

Maria Júlia Amaral Abranches de Almeida¹ 
Graziela Nunes Alfenas Fernandes¹ 
Stela Maris Aguiar Lemos¹ 

Aspectos comportamentais e funcionais em escolares do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas

Behavioral and functional aspects among public and private middle school students

Descritores

Adolescente
Comportamento
Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
Qualidade de Vida
Saúde Mental

Keywords

Adolescent
Behavior
International Classification of Functioning, Disability and Health
Quality of Life
Mental Health

Endereço para correspondência:

Maria Júlia Amaral Abranches de Almeida
Departamento de Fonoaudiologia,
Faculdade de Medicina, Universidade
Federal de Minas Gerais – UFMG
Av. Professor Alfredo Balena, 190, sala
249, Santa Efigênia, Belo Horizonte
(MG), Brasil, CEP: 30130-100.
E-mail: mariajulia.amaral13@gmail.
com

Recebido em: Janeiro 15, 2025

Aceito em: Novembro 17, 2025

Editora: Aline Mansueto Mourão.

RESUMO

Objetivo: Investigar a relação entre aspectos comportamentais (dificuldades e capacidades) e a funcionalidade de estudantes do Ensino Fundamental II, considerando variáveis como ano escolar, sexo, idade, classe econômica e tipo de escola. **Método:** Estudo observacional e transversal com 157 escolares de 11 a 14 anos, matriculados em escolas públicas e privadas. Foram utilizados os instrumentos Caracterização dos Participantes, Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Por) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aplicados via Google Forms. A análise foi realizada com o software SPSS (versão 25.0). **Resultados:** A maioria dos participantes apresentou classificação normal nas escalas do SDQ e foi avaliada como “sem dificuldades” nas categorias da CIF. Houve associações estatisticamente significativas entre sintomas emocionais do SDQ e os códigos da CIF d240, d710 e d750, bem como entre problemas de conduta e os códigos CIF d240, d710, d720 e d750. Sintomas de hiperatividade apresentaram associação com sexo e os códigos CIF d240, d710 e d720, enquanto problemas de relacionamento com colegas se associaram aos códigos d750 e d710. Comportamento pró-social foi associado ao sexo e a códigos CIF d240, d710 e d750. O escore total do SDQ apresentou associação com os códigos CIF. **Conclusão:** Destaca-se a importância de compreender as especificidades comportamentais e funcionais dos adolescentes para promover uma melhor qualidade de vida socioemocional nessa faixa etária.

ABSTRACT

Purpose: To investigate the relationship between behavioral aspects (difficulties and abilities) and the functioning of middle school students, considering variables such as grade in school, sex, age, economic class, and type of school. **Methods:** Observational, cross-sectional study with 157 students aged 11 to 14 years, enrolled in public and private schools. The instruments used were participant characterization, Brazilian Economic Classification Criteria (CCEB), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Por), and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF), applied via Google Forms. The analysis was performed using SPSS software (version 25.0). **Results:** Most participants had a normal classification on the SDQ scales and were evaluated as “no difficulties” in the ICF categories. There were statistically significant associations between SDQ emotional symptoms and ICF codes d240, d710, and d750, as well as between conduct problems and ICF codes d240, d710, d720, and d750. Symptoms of hyperactivity were associated with sex and ICF codes d240, d710, and d720, while peer relationship problems were associated with codes d750 and d710. Prosocial behavior was associated with sex and ICF codes d240, d710, and d750. The total SDQ score was associated with the ICF codes. **Conclusion:** The study highlights the importance of understanding the behavioral and functional specificities of adolescents to promote a better socio-emotional quality of life among them.

Trabalho realizado na Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

¹ Departamento de Fonoaudiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Belo Horizonte (MG), Brasil.

Fonte de financiamento: nada a declarar.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Disponibilidade de Dados: Os dados de pesquisa estão disponíveis somente mediante solicitação.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

INTRODUÇÃO

O autoconhecimento que um adolescente possui pode ser determinado pelas interações entre fatores internos e externos, incluindo o contexto familiar e o ambiente educacional⁽¹⁾. No que diz respeito à saúde, condições psicológicas, neurológicas e psiquiátricas estão entre as principais causas de incapacidade em adolescentes. De acordo com uma pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 2021, os adolescentes brasileiros apresentaram o segundo pior índice de otimismo em relação ao futuro. O estudo revelou que 48% dos adolescentes frequentemente se sentem nervosos, preocupados ou ansiosos, enquanto 22% relatam sentir-se frequentemente deprimidos ou sem motivação para realizar atividades cotidianas.

Por outro lado, o Brasil ocupa a segunda posição entre os países nos quais os jovens entrevistados mais acreditam no poder transformador da educação para promover mudanças sociais⁽²⁾. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), metade das condições de saúde mental tem início aos 14 anos, embora a maioria não seja diagnosticada nem tratada⁽³⁾. Por esse motivo, negligenciar o estado de saúde mental nessa faixa etária pode acarretar consequências negativas na vida adulta, causando danos à saúde física e mental, além de limitar as oportunidades futuras^(3,4).

Observar o comportamento de adolescentes possibilita a identificação de possíveis condições comportamentais e psicológicas, favorecendo a intervenção precoce⁽¹⁾. Os aspectos comportamentais em estudantes adolescentes são, em sua maioria, notados por pais ou responsáveis e por professores no ambiente escolar, estando diretamente relacionados às dificuldades de aprendizagem⁽⁵⁾. Ressalta-se que a saúde mental comprometida impacta negativamente não apenas o indivíduo, mas também os contextos escolar, familiar e social⁽⁶⁾.

No que se refere à funcionalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como um instrumento para classificar a condição de saúde dos indivíduos, considerando aspectos funcionais e incapacitantes⁽⁷⁾. A CIF adota o modelo biopsicossocial, fundamentado em uma relação multidirecional entre as esferas biológica, psicológica e social, permitindo a interação entre esses níveis⁽⁸⁾.

Embora a CIF seja amplamente utilizada em pesquisas, sua aplicação na prática clínica ainda é limitada. Profissionais da área da saúde, em sua maioria, adotam o modelo biomédico, centrado nas condições físicas do paciente e desconsiderando aspectos psicossociais⁽⁹⁾. A CIF é uma ferramenta multidimensional aplicada nas áreas da saúde, educação e pesquisa, promovendo uma visão integrada da funcionalidade e incapacidade. Sua utilização é essencial para avaliações abrangentes, possibilitando intervenções eficazes que minimizem limitações e promovam o bem-estar de crianças e adolescentes⁽¹⁰⁾. A aplicação dessa classificação nessa população permite uma compreensão integral da saúde e subsidia estratégias individuais e sociais voltadas à redução dos impactos negativos nessa faixa etária⁽⁹⁾.

Embora a literatura apresente diferentes recortes etários para definição da adolescência, a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu, em regiões de países em desenvolvimento, a

adolescência como o período entre os 10 e 19 anos, subdividindo-os em “jovens adolescentes” dos 10 aos 14 anos e “adolescentes mais velhos” dos 15 aos 19 anos⁽¹¹⁾. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece a faixa etária dos 12 aos 18 anos como referência normativa⁽¹²⁾. Nesse sentido, a inclusão de indivíduos a partir dos 11 anos como parte da casuística justifica-se por se tratar de uma etapa que, segundo parâmetros internacionais, já é considerada início da adolescência. Tal decisão é relevante, pois permite captar manifestações iniciais de aspectos comportamentais e funcionais que podem emergir nesse período precoce e que, muitas vezes, são determinantes para a saúde mental e o desenvolvimento global. Além disso, ao contemplar adolescentes jovens, amplia-se a possibilidade de identificar precocemente condições psicológicas, neurológicas e sociais que podem impactar negativamente sua funcionalidade e bem-estar.

Compreender se os aspectos comportamentais de estudantes do Ensino Fundamental II sofrem influência de variáveis socioeconômicas, como classe econômica, sexo e idade, bem como de fatores escolares, é fundamental para ampliar o entendimento sobre o desenvolvimento infantojuvenil. Além disso, torna-se relevante mapear os aspectos funcionais dessa população, utilizando um instrumento de avaliação da saúde mental baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a fim de proporcionar intervenções mais assertivas e direcionadas. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo verificar a associação entre aspectos comportamentais (dificuldades e capacidades) e a funcionalidade, com as variáveis ano escolar, sexo, idade, classe econômica e tipo de escola (contexto público ou contexto privado) em escolares do Ensino Fundamental II.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, realizado com 157 estudantes adolescentes matriculados no Ensino Fundamental II de escolas públicas e privadas localizadas nas regiões Centro-Sul e Nordeste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob o parecer nº 4.446.496.

A amostra foi não probabilística, composta por adolescentes com idades entre 11 e 14 anos, matriculados em escolas públicas e privadas de Ensino Fundamental II. As instituições foram selecionadas por conveniência.

Os critérios de inclusão foram: adolescentes cujos pais ou responsáveis concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) e que responderam integralmente aos instrumentos de avaliação propostos. Foram excluídos adolescentes que apresentassem evidências de alterações cognitivas, neurológicas ou psiquiátricas que impedissem a participação na pesquisa. Essa exclusão foi realizada a partir de informações fornecidas pela equipe escolar durante o processo de seleção dos participantes. A identificação baseou-se nos diagnósticos já documentados pela instituição, informados previamente pelos responsáveis à escola.

O recrutamento dos participantes foi realizado por meio de carta-convite, enviada pela escola e pelas pesquisadoras. Os pais ou responsáveis assinaram o TCLE, e os estudantes, o TALE. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2021 e setembro de 2022, de forma híbrida, por meio de instrumentos de pesquisa validados internacionalmente transcritos para formulários elaborados na plataforma Google Forms.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário de Caracterização dos Participantes; Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2022); *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Por)⁽¹³⁾; e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁽⁷⁾. O questionário de caracterização visou obter informações como idade, sexo, ano escolar e tipo de escola frequentada.

O Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) analisou os aspectos socioeconômicos por meio do poder aquisitivo e do nível de escolaridade do chefe de família, distribuídos nas classes A1, A2, B1, B2, C, D e E, sendo A1 a de maior poder aquisitivo e E, a de menor.

O *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ-Por), traduzido e validado para o Brasil⁽¹⁴⁾, avaliou as capacidades e dificuldades psicopatológicas de crianças e adolescentes entre 4 e 16 anos. O instrumento, desenvolvido para triagem de saúde mental infanto-juvenil, é composto por cinco subescalas: comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, problemas de conduta e problemas no relacionamento com pares. Cada subescala possui uma pontuação interpretada conforme os pontos de corte estabelecidos. A pontuação final foi obtida por meio da soma das subescalas.

A CIF, desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), fundamenta-se em um modelo biopsicossocial que contempla os componentes da saúde nos níveis físico, psicológico e social. Sua estrutura é tridimensional e inclui aspectos biomédicos, psicológicos e sociais.

Neste estudo, a funcionalidade dos participantes foi descrita com base nas categorias do componente “Atividades e Participação”, utilizando-se os qualificadores de desempenho, bem como nas categorias de “Fatores Ambientais”, com os qualificadores de facilitadores e barreiras.

As categorias da CIF não foram empregadas na coleta de dados, sendo previamente selecionadas com base em sua relação com os domínios avaliados pelo SDQ. Após a seleção, os resultados do SDQ foram codificados conforme os qualificadores correspondentes. Utilizaram-se apenas os qualificadores de desempenho, uma vez que o SDQ é um instrumento respondido pelos responsáveis com base na observação do comportamento do adolescente em seu ambiente habitual. Foram empregados os qualificadores: .0 (nenhuma dificuldade) e .8 (dificuldade não especificada), não sendo determinado o grau de dificuldade. Foram selecionadas quatro categorias: lidar com o estresse e outras exigências psicológicas (d240), interações interpessoais complexas (d720), relacionamentos interpessoais informais (d750) e interações interpessoais básicas (d710). O código d240 foi analisado em dois aspectos: sintomas emocionais e hiperatividade.

No primeiro momento da análise, a variável resposta foi composta pelas capacidades e dificuldades (aspectos comportamentais) dos participantes. As variáveis explicativas foram: classificação econômica, ano escolar, tipo de escola, sexo e idade. Na segunda etapa, as variáveis resposta foram as quatro categorias do componente “Atividades e Participação” da CIF, codificadas a partir dos resultados do SDQ mantendo a equivalência conceitual dos qualificadores utilizados, assegurando correspondência entre as categorias da CIF e os aspectos comportamentais avaliados.

Para atender ao objetivo do estudo foi realizada a análise descritiva dos dados, por meio da distribuição de frequência das variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Para as análises de associação foram utilizados os testes Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson. Para entrada, processamento e análise dos dados foi utilizado o software SPSS, versão 25.0.

RESULTADOS

A amostra total foi composta por 157 indivíduos, com média de idade de 12,62 anos, desvio padrão de 1,08 e mediana de 13,00 anos. A maioria era do sexo feminino (55,4%). Quanto ao ano escolar, a maior parte cursava o 7º ano do Ensino Fundamental (28,7%), seguido pelo 6º ano (26,1%) e pelo 8º ano (25,5%), sendo o 9º ano o que apresentou menor representatividade (19,7%). A maior parte dos adolescentes estava matriculada em escola de financiamento privado (79,0%).

No que diz respeito à classificação econômica, a maioria dos adolescentes pertencia à classe A1 do Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (Associação Brasileira de Pesquisa, 2022) (64,5%), seguida pelas classes A2 (15,8%), B2 (8,5%), B1 (7,8%) e C1 (2,1%), sendo as classes C2 (0,7%) e D (0,7%) as menos representadas.

A análise descritiva das escalas do SDQ mostrou que a maioria dos participantes tiveram respostas nos questionários que designassem classificação normal em todas as escalas: “Sintomas Emocionais” (80,8%), “Problemas de Conduta” (79,6%), “Hiperatividade” (72,0%), “Problemas de Relacionamento com os Colegas” (80,3%) e “Comportamento Pró-Social” (89,8%). No escore total do SDQ, que indica as dificuldades em saúde mental dos participantes, 72,0% foram classificados como normais, indicando boa saúde mental. Ainda, 14,6% dos participantes apresentaram resultado limítrofe e 13,4% obtiveram pontuação classificada como anormal.

A análise descritiva dos códigos da CIF (desempenho) demonstrou que, em todos eles, a maioria dos participantes foi classificada como “sem dificuldade”, ou seja, os participantes classificaram-se capazes de desempenhar os domínios de forma efetiva, independente e funcional, sendo: d240 – sintomas emocionais (80,9%), d720 – interações interpessoais complexas (79,6%), d240 – hiperatividade (71,3%), d750 – relações sociais informais (80,3%) e d710 – interações interpessoais básicas (89,8%).

Para melhor análise de associação, a classificação do SDQ foi agrupada, a saber: a) anormal e b) limítrofe/normal. Já os grupos do CCEB, foram agrupados da seguinte forma: a) A1/A2 = A; b) B1/B2 = B; e c) C1/C2/D = C-D.

A Tabela 1 apresenta a análise de associação entre as escalas do SDQ Sintomas Emocionais e Problemas de Conduta com dados sociodemográficos e códigos da CIF (desempenho), por meio dos testes Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson. Observa-se que houve associação com significância estatística entre “Sintomas Emocionais” com os códigos da CIF d240 sintomas emocionais ($p=0,001$), d720 interações interpessoais complexas ($p=0,001$), d240 hiperatividade ($p=0,001$) e d750 relações sociais informais ($p=0,001$). Já para a escala Problemas de Conduta, foi observada associação com significância estatística com os códigos d240 sintomas emocionais ($p=0,001$),

d720 ($p=0,001$), d750 relações sociais informais ($p=0,011$) e d710 interações interpessoais básicas ($p=0,001$). As demais análises não apresentaram resultado com significância estatística.

A Tabela 2 apresenta a associação entre as escalas do SDQ Hiperatividade e Problemas de Relacionamento com os Colegas, os dados sociodemográficos e os códigos da CIF, analisados pelos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Os resultados indicaram associação estatisticamente significativa entre hiperatividade e sexo ($p=0,024$), com maior porcentagem de classificação limítrofe/normal entre as estudantes do sexo feminino. Também foram observadas

Tabela 1. Análise de associação entre as escalas sintomas emocionais e problemas de conduta do SDQ e dados sociodemográficos e CIF

Variáveis	Sintomas Emocionais			Problemas de Conduta		
	Anormal N (%)	Limítrofe/Normal N (%)	valor-p	Anormal N (%)	Limítrofe/Normal N (%)	valor-p
Sexo						
Feminino	11 (73,3)	76 (53,5)	0,142 ¹	10 (62,5)	77 (54,6)	0,547 ²
Masculino	4 (26,7)	66 (46,5)		6 (37,5)	64 (45,4)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
Ano escolar						
6º	2 (13,3)	39 (27,5)	0,233 ²	3 (18,7)	38 (27,0)	0,550 ²
7º	7 (46,7)	38 (26,8)		7 (43,8)	38 (27,0)	
8º	2 (13,3)	38 (26,8)		3 (18,8)	37 (26,2)	
9º	4 (26,7)	27 (19,0)		3 (18,7)	28 (19,9)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
Tipo de escola						
Pública	2 (13,3)	31 (21,8)	0,442 ¹	6 (37,5)	27 (19,1)	0,088 ¹
Privada	13 (86,7)	111 (78,2)		10 (62,5)	114 (80,9)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
CCEB						
A	13 (86,7)	100 (79,4)	0,679 ²	10 (66,7)	103 (81,7)	0,138 ²
B	2 (13,3)	21 (16,7)		5 (33,3)	18 (14,3)	
C-D	0 (0,0)	5 (4,0)		0 (0,0)	5 (4,0)	
Total	15 (100,0)	126 (100,0)		16 (100,0)	126 (100,0)	
d240 - SE						
Sem dificuldade	0 (0,0)	127 (89,4)	0,001 ^{1*}	8 (50,0)	119 (84,4)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	15 (100,0)	15 (10,6)		8 (50,0)	22 (15,6)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
d720						
Sem dificuldade	7 (46,7)	118 (83,1)	0,003 [*]	0 (0,0)	125 (88,7)	0,001 ^{1*}
Com dificuldade	8 (53,3)	24 (16,9)		16 (100,0)	16 (11,3)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
d240 - Hiper						
Sem dificuldade	9 (60,0)	103 (72,5)	0,307 ²	7 (43,8)	105 (74,5)	0,017 ^{2*}
Com dificuldade	6 (40,0)	39 (27,5)		9 (56,2)	36 (25,5)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
d750						
Sem dificuldade	5 (33,3)	108 (76,1)	0,001 ^{2*}	9 (56,3)	117 (83,0)	0,011 ^{2*}
Com dificuldade	10 (66,7)	34 (23,9)		7 (43,7)	24 (17,0)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	
d710						
Sem dificuldade	11 (73,3)	130 (91,5)	0,051 ¹	10 (62,5)	131 (92,9)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	4 (26,7)	12 (8,5)		6 (37,5)	10 (7,1)	
Total	15 (100,0)	142 (100,0)		16 (100,0)	141 (100,0)	

¹Teste Exato de Fisher; ²Teste Qui-quadrado de Pearson *valor de $p \leq 0,05$

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; CCEB = Classificação Econômica Brasil; SE = Sintomas Emocionais; Hiper = Hiperatividade; d240 = Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas; d720 = Interações interpessoais complexas; d750 = Relacionamentos sociais informais; d710 = Interações interpessoais básicas

Tabela 2. Análise de associação entre as escalas sintomas de hiperatividade e problemas de relacionamento do SDQ e dados sociodemográficos e códigos da CIF

Variáveis	Sintomas Hiperatividade			Problemas de Relacionamento		
	Anormal N (%)	Limítrofe/Normal N (%)	valor-p	Anormal N (%)	Limítrofe/Normal N (%)	valor-p
Sexo						
Feminino	19 (76,0)	68 (51,5)	0,024 ^{1*}	3 (60,0)	84 (55,3)	0,834 ²
Masculino	6 (24,0)	64 (48,5)		2 (40,0)	68 (44,7)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
Ano escolar						
6º	6 (24,0)	35 (26,5)	0,988 ¹	0 (0,0)	41 (27,00)	0,330 ¹
7º	7 (28,0)	38 (28,8)		3 (60,0)	42 (27,6)	
8º	7 (28,0)	33 (25,0)		0 (0,0)	40 (26,3)	
9º	5 (20,0)	26 (19,7)		2 (40,0)	29 (19,1)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
Tipo de escola						
Pública	8 (32,0)	25 (18,9)	0,142 ¹	2 (40,0)	31 (20,4)	0,290 ²
Privada	17 (68,0)	108 (81,1)		3 (60,0)	121 (79,6)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
CCEB						
A	15 (68,2)	98 (82,4)	0,073 ¹	2 (50,0)	111 (81,0)	0,051 ¹
B	7 (31,8)	16 (13,4)		1 (25,0)	22 (16,1)	
C-D	0 (0,0)	5 (4,2)		1 (25,0)	4 (2,9)	
Total	25 (100,0)	119 (100,0)		4 (100,0)	137 (100,0)	
d240 - SE						
Sem dificuldade	13 (52,0)	114 (86,4)	0,001 ^{1*}	2 (40,0)	125 (82,2)	0,048 ^{2*}
Com dificuldade	12 (48,0)	18 (13,6)		3 (60,0)	27 (17,8)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
d720						
Sem dificuldade	13 (52,0)	112 (84,8)	0,001 ^{1*}	3 (60,0)	122 (80,3)	0,269 ²
Com dificuldade ¹	12 (48,0)	20 (15,2)		2 (40,0)	30 (19,7)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
d240 - Hiper						
Sem dificuldade	0 (0,0)	112 (84,8)	0,001 ^{2*}	3 (60,0)	109 (71,7)	0,625 ²
Com dificuldade	25 (100,0)	20 (15,2)		2 (40,0)	43 (28,3)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
d750						
Sem dificuldade	17 (68,0)	109 (82,6)	0,093 ¹	0 (0,0)	126 (82,9)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	8 (32,0)	23 (17,4)		5 (100,0)	26 (17,1)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	
d710						
Sem dificuldade	19 (76,0)	122 (92,4)	0,013 [*]	3 (60,0)	138 (90,8)	0,081 ²
Com dificuldade	6 (24,0)	10 (7,6)		2 (40,0)	14 (9,2)	
Total	25 (100,0)	132 (100,0)		5 (100,0)	152 (100,0)	

¹Teste Qui-quadrado de Pearson; ²Teste Exato de Fisher *valor de $p \leq 0,05$

Legenda: N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; CCEB = Classificação Econômica Brasil; SE = Sintomas Emocionais; Hiper = Hiperatividade; d240 = Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas; d720 = Interações interpessoais complexas; d750 = Relacionamentos sociais informais; d710 = Interações interpessoais básicas

associações significativas entre hiperatividade e os códigos da CIF: d240 – sintomas emocionais ($p=0,001$), d720 – interações interpessoais complexas ($p=0,001$), d240 – hiperatividade ($p=0,001$) e d710 – interações interpessoais básicas ($p=0,013$). Já na escala Problemas de Relacionamento, verificaram-se associações significativas com os códigos d240 – sintomas emocionais ($p=0,048$) e d750 – relacionamentos interpessoais informais ($p=0,001$). As demais associações não apresentaram significância estatística.

Por fim, na Tabela 3, foi realizada a análise de associação entre as escalas Comportamento pró-social e SDQ total, por meio dos testes Exato de Fisher e Qui-quadrado de Pearson, com dados sociodemográficos e códigos da CIF. Verificou-se associação com significância estatística entre Comportamento Pró-social e sexo ($p=0,023$), com maior porcentagem de resultado limítrofe/normal dentre os participantes do sexo feminino; e com os códigos da CIF d240 – hiperatividade ($p=0,007$), d750 - relações sociais informais ($p=0,049$) e d710 - interações interpessoais básicas ($p=0,001$).

Tabela 3. Análise de associação entre as escalas Comportamento Pró-Social e Total do SDQ e dados sociodemográficos e códigos da CIF

Variáveis	Comportamento Pró-Social			Total SDQ		
	Anormal N (%)	Limítrofe/Normal N (%)	valor-p	Anormal N (%)	Limítrofe/Normal N (%)	valor-p
Sexo						
Feminino	1 (12,5)	86 (57,7)	0,023 ^{1*}	15 (71,4)	72 (52,9)	0,157 ¹
Masculino	7 (87,5)	63 (42,3)		6 (28,6)	64 (47,1)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
Ano escolar						
6º	2 (25,0)	39 (26,2)	0,236 ²	3 (14,3)	38 (27,9)	0,334 ²
7º	0 (0,0)	45 (30,2)		8 (38,1)	37 (27,2)	
8º	3 (37,5)	37 (24,8)		4 (19,0)	36 (26,5)	
9º	3 (37,5)	28 (18,8)		6 (28,6)	25 (18,4)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
Tipo de escola						
Pública	3 (37,5)	30 (20,1)	0,366 ¹	5 (23,8)	28 (20,6)	0,736 ²
Privada	5 (62,5)	119 (79,9)		16 (76,2)	108 (79,4)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
CCEB						
A	4 (50,0)	109 (82,0)	0,074 ²	14 (77,8)	99 (80,5)	0,552 ²
B	3 (37,5)	20 (15,0)		4 (22,2)	19 (15,4)	
C-D	1 (12,5)	4 (3,0)		0 (0,0)	5 (4,1)	
Total	8 (100,0)	133 (100,0)		21 (100,0)	123 (100,0)	
d240 - SE						
Sem dificuldade	5 (62,5)	122 (81,9)	0,179 ¹	5 (23,8)	122 (89,7)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	3 (37,5)	27 (18,1)		16 (76,2)	14 (10,3)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
d720						
Sem dificuldade	5 (62,5)	120 (80,5)	0,207 ¹	7 (33,3)	118 (86,8)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	3 (37,5)	29 (19,5)		14 (66,7)	18 (13,2)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
d240 - Hiper						
Sem dificuldade	2 (25,0)	110 (73,8)	0,007 ^{1*}	7 (33,3)	105 (77,2)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	6 (75,0)	39 (26,2)		14 (66,7)	31 (22,8)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
d750						
Sem dificuldade	4 (50,0)	122 (81,9)	0,049 ^{1*}	7 (33,3)	119 (87,5)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	4 (50,0)	27 (18,1)		14 (66,7)	17 (12,5)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	
d710						
Sem dificuldade	0 (0,0)	141 (94,6)	0,001 ^{1*}	13 (61,9)	128 (94,1)	0,001 ^{2*}
Com dificuldade	8 (100,0)	8 (5,4)		8 (38,1)	8 (5,9)	
Total	8 (100,0)	149 (100,0)		21 (100,0)	136 (100,0)	

¹Teste Exato de Fisher; ²Teste Qui-quadrado de Pearson *valor de p≤0,05**Legenda:** N = número de indivíduos, varia devido a dados faltantes; CCEB = Classificação Econômica Brasil; SE = Sintomas Emocionais; Hiper = Hiperatividade; d240 = Lidar com o estresse e outras exigências psicológicas; d720 = Interações interpessoais complexas; d750 = Relacionamentos sociais informais; d710 = Interações interpessoais básicas

No escore total do SDQ foi observada associação com significância estatística com os códigos da CIF d240 – sintomas emocionais (p=0,001), d720 - interações interpessoais complexas (p=0,001), d240 – hiperatividade (p=0,001), d720 (p=0,001), d240 – hiperatividade (p=0,001), d750 - relações sociais informais (p=0,001) e d710 - relações interpessoais básicas (p=0,001).

DISCUSSÃO

De acordo com a literatura, a aplicação clínica do SDQ foi realizada em vários países; porém, os dados normativos de significância limitam-se a poucas populações e faixas etárias⁽¹⁵⁾. Uma avaliação fidedigna e válida dos aspectos comportamentais dos jovens é crucial para a detecção precoce e a identificação

de casos clínicos na fase infanto juvenil⁽¹⁶⁾. Todavia, deve-se considerar que o questionário compreende somente cinco escalas, não abrangendo todos os aspectos psicossociais de alta complexidade, especialmente na adolescência, quando ainda não se encontram completamente conscientes quanto aos seus atos^(17,18).

Ao observar a escala de Sintomas Emocionais do SDQ foi possível perceber associação com as escalas d240 - sintomas emocionais e d240 - hiperatividade, d720 e d750. De acordo com a literatura, adolescentes com indicadores elevados de sofrimento emocional apresentam, concomitantemente, dificuldades significativas na construção e manutenção de relações sociais, bem como na autorregulação emocional e comportamental^(19,20).

A associação entre a escala Problemas de Conduta e os códigos d240 - sintomas emocionais, d710, d720 e d750 demonstra que estudantes com maiores escores em problemas de conduta apresentam correlação com dificuldades expressivas em interações interpessoais, tanto no âmbito básico quanto em relações sociais mais complexas. Os comportamentos externalizantes, como agressividade, desobediência e impulsividade estão diretamente associados a déficits nas competências socioemocionais, prejudicando relações informais e a capacidade de construir e manter interações interpessoais saudáveis⁽²¹⁾. Essas dificuldades não se limitam ao convívio social, mas também impactam significativamente a capacidade do adolescente em regular suas próprias emoções e interagir de forma funcional em contextos interpessoais básicos⁽²²⁾.

Observou-se que mais meninas do que meninos apresentam sintomas de hiperatividade. De acordo com a literatura, crianças e adolescentes do sexo feminino expressam sintomas de hiperatividade e impulsividade por meio de falas e ações, diferentemente dos meninos, que são mais rebeldes e opositores⁽²³⁾. Como as meninas apresentam maior prevalência de traços ansiosos e depressivos, podem apresentar maiores flutuações emocionais, principalmente na faixa etária estudada⁽²³⁾. Além disso, estudos recentes indicam que a prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é semelhante entre homens e mulheres⁽²⁴⁾. Também, observou-se correlação desta escala com as categorias d240 - sintomas emocionais e d240 - hiperatividade, d710 e d720. Estudos recentes apontam que adolescentes com elevados escores na escala de hiperatividade apresentam maiores dificuldades no manejo de demandas emocionais e cognitivas^(19,20). A impulsividade e a inquietação dificultam habilidades sociais mais sofisticadas, como resolução de conflitos, empatia, negociação e manutenção de vínculos afetivos duradouros⁽²¹⁾. Além disso, os adolescentes podem apresentar dificuldades até mesmo nas interações cotidianas mais simples, como iniciar ou manter uma conversa e respeitar turnos de fala, comprometendo significativamente sua inserção social e o desempenho no ambiente escolar e familiar⁽²²⁾.

Na escala Problemas de Relacionamento com os Colegas houve associação com significância estatística com as escalas d240 - sintomas emocionais e d750. Estudos atuais demonstram que adolescentes com escores elevados em problemas de relacionamento tendem a apresentar dificuldades emocionais associadas, como ansiedade social, insegurança e baixa tolerância a frustrações, aspectos diretamente relacionados à

incapacidade de manejar o estresse e as demandas emocionais cotidianas⁽²⁰⁾. Além disso, apresentam comprometimentos em habilidades essenciais para a convivência social, expressar-se de forma adequada ou compreender expressões faciais e sinais sociais básicos, revelando um padrão de funcionamento social disfuncional⁽²¹⁾.

O estudo em questão revelou piores resultados para o sexo masculino na escala Comportamento Pró-Social. Além disso, estes aspectos também sofrem influências socioculturais e relacionadas às práticas de socialização. No contexto brasileiro, as práticas parentais tendem a reforçar mais frequentemente comportamentos de cuidado, empatia e colaboração nas meninas. Por outro lado, os meninos são mais frequentemente direcionados a suprimir emoções e adotar posturas de resistência⁽²⁵⁾. O processo de socialização desde a infância, orientado por normas culturais e estereótipos de gênero, molda como meninas e meninos lidam com emoções e relações, influenciando diretamente o desenvolvimento das competências socioemocionais e os comportamentos pró-sociais⁽²⁶⁾. Também houve significância estatística na escala de comportamento e os códigos d40 - hiperatividade, d750 - relações sociais informais e d710 - interações interpessoais básicas. Adolescentes com baixos escores em comportamento pró-social apresentam dificuldades nas interações, além de enfrentarem desafios na gestão emocional, como ansiedade, frustração e impulsividade. Isso compromete sua inclusão social e bem-estar, evidenciando que o equilíbrio emocional e a competência funcional nas relações é fundamental para o desenvolvimento socioemocional⁽²⁰⁻²²⁾.

A análise do escore total do questionário SDQ evidenciou uma correlação significativa com todos os códigos da CIF analisados. A literatura destaca que adolescentes com escores elevados no SDQ tendem a apresentar maiores dificuldades em lidar com o estresse e demandas emocionais, o que impacta negativamente suas interações sociais⁽²⁵⁾. Essa condição gera prejuízos no manejo emocional, na autorregulação e nas interações sociais, se manifestando como baixa tolerância à frustração, estresse constante e dificuldade de controle dos impulsos, assim como dificuldade no desenvolvimento de habilidades sociais interativas, empatia, resolução de conflitos e manutenção de vínculos^(19,20).

De acordo com a literatura, a CIF apresenta aplicabilidade efetiva em estudos com amostras de crianças e adolescentes. Isso se deve ao fato de a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde garantir um modelo padronizado e biopsicossocial que abrange as esferas social, biológica e psicológica. Esse modelo permite a identificação mais ampla de incapacidades que podem surgir ao longo do desenvolvimento^(27,28).

A literatura evidencia que, em sua pluralidade, adolescentes com alterações de linguagem apresentam escores do SDQ classificados como anormais⁽²⁹⁾. Desse modo, a associação das escalas do SDQ com as categorias da CIF demonstrou que os adolescentes que obtiveram classificação normal no questionário não apresentaram dificuldades no desempenho. Nesse sentido, um estudo longitudinal canadense, realizado com adolescentes e jovens com condições crônicas, buscou explorar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), seus componentes funcionais e fatores contextuais, fornecendo

evidências da relação entre aspectos emocionais e funcionais com a qualidade de vida⁽³⁰⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) destaca que intervenções escolares são estratégias preventivas essenciais para combater condições adversas de saúde mental. Entre as ações recomendadas estão a implementação de mudanças organizacionais que promovam um ambiente psicológico seguro e positivo, a inclusão de ensinamentos sobre saúde mental e desenvolvimento de habilidades para a vida, o treinamento de profissionais para identificar e manejar riscos básicos de suicídio e a criação de programas de prevenção voltados especificamente para adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental⁽³¹⁾.

Este estudo apresenta algumas limitações, sendo a primeira o delineamento e a configuração amostral, com a ausência de distribuição equânime de adolescentes de escolas públicas e privadas. Desse modo, o predomínio de participantes oriundos de escolas de financiamento privado sobre o público pode ter influenciado os resultados da presente análise. Em consequência, a distribuição de participantes de acordo com a classe econômica também pode ter sido afetada, de modo que a amostragem de conveniência impede a generalização dos achados para outros contextos.

Como avanços, o estudo permitiu a possibilidade de integração entre o SDQ e a CIF, garantindo multidimensionalidade na avaliação e proporcionando um olhar mais abrangente em relação aos aspectos comportamentais e à funcionalidade no ambiente escolar e social. Além disso, a identificação das categorias associadas à CIF (comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento) facilita a formulação de intervenções mais direcionadas. O presente estudo também viabiliza a utilização da CIF no contexto escolar e cria um ponto de partida para novas pesquisas que envolvam essa faixa etária, permitindo explorar diferentes contextos, populações e intervenções baseadas nessa abordagem.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados, a integração entre o SDQ e a CIF se mostra uma estratégia eficaz para compreender, de forma ampla, as relações entre os aspectos emocionais, comportamentais e funcionais de adolescentes no contexto escolar. As associações encontradas reforçam que dificuldades emocionais e comportamentais impactam diretamente a funcionalidade social, o manejo do estresse e a qualidade das interações interpessoais.

Esses achados demonstram similaridades com pesquisas conduzidas no Brasil e em outros países, especialmente no que diz respeito à utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para compreender aspectos comportamentais e funcionais em adolescentes. Dessa forma, fica evidente que compreender tais aspectos e suas particularidades é essencial para garantir melhor qualidade de vida emocional e social para essa faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Corvasce C, Martínez-Ramón JP, Méndez I, Ruiz-Esteban C, Morales-Rodríguez FM, García-Manrubia MB. Emotional strengths and difficulties in Italian adolescents: analysis of adaptation through the SDQ. *Sustainability*. 2022;14(10):6167. <https://doi.org/10.3390/su14106167>.
2. UNICEF: United Nations Children's Fund. Adolescentes e jovens brasileiros estão mais otimistas quanto ao futuro do que os adultos [Internet]. Brasília: UNICEF; 2021 [citado em 2024 Dez 7]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/adolescentes-e-jovens-brasileiros-estao-mais-otimistas-quanto-ao-futuro-do-que-os-adultos>
3. OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental dos adolescentes [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2021 [citado em 2024 Dez 7]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescente>
4. WHO: World Health Organization. Adolescent mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [citado em 2023 Mar 22]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Quality of life of children with poor school performance: association with hearing abilities and behavioral issues. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019;77(3):147-54. <https://doi.org/10.1590/0004-282x20190011>. PMID:30970126.
6. Ross DA, Hinton R, Melles-Brewer M, Engel DME, Zeck W, Fagan L, et al. Adolescent well-being: a definition and conceptual framework. *J Adolesc Health*. 2020;67(4):472-6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.042>. PMID:32800426.
7. OMS: Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1. ed. São Paulo: Edusp; 2020. 336 p.
8. Brugnaro BH, Lima CRG, Campos AC, Rocha NACF. Tradução dos instrumentos das 'F-Words e das F-Words' na estrutura da CIF para o Português Brasileiro. In: Soares D, Silva PF, editores. *Saúde coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado*. São Paulo: Editora Científica; 2021. p. 390-400. <https://doi.org/10.37885/210203152>.
9. Zerbeto AB, Chun RYS, Zanolli ML. Contribuições da CIF para uma abordagem integral na atenção à saúde de crianças e adolescentes. *CoDAS*. 2020;32(3):e20180320. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018320>. PMID:32638827.
10. Ferreira PL, Pinto LR, Costa EF. Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. *Rev Educ Esp*. 2018;34:e15. <https://doi.org/10.5902/1984686X42725>.
11. WHO: World Health Organization. Regional Office for Africa. Adolescent health [Internet]. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2023 [citado em 2025 Ago 19]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/health-topics/adolescent-health>
12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*; Brasília; 1990.
13. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38(5):581-6. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>. PMID:9255702.
14. Fleitlich B, Cortazar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Rev Infanto Neuropsiquiatr Infância Adolesc*. 2000;8:44-50.
15. Vugteveen J, de Bildt A, Timmerman ME. Normative data for the self-reported and parent-reported Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for ages 12-17. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2022;16(1):5. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00437-8>. PMID:35042556.
16. Fonseca-Pedrero E, Gimeno-Peón A, Cano-Vindel A, Baños Rivera R, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina B, et al. Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: estado de la cuestión. *Psicothema*. 2021;33(3):386-98. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.56>. PMID:34297668.
17. Ortuño-Sierra J, Sebastián-Enesco C, Pérez-Albéniz A, Lucas-Molina B, Fonseca-Pedrero E. Spanish normative data of the Strengths and Difficulties Questionnaire in a community-based sample of adolescents. *Int J Clin Health Psychol*. 2022;22(3):100328. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100328>. PMID:36111263.
18. Filippi R, Ceccolini A, Periche-Tomas E, Bright P. Developmental trajectories of metacognitive processing and executive function from childhood to older age. *Q J Exp Psychol*. 2020;73(11):1757-73. <https://doi.org/10.1177/1747021820931096>. PMID:32419614.
19. Alcântara AS, Andrade SRS, Oliveira WF. Saúde mental e desempenho escolar: uma análise com estudantes do ensino fundamental II. *Rev Ibero-Am*

- Estud Educ [Internet]. 2022 [citado em 2025 Jan 15];17(4):2511-28. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/6952/695273466005>
20. Hashimoto LC, Talentos FM. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ): predição do TDAH e TEA em crianças [Internet]. 2023 [citado em 2025 Jan 15]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/372616452_Questionario_de_Capacidades_e_Dificuldades_SDQ_Predicao_do_TDAH_e_TEA_em_Crianças
21. Lima GS, Cunha GR, Dias ACG. Competências socioemocionais e comportamento externalizante em adolescentes: uma análise correlacional. *Psicol Esc Educ*. 2021;25:e212541.
22. Silva JL, Rocha SS. Dificuldades emocionais e problemas de conduta em adolescentes: análise sob a perspectiva da CIF. *Rev Bras Ter Cogn*. 2020;16(3):48-58.
23. Hartas D, Kucuoğlu A. Teenage social behaviour and emotional well-being: the role of gender and socio-economic factors. *Br J Spec Educ*. 2020;47(3):329-49. <https://doi.org/10.1111/1467-8578.12328>.
24. ABDA: Associação Brasileira do Déficit de Atenção. TDAH em mulheres [Internet]. 2024 [citado em 2025 Out 21]. Disponível em: <https://tdah.org.br/tdah-em-mulheres/>
25. Oliveira RS, Loureiro SR, Mendes DD. Práticas educativas parentais e habilidades sociais de crianças: uma revisão integrativa. *Psico-USF*. 2020;25(3):515-27.
26. UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Quebrando estereótipos de gênero: guia para educadores e formuladores de políticas. Brasília: UNESCO; 2021.
27. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, Fonseca-Pedrero E. Mental health difficulties in children and adolescents: the study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011-2012. *Psychiatry Res*. 2018;259:236-42. PMID:29091822.
28. Pereira GS, Santos HM, Gonçalves TNS, Brandão TCP, Fonseca PR Jr, Silva SM. Possibilidades de utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na saúde da criança: uma revisão sistemática. *Acta Fisiatr*. 2022;29(1):56-66. <https://doi.org/10.11606/issn.2317-0190.v29i1a173126>.
29. Depolli G, Miilher L, Motta A. Características comportamentais de crianças com alteração de linguagem [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2019 [citado em 2023 Mar 22]. Disponível em: http://www.sbfaf.org.br/portal/anais2019/eposter/eposter_11358.pdf
30. McDougall J, Wright V, DeWit D, Miller L. ICF-based functional components and contextual factors as correlates of perceived quality of life for youth with chronic conditions. *Disabil Rehabil*. 2014;36(25):2143-51. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.892642>. PMID:24575718.
31. OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde. Saúde mental dos adolescentes [Internet]. OPAS; 2021 [citado em 2024 Dez 7]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescente>

Contribuição dos autores

MJAAA participou do delineamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; GNAF, coorientadora do trabalho, participou do delineamento, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica; SMAL, orientadora, participou da concepção, delineamento, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão crítica.

Utilização de tecnologia assistida por inteligência artificial

Os autores declaram que nenhuma ferramenta de inteligência artificial foi utilizada na pesquisa aqui relatada ou na preparação deste artigo.