

Problemas internalizantes em adultos

Fernanda Ribeiro de Araújo

Carolina Porto Ribeiro

Carla Cristina Borges Santos

Mônica Atsuko Ichikawa

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro

Resumo: são escassas as investigações sobre problemas internalizantes em adultos brasileiros. Estudos epidemiológicos apontam que ansiedade e depressão são mais comuns em mulheres. Este estudo apresenta uma investigação com 240 adultos de diferentes municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, com uso do *Adult Self Report*. Dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, considerando a variável sexo. Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres da amostra em termos de problemas internalizantes, ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas. Resultados são discutidos à luz de dados epidemiológicos sobre transtornos mentais em outros recortes populacionais brasileiros. Ficam sugeridos novos estudos com ampliação de amostra.

Palavras-chave: problemas internalizantes, adultos, desenvolvimento humano.

Internalizing problems in adults

Abstract: investigations on internalizing problems in Brazilian adults are scarce. Epidemiological studies indicate that anxiety and depression are more common among women. This study presents an investigation with 240 adults from different municipalities in the Baixada Santista Metropolitan Region, using the *Adult Self Report*. The data was analyzed using descriptive and inferential statistics, considering as variable the gender. No significant differences were found between men and women in the sample in terms of internalizing problems, anxiety/depression, withdrawal and somatic complaints. Results are discussed in the light of epidemiological data on mental disorders in other Brazilian population segments. New studies with sample expansion are suggested.

Keywords: internalizing problems, adults, human development.

Introdução

O conceito de desenvolvimento humano, para Bronfenbrenner (2002) relaciona-se com um conjunto de processos pelos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir “constância e mudança” nas características da pessoa no curso de sua vida. Trata-se de mudança e constância na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com seu ambiente. Segundo esse autor, durante o desenvolvimento ocorrem aquisições de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar o próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente como através de uma combinação entre eles (domínios: intelectual, físico, sócio emocional, motivacional e artístico). As disfunções de desenvolvimento seriam manifestações recorrentes de dificuldades em manter o controle e a integração do comportamento através de situações nesses domínios (Oliveira-Monteiro, Negri, Fernandes, Nascimento & Montesano, 2011).

O modelo bioecológico do desenvolvimento humano, proposto por Bronfenbrenner e Morris no final da década de 1970, tido como um marco no estudo da ontologia humana, considera que o desenvolvimento depende de quatro dimensões: Processo, Pessoa, Contexto e Tempo. O “Modelo PPCT”, como ficou conhecido, estabelece basicamente que o desenvolvimento humano ocorre gradativamente ao longo de interações recíprocas entre a pessoa e o ambiente, o que tanto considera as individualidades – fatores biológicos e genéticos – de cada um e os eventos que acontecem ao redor da pessoa capazes de influenciá-la ou de se ser influenciado por ela, inclusive em diferentes períodos de tempo (Collodel-Benetti, Vieira, Crepaldi & Scheneider, 2013).

Segundo Bronfenbrenner (2002), os produtos e processos do desenvolvimento e também suas disfunções emergem de interconexões ambientais e de seu impacto sobre as forças que afetam o crescimento psicológico, dentro do meio ambiente chamado “ecológico”, aquele que inclui desde relações

face a face (micro e meso sistemas) até ambientes em que a pessoa em desenvolvimento não está presente (exo e macro sistemas), mas que influenciam e são influenciados por ela, como por exemplo, os sistemas de crenças e valores de uma cultura.

Grande parte dos estudos da Psicologia do Desenvolvimento volta-se para as etapas iniciais do ciclo vital, a infância e a adolescência. Com o aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento da população, a contribuição de estudos sobre velhice também vem tomando grande importância. Entretanto, estudos mais voltados para a vida adulta são menos frequentes nessa área. Erikson destaca-se entre os estudiosos que refletiram sobre o desenvolvimento humano na vida adulta.

Em seu importante trabalho sobre as etapas do desenvolvimento psicossocial, Erikson (1990) coloca a idade adulta, a maturidade e a velhice entre as oito idades do ser humano (além da fase bebê, infância inicial, idade do brincar, idade escolar e adolescência). Para esse autor, na idade adulta o ser humano vive um conflito de ego entre a intimidade e isolamento, enquanto na maturidade e na velhice, esse conflito ocorre entre a generatividade/estagnação, e integridade/desesperança, respectivamente. A palavra generatividade neste caso aplica-se a preocupação protetora por todas as gerações e instituições sociais. Sendo assim, a preocupação em estabelecer e orientar a geração seguinte. A virtude associada nesse estágio é o cuidado.

Há diferentes marcadores na consideração da vida adulta que abrangem dimensões biopsicossociais e também jurídicas. Em termos cronológicos gerais, o indivíduo adulto é aquele com idade superior a 18 anos e inferior a 60 anos (idoso). No rol de problemas de saúde da vida adulta, os problemas de ordem psicológica podem abarcar desde problemas chamados externalizantes (problemas comportamentais ou de atuação, como nos comportamentos antissociais) e problemas internalizantes (manifestados por perturbações emocionais e cognitivas).

Os problemas internalizantes, foco deste estudo, implicam em disfunções voltadas à própria pessoa. Em estudo da segunda década deste século XXI, verificou-se que os trabalhos com foco nos problemas internalizantes representavam 7,9% do total de publicações nas quais foram utilizadas as terminologias “internalizantes e externalizantes” (Achenbach, Ivanova, Rescorla, Turner & Althoff, 2016). Prevalentes no sexo feminino, os problemas internalizantes englobam desde sintomas depressivos e de ansiedade até queixas somáticas, distúrbios alimentares, autoflagelação, e abuso de substâncias (Achenbach, 2015; Baptista, Borges & Serpa, 2017; Emerich, Rocha, Silveiras & Gonçalves, 2012;). Esses problemas, em níveis elevados, podem estar ligados aos transtornos mentais, que são prevalentes na população adulta (Santos & Siqueira, 2010).

Rescorla et al. (2016), em uma avaliação sobre problemas internalizantes e externalizantes em adultos de 17 sociedades, utilizaram um dos instrumentos que compõem Sistema de Avaliação Empiricamente Baseada em Achenbach (do inglês *Achenbach System of Empirically Based Assessment* ([ASEBA]) específico para adultos: o Inventário de Auto Avaliação para Adultos de 18 a 59 anos (do inglês *Adult Self Report*, [ASR]). Como resultados encontraram algumas diferenças e muitas similaridades nas avaliações nas 17 sociedades. Ao avaliarem o efeito do sexo nas escalas e sub-escalas aferidas, mulheres apresentaram mais problemas internalizantes do que os homens.

Oliveira, Lucena-Santos e Bortolon (2013), em uma das poucas investigações sobre problemas internalizantes e externalizantes em adultos brasileiros, com objetivo de caracterizar a clientela adulta de uma clínica-escola de psicologia de uma universidade do Sul do Brasil, em seus aspectos sociodemográficos e clínicos. Para tal avaliação, utilizaram na triagem dos pacientes da clínica-escola o ASR. De forma geral, a maioria da população atendida pela clínica-escola entre 2009 e 2010 era de mulheres, com ensino superior e predominância de sintomas de ansiedade, depressão. Problemas internalizantes estiveram presentes em níveis clínicos (com necessidade de intervenção) em 64,9% dos homens e 54,9% das mulheres atendidas. Mesmo com menor porcentagem de problemas internalizantes do que os homens avaliados, as mulheres que apresentaram dados mais preocupantes por possuírem menos recursos (escala de funcionamento adaptativo do ASR, 67,3% das mulheres em faixas clínicas).

Assim como apontado por Oliveira et al. (2013), de que são poucas as pesquisas com população adulta no Brasil, especificamente àquela que busca atendimento em clínicas-escola, também são poucos os estudos representativos no Brasil com estimativas de prevalência para os transtornos mentais em adultos (Bonadiman, Passos, Mooney & Melo, 2017). Santos e Siqueira (2010) realizaram revisão sistemática de literatura acerca dessa temática, no período de 1997 a 2009, com objetivo de verificar índices de prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira. Dentre os 25 artigos

selecionados para análise, a taxa de prevalência de transtornos mentais variou entre 20% e 56%, acometendo principalmente mulheres, que foram mais propensas a apresentar perturbações do humor e ansiedade.

No *Global Burden Disease (GBD) 2015* (Bonadiman et al., 2017), os transtornos mentais representaram 9,5% do total de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALY) no Brasil, sendo a terceira maior causa de carga de doença e a maior taxa de DALY do mundo. Contribuindo consideravelmente para a perda de saúde, os transtornos mentais mais comuns foram os transtornos depressivos (35%), seguido pelo transtorno de ansiedade (28%). A carga dos transtornos depressivos foi maior entre as pessoas com 30 a 34 anos e, dos transtornos de ansiedade, entre as pessoas com 40 e 44 anos de idade. De forma geral, mulheres apresentaram maior carga de transtornos depressivos e de ansiedade do que os homens.

Buscando entender a lacuna de tratamento de transtornos mentais nas Américas, Kohn et al. (2018) avaliaram a prevalência desses transtornos, uso de serviços de saúde e a carga dos transtornos (com dados do GBD 2016). Comparado com dados das Américas, o Brasil apresentou a maior taxa de transtornos de ansiedade (19,9%, seguido dos Estados Unidos da América [EUA] com 18,1%) e de transtornos afetivos (11%, seguido do Chile com 9,9%). A lacuna de tratamento dos transtornos mentais no Brasil foi de 78,1%, ficando atrás de países como EUA (58,9%), Chile (61,5%), Canadá (74,1%) e Argentina (72,2%).

Diante da prevalência de transtornos mentais na população brasileira e a carência de estudos sobre saúde mental da população adulta, apresenta-se uma pesquisa que teve por objetivo avaliar problemas internalizantes em adultos (18 a 59 anos) de uma região metropolitana do Estado de São Paulo.

Método

Participantes

Foram investigados 240 adultos de ambos os sexos (59% mulheres), idades entre 18 e 59 anos (72% adultos jovens, com idades de 18 a 39 anos), de diferentes níveis de escolaridade (77% com ensino médio completo ou ensino superior), diferentes classes econômicas (55% nas classes econômicas A e B, avaliadas pelo Critério de Classificação Econômica Brasil [Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2011]), todos moradores de municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista (SP). Mais detalhes sobre a caracterização da amostra estão apresentados em Oliveira-Monteiro, Scachetti, Frabetti e Aznar-Farias (2015).

Instrumento

O ASR foi utilizado para avaliação dos problemas internalizantes (Achenbach & Rescorla, 2010) assim como colocado em Oliveira-Monteiro et al. (2015). O ASR é um instrumento de autorrelato aplicável a adultos de 18 a 59 anos, de ambos os sexos. Dividido em duas seções, sendo a primeira referente a itens que avaliam competências sociais/funcionamento adaptativo e segunda, composta por 126 itens que avaliam problemas psicológicos dos tipos internalizantes e externalizantes (Achenbach & Rescorla, 2010). O instrumento tem validação multicultural, com estudo de análise fatorial de suas escalas conduzido no Brasil por Lucena-Santos, Moraes e Oliveira (2014).

De acordo com os objetivos da presente pesquisa, foi utilizada a escala para problemas internalizantes, sub escala ansiedade/depressão, sub escala retraimento e sub escala queixas somáticas. Resultados do ASR podem ser considerados nas faixas denominadas clínica, limítrofe e não-clínica (normal), indicando, respectivamente, problemas suficientes para preocupações clínicas, prováveis necessidades de intervenção, e pontos fortes que devem ser considerados no planejamento de intervenções.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

O trabalho procurou respeitar aspectos éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Parecer nº 0604/11).

A amostra foi constituída pelos critérios de acessibilidade e conveniência, em uma clínica psicológica para realização de exames psicotécnicos para obtenção de CNH, conforme apresentado em

Oliveira-Monteiro et al. (2015). Os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de pesquisa.

Os dados do ASR foram inseridos no *software* de correção do instrumento, o *Assessment Data Manager Program* (ADM) e assim obtidos os resultados. Para análise estatística, os resultados da escala e subescalas do ASR foram considerados no valor numérico de *t Score* e também nas categorias faixa não clínica (valores de *t Score* até 60 para a escala de Problemas internalizantes; valores de até 65 para as sub escalas ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas) e faixa limítrofe/clínica (valores de *t Score* acima de 60 para a escala de Problemas internalizantes; valores acima de 65 para as sub escalas). Os resultados do ASR foram comparados entre homens e mulheres da amostra com uso do teste *t de Student*. Foi utilizado o programa estatístico SPSS 24.0.

Resultados

Resultados para a escala problemas internalizantes e sub escalas ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas, em homens e mulheres da amostra, estão apresentados na Tabela 1. Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres da amostra na escala e sub escalas avaliadas. No entanto, cabe destacar o resultado da sub escala retraimento para os homens da amostra (média=60,35), que pode ser categorizada como limítrofe/clínica. Os resultados estão apresentados graficamente na Figura 1.

Tabela 1.

Resultados para a escala problemas internalizantes e sub escalas ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas, em homens e mulheres da amostra.

		Média	Desvio-padrão	Mínimo-máximo	% em faixa limítrofe/clínica
Problemas internalizantes	Homens	57,04	9,49	35-92	31,9
	Mulheres	56,48	11,23	34-91	28,1
	Total	56,70	10,5	34-92	29,2
Ansiedade/depressão	Homens	58,48	7,44	50-86	20,2
	Mulheres	58,81	8,82	50-91	22,6
	Total	58,68	8,29	50-91	21,4
Retraimento	Homens	60,35	9,32	50-90	30,8
	Mulheres	58,50	8,89	50-87	25,3
	Total	59,23	9,09	50-90	27,2
Queixas somáticas	Homens	54,15	6,54	50-89	7,4
	Mulheres	55,17	6,68	50-88	9,6
	Total	54,77	6,63	50-89	8,6

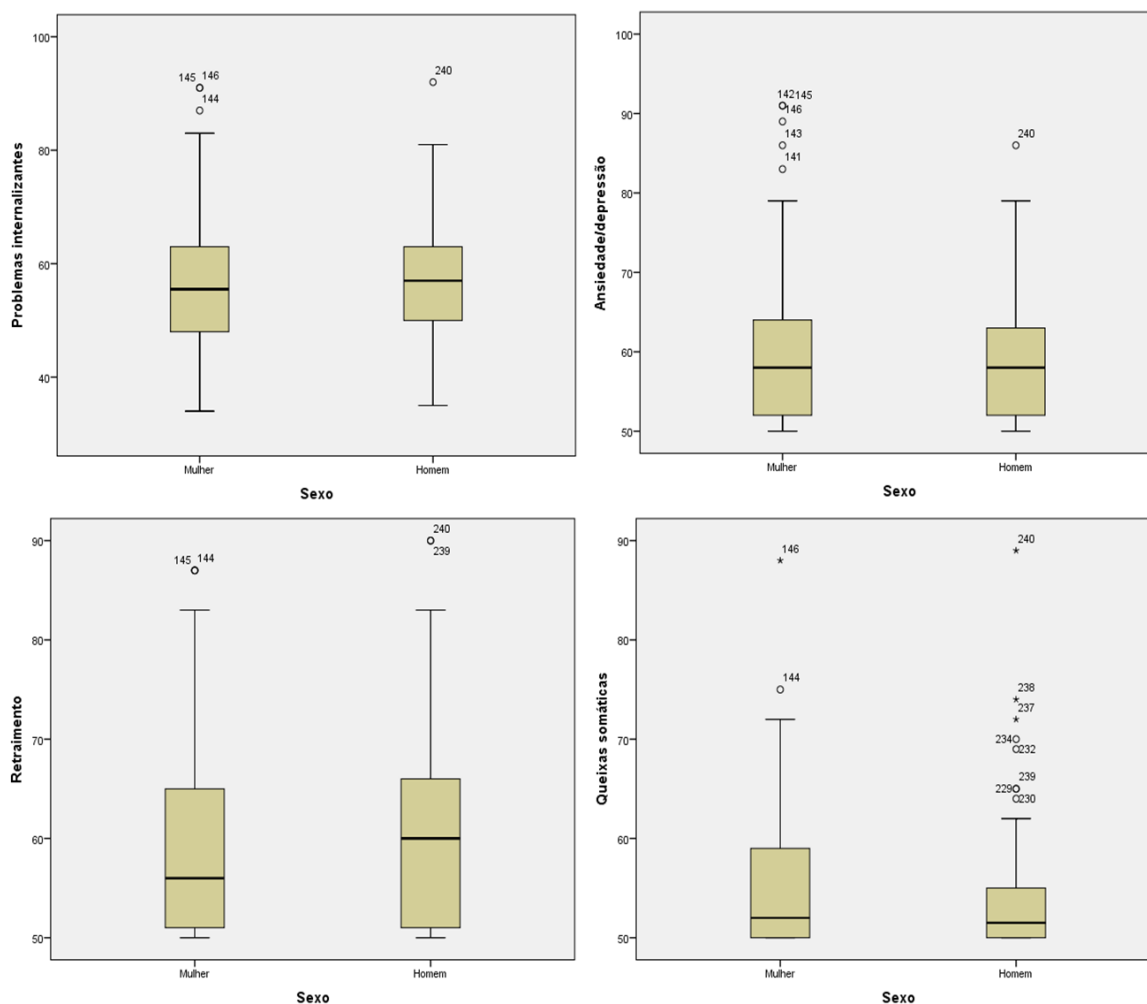


Figura 1. Resultados para a escala problemas internalizantes e sub escalas ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas, em homens e mulheres da amostra. Nota: os *outliers* apresentados na figura não foram descartados da amostra haja visto que é esperado que algumas pessoas apresentem níveis elevados de problemas internalizantes.

Discussão

A presente pesquisa avaliou problemas internalizantes (sub-escalas de ansiedade/depressão, retraimento e queixas somáticas) em 240 adultos de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade, e de diferentes classes econômicas moradores de municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista (SP).

Os investigados homens e mulheres não se apresentaram diferentemente em suas condições de problemas internalizantes, em nenhuma das medições avaliadas (escala de Problemas internalizantes e sub-escalas Retraimento, Queixas somáticas e Ansiedade/depressão), de acordo com o teste estatístico empregado. Os dados epidemiológicos de saúde mental referidos na Introdução deste trabalho apresentam apenas dados descritivos dos resultados, com uso de frequências. Na presente pesquisa, os resultados do ASR foram considerados no valor do *t Score* e também categorizados em faixa não clínica e faixa limítrofe/clínica. Por isso, para fins de comparação com os dados epidemiológicos apresentados na Introdução, serão consideradas as frequências nas categorias obtidas com o ASR. Sendo assim, as comparações com outras pesquisas feitas nessa Discussão, apresentam-se com dados de maior ou menor frequência, limitando-se a isso.

Nesta pesquisa, mulheres apresentaram mais escores em faixas limítrofe/clínicas na sub-escala Ansiedade/depressão e Queixas somáticas. Já em Andrade et al. (2012), em uma investigação de prevalência de transtornos mentais em outra região metropolitana do Estado de São Paulo e com amostra mais robusta (5.037 adultos), as mulheres investigadas tiveram maior chance de ter transtornos de humor

e transtornos de ansiedade do que os homens. Na avaliação multicultural de Rescorla et al. (2016), mulheres também apresentaram mais Queixas somáticas e Ansiedade/depressão do que os homens.

Santos e Siqueira (2010), em sua revisão de literatura acerca do assunto, apontam que tais diferenças podem acontecer devido a fatores hormonais e psicológicos, e mencionam que as mulheres têm maior facilidade de procurar ajuda quando identificam os sintomas (por isso a maior prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em mulheres), enquanto que os homens procuram alívio dos sintomas em substâncias psicoativas, por exemplo. Os autores enfatizam que fatores como idade, desemprego, baixa escolaridade, estado civil, sexo, condições de moradia, trabalho e não acesso aos bens de consumo (não analisados no presente estudo) também contribuem para os resultados dos estudos analisados por eles (Santos & Siqueira, 2010).

Em uma investigação com 60.202 brasileiros sobre depressão, Munhoz, Nunes, Wehrmeister, Santos e Matijasevich (2016) encontraram as mulheres participantes apresentando maior chance de desenvolver o transtorno depressivo do que homens. Fatores como residir em áreas urbanas, baixa escolaridade, tabagismo e hipertensão também foram associados ao desenvolvimento do transtorno. Novamente, os autores discutem sobre a interação entre diferentes fatores (biológicos, sociais, culturais) para o desenvolvimento ou não de transtorno depressivo.

O presente estudo aponta que na escala Problemas internalizantes e sub-escala Retraimento, os homens apresentaram mais escores em faixas limítrofe/clínicas. Por sua vez, Rescorla et al. (2016) não encontraram diferenças entre os sexos para Retraimento em sua avaliação multicultural. No entanto, apresentaram Problemas internalizantes como maiores em mulheres do que em homens.

Oliveira et al. (2013), na pesquisa sobre a clientela de uma clínica-escola de Psicologia, também encontraram mais Problemas internalizantes em faixa clínica em homens (64,9%) do que nas mulheres (54,9%). O percentual de pessoas com problemas em faixa clínica da pesquisa de Oliveira et al. (2013) é bastante superior ao da presente pesquisa, sendo a amostra investigada pelas autoras, de pessoas que foram procurar atendimento psicológico, uma limitação para comparações com a presente pesquisa (população geral, sem ter havido um controle de quem fazia ou não acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico). Contudo, a mesma tendência foi encontrada (homens com maior nível de Problemas internalizantes do que mulheres). Na mesma investigação de Oliveira et al. (2013), Retraimento foi encontrado em faixa clínica/limítrofe em 57% da amostra, mas as autoras não fizeram distinção entre os sexos na apresentação dos resultados, limitando comparações.

De forma geral, resultados da presente pesquisa, com moradores de diferentes municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, vão com o encontrado na literatura brasileira sobre a prevalência de transtornos de ansiedade e depressivos (21,4% do total da amostra com resultados categorizados como limítrofe/clínico na sub-escala ansiedade/depressão). Na revisão sistemática de Santos e Siqueira (2010), a prevalência de transtornos mentais variou entre 20% a 56%, havendo predomínio de transtornos de ansiedade, estados fóbicos, depressões e transtornos somatoformes em mulheres. Entretanto, esses autores não apresentam dados dessa distinção em transtornos que permitam comparações com as escalas avaliadas pelo instrumento da presente pesquisa. No estudo de prevalência de transtornos mentais nas Américas, Kohn et al. (2018) encontraram transtornos de ansiedade em 19,9% dos investigados, e transtornos afetivos em 11%. A presente pesquisa exhibe dados de ansiedade e depressão conjuntamente (sub-escala Ansiedade/depressão do ASR), o que dificulta a comparação dos resultados com os desses estudos epidemiológicos citados.

Baseados em outras classificações de doenças, principalmente àquelas diagnósticas com referência à Classificação Internacional de Doenças (CID), estudos epidemiológicos referidos separam transtornos de ansiedade e transtornos depressivos. A discussão dos resultados fica restrita a comparações com outras investigações que utilizaram de instrumentos diferentes, principalmente com objetivo de diagnóstico – e não de triagem, como no caso dos instrumentos ASEBA. Nesse sentido, as pesquisas com que esse artigo discute apresentam resultados mais voltados para aspectos da ansiedade e depressão, que são alguns dos problemas internalizantes apontados por Achenbach et al. (2016), havendo outros tipos desses problemas a serem investigados.

Esta investigação teve limitações próprias de sua condição de trabalho exploratório, realizado com uma amostra geral de população de adultos. Os resultados do trabalho indicaram que a população investigada se encontrava, de forma mais geral, dentro de condições de desenvolvimento positivo. Ficam

sugeridos futuros trabalhos que permitam comparação desses resultados com avaliações de novos recortes populacionais, bem como a ampliação das medições, investigando também aspectos de outros tipos de Problemas internalizantes, como Retraimento e Queixas somáticas, nessas populações.

Referências

- Achenbach, T. M. (2015). Multicultural Evidence-Based Assessment Using the Achenbach System Of Empirically Based Assessment (ASEBA) For Ages ½-90+. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 9(2), 13–23.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2010). *Mental Health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (10th ed). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Rescorla, L. A., Turner, L. V., & Althoff, R. R. (2016). Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-56.
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., ... & Viana, M. C. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo Megacity. *Mental Health Survey, Brazil. PLoS ONE* 7(2), e31879.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2011). *Crítério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.
- Baptista, M. N., Borges, L., & Serpa, A. L. O. (2017). Diferenças de sexo e idade relacionadas aos sintomas depressivos entre crianças e adolescentes brasileiros. *Paidéia*, 27(68), 290–297.
- Bonadiman, C. S. C., Passos, V. M. A., Mooney, M. N. M., & Melo, A. P. S. (2017). A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(1), 191-204.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Collodel-Benetti, I., Vieira, M. L., Crepaldi, A. M., & Schneider, D. R. (2013). Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicologia*, 9(16), 89-99.
- Emerich, D. R., Rocha, M. M., Silveira, E. F. M., & Gonçalves, J. P. (2012). Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18). *PSICO*, 43(3), 380-387.
- Erikson, E. H. (1990). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Kohn, R., Ali, A., Puac-Polanco, V., Figueroa, C., López-Soto, V., Morgan K, ... & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42(e165), 1-10.
- Lucena-Santos, P., Moraes, J., & Oliveira, M. (2014). Analysis of the factor structure of syndromes scales of ASR (Adult Self-Report). *Revista Interamericana de Psicologia*, 48(2), 252-264.
- Munhoz, T. N., Nunes, B. P., Wehrmeister, F. C., Santos, I. S., & Matijasevich, A. (2016). A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 192, 226–233.
- Oliveira, M. S., Lucena-Santos, P., & Bortolon, C. (2013). Clientela adulta de serviço psicológico: características clínicas e sociodemográficas. *Psicologia: teoria e prática*, 15(2), 192-202.
- 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.
- Oliveira-Monteiro, N. R., Scachetti, R. E., Frabetti, S., & Aznar-Farias, M. (2015). Problemas externalizantes e pró-socialidade em adultos. *Aletheia*, (47-48), 155-168.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Turner, L. V., Althoff, R. R., Árnadóttir, H. A., Au, A., ... & Zasepa, E. (2016). Problems and adaptive functioning reported by adults in 17 societies. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 5(2), 91–109.
- Santos, E. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.

Recebido em setembro de 2020

Aceito em fevereiro de 2021

Fernanda Ribeiro de Araújo: Psicóloga, mestre em Ciências da Saúde Pesquisadora do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH) da Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista

Carolina Porto Ribeiro: Psicóloga. Pesquisadora do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH) da Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista.

Carla Cristina Borges Santos: Psicóloga, mestre em Ciências da Saúde. Pesquisadora do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH) da Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista.

Mônica Atsuko Ichikawa: Administradora de Empresas, mestranda do curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo

Pesquisadora do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano (LADH) da Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista

Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro: Psicóloga, pós-doutorado em Psicologia Social. Professora Associada Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista, coordenadora do Laboratório de Psicologia Ambiental e Desenvolvimento Humano.

E-mail para contato: fernanda.ribeiroaraujo@gmail.com.