,5% dos adolescentes apresentavam alguma área emocional que necessita

avaliação mais detalhada. Os achados não indicam a adolescência como período necessariamente turbulento e tenso. Os principais problemas comportamentais e emocionais percebidos por adolescentes que frequentavam um ambulatório de saúde foram relacionados aos agrupamentos Ansiedade/Depressão (22,5%), Problemas de Atenção (20,3%) e Comportamento Agressivo (18,1%). O agrupamento Problemas de Sociabilidade esteve associado ao início da adolescência (11 a 13 anos).

O estudo científico do período da adolescência vem mostrando que é necessária a atenção para este indivíduo em desenvolvimento, por diferentes áreas da saúde, a fim de compreender a amplitude das modificações biopsicossociais que ocorrem a partir das modificações pubertárias (Vitalle et al., 2010). O profissional de saúde precisa estar atento às características da faixa etária e ser sensível às dificuldades do adolescente e sua família, além de compartilhar a responsabilidade pelo cuidado da saúde com todos: adolescente, família e equipe de saúde. O psicólogo é um profissional necessário, não só oferecendo diferentes tipos de serviço, mas participando das reuniões/supervisões das outras áreas de saúde para contribuir com seu conhecimento a respeito de problemas comportamentais e emocionais, assim como sobre desenvolvimento humano.

Como muitas vezes o adolescente é atendido por especialistas infantis ou encaminhado à clínica de adultos, existem questões específicas desta fase, especialmente relacionadas ao desenvolvimento psicossocial e de psicopatologias, que precisam ser conhecidas e difundidas. Algumas demandas, sejam relacionadas ao atendimento de rotina, com ou sem problemas físicos e/ou emocionais, ou à prevenção de problemas futuros, exigem que se desenvolvam novas formas de atuação por parte dos profissionais de saúde que atendem adolescentes. O desenvolvimento de um novo fazer na clínica do adolescente deve contar com a colaboração de diferentes áreas da saúde, incluindo a Psicologia, amparado no conhecimento científico e numa proposta de desenvolvimento integral do ser humano (Vitalle et al., 2010).

Cabe aqui ressaltar que os dados referem-se aos resultados de um instrumento de triagem preenchido na sala de espera pelo próprio adolescente, que pode não ter o amadurecimento necessário para observar em si mesmo a presença de alguns problemas comportamentais ou emocionais. Este estudo utilizou somente as respostas fornecidas pelo adolescente ao instrumento, que pode minimizar ou maximizar a importância de seus comportamentos. Seria interessante verificar se os responsáveis também percebem os mesmos problemas de comportamento apresentados por seus filhos e se percebem alguns outros que o adolescente possa ter e não informou no instrumento. Também seria interessante verificar, no prontuário do adolescente, se o profissional de saúde fez alguma anotação sobre questões comportamentais ou emocionais apresentadas por seu paciente. Seria importante que os adolescentes

que tiveram resultados clínicos no YSR pudessem passar por uma avaliação mais específica que respaldasse – ou não – os dados informados na sala de espera. Lembramos que este foi um estudo transversal, que poderia ter um seguimento longitudinal mantendo-se a rotina do preenchimento do instrumento em outros retornos do adolescente a este serviço de saúde.

Referências

- Aberastury, A., Knobel, M., Ferrer, E. S. L., Goldstein, R. Z., Jarast, S. G., Kalina, E., Paz, L. R., & Rolla, E. H. (1980). *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Abramo, H. W., & Branco, P. P. M. (2005). *Retratos da juventude brasileira: Análises de uma pesquisa nacional*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.-C., & Rothenberger, A. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: Research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children ages four through sixteen. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 46(1), 1-82. doi:10.2307/1165983
- Aebi, M., Metzke, C. W., & Steinhausen, H.-C. (2009). Prediction of major affective disorders in adolescents by self-report measures. *Journal of Affective Disorders*, 115(1-2), 140-149. doi:10.1016/j.jad.2008.09.017
- American Medical Association. (1997). *Guidelines for adolescent preventive services*. Chicago, IL: AMA. Recuperado em 01 março 2011, de <http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/39/gapsmono.pdf>
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-R: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.
- Bee, H., & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento* (C. Monteiro, Trad., 12a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Blumenthal, H., Leen-Feldner, E. W., Trainor, C. D., Babson, K. A., & Bunaciu, L. (2009). Interactive roles of pubertal timing and peer relations in predicting social anxiety symptoms among youth. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), 401-403. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.08.023
- Borsa, J. C., & Nunes, M. L. T. (2008). Concordância parental sobre problemas de comportamento infantil através do CBCL. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 18(40), 317-330. doi:10.1590/S0103-863X2008000200009

- Burke, K., Brennan, L., & Roney, S. (2010). A randomised controlled trial of the efficacy of the ABCD Parenting Young Adolescents Program: Rationale and methodology. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 4*, 22. doi:10.1186/1753-2000-4-22
- Cardoso, C. L., & Loureiro, S. R. (2005). Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. *Estudos de Psicologia (Campinas), 22*(1), 5-12. doi:10.1590/S0103-166X2005000100002.
- Compas, B. E., Ey, S., & Grant, K. E. (1993). Taxonomy, assessment, and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 114*(2), 323-344. doi:10.1037/0033-2909.114.2.323
- Costello, E. J., Foley, D. L., & Angold, A. (2006). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(1), 8-25. doi:10.1097/01.chi.0000184929.41423.c0
- 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. doi:10.1097/00004583-199709000-00020
- Dall'Agnol, M. M., Fassa, A. C. G., & Facchini, L. A. (2011). Child and adolescent labor and smoking: A cross-sectional study in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(1), 46-56. doi:10.1590/S0102-311X2011000100005
- Dallo, L., & Martins, R. A. (2011). Uso de álcool entre adolescentes escolares: Um estudo-piloto. *Paidéia (Ribeirão Preto), 21*(50), 329-334. doi:10.1590/S0103-863X2011000300005
- Donaldson, S. J., & Ronan, K. R. (2006). The effects of sports participation on young adolescents' emotional well-being. *Adolescence, 41*(162), 369-89.
- Doyle, R., Mick, E., & Biederman, J. (2007). Convergence between the Achenbach Youth Self-Report and structured diagnostic interview diagnoses in ADHD and non-ADHD youth. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(4), 350-352. doi:10.1097/01.nmd.0000253732.79172.43
- Ferdinand, R. F. (2008). Validity of the CBCL/YSR DSM-IV scales anxiety problems and affective problems. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(1), 126-134. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.008
- Fontes Neto, P. T. L., Weber, M. B., Fortes, S. D., Cestari, T. F., Escobar, G. F., Mazotti, N., Barzenski, B., Silva, T. L., Soirefmann, M., & Pratti, C. (2005). Avaliação dos sintomas emocionais e comportamentais em crianças portadoras de dermatite atópica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 27*(3), 279-291. doi:10.1590/S0101-81082005000300007
- Giannakopoulos, G., Tzavara, C., Dimitrakaki, C., Ravens-Sieberer, U., & Tountas, Y. (2010). Adolescent health care use: Investigating related determinants in Greece. *Journal of Adolescence, 33*(3), 477-485. doi:10.1016/j.adolescence.2009.06.003
- Høie, B., Sommerfelt, K., Waaler, P. E., Alsaker, F. D., Skeidsvoll, M. D., & Mykletun, A. (2006). Psychosocial problems and seizure-related factors in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology, 48*(3), 213-219. doi:10.1017/S0012162206000454
- Hintikka, J., Tolmunen, T., Rissanen, M.-L., Honkalampi, K., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). Mental disorders in self-cutting adolescents. *Journal of Adolescent Health, 44*(5), 464-467. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.003
- Honkalampi, K., Tolmunen, T., Hintikka, J., Rissanen, M.-L., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2009). The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 50*(3), 263-268. doi:10.1016/j.comppsy.2008.08.007
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Lichtenstein, P. (2008). A developmental twin study of symptoms of anxiety and depression: Evidence for genetic innovation and attenuation. *Psychological Medicine, 38*(11), 1567-1575. doi:10.1017/S003329170800384X
- Marteletto, M. R. F., Schoen-Ferreira, T. H., Chiari, B. M., & Perissinoto, J. (2011). Problemas de comportamento em crianças com transtorno autista. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 27*(1), 5-12. doi:10.1590/S0102-37722011000100002
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K., & Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(10), 980-989. doi:10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Mota, E. R., Bertola, D. R., Kim, C. A., & Teixeira, M. C. T. V. (2010). Alterações comportamentais na Síndrome de Noonan: Dados preliminares brasileiros. *Revista Latinoamericana de Psicología, 42*(1), 87-95.
- Nurmi, J.-E. (1997). Self-definition and mental health during adolescence and young adulthood. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelman (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 395-419). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Oliveira-Monteiro, N. R., Negri, M., Fernandes, A. O., Nascimento, J. O. G., & Montesano, F. T. (2011). Gravidez e maternidade de adolescentes: Fatores de risco e de proteção. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, 21*(2), 198-209.
- Orton, H. D., Riggs, P. D., & Libby, A. M. (2009). Prevalence and characteristics of depression and substance use in a U.S. child welfare sample. *Children and Youth Services Review, 31*(6), 649-653. doi:10.1016/j.childyouth.2008.12.005

- Pacheco, J., Alvarenga, P., Reppold, C., Piccinini, C. A., & Hutz, C. S. (2005). Estabilidade do comportamento antissocial na transição da infância para a adolescência: Uma perspectiva desenvolvimentista. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 18(1), 55-61. doi:10.1590/S0102-79722005000100008
- Pacheco, M. E. M. S., Vitalle, M. S. S., Montesano, F. T., & Pedromônico, M. R. M. (2003). Problemas de comportamento em adolescentes: Estudo exploratório em ambulatório de adolescência clínica. *Revista Paulista de Pediatria*, 21(2), 76-82.
- Rocha, M. M., Araújo, L. G. S., & Silveiras, E. F. M. (2008). Um estudo comparativo entre duas traduções brasileiras do Inventário de Auto-avaliação para Jovens (YSR). *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 14-24.
- 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(1), 47-53. doi:10.1007/s007870170046
- Schoen, T. H., & Vitalle, M. S. S. (no prelo). Negligência e violência psicológica. In *Manual de pediatria*. Barueri, SP: Manole.
- Schoen-Ferreira, T. H. (2007). *A adolescência e a identidade: Uma proposta de intervenção*. Tese de doutorado não publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M., & Silveiras, E. F. M. (2003). A construção da identidade em adolescentes: Um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(1), 107-115. doi:10.1590/S1413-294X2003000100012
- Schulenberg, J., Maggs, J. L., & Hurrelmann, K. (1997). Negotiating developmental transitions during adolescence and young adulthood: Health risks and opportunities. In J. Schulenberg, J. L. Maggs, & K. Hurrelmann (Eds.). *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp. 01-19). Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Comissão de Saúde do Adolescente. (2008). *Adolescência e Saúde 3*. São Paulo: SES-SP.
- Silva, D. A. (2003). *Treinamento de professores para o desenvolvimento da educação social e afetiva: Análise comparativa com base nos dados do TRF e do YSR*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- Silveiras, E. F. M. (1989). *Descrição comportamental e socioeconômica da população infantil de uma clínica-escola de Psicologia de São Paulo*. Relatório científico não publicado.
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (1998). Youth Self-Report of behavioral and emotional problems in a swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(4), 429-441. doi:10.1023/A:1022895917868
- Uema, S. F. H., Vidal, M. V. R., Fujita, R., Moreira, G., & Pignatari, S. S. N. (2006). Avaliação comportamental em crianças com distúrbios obstrutivos do sono. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72(1), 120-123. doi:10.1590/S0034-72992006000100019
- Väistö, T., Aronen, E. T., Simola, P., Ashorn, M., & Kolho, K. L. (2009). Psychosocial symptoms and competence among adolescents with inflammatory bowel disease and their peers. *Inflammatory Bowel Diseases*, 16(1), 27-35.
- Vasey, M. W., Kotov, R., Frick, P. J., & Loney, B. R. (2005). The latent structure of psychopathy in youth: A taxometric investigation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(4), 411-429. doi:10.1007/s10802-005-5723-1
- Vitalle, M. S. S., Schoen-Ferreira, T. H., Weiler, R. M. E., Freire, S. C., Rodrigues, A. M., Vertematti, S., Yamamura, M. L., & Sampaio, I. P. C. (2010). O Setor de Medicina do Adolescente – Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente-CAAA – da Universidade Federal de São Paulo: Uma experiência multiprofissional e interdisciplinar – o compromisso com a adolescência. *Adolescência & Saúde*, 7(4), 13-20.
- Welham, J., Scott, J., Williams, G., Najman, J., Bor, W., O'Callaghan, M., & McGrath, J. (2009). Emotional and behavioural antecedents of young adults who screen positive for non-affective psychosis: A 21-year birth cohort study. *Psychological Medicine*, 39(4), 625-634. doi:10.1017/S0033291708003760
- World Health Organization. (2008). *10 facts on adolescent health*. Recuperado em 01 março 2011, de http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/en/index.html
- Zashikhina, A., & Hagglof, B. (2007). Mental health in adolescents with chronic physical illness versus controls in Northern Russia. *Acta Paediatrica*, 96(6), 890-896.

Benedita Salete Costa Lima Valverde é especialista em Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo.

Maria Sylvia de Souza Vitalle é Doutora em Medicina pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo.

Isa de Pádua Cintra Sampaio é Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo.

Teresa Helena Schoen é Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de São Paulo.

Recebido: 21/03/2011

1ª revisão: 10/11/2011

2ª revisão: 16/02/2012

Aceite final: 03/07/2012

Como citar este artigo:

Valverde, B. S. C. L., Vitalle, M. S. S., Sampaio, I. P. C., & Schoen, T. H. (2012). Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 315-323. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272253201303>