

Isabel Altenfelder Santos Bordin

T

903

**VALIDAÇÃO DA VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST" OU
"INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA":
DADOS PRELIMINARES**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação
do Departamento de Psiquiatria e Psicologia
Médica da Escola Paulista de Medicina para
obtenção do Título de Mestre.
Coordenador: Prof. Dr. José Alberto Del Porto
Orientador: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

São Paulo

1992

BIBLAC - EPM
Tombo 5362

DEDICATÓRIA

José Orlando

Marina

Júlia

AGRADECIMENTOS

Adauto Castelo Filho
Daisy Maria Machado Neves
Flávia Madalosso Ker
Iara Fernandes Pinhal
Ivete Gianfaldoni Gattáz
José Carlos Francisco Palos
José Luiz Gomes do Amaral
Márcia Ferreira Caeiro
Maria Aparecida Gadiane Ferrarine
Mary Anne Olm
Ricardo Sukiennik
Silvana Delli Paoli

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	2
	1. Epidemiologia em Psiquiatria Infantil	2
	A. Aspectos Históricos	2
	B. Epidemiologia e Psicopatologia	4
	C. Definição de Distúrbio Psiquiátrico	5
	2. Sistemas de Classificação em Psiquiatria Infantil	7
	A. Aspectos Históricos	7
	B. Validade e Confiabilidade do CID-9 e DSM-III	10
	C. Critérios de Classificação	12
	D. Tipos de Sistemas de Classificação	14
	3. Instrumentos Epidemiológicos em Psiquiatria Infantil	17
	A. Entrevistas Estruturadas	18
	B. Escalas	18
	4. "Child Behavior Checklist"	23
	A. Aplicação e Utilidade	23
	B. Descrição do Instrumento	24
	C. Desenvolvimento do "Child Behavior Checklist"	29
	D. Confiabilidade, Concordância entre Pais e Estabilidade	35
	E. Validade do "Child Behavior Checklist"	40
II.	OBJETIVOS	47
III.	CASUÍSTICA E MÉTODO	50
	1. Instrumentos	50
	A. "Child Behavior Checklist"	50
	B. Entrevista Psiquiátrica com Pais	51
	C. Observação Direta da Criança	52
	2. Procedimentos	52
	A. Coleta de Dados Sócio-demográficos	53
	B. Avaliação do "Child Behavior Checklist" ...	54
	C. Avaliação Psiquiátrica	55
	D. Validação do "Child Behavior Checklist" ...	56
IV.	RESULTADOS	59

1. População do Estudo	59
A. Dados Sócio-demográficos	59
B. Antecedentes Pessoais e Familiares	62
C. Problemas Atuais de Crianças e Pais	64
2. Avaliação do "Child Behavior Checklist".....	65
3. Avaliação Psiquiátrica	68
A. Diagnósticos do CID-10	68
B. Níveis de Gravidade	71
4. Validação do "Child Behavior Checklist"	77
V. DISCUSSÃO	81
1. Adaptação Cultural do "Child Behavior Checklist"	81
2. Validação do "Child Behavior Checklist"	84
3. Natureza dos Distúrbios Psiquiátricos	90
4. Fatores de Risco	102
5. Utilidade na Clínica Pediátrica	106
VI. CONCLUSÕES.....	110
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
VIII. TABELAS, FIGURAS E GRÁFICO	
IX. VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST"	

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

1. Epidemiologia em Psiquiatria Infantil

A epidemiologia estuda a distribuição e os determinantes de doença em populações (FLETCHER et al, 1982), baseada em conceitos e métodos derivados da estatística, sociologia e biologia (LILIENFELD & LILIENFELD, 1980). Os princípios e métodos epidemiológicos aplicados à clínica psiquiátrica infantil permitem determinar a prevalência de distúrbios psiquiátricos na comunidade, e identificar os fatores que exercem influência favorável e desfavorável sobre o desenvolvimento de psicopatologia na infância e adolescência (VERHULST & KOOT, 1992).

A. Aspectos Históricos

Antes da primeira guerra mundial, a epidemiologia ocupava-se com as doenças infecciosas, procurando descobrir agentes etiológicos. Porém, o foco de interesse foi passando gradualmente das doenças infecciosas e nutricionais para as doenças crônicas, como as cardiovasculares, revelando a mudança de um modelo monocausal para o multicausal. A modernização da epidemiologia tornou-a aplicável às condições psiquiátricas, geralmente crônicas e multifatorialmente determinadas, onde

personais e ambientais influenciam-se mutuamente (VERHULST & KOOT, 1992).

Em 1958, LAPOUSE & MONK realizaram o primeiro estudo verdadeiramente epidemiológico em psiquiatria infantil, avaliando pela primeira vez população representativa da comunidade (Buffalo, Nova York). Os autores verificaram frequência elevada de problemas de comportamento em 482 crianças na faixa etária de 6 a 12 anos, com base no relato de mães. A partir deste trabalho pioneiro, vários outros se seguiram, destacando-se o estudo clássico de RUTTER et al (1970), realizado na ilha de Wight, Inglaterra.

RUTTER et al (1970) estudaram as condições psiquiátricas, físicas e educacionais de crianças de 10-11 anos, referindo prevalência de 6,8% para distúrbios psiquiátricos. Na área da psiquiatria infantil, este foi o primeiro trabalho a utilizar duas etapas para a determinação da amostra. Na fase de rastreamento, foram utilizadas informações obtidas a partir de questionários (para pais e professores), prontuários médicos (pediátricos e psiquiátricos) e registros escolares; enquanto na segunda etapa, foram empregadas entrevistas padronizadas (para pais, professores e crianças), testes psicológicos, e exames médicos e neuroevolutivos padronizados (RUTTER et al, 1970).

As primeiras pesquisas epidemiológicas em psiquiatria infantil divergem quanto aos procedimentos de avaliação e definições de caso, o que prejudica a comparabilidade dos resultados. No entanto, os estudos mais recentes caracterizam-

se pela uniformidade dos procedimentos de avaliação e definição de distúrbio psiquiátrico (VERHULST & KOOT, 1992).

B. Epidemiologia e Psicopatologia

A maior dificuldade em identificar casos em psiquiatria infantil está na decisão sobre como e quando estabelecer uma linha divisória entre normalidade e psicopatologia. Tal decisão deve considerar as diferenças quantitativas da psicopatologia infantil em relação ao normal, e a influência do desenvolvimento, relações familiares e ambiente na conduta das crianças e adolescentes.

As condições psicopatológicas são evidentes quando aberrantes, como no autismo infantil, onde há diferenças qualitativas do normal. Porém, quando os distúrbios das emoções e do comportamento implicam numa diferença quantitativa, é bem mais difícil estabelecer o grau de desvio existente em relação à população normal, de mesmo sexo e idade (VERHULST & KOOT, 1992).

O diagnóstico psiquiátrico na infância e adolescência exige a consideração do papel desempenhado pelo desenvolvimento no contexto biológico, psicológico e social, pois dependendo da idade do indivíduo, um mesmo comportamento pode ser tomado como normal ou ter significado psicopatológico.

Nota-se ainda, que certos comportamentos das crianças e jovens podem variar de acordo com as circunstâncias, pois sofrem a influência das relações inter-pessoais e ambientais.

Portanto, um comportamento referido pelos pais pode não ser presenciado pelos professores ou profissionais de saúde, e vice-versa.

A identificação de casos depende também do reconhecimento, por parte dos pais, da presença de dificuldades emocionais em seus filhos, pois é por intermédio do adulto que as crianças e muitas vezes os adolescentes, chegam ao profissional de saúde mental.

ACHENBACH considera os pais, biológicos ou substitutos, uma das mais importantes fontes de informação sobre as capacidades e problemas de crianças e adolescentes. Na maioria das vezes, os pais são os que têm maior conhecimento do comportamento de seus filhos no decorrer do tempo e nas mais diversas situações. Além disso, os pais são sempre requisitados a se envolver com a avaliação e tratamento de seus filhos, e o que de fato será feito em relação aos problemas de comportamento apresentados depende do ponto de vista dos pais (ACHENBACH, 1991a).

C. Definição de Distúrbio Psiquiátrico

Doença em psiquiatria pode ser conceituada de várias formas: resposta a estresse, consequência de alterações biológicas, necessidade de assistência médico-psicológica e até desvio do normal estatisticamente determinado (VERHULST & KOOT, 1992).

Alguns estudos epidemiológicos em psiquiatria infantil optaram pelo julgamento clínico, como critério de morbidade (GRAHAM & RUTTER, 1968; RUTTER et al, 1970; RICHMAN et al, 1975; RICHMAN et al, 1982; VERHULST et al, 1985b). Tal critério leva em conta certos fatores determinantes de psicopatologia, como gravidade do distúrbio, persistência, concomitância com outros problemas e impacto negativo no desenvolvimento, geralmente resultando em baixo rendimento escolar e desajuste social (VERHULST & KOOT, 1992).

RUTTER et al (1970) definiram distúrbio psiquiátrico na infância e adolescência do ponto de vista clínico: "anormalidade do comportamento, emoções ou relacionamentos, presente até o momento da avaliação e suficientemente acentuada e duradoura para causar limitações à vida diária da criança ou adolescente e/ou sofrimento ou perturbação à família ou comunidade".

Uma outra forma de abordagem diagnóstica clínica para definir distúrbio psiquiátrico é a aplicação dos sistemas de classificação, internacionalmente utilizados: o "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, 1987), e o "Código Internacional de Doenças" (CID) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). De acordo com tais sistemas, qualquer criança ou jovem que preencher os critérios para um ou mais diagnósticos será considerado caso clínico (VERHULST & KOOT, 1992).

2. Sistemas de Classificação em Psiquiatria Infantil

A. Aspectos Históricos

A medicina do século IX, acreditava que as doenças mentais tinham base orgânica e que diferentes alterações cerebrais correspondiam a diferentes síndromes de sinais e sintomas. KRAEPELIN (1883), na primeira edição de sua taxonomia das doenças mentais, esperava que a descrição clínica das síndromes levasse à descoberta das alterações orgânicas causadoras das doenças. As principais categorias do modelo Kraepeliniano, a demência precoce (nomeada esquizofrenia por BLEULER, em 1911) e a psicose maníaco-depressiva, moldaram o treinamento de profissionais, a teoria, a pesquisa e o tratamento dos pacientes desde o século XIX (ACHENBACH, 1985).

Os sistemas de classificação em psiquiatria (DSM e CID) também foram influenciados pelo modelo taxonômico de KRAEPELIN (1883), sem necessariamente presumir base orgânica para todas as categorias nosológicas. No entanto, nota-se pela evolução do CID e DSM, que os distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência levaram algum tempo para serem considerados pela taxonomia psiquiátrica, inicialmente voltada somente para a idade adulta (ACHENBACH, 1985).

"Código Internacional de Doenças" (CID)

A oitava edição do CID (CID-8) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1965) abrange os diagnósticos psiquiátricos clássicos, como

psicoses (CID 290-299), neuroses e distúrbios da personalidade (CID 300-316), e retardo mental (CID 310-315). Não há categorias especiais para psiquiatria infantil, não sendo o sistema adequado para a classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência (REMSCHMIDT, 1988).

A nona edição do CID (CID-9) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978) trouxe progressos para a classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência, introduzindo códigos específicos para esta faixa etária: psicoses (CID 299), distúrbios das emoções (CID 313), síndrome hipercinética (CID 314), atrasos específicos do desenvolvimento (CID 315), reação de ajustamento (CID 309) e a categoria residual "sintomas ou síndromes especiais, não classificadas em outro local" (CID 307) (REMSCHMIDT, 1988).

As mudanças propostas pelo CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990) em edição ainda não lançada oficialmente, incluem critérios diagnósticos mais detalhados e clinicamente orientados, contendo descrições de sintomas típicos, conceitos teóricos, e informações sobre o grau de conhecimento científico atual a respeito de cada distúrbio. Os critérios diagnósticos são muito mais precisos e portanto, favorecem a reprodutibilidade das pesquisas (RUTTER, 1989).

"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM)

No DSM-I (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), onde muitos distúrbios eram considerados reações ao stress, duas categorias relativas à infância e adolescência são encontradas:

reação esquizofrênica tipo infantil, e reação adaptativa da infância ou adolescência. Com o DSM-II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968), mais seis categorias "reativas" foram acrescentadas: reação hipercinética, reação de retraimento, reação com excesso de ansiedade, reação de fuga, reação agressiva não socializada e reação delinquente grupal, definidas por um misto de narrativas descritivas e inferências psicodinâmicas (ACHENBACH, 1985).

O DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980) acrescentou mais distúrbios da infância e adolescência, tornou os critérios diagnósticos mais explícitos e propôs cinco eixos classificatórios: eixo I (Síndromes Psiquiátricas Clínicas) e eixo II (Distúrbios da Personalidade e do Desenvolvimento), correspondentes à taxonomia psiquiátrica tradicional Kraepeliniana, e mais três eixos complementares: eixo III, destinado às doenças físicas, eixo IV, para o assinalamento de estresse psicossocial e eixo V, para o registro do melhor nível de funcionamento adaptativo alcançado pelo indivíduo no último ano. Porém, a inclusão do retardo mental no eixo das Síndromes Psiquiátricas Clínicas não permite diferenciar crianças com retardo mental e distúrbio da atenção, de crianças com retardo mental sem distúrbio da atenção, pois o DSM-III exige a exclusão do diagnóstico distúrbio da atenção do eixo I, quando associado a retardo mental (ACHENBACH, 1985).

O DSM-III-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987) manteve os princípios gerais do DSM-III, mas trouxe importantes mudanças, como a transferência do retardo mental para o eixo

II; o agrupamento dos distúrbios da atenção, da conduta e de oposição sob o mesmo título ("disruptive behavior disorders"), por apresentarem características em comum; e a melhora na descrição dos critérios diagnósticos para autismo (RUTTER, 1988; McCONVILLE & STEICHEN-ASCH, 1990).

B. Validade e Confiabilidade do CID-9 e DSM-III

Estudos demonstraram que categorias e subcategorias dos distúrbios psiquiátricos da infância do CID-9 e do DSM-III ainda apresentam validade e confiabilidade insatisfatórias (MEZZICH et al, 1985; GOULD et al, 1988). O DSM-III e o CID-9 apresentam uma grande dificuldade: uma mesma condição do paciente pode ajustar-se a mais de um diagnóstico (CANTWELL, 1988). Além disso, ambos apresentam uma subcategorização dos distúrbios psiquiátricos da infância com um excesso de detalhes, não justificável pelos achados concernentes a sua validade e confiabilidade (GOULD et al, 1988).

A Grã-Bretanha e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram um estudo transversal a respeito da validade e confiabilidade das categorias diagnósticas do CID-9 referentes a distúrbios psiquiátricos da infância, contando com a participação voluntária de 52 psiquiatras infantis britânicos com experiência clínica e formação diversas (GOULD et al, 1988). Tal estudo foi desenvolvido com base na formulação diagnóstica realizada pelos psiquiatras a partir do atendimento de pacientes da própria clínica, e da avaliação de relatórios

de casos. As conclusões mais relevantes deste trabalho foram: 1) alguns diagnósticos, como "neurotic disorders", "adjustment reaction" e "disturbance of emotions" necessitam de aprimoramento quanto a sua conceituação e definição; 2) baixa reprodutibilidade da categoria "mixed disorders"; e 3) baixa reprodutibilidade das subcategorias de quatro dígitos, particularmente evidente para a subclassificação dos distúrbios das emoções, para a qual também não foi possível demonstrar validade.

GOULD et al (1988) constataram inúmeras semelhanças de seus resultados com os do estudo do CID-9 na Alemanha (REMSCHMIDT, 1988) e com os dos estudos do DSM-III (MATTISON et al, 1979; MEZZICH et al, 1985; STROBER et al, 1981; WERRY et al, 1983; CANTWELL, 1988), e concluíram que os problemas encontrados em relação à validade e confiabilidade dos diagnósticos parecem decorrer muito mais de questões relativas à mensuração e conceituação psiquiátrica do que de problemas especificamente relacionados com o sistema classificatório. Os autores consideram que há necessidade de mais pesquisa nessa área, envolvendo a verificação de respostas a tratamentos, estudos biológicos e estudos prospectivos que levem em conta a evolução do quadro clínico.

O DSM e o CID também receberam críticas no tocante à maneira pela qual foram elaborados, ou seja, a partir de conceitos clínicos de seus organizadores, ao invés de derivados de métodos empíricos de pesquisa (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983; ACHENBACH, 1985). ACHENBACH (1991a) aponta para as dificuldades

em calibrar precisamente diagnósticos obtidos a partir de diferentes edições do DSM, pois ocorreram grandes modificações do DSM-III para o DSM-III-R e serão também grandes as diferenças entre o DSM-III-R e o DSM-IV.

C. Critérios de Classificação

A classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência é necessária por várias razões: 1) o progresso no entendimento dos distúrbios psiquiátricos depende da habilidade em separar comportamentos, segundo semelhanças e diferenças quanto a importantes categorias, como sintomatologia, idade, e nível de desenvolvimento; 2) diferentes distúrbios requerem procedimentos diagnósticos e tratamentos diversos; 3) o diálogo entre pesquisadores de diferentes países e a realização de estudos multicêntricos só são possíveis, mediante o emprêgo da mesma terminologia, sendo esta claramente definida e aceita por todos (REMSCHMIDT, 1988).

Os critérios necessários para se alcançar uma classificação satisfatória dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência se resumem em dez, segundo RUTTER (1965), CROMWELL et al (1975), e RUTTER et al (1975): 1) a classificação deve ser baseada em fatos, não em conceitos e deve ser definida em termos operacionais; ou seja, deve haver um glossário onde se encontre o significado dos termos empregados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1974) ou deve haver concordância sobre as regras e os critérios operacionais

utilizados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980); 2) a meta é classificar distúrbios ou problemas e não classificar pessoas, no caso, crianças e adolescentes; 3) a classificação não deve variar segundo a faixa etária, pois podem ser encontradas diferentes manifestações de um mesmo distúrbio conforme a idade e o nível de maturação do indivíduo; 4) a classificação deve ser reproduzível, ou seja, os termos devem ser empregados da mesma forma pelos diversos clínicos; 5) a classificação deve diferenciar adequadamente os distúrbios, pois uma classificação que apresenta fidedignidade por não distinguir diferentes condições, não tem nenhuma utilidade; 6) a classificação deve ser ampla, de modo a não omitir importantes distúrbios; 7) as diferenciações devem apresentar validade, ou seja, para que a discriminação em categorias tenha fundamento, é preciso que estas sejam diferentes de fato, quanto a importantes aspectos, como: etiologia, sintomatologia, curso e resposta ao tratamento; 8) deve haver consistência lógica para que o sistema seja baseado num conjunto constante de princípios, com regras precisas e claras; 9) a classificação deve fornecer informações clinicamente relevantes e úteis na determinação das condutas; e 10) a classificação deve ser passível de utilização na prática clínica de rotina (RUTTER & GOULD, 1985).

Mesmo considerando-se todos os avanços alcançados na classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência, nenhum sistema classificatório proposto até o momento, preenche totalmente os critérios apontados por RUTTER

(1965), CROMWELL et al (1975) e RUTTER et al (1975), necessários para se alcançar uma classificação satisfatória (RUTTER & GOULD, 1985).

D. Tipos de Sistemas de Classificação

Os sistemas de classificação em psiquiatria infantil podem ser unidimensionais, multiaxiais de origem clínica e multidimensionais derivados de procedimentos estatísticos (REMSCHMIDT, 1988).

Sistemas unidimensionais

As classificações unidimensionais consideram apenas a presença de síndromes psiquiátricas clínicas, o que resulta numa abordagem reducionista do processo diagnóstico. O CID-8 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1965) e o CID-9 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978) são exemplos de sistemas unidimensionais (REMSCHMIDT, 1988).

Sistemas multiaxiais de origem clínica

As classificações multiaxiais derivadas da experiência clínica são mais abrangentes e incluem fatores relacionados ao desenvolvimento, inteligência do indivíduo e circunstâncias psicossociais. Aqui estão incluídos o sistema multiaxial da OMS, proposto por RUTTER et al (1975), e o sistema multiaxial do DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1980).

Diante da necessidade de ampliar a visão clínica dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência, RUTTER et al (1969) propuseram um sistema multiaxial de classificação, em trabalho realizado sob o patrocínio da OMS, onde os distúrbios foram classificados segundo três eixos: Síndromes Psiquiátricas Clínicas, Nível Intelectual e Fatores Biológicos e Sociais. Este sistema foi aprimorado por RUTTER et al (1975), passando a contar com quatro eixos classificatórios, através do desmembramento do eixo: Fatores Biológicos e Sociais, em dois eixos específicos: Fatores Biológicos e Influências Psicossociais Associadas ou Etiológicas. Finalmente, em 1977, este sistema multiaxial de classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência passou a contar com cinco eixos classificatórios: Síndromes Psiquiátricas Clínicas, Atrasos Específicos do Desenvolvimento, Nível Intelectual, Condições Médicas, e Situações Psicossociais Anormais Associadas (RUTTER & GOULD, 1985; REMSCHMIDT, 1988).

Este sistema, associado ao CID-9, foi introduzido em numerosas instituições européias e revelou-se bastante útil em pesquisa e no treinamento de psiquiatras infantis, por ter maior correspondência com a prática clínica, ser de fácil aplicação e favorecer a uniformização da classificação (RUTTER & GOULD, 1985; REMSCHMIDT, 1988).

A Tabela 1 apresenta os sistemas multiaxiais de classificação dos distúrbios psiquiátricos utilizados pelo CID e DSM (VERHULST & KOOT, 1992).

Os dois primeiros eixos do sistema multiaxial da OMS (RUTTER et al, 1975): Síndromes Psiquiátricas Clínicas e Atrasos Específicos do Desenvolvimento, correspondem ao eixo I do DSM-III; enquanto o eixo Condições Médicas apresenta um paralelo com o eixo Distúrbios e Condições Físicas do DSM-III (RUTTER & GOULD, 1985).

Há vantajosas diferenças no sistema multiaxial da OMS, como a existência de um eixo específico para nível intelectual, pois o clínico pode considerar suficiente apenas o registro de retardo mental no eixo I do DSM-III, omitindo as demais síndromes psiquiátricas presentes (ACHENBACH, 1985).

Sistemas multidimensionais derivados de procedimentos estatísticos

As classificações multidimensionais dos distúrbios de comportamento derivam de procedimentos estatísticos (análise multivariada) e envolvem a aplicação de questionários e a utilização de escalas.

A falta de uma classificação sistemática bem definida dos distúrbios psiquiátricos da infância levou ACHENBACH a realizar estudos empíricos em amostras representativas de populações de crianças e jovens, procurando identificar síndromes, ou seja, problemas de comportamento com tendência de ocorrer em conjunto. A palavra síndrome, aqui utilizada, está totalmente desvinculada de quaisquer modelos teóricos para explicar a natureza ou a etiologia dos distúrbios (ACHENBACH, 1991a). Segundo ACHENBACH (1988), uma taxonomia desenvolvida a partir

da realidade, onde indivíduos com o mesmo conjunto de comportamentos pudessem ser agrupados em categorias psicopatológicas distintas, ofereceria enorme vantagem sobre classificações de distúrbios mentais baseadas em conceitos teóricos.

Segundo QUAY (1979), os comportamentos registrados a partir de questionários apresentam concordância com: distúrbios da conduta, sintomas de ansiedade e retraimento, imaturidade, distúrbios agressivos socializados, síndromes psicóticas e autismo, e síndromes de hiperatividade e hipercinesia. De acordo com ACHENBACH (1980), há semelhanças entre síndromes derivadas empiricamente e categorias do DSM-III, no entanto, para que haja maior integração dos resultados obtidos a partir de diferentes metodologias, é preciso maior desenvolvimento de pesquisa na área de classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência (REMSCHMIDT, 1988).

3. Instrumentos Epidemiológicos em Psiquiatria Infantil

Os distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência podem ser avaliados a partir de diferentes métodos, cada um deles responsável pela análise de determinada dimensão da psicopatologia própria desta faixa etária. Os principais métodos utilizados são: observação direta, escalas, avaliação biomédica e psicobiológica, entrevistas clínicas e avaliação familiar (ACHENBACH, 1988).

A. Entrevistas Estruturadas

São encontradas várias entrevistas psiquiátricas estruturadas para crianças e adolescentes, porém nenhuma atingiu sua forma final (EDELROCK & COSTELLO, 1988b). Estudos epidemiológicos recentes utilizaram entrevistas estruturadas baseadas nos critérios diagnósticos do DSM-III e DSM-III-R, porém a validade destas entrevistas fica limitada pela natureza provisória de muitas das categorias diagnósticas destes sistemas classificatórios (VERHULST & KOOT, 1992).

EDELROCK & COSTELLO (1988b) realizaram uma revisão comparativa das entrevistas mais promissoras, como a "Kiddie - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" (K-SADS) (PUIG-ANTICH & CHAMBERS, 1978), "Diagnostic Interview for Children and Adolescents" (DICA) (HERJANIC & REICH, 1982), "Child Assessment Schedule" (CAS) (HODGES et al, 1982), e "Diagnostic Interview Schedule for Children" (DISC) (COSTELLO et al, 1982); porém afirmam que todas enfrentam questões conceituais e metodológicas não resolvidas e poucas alcançaram nível de desenvolvimento aceitável para utilização em pesquisa clínica.

B. Escalas

BARKLEY (1988) considera que apesar dos problemas inerentes a seu uso e interpretação, as escalas de avaliação de comportamento oferecem numerosas vantagens sobre outros métodos

de investigação, e por esta razão têm sido cada vez mais empregadas em pesquisas sobre psicopatologia da infância e adolescência. Algumas destas vantagens são: 1) permitir o enfoque de diferentes dimensões da psicopatologia da infância e adolescência através dos vários tipos de escalas existentes; 2) estabelecer o desvio estatístico do comportamento encontrado em relação à população geral; 3) obter dados de informantes que conviveram com a criança ou adolescente por longo período de tempo, em diferentes locais e situações; 4) registrar a opinião de pessoas significativas na vida da criança ou jovem, provenientes do mesmo ambiente e responsáveis por seu cuidado e tratamento; 5) obter dados a respeito de comportamentos infreqüentes e difíceis de presenciar ao vivo; 6) ter aplicação rápida e econômica; 7) registrar não somente os comportamentos mais estáveis e característicos da criança ou adolescente, como também aqueles decorrentes de variações situacionais; e 8) permitir distinções quantitativas referentes a aspectos qualitativos do comportamento da criança ou jovem, muitas vezes difíceis de obter através da observação direta (EDELROCK & RANCURELLO, 1985; MASH & TERDAL, 1981; MCMAHON, 1984; MOSER & CALTON, 1972).

As escalas têm se mostrado úteis numa variedade de funções, tais como: subdividir populações de crianças e jovens em grupos mais homogêneos, possibilitar a realização de estudos epidemiológicos, aprofundar o estudo das hipóteses etiológicas de certos distúrbios da infância e adolescência, determinar o prognóstico para indivíduos acompanhados clinicamente por

longos períodos, e avaliar a eficácia de intervenções terapêuticas, através do registro das mudanças decorrentes de diversos tratamentos (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983).

As escalas são instrumentos elaborados para obter julgamentos sobre o modo de agir da criança ou adolescente a partir de um tipo específico de informante. Os julgamentos podem ser obtidos a partir de questionários preenchidos diretamente por pais, professores, observadores ou pelo próprio paciente, e indiretamente, através de entrevista realizada com o informante. Não há necessidade de treinamento especial para o preenchimento dos questionários, por serem as escalas instrumentos padronizados e quantificáveis (ACHENBACH, 1988).

Existem numerosas escalas construídas com o objetivo de avaliar psicopatologia na infância e adolescência. Estes instrumentos variam em qualidade e possibilidade de utilização em pesquisa, conforme suas propriedades psicométricas e condições de adequação aos propósitos do estudo em questão.

BARKLEY (1988) realizou uma revisão crítica das escalas para avaliação de comportamento em crianças e adolescentes, mais freqüentemente utilizadas e citadas na literatura americana. Estão incluídas nesta revisão apenas aqueles instrumentos que abordam psicopatologia e que foram elaborados a fim de obter informações sobre a criança ou jovem a partir de dados fornecidos por pais e professores. O autor analisa 20 escalas: oito destinadas a pais, seis a professores e cinco a multi-informantes.

Dentre as escalas destinadas a pais, temos:

1) "Original Conners Parent Rating Scale" (CPRS) (CONNERS, 1985) - Amplamente utilizada e satisfatória para pesquisas que buscam obter uma rápida visão geral dos sintomas psicopatológicos, como hiperatividade, depressão e agressividade. No entanto, os sintomas neuróticos e os distúrbios que se manifestam por comportamento introvertido não são bem avaliados.

2) "Conners Parent Rating Scale Revised" (CPRS-R) (CONNERS, 1985) - Versão reduzida da CPRS, de administração e interpretação simplificadas, útil para detectar distúrbios de conduta como agressividade e hiperatividade.

3) "Conners Abbreviated Symptom Questionnaire" (ASQ) (CONNERS, 1985) - Questionário bastante utilizado como índice de hiperatividade, tem sido amplamente empregado na seleção de crianças ou adolescentes hiperativos para trabalhos de pesquisa.

4) "Child Behavior Checklist" (CBCL) (ACHENBACH, 1991a) - Entre as escalas desenvolvidas empiricamente, as do CBCL são as que melhor avaliam psicopatologia e competência social em crianças e adolescentes. São bastante citadas na literatura dos últimos anos, mais recentes que as escalas de Conners, e fornecem cobertura ampla dos sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e adolescência. Porém, não são tão indicadas no estudo de quadros mais raros e específicos como as psicoses infantis.

5) "Personality Inventory for Children" (PIC) (WIRT et al, 1984) - Mais propriamente que uma escala de avaliação de

comportamento, o PIC constitui um inventário de características de personalidade de indivíduos de 6 a 16 anos. É mais apropriado para avaliações clínicas individuais, havendo restrições quanto a sua aplicação em pesquisa.

6) "Louisville Behavior Checklist" (LBCL) (MILLER, 1984) - Assim como o PIC, são os únicos instrumentos que contém escalas referentes a desenvolvimento cognitivo e a dificuldades no aprendizado escolar. Porém, sua aplicabilidade fica restrita a esta área, pois as amostras normativas utilizadas foram muito pequenas, ficando questionável sua representatividade em termos da população geral. Como o PIC, não fornece informações sobre a frequência e intensidade das alterações de comportamento investigadas, tornando as escalas de pouco valor para pesquisas epidemiológicas.

7) "Eyberg Child Behavior Inventory" (ECBI) (EYBERG, 1980) - O ECBI mostrou-se particularmente útil na avaliação dos efeitos de programas de treinamento para pais de crianças com comportamento anti-social e comportamentos de oposição ("conduct disorder" e "oppositional disorder", segundo o DSM-III). Porém, sua utilização fica limitada, quando se necessita de um instrumento de maior abrangência da psicopatologia infantil.

8) "Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale" (WWPARS) (WERRY & SPRAGUE, 1968) - Tem sido utilizada para medir o nível de atividade em crianças hiperativas, porém constitui medida de pouco valor quando se deseja saber o quanto este comportamento

é desviante do normal, pois os estudos envolvendo a aplicação do instrumento na população são insatisfatórios.

Segundo BARKLEY (1988), as escalas do CBCL são melhor desenvolvidas e padronizadas que as demais escalas multifatoriais, com boa validade e confiabilidade. O desenvolvimento e a padronização do instrumento basearam-se na aplicação de análise multivariada aos resultados obtidos no estudo de mais de 2.300 crianças e jovens, encaminhados a ambulatórios de saúde mental, enquanto os dados normativos foram fornecidos por levantamentos realizados junto à população americana, a nível nacional (ACHENBACH, 1991a). Pormenores relativos ao desenvolvimento, padronização e estudo da validade e confiabilidade do CBCL serão fornecidos a seguir.

4. "Child Behavior Checklist"

O CBCL é um inventário de comportamentos elaborado por ACHENBACH (1991a), que avalia competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes de 4 a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais.

A. Aplicação e Utilidade

O CBCL é geralmente utilizado referindo-se aos comportamentos presentes nos últimos seis meses, no entanto, o

período de tempo estabelecido pode variar em função dos objetivos do estudo em questão.

O CBCL pode ser auto-administrado ou aplicado por um entrevistador. Em caso de auto-administração, o autor recomenda que os informantes americanos tenham pelo menos o curso primário completo (ACHENBACH, 1991a). A média do tempo necessário para o preenchimento do inventário é de 15-30 minutos (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983; O'LEARY, 1981).

O CBCL já foi traduzido em mais de trinta idiomas e tem sido empregado nos mais diversos países, em pesquisas que envolvem epidemiologia, diagnóstico, taxonomia, etiologia, resultados de procedimentos, eficiência de serviços, abuso na infância, condições médicas, comparações entre culturas e características dos pais (ACHENBACH, 1991a). Além de sua utilidade em pesquisa, ressaltamos as aplicações práticas do CBCL nos serviços de saúde mental, clínicas pediátricas, escolas, situações forenses, e planejamento de serviços (ACHENBACH, 1991a).

O CBCL tem sido utilizado como instrumento de rastreamento, capaz de discriminar indivíduos com psicopatologia entre indivíduos normais (ACHENBACH, 1991a), e capaz de reconhecer sintomas psicopatológicos em pacientes pediátricos atendidos pela rede primária de saúde (COSTELLO & EDELBROCK, 1985; COSTELLO et al, 1988).

B. Descrição do Instrumento

O CBCL é composto por 138 itens: 20 destinados à avaliação da competência social da criança ou adolescente e 118 relativos a avaliação de seus problemas de comportamento. Entende-se por competência social, as capacidades do indivíduo para executar atividades (lúdicas, trabalhos e tarefas), estabelecer relações sociais e acompanhar as matérias escolares. Portanto, os itens referentes à competência social visam obter informações sobre o desempenho da criança ou jovem em três áreas: atividades, sociabilidade e escolaridade, sendo os dados obtidos convertidos em escores de 0 a 4, segundo as instruções do manual do CBCL (ACHENBACH, 1991a). Já os itens relativos a problemas de comportamento são destinados ao registro de queixas físicas e psicológicas, de acordo com sua frequência. Os comportamentos ausentes recebem escore 0, os ocasionalmente presentes recebem escore 1 e os freqüentemente presentes recebem escore 2.

Os escores de 0 a 4 para competência social e de 0 a 2 para problemas de comportamento são os chamados "escores crus", que marcados nos respectivos quadros de escalas, fornecem o perfil social e o perfil comportamental da criança ou adolescente.

O perfil social conta com três escalas individuais: Atividades, Sociabilidade e Escolaridade e é considerado somente a partir dos seis anos, idade em que as crianças americanas iniciam o curso primário. A soma dos escores crus obtidos nas escalas sociais individuais corresponde à Competência Social Total, lembrando-se que o item sobre número

de atividades não esportivas foi excluído das escalas sociais por mostrar-se incapaz de discriminar indivíduos normais daqueles encaminhados a serviços de saúde mental.

O perfil comportamental é constituído por nove escalas individuais: oito sempre presentes e uma opcional. As primeiras oito escalas correspondem as seguintes síndromes: I. Retraimento, II. Queixas Somáticas, III. Ansiedade/Depressão, IV. Problemas com o Contato Social, V. Problemas com o Pensamento, VI. Problemas com a Atenção, VII. Comportamento Delinquente e VIII. Comportamento Agressivo, enquanto a escala opcional corresponde à nona síndrome: Problemas Sexuais. As escalas I, II e III são chamadas de Escalas de Introversão, quando consideradas em conjunto, enquanto as escalas VII e VIII são nomeadas Escalas de Extroversão, quando agrupadas. A soma dos escores crus obtidos nas escalas comportamentais individuais corresponde ao Total de Problemas de Comportamento, lembrando-se que os ítems sobre asma e alergia foram excluídos das escalas comportamentais por mostrarem-se incapazes de discriminar indivíduos normais daqueles encaminhados a serviços de saúde mental.

Os nomes dados as síndromes comportamentais procuram espelhar o conteúdo dos ítems do CBCL que as compõem e propositadamente pertencem a um vocabulário familiar aos profissionais de saúde mental para facilitar a comunicação entre aqueles que fazem uso dos inventários. No entanto, deve-se notar que mesmo coincidindo com algumas categorias diagnósticas psiquiátricas, os nomes empregados devem ser

entendidos apenas descritivamente (ACHENBACH, 1991a). Nota-se que o perfil comportamental reflete certos padrões de comportamento, por serem as síndromes constituídas por grupos de comportamentos que costumam ocorrer juntos, porém, estes padrões não devem ser confundidos com entidades nosológicas, pois a presença de padrões de comportamento não permite conferir diagnósticos psiquiátricos aos indivíduos avaliados (ACHENBACH, 1991a).

As oito síndromes acima referidas, são conjuntos de comportamentos encontrados no CBCL, no "Teacher's Report Form" (TRF) (ACHENBACH, 1991b), e no "Youth Self-Report" (YSR) (ACHENBACH, 1991c). O YSR e o TRF são instrumentos semelhantes ao CBCL, destinados a obter informações sobre competência social e problemas de comportamento de crianças e jovens a partir de professores (TRF) e do próprio jovem de 11 a 18 anos (YSR).

Os perfis social e comportamental possibilitam a conversão dos escores crus em escores T, que por serem baseados na frequência dos ítems do CBCL na população normal, indicam se o escore cru encontrado está desviado do normal. Os escores T facilitam a comparação de escores obtidos em diferentes escalas de um mesmo perfil, e entre escores obtidos na mesma escala em diferentes perfis de um mesmo indivíduo, no decorrer do tempo.

Como pode ser observado no esquema do perfil social (Figura 1), diferentes escores crus podem corresponder a um mesmo escore T. Por exemplo: 2,0 para Atividades, 3,0 para Sociabilidade e 2,5 para Escolaridade, correspondem ao escore T

de 30, o que significa que escores menores que estes foram encontrados apenas em 2% (0-2%) da população normal. Portanto, o escore T igual a 30 corresponde ao ponto de corte, abaixo do qual a criança é considerada clínica nas escalas individuais do perfil social.

Diferentes escores crus podem corresponder ao mesmo escore T, também para o perfil comportamental (Figura 2). Por exemplo: 9 para Retraimento, 7 para Queixas Somáticas, 14 para Ansiedade/Depressão, 8 para Problemas com o Contato Social, 4 para Problemas com o Pensamento, 11 para Problemas com a Atenção, 7 para Comportamento Delinquente e 20 para Comportamento Agressivo, correspondem ao escore T de 70, o que significa que escores maiores que estes foram encontrados apenas em 2% (98-100%) da população normal. Portanto, o escore T igual a 70 corresponde ao ponto de corte, acima do qual a criança é considerada clínica nas escalas individuais do perfil comportamental.

Os pontos de corte para escores T determinam as categorias não clínica, limítrofe e clínica para as escalas sociais e comportamentais do CBCL (escalas individuais e somas de escalas) (Tabela 2). Tais pontos de corte demonstraram capacidade máxima de discriminação entre encaminhados e não encaminhados a serviços de saúde mental, mediante o emprêgo de análise de "Relative Operating Characteristics" (ROC) (SWETS & PICKETT, 1982) (ACHENBACH, 1991a).

A categoria clínica corresponde a menores escores para competência social e a maiores escores para problemas de

comportamento, enquanto o inverso se verifica para a categoria não clínica. No entanto, convém ressaltar que os indivíduos podem ser considerados clínicos nas escalas sociais individuais, sem apresentarem perfil social clínico (Competência Social Total com escore T em nível clínico), da mesma forma que podem ser considerados clínicos nas escalas comportamentais individuais, sem apresentarem perfil comportamental clínico (Total de Problemas de Comportamento com escore T em nível clínico).

A categoria clínica seleciona crianças e jovens com competência social e problemas de comportamento semelhantes aos de populações encaminhadas a serviços de saúde mental, enquanto a categoria não clínica indica situação similar a de indivíduos da comunidade sem tratamento psiquiátrico ou psicológico há um ano ou mais, e que não freqüentam escola ou classe especial para pessoas com problemas comportamentais ou emocionais. Por fim, a categoria limítrofe refere-se à situação intermediária.

Dependendo dos objetivos do estudo, as categorias do CBCL podem ser reduzidas a duas: não clínica e clínica, através da inclusão dos casos limítrofes na categoria clínica (ACHENBACH, 1991a).

C. Desenvolvimento do "Child Behavior Checklist"

ACHENBACH (1966) procurou verificar que tipo de distúrbios psiquiátricos ocorriam na infância e adolescência, reunindo informações sobre 1.000 pacientes psiquiátricos, a partir da

literatura e leitura de casos documentados. Os distúrbios encontrados serviram de base para a criação de um inventário de comportamentos, elaborado para ser preenchido com dados de registros de casos clínicos, sob a forma de respostas binomiais, de acordo com a presença ou ausência de alterações de comportamento (ACHENBACH, 1966). O CBCL foi posteriormente adaptado para ser aplicada a país (ACHENBACH, 1978), sendo constantemente aperfeiçoado, até atingir a versão atual (ACHENBACH, 1991a).

Em 1991, o CBCL/4-16 anos (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983) foi revisado passando a abranger a faixa etária de 4 a 18 anos, sem no entanto haver significativas alterações no inventário de comportamentos, que se manteve praticamente o mesmo desde 1983 (ACHENBACH, 1991a).

O perfil fornecido pelo CBCL foi padronizado primeiramente para meninos de 6 a 11 anos (ACHENBACH, 1978), estendendo-se a seguir, a ambos os sexos, na faixa etária de 6 a 16 anos (ACHENBACH & EDELBROCK, 1979). Em 1983, foi publicado o "Manual for the Child Behavior Checklist/4-16" (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983), e em 1991, foi lançada a mais recente versão revisada do perfil da criança e adolescente (ACHENBACH, 1991a). Apesar de modificado, o novo perfil, próprio para a faixa etária de 4 a 18 anos, pode ser convertido na versão anterior e vice-versa (ACHENBACH, 1991a).

Dentre as modificações ocorridas com o perfil em 1991, foram mais relevantes a criação da categoria limítrofe para os perfis social e comportamental com base em novos pontos de

corde, e a criação das chamadas "cross-informant syndromes", constituídas por itens presentes nas síndromes de mesmo nome, de pelo menos dois destes três instrumentos: CBCL, TRF e YSR (ACHENBACH, 1991d). Por exemplo: ao compararmos as três síndromes Queixas Somáticas (CBCL, YSR e TRF), vamos observar que nove itens são comuns a pelo menos duas destas síndromes e portanto, serão estes os componentes da "cross-informant syndrome" Queixas Somáticas. Outro exemplo é a exclusão do item 80 da "cross-informant syndrome" Problemas com o Pensamento, pois tal item pertence apenas à síndrome Problemas com o Pensamento do CBCL. A existência das "cross-informant syndromes" significa um avanço metodológico, que se traduz pela melhora das condições de se avaliar crianças e adolescentes a partir de múltiplos enfoques complementares, onde diferentes pontos de vista (de pais, professores e do próprio jovem) sobre o mesmo indivíduo podem ser mais facilmente integrados (ACHENBACH, 1991a; ACHENBACH, 1991d).

Construção do perfil social e perfil comportamental

Os perfis do CBCL foram inicialmente construídos a partir dos dados obtidos com a aplicação do instrumento em dois grupos populacionais na faixa etária de 4 a 16 anos, pareados quanto a sexo, idade, cor de pele e situação sócio-econômica. O grupo I era constituído por 2.300 crianças e adolescentes encaminhados a 42 ambulatórios de saúde mental e o grupo II por 1.442 indivíduos da comunidade, sem atendimento psicológico ou psiquiátrico há pelo menos um ano. O CBCL/4-16 pré-1991 teve

suas escalas construídas a partir de estudos realizados com o grupo I e seus dados normativos fornecidos pelo grupo II (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983).

A escolha de uma amostra de pacientes clínicos para o grupo I, baseou-se na baixa frequência com que muitos dos problemas de comportamento ocorrem na população geral e no objetivo de se detectar síndromes clinicamente significativas.

As escalas de problemas de comportamento e as escalas de competência social do CBCL/4-18 de 1991 foram construídas a partir de nova análise dos dados obtidos com o grupo I, complementados por estudos referentes a faixa etária de 17 a 18 anos. Os dados normativos desta versão foram fornecidos por levantamentos realizados em 1986 e 1989, junto à população americana a nível nacional (ACHENBACH, 1991a).

O CBCL/4-16 pré-1991 teve suas escalas construídas a partir da divisão da população estudada em seis grupos, segundo sexo e as seguintes faixas etárias: 4-5 anos, 6-11 anos e 12-16 anos, sendo estes limites de idade escolhidos por marcarem transições importantes do desenvolvimento físico, emocional, cognitivo, educacional e social (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983). A divisão da população em seis grupos baseou-se na possibilidade de haver variação da prevalência e do padrão com que ocorrem os problemas de comportamento, conforme sexo e idade. Para cada grupo, foram realizadas análises fatoriais dos itens do CBCL que ocorreram com maior frequência, com base no índice de correlação de Pearson, identificando-se nove síndromes (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983).

Em 1983, as síndromes do perfil comportamental variavam de nome e número (oito a nove) em função dos seis grupos populacionais estudados. Por exemplo: para meninos de 6-11 anos, encontrávamos as seguintes síndromes: I. Esquizoidia ou Ansiedade, II. Depressão, III. Incomunicabilidade, IV. Obsessividade-Compulsão, V. Queixas Somáticas, VI. Retraimento Social, VII. Hiperatividade, VIII. Agressividade e IX. Delinquência; enquanto que a síndrome Crueldade só aparecia para meninas (do grupo de 6-11 anos e de 12-16 anos) e a síndrome Imaturidade só para meninos (do grupo de 4-5 anos). Além disso, as síndromes do perfil comportamental do CBCL eram diferentes das do perfil do TRF e das do perfil do YSR.

Em 1991, os perfis do CBCL foram revisados e modificados, passando a ser calculados de acordo com quatro grupos populacionais, divididos por sexo e duas faixas etárias: 4-11 anos e 12-18 anos. Tais mudanças atingiram especificamente as síndromes do perfil comportamental, que passaram a ter nomes e número constantes para os quatro grupos (com exceção dos Problemas Sexuais, síndrome somente encontrada no CBCL, para a faixa etária de 4 a 11 anos). Além disso, os principais componentes de cada síndrome passaram a ser também encontrados em pelo menos dois destes três instrumentos: CBCL, TRF e YSR (ACHENBACH, 1991d).

As escalas de competência social têm menos pesquisa prévia que aquelas relacionadas a problemas de comportamento. No início, o autor baseou-se num levantamento da escassa literatura a respeito de índices de competência social em

crianças e adolescentes para testar junto aos pais, vários tipos de descrições de características positivas de comportamentos. Ao constatar que o informante apresentava grande tendência a reforçar tais características, optou por subdividir os itens em três áreas: atividades lúdicas e tarefas, relacionamento social e desempenho escolar. Assim, chegou-se a um total de 20 itens, componentes das escalas referentes a competência social (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983).

Parâmetros normativos para perfil social e perfil comportamental

Toda criança apresenta algum problema de comportamento, sem que isto implique em psicopatologia. Portanto, é fundamental a existência de parâmetros constituídos por comportamentos encontrados em indivíduos normais, com os quais se possa comparar comportamentos observados em determinado indivíduo, para a constatação ou não de desvio.

Para a obtenção destes parâmetros, foram utilizados dados provenientes de estudos realizados em 1986 e 1989 com amostras de crianças e jovens com idade entre 4 e 18 anos, representativas da população americana em termos de situação sócio-econômica, cor e procedência (regiões urbanas, suburbanas e rurais). Os dados normativos foram obtidos através de entrevistas realizadas nas residências, onde moradores entre 4 e 18 anos eram escolhidos pelo entrevistador para objeto da aplicação do CBCL junto a um dos pais ou responsável, segundo tabela de números randômicos (ACHENBACH, 1991a).

Como condição básica para pertencer à amostra, as crianças e adolescentes não poderiam ter sido objeto de consulta em nenhum serviço de saúde mental no último ano, nem terem freqüentado escolas ou classes especiais para indivíduos com problemas comportamentais ou emocionais, neste mesmo período. Portanto, considerando-se os indivíduos elegíveis, foram preenchidos inventários de 94,8% das crianças com idade entre 4 e 6 anos, e de 83,1% dos indivíduos de 7 a 18 anos.

D. Confiabilidade, Concordância entre Pais e Estabilidade

O termo confiabilidade, emprestado da tradução espanhola, tem sido usado como tradução de "reliability", quando na verdade o termo fidedignidade, relacionado à reprodutibilidade, é o que melhor expressa este conceito em português (MARI, 1989).

Confiabilidade refere-se à concordância existente entre repetidas abordagens de um fenômeno, quando o fenômeno permanece constante (ACHENBACH, 1991a). Quando instrumentos são administrados por entrevistadores, é importante saber com que grau de similaridade os dados são obtidos por diferentes entrevistadores, ou seja, o grau de confiabilidade entre entrevistadores. Quando um instrumento é auto-administrado, é importante saber com que grau de similaridade os escores são obtidos a partir do mesmo informante, no correr de um tempo, durante o qual mudanças de comportamento não são esperadas, ou seja, o grau de confiabilidade teste-reteste.

Além da confiabilidade, é útil saber o grau de concordância entre escores obtidos a partir de mães e pais e o grau de estabilidade dos escores após um período suficientemente prolongado, para ocasionar mudanças significativas no comportamento. No entanto, por não envolverem a abordagem do mesmo fenômeno, não podemos esperar que a concordância entre pais e a estabilidade a longo prazo alcancem níveis semelhantes aos da confiabilidade.

A seguir discutiremos a confiabilidade dos escores, tanto aqueles obtidos nos itens do CBCL, como aqueles referentes às escalas sociais e comportamentais.

Confiabilidade dos escores obtidos nos itens do CBCL

Confiabilidade entre entrevistadores

Para avaliar os efeitos das diferenças existentes entre entrevistadores, foram comparados os resultados obtidos por três entrevistadores no levantamento realizado em residências americanas para a normatização do CBCL/4-16 pré-1991 (ACHENBACH & EDELBROCK, 1981).

Ao invés de cada entrevistador aplicar o CBCL para os mesmos pais, o que confundiria a confiabilidade do teste-reteste com a confiabilidade entre entrevistadores, cada um dos três entrevistadores aplicou o CBCL em grupos de pais diferentes, porém equivalentes em sexo, idade, cor e situação sócio-econômica. Foram comparados os escores obtidos em três grupos de 241 indivíduos (N=723) e chegou-se a um coeficiente

de correlação intra-classe (CCI) total de 0,927 para os 20 itens referentes a competência social e de 0,959 para os 118 itens referentes a problemas de comportamento ($p < 0,001$).

Teste-reteste

O teste-reteste foi realizado a partir de inventários aplicados por um entrevistador em mães de 72 indivíduos da comunidade, entre 4 e 16 anos, em duas ocasiões, com uma semana de intervalo. Para este procedimento, não foi escolhida uma amostra de pacientes clínicos para evitar tendenciosidades nas respostas das mães, que desejosas de observar a melhora dos filhos, poderiam minimizar seus problemas na segunda entrevista.

O CCI total foi 0,996 para os 20 itens referentes a competência social e 0,952 para os 118 itens referentes a problemas de comportamento ($p < 0,001$).

Confiabilidade dos escores das escalas sociais e comportamentais

Teste-reteste

O teste-reteste foi realizado a partir de inventários aplicados em mães de 80 indivíduos da comunidade, entre 4 e 16 anos, em duas ocasiões, com uma semana de intervalo.

Comparando-se os escores da segunda aplicação do CBCL com os da primeira, verificou-se média da correlação de Pearson igual a 0,87 para Competência Social Total e de 0,89 para Total

de Problemas de Comportamento. Quanto as escalas individuais, nenhuma das escalas sociais mostrou mudanças significantes na média de escores no decorrer de uma semana, porém, houve um declínio estatisticamente significativo nos escores das seguintes escalas comportamentais: Problemas com a Atenção entre os meninos, e Ansiedade/Depressão e Comportamento Agressivo entre as meninas. Tal declínio deveu-se a uma média de 2% de variância nos escores, o que não tem importância do ponto de vista clínico, e revela uma tendência dos pais em relatar menos problemas de comportamento numa segunda coleta de dados (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983; ACHENBACH, 1991a).

Concordância entre mães e pais

A concordância entre mães e pais foi calculada a partir de escores crus fornecidos por inventários preenchidos separadamente por mães e pais de 213 crianças e jovens americanos provenientes de amostras clínicas e de amostras da comunidade, além de inventários preenchidos por pais de 386 indivíduos australianos provenientes da comunidade (SAWYER, 1990). As crianças e adolescentes foram divididos em quatro grupos por sexo e as seguintes faixas etárias: 4-11 e 12-18 anos.

Entre as escalas sociais, a maior correlação entre pais foi alcançada em Escolaridade ($r=0,87$) nos quatro grupos, enquanto a menor correlação ficou por conta de Atividades ($r=0,59$), também nos quatro grupos. A média das correlações para as escalas sociais não diferiram muito em relação a sexo e

idade (variação de 0,74 a 0,76, considerando-se todos os grupos).

Entre as escalas comportamentais, as maiores correlações entre pais nos quatro grupos foram alcançadas pelas seguintes escalas: Problemas com o Contato Social ($r=0,77$), Problemas com a Atenção ($r=0,79$), Comportamento Delinquente ($r=0,78$) e Comportamento Agressivo ($r=0,79$), e pelo Total de Problemas de Comportamento ($r=0,76$). Já as menores correlações nos quatro grupos ficaram por conta das escalas: Queixas Somáticas ($r=0,52$), Problemas com o Pensamento ($r=0,48$) e Problemas Sexuais ($r=0,52$), todas elas referentes a comportamentos encontrados com menor frequência na população. A média das correlações para as escalas comportamentais variou de 0,65 (para sexo feminino de 4-11 anos) a 0,75 (para sexo masculino de 4-11 anos), considerando-se todos os grupos.

A concordância entre mães e pais em classificar seus filhos como não clínicos e clínicos, considerando-se todas as escalas do CBCL, foi avaliada através do "odds ratio". Os intervalos de confiança indicaram que todos os "odds ratios" corresponderam a valores maiores que 1,0 ($p<0,01$). Convém ressaltar que a concordância na escala Escolaridade foi excepcionalmente grande, originando um "odds ratio" de 116,5.

Estabilidade a longo prazo

A estabilidade dos dados obtidos em estudos longitudinais realizados com amostras clínicas, revela o modo pelo qual os

pacientes são vistos pelos pais em diferentes momentos, no decorrer do tempo.

A estabilidade a longo prazo foi avaliada a partir de um estudo longitudinal, realizado junto a crianças nascidas com baixo peso e com peso normal, no qual as mães preencheram o CBCL anualmente (ACHENBACH et al, 1990). Os inventários registraram as mudanças ocorridas com as crianças dos 6 para os 7 anos, dos 7 para os 8 anos e dos 6 para os 8 anos. A média da correlação de Pearson referente ao período de um ano foi de 0,62 para os escores das escalas sociais e de 0,75 para os escores das escalas comportamentais, enquanto a média da correlação referente ao período de dois anos foi de 0,56 para as escalas sociais e de 0,71 para as escalas comportamentais. Porém, as mudanças ocorridas tanto no prazo de um ano, como no de dois anos não ultrapassaram os valores devidos somente ao acaso.

E. Validade do "Child Behavior Checklist"

A seguir, discorreremos sobre o CBCL em termos de validade de conteúdo, construto, critério, e validade entre diferentes culturas.

Validade de Conteúdo

A validade de conteúdo é vista em termos de grau de relação estabelecida entre os itens do CBCL e as preocupações de pais e profissionais de saúde mental a respeito do

significado clínico dos problemas de comportamento e desajuste social encontrados em crianças e adolescentes (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983).

ACHENBACH comparou dois grupos demograficamente equivalentes de crianças e jovens: encaminhados e não encaminhados a serviços de saúde mental, e observou que os encaminhados obtiveram escores significativamente menores para os itens sociais, e significativamente maiores para os itens comportamentais. Todos os itens do CBCL mostraram associações significantes com o critério de morbididade encaminhamento para serviços de saúde mental, com exceção de três itens (número de atividades não esportivas, alergia e asma), o que indica que os itens do CBCL abordam fenômenos semelhantes aos observados pelos profissionais da área de saúde mental (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983; ACHENBACH, 1991a).

Validade de Construto

A validade de construto reflete a extensão com que um instrumento mede uma construção teórica, como por exemplo: distúrbio psiquiátrico. A dimensão geral dos distúrbios encontrados em determinado indivíduo fica representada pelo escore referente à Total de Problemas de Comportamento, enquanto grupos de comportamentos condizentes com problemas específicos ficam representados pelas escalas comportamentais individuais. O manejo dos escores obtidos com o CBCL revelou habilidade para identificar crianças com distúrbio psiquiátrico (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983; ACHENBACH, 1991a).

A validade de construto foi confirmada pelas correlações estatisticamente significantes encontradas entre as escalas comportamentais do CBCL e as escalas mais semelhantes em conteúdo, do Questionário para Pais de Conners (CONNERS, 1973), e do Inventário de Problemas de Comportamento Revisado de Quay-Peterson (QUAY & PETERSON, 1983). As três escalas foram aplicadas a 60 crianças de ambos os sexos, com idade entre 6 e 11 anos, provenientes de 60 ambulatórios dos Estados Unidos e Canadá, com alteração balanceada da ordem de aplicação dos instrumentos. As correlações obtidas para as escalas do CBCL variaram de 0,59 a 0,86 em relação às escalas de Conners (Tabela 3), e de 0,59 a 0,88 em relação às escalas de Quay-Peterson (Tabela 4).

Validade de critério

Foi justamente a ausência de construções diagnósticas e taxonômicas para distúrbios psiquiátricos da infância, de boa validade, que levou ACHENBACH a desenvolver o CBCL.

Apesar da classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância e adolescência proposta pelo DSM não ter sido baseada na avaliação direta de crianças e adolescentes, alguns estudos têm demonstrado relações significantes entre diagnósticos do DSM e síndromes dos perfis comportamentais fornecidos pelas versões pré-1991 do CBCL, TRF e YSR (EDELBROCK et al, 1984; EDELBROCK & COSTELLO, 1988a; WEINSTEIN et al, 1990). Entretanto, como o DSM não pode ser propriamente considerado um critério de comparação para escalas derivadas empiricamente e

como não há outro critério específico para as escalas do CBCL, ACHENBACH utilizou o critério encaminhamento para serviços de saúde mental para determinar o grau com que cada escala era capaz de discriminar indivíduos provenientes de dois grupos: grupo critério-positivo (crianças e jovens encaminhados a serviços de saúde mental) e grupo critério-negativo (crianças e adolescentes da comunidade não encaminhados a serviços de saúde mental).

O grupo critério-positivo, constituído por 2.110 indivíduos de ambos os sexos com idade entre 4 e 18 anos, foi pareado sócio-demograficamente com o grupo critério-negativo, para que as variáveis sócio-demográficas não fossem confundidas com o critério encaminhamento para serviços de saúde mental. As características sócio-demográficas aqui consideradas foram idade, cor de pele e situação sócio-econômica.

A validade de critério do CBCL foi avaliada através do "odds ratio", aplicado às relações existentes entre os escores das escalas do CBCL e a condição encaminhamento a serviços de saúde mental. Foram consideradas as categorias não clínica e clínica (incluindo a limítrofe) para as escalas sociais e comportamentais, tomando a categoria clínica como fator de risco para a condição encaminhamento. Os "odds ratios" referentes à chance que os indivíduos com escalas clínicas têm de pertencer ao grupo dos encaminhados, em relação aos indivíduos sem escalas clínicas podem ser encontrados na Tabela 5. Os intervalos de confiança indicaram que todos os "odds

ratios" corresponderam a valores maiores que 1,0 ($p < 0,01$), sendo nove "odds ratios" maiores que 10,0 (Tabela 5).

Comparando-se encaminhados e não encaminhados, observou-se que todas as escalas clínicas sociais e comportamentais (individuais e somas de escalas) predominaram entre os encaminhados, demonstrando a capacidade das escalas do CBCL para discriminar o grupo critério-positivo do grupo critério-negativo (ACHENBACH, 1991a).

Convém lembrar que o critério encaminhamento para serviços de saúde mental subestima o poder discriminatório do instrumento, pois indivíduos normais estarão entre aqueles encaminhados a serviços de saúde mental, da mesma forma que indivíduos com psicopatologia serão encontrados na comunidade (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983). Entretanto, há uma maneira de otimizar este poder discriminatório, considerando-se os indivíduos pelo menos um dos perfis do CBCL clínico como casos, e os indivíduos com ambos perfis não clínicos como não casos (ACHENBACH, 1991a).

Validade entre culturas

As síndromes derivadas empiricamente de estudos populacionais americanos através de análise multifatorial, encontram equivalentes em outros países, apesar das diferenças culturais e idiomáticas.

As síndromes descritas para a população americana de 6 a 16 anos, encaminhada a serviços de saúde mental, foram comparadas com as síndromes encontradas na Holanda em população

similar (ACHENBACH et al, 1987c; VERHULST et al, 1988). As oito síndromes referidas por ACHENBACH (1983) para meninas de 12 a 16 anos encontraram par semelhante entre as holandesas de mesma idade, o mesmo ocorrendo com sete das nove síndromes descritas para americanos dos outros três grupos populacionais analisados (meninos de 12 a 16 anos e crianças de ambos os sexos de 6 a 11 anos). Foram obtidos perfis comportamentais dos holandeses mediante síndromes holandesas e americanas, e encontrou-se correlação de 80% a 98% entre pares de síndromes semelhantes.

Entre as nove síndromes inicialmente descritas por ACHENBACH (1983) para meninos de 6 a 11 anos, seis encontram equivalentes entre americanos, holandeses e israelenses (AUERBACH & LERNER, 1990).

Cinco entre oito síndromes descritas por ACHENBACH (1983) para meninos e meninas de 6 a 11 anos, têm 55% a 80% de itens em comum com as síndromes obtidas a partir de população chilena de ambos os sexos e mesma faixa etária (MONTENEGRO, 1983).

A validade entre culturas do CBCL garante a comparabilidade dos trabalhos realizados por diferentes países (VERHULST & KOOT, 1992).

BIBLAC - EPM
Tombo 5362

OBJETIVOS

OBJETIVOS

O Brasil ainda não dispõe de instrumentos epidemiológicos internacionalmente utilizados em psiquiatria infantil, validados e adaptados à nossa cultura, para garantir a comparabilidade de nossos trabalhos com aqueles realizados em outros países.

Portanto, a validação da versão brasileira do CBCL (dados preliminares), objetivo principal da presente tese, vem atender uma necessidade na área de pesquisa com crianças e adolescentes.

O estudo aqui apresentado, tem os seguintes objetivos:

1. Apontar as dificuldades encontradas na adaptação cultural do CBCL em nosso meio.
2. Avaliar os índices de validade do CBCL segundo diferentes critérios de teste-positividade.
3. Avaliar os índices de validade do CBCL segundo variações do critério de morbidade julgamento clínico.
4. Verificar tendência do critério de morbidade julgamento clínico para superestimar a necessidade de assistência psicológica ou psiquiátrica da amostra.

5. Verificar as características sócio-demográficas da população.
6. Registrar a freqüência e a natureza dos antecedentes pessoais e familiares da amostra.
7. Averiguar as necessidades atuais de assistência médica e psicológica das crianças e pais.
8. Investigar a distribuição das escalas clínicas do CBCL na população estudada, observando-se as diferenças encontradas entre o grupo clínico e não clínico para competência social e problemas de comportamento.
9. Determinar a freqüência e natureza dos distúrbios psiquiátricos encontrados nas crianças, considerando-se os diagnósticos do CID-10 em cinco eixos classificatórios.
10. Discutir dados sócio-demográficos, antecedentes pessoais e familiares, problemas atuais de crianças e pais, diagnósticos do CID-10, escalas do CBCL, e validade do instrumento segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos.

CASUÍSTICA E MÉTODO

CASUÍSTICA E MÉTODO

1. Instrumentos

A. "Child Behavior Checklist"

O CBCL é composto por 138 itens: 20 destinados à avaliação da competência social da criança ou adolescente e 118 relativos a avaliação de seus problemas de comportamento.

Os 20 itens relativos a competência social referem-se ao envolvimento da criança ou jovem em diversas atividades (esportes, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos e tarefas), participação em organizações grupais (clubes e times), relacionamento com pessoas (familiares, amigos e outras crianças ou jovens), independência no brincar ou trabalhar e desempenho escolar (aproveitamento nas diversas matérias, repetência e necessidade de classe ou escola especial).

A maioria dos itens sociais é respondida por comparação dos indivíduos em estudo com os demais da mesma idade, quanto ao tempo dedicado às atividades, grau de participação nos grupos, relacionamento familiar, independência no brincar ou trabalhar, e desempenho nas atividades e matérias escolares. Nestes casos, cabe ao informante identificar o comportamento apresentado como abaixo, acima ou dentro da média. Quanto aos itens restantes, referem-se a quantificação das atividades, grupos e amigos, com os quais a criança ou adolescente está

envolvido. Os dados obtidos são convertidos em escores de 0 a 4, segundo as instruções do manual do CBCL (ACHENBACH, 1991a).

Os 118 itens relativos a problemas de comportamento são descrições de comportamentos, que podem estar presentes ou ausentes na vida da criança ou adolescente. O informante deve classificar tais comportamentos de acordo com três variáveis: item falso ou comportamento ausente; item parcialmente verdadeiro ou comportamento as vezes presente; e item bastante verdadeiro ou comportamento freqüentemente presente. Os comportamentos ausentes recebem escore 0, os ocasionalmente presentes recebem escore 1 e os freqüentemente presentes recebem escore 2 (ACHENBACH, 1991a).

Os escores obtidos são registrados em escalas, fornecendo os perfis social e comportamental da criança ou adolescente.

B. Entrevista Psiquiátrica com Pais

Em entrevista não estruturada com os indivíduos responsáveis pela população estudada, com duração aproximada de 90 minutos, foram registradas as queixas clínicas, investigada a história de vida das crianças e pesquisados os antecedentes pessoais, familiares e condições atuais de saúde das crianças e pais. Assim, avaliamos: condições gestacionais, peri-natais e pós-natais; amamentação; desenvolvimento neuro-psico-motor; aquisição de fala; sono; história pregressa de internações, cirurgias, e doenças graves com risco de vida; história obstétrica materna; e antecedentes psiquiátricos familiares.

C. Observação Direta da Criança

O exame da criança, com duração aproximada de 60 minutos, foi realizado sem a presença de acompanhantes, em sala de observação lúdica, onde material gráfico e caixa de brinquedos encontravam-se disponíveis. A observação direta, não dirigida, incluiu contato verbal e solicitação de desenhos livres e estórias. As condições emocionais das crianças foram avaliadas do ponto de vista psiquiátrico e psicanalítico, sendo recolhidas informações básicas para a formulação de hipóteses diagnósticas.

2. Procedimentos

Pacientes pediátricos foram encaminhados ao Ambulatório de Psiquiatria Infantil da Escola Paulista de Medicina por sete pediatras: cinco do Serviço de Pronto Atendimento do Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina, e dois do Centro de Saúde da Escola Paulista de Medicina.

Os encaminhamentos levaram em conta os seguintes critérios de exclusão: 1) má condição clínica do paciente; 2) acompanhamento deste por alguém que não os pais ou adultos responsáveis por sua criação; e 3) impossibilidade de ser mantido o mesmo informante para a consulta pediátrica, preenchimento do CBCL e entrevista psiquiátrica.

Os pediatras foram orientados a encaminhar aleatoriamente, tanto crianças normais, como casos leves, moderados e graves, de acordo com a definição de distúrbio psiquiátrico proposta por RUTTER et al (1970). Os encaminhamentos foram realizados com o consentimento dos responsáveis, previamente esclarecidos a respeito dos propósitos da pesquisa (conhecer os comportamentos e as características familiares de crianças atendidas naquele serviço).

Um estudo duplo-cego foi desenvolvido, envolvendo a avaliação de 49 crianças e suas respectivas famílias, através de dois procedimentos básicos: entrevista do responsável pela criança com pessoa leiga (coleta de dados sócio-demográficos e aplicação do CBCL), e avaliação psiquiátrica (entrevista com pais e observação direta da criança).

A. Coleta de Dados Sócio-demográficos

As mães, pais ou responsáveis pelos pacientes foram orientados a comparecer desacompanhados ao Ambulatório de Psiquiatria Infantil para entrevista, que se iniciava com a coleta dos dados sócio-demográficos.

A renda familiar mensal per capita foi calculada com base no valor do dólar turismo do dia da coleta de dados, excluindo-se as pessoas da moradia do paciente, com recursos próprios, que não contribuía com o sustento da família.

Para favorecer a comparabilidade de nossos resultados com trabalhos realizados em outros países, determinamos a classe

social da amostra de acordo com a classificação do trabalho dos pais pela escala ocupacional de HOLLINGSHEAD (1975).

O índice de status social de HOLLINGSHEAD (1975) foi elaborado pelo Departamento de Sociologia da Universidade de Yale, para avaliar a situação sócio-econômica de indivíduos ou famílias, com base em dois componentes: educacional e ocupacional. O componente ocupacional é constituído por uma escala de nove categorias para classificar os pais de acordo com seu tipo de trabalho (ocupação atual, nem sempre coincidente com profissão). As categorias incluem grupos de ocupações com remuneração semelhante, de modo que categorias melhor remuneradas correspondam a maiores escores. A partir destes escores, as classes sociais foram divididas em: baixa (escores de 1 a 4), média (escores de 4,5 a 6,5), e alta (escores de 7 a 9). Caso determinada ocupação não se encontre entre aquelas listadas por HOLLINGSHEAD (1975), utiliza-se a média dos escores referentes à duas ocupações mais semelhantes (ACHENBACH, 1991a).

B. Avaliação do "Child Behavior Checklist"

O CBCL foi aplicado por uma entrevistadora leiga, previamente treinada na aplicação do instrumento, considerando os comportamentos ocorridos nos últimos seis meses. Terminada a aplicação, o responsável tinha seu retorno ambulatorial marcado, devendo comparecer novamente desacompanhado para entrevista com psiquiatra infantil.

Os escores obtidos foram convertidos na mais recente versão dos perfis social e comportamental do CBCL (ACHENBACH, 1991a), sendo perfil social clínico aquele com escore T para Competência Social Total ≤ 40 , e perfil comportamental clínico aquele com escore T para Total de Problemas de Comportamento ≥ 60 (Tabela 6).

As crianças foram classificadas como clínicas e não clínicas nas escalas sociais e comportamentais do CBCL (escalas individuais e somas de escalas), de acordo com os pontos de corte para escores T expostos na Tabela 6.

C. Avaliação Psiquiátrica

A avaliação psiquiátrica foi realizada por uma psiquiatra infantil, pós-graduanda do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, com 10 anos de experiência profissional nesta área.

A avaliação psiquiátrica compreendeu duas etapas: entrevista com a mãe, pai ou responsável pelo paciente (cerca de uma semana após a aplicação do CBCL) e observação direta da criança (cerca de uma semana após a entrevista com a mãe ou responsável). Caso a abordagem da criança exigisse mais tempo, realizava-se uma segunda observação.

O atendimento era encerrado com uma breve entrevista com os responsáveis, na presença da criança, para esclarecimentos, orientações, encaminhamentos e tomada das condutas necessárias em cada caso.

Com base na entrevista realizada com os pais e no contato estabelecido com a criança, os pacientes pediátricos foram classificados segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (0=ausente, 1=leve, 2=moderado e 3=grave), de acordo com a definição de distúrbio psiquiátrico proposta por RUTTER et al (1970).

A avaliação psiquiátrica considerou os indivíduos com distúrbios psiquiátricos leves, moderados e graves como casos e aqueles com ausência de distúrbios como não casos.

As crianças foram classificadas segundo o CID-10 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990), considerando-se os cinco eixos do sistema multiaxial de classificação dos distúrbios psiquiátricos da infância, proposto por RUTTER et al (1975): Síndrome Psiquiátrica Clínica, Atrasos Específicos do Desenvolvimento, Nível Intelectual, Condições Médicas e Situações Psicossociais Anormais Associadas. O quinto eixo foi utilizado com base em critérios diagnósticos elaborados especificamente para crianças e adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988).

D. Validação do "Child Behavior Checklist"

A validade do CBCL foi avaliada através de sua sensibilidade e especificidade. VERHULST & KOOT (1992) definiram sensibilidade como a capacidade do instrumento para identificar os casos como teste-positivos, e especificidade

como a capacidade para identificar os não casos como teste-negativos.

Segundo o critério I, o CBCL considerou teste-positivos os indivíduos com pelo menos um dos perfis (social e/ou comportamental) clínico, e teste-negativos aqueles com ambos perfis não clínicos.

Segundo o critério II, o CBCL considerou teste-positivos os indivíduos com perfil comportamental clínico, e teste-negativos aqueles com perfil comportamental não clínico.

Os critérios de teste-positividade e os pontos de corte (em valores de escore T) utilizados para a classificação da amostra em categorias clínica e não clínica pelo CBCL, encontram-se na Tabela 7.

RESULTADOS

RESULTADOS

1. População do Estudo

A presente tese avaliou uma população de 49 pacientes pediátricos de ambos os sexos, com idade entre 4 e 12 anos.

No período de Outubro de 1990 a Julho de 1991, foram encaminhados 200 pacientes que aceitaram tomar parte no estudo, e 51 completaram todas as etapas da pesquisa. Para que avaliássemos uma criança por família, foram excluídos dois irmãos de pacientes, obtendo-se um número final de 49 crianças.

A. Dados Sócio-demográficos

A amostra estudada constituiu-se por 27 meninos (55,1%) e 22 meninas (44,9%). Quanto a cor de pele, 59,2% eram pardas, 34,7% brancas e 6,1% negras (Tabela 8) e no tocante a faixa etária, 20,4% tinham 4 a 5 anos e 79,6% 6 a 12 anos (Tabela 9).

Considerando-se as crianças com idade entre 4 e 5 anos, observamos que 70% ficavam em casa e 30% frequentavam pré-escola. No entanto, entre as crianças de 6 a 12 anos, apenas 2,6% ficavam em casa, enquanto 2,6% frequentavam pré-escola e 94,8% encontravam-se na escola (Tabela 10), sendo que 89% dos escolares haviam frequentado pré-escola no passado. Dentre os pré-escolares, 75% frequentavam instituições públicas, enquanto 92% dos escolares estudavam em escolas públicas.

A maioria das crianças (88%) havia nascido na Grande São Paulo, 2% eram naturais de outras cidades do Estado de São Paulo, 10% eram provenientes de áreas urbanas de outros estados e nenhuma havia nascido em região rural.

Investigando-se as condições da habitação dos pacientes, constatamos que 53% deles residiam em moradia própria e 39% pagavam aluguel, sendo que 80% moravam em casa, 4% em apartamento, 8% em favela e 2% em cortiço. Levando-se em conta o número de cômodos (banheiros e área de serviço não foram considerados), observamos que 66% das crianças residiam em moradias de um a três cômodos e 28% em residências de quatro a cinco cômodos, sendo a média do número de cômodos igual a três.

Notou-se que 29% das crianças nunca saíram da moradia onde nasceram, 45% mudaram de residência uma ou duas vezes e 26% fizeram mais de duas mudanças durante a vida. A maioria das mudanças de residência ocorreu dentro da Grande São Paulo (68,6%), enquanto 5,7% delas constituíram transferência de cidade dentro do Estado de São Paulo e 25,7% foram mudanças inter-estaduais. Porém, ao considerarmos o período dos últimos 6 meses, constatamos que 88% das crianças não saíram de sua moradia e 12% mudaram de residência apenas uma vez.

Grande parte das crianças (65,3%) residia apenas com a família nuclear (irmãos e pais biológicos ou substitutos), enquanto 18,4% tinham alguma pessoa (parente ou não) morando em casa e 16,3% dividiam a área externa da residência com outras moradias.

Quase a totalidade das crianças (92%) estava sendo criada por casais (76% pelos pais biológicos, 8% por um dos pais biológicos acompanhado do cônjuge e 8% por pais substitutos), e 8% dos pacientes estavam sendo criados por um adulto apenas. Tal situação não era recente, pois das quatro mães que criavam seus filhos sozinhas, uma era solteira e três estavam separadas há uma média de tempo igual a 2,3 anos, enquanto que dos 45 casais responsáveis pela criação dos pacientes, 33 (73%) estavam casados há uma média de tempo igual a 15 anos e 12 (27%) moravam juntos há uma média de tempo de 8,4 anos.

A maioria das mães ou substitutas (61%) era proveniente de regiões rurais de outros estados, sendo 18% nascidas na Grande São Paulo e 14% naturais de áreas urbanas de outros estados. Situação similar ocorreu também com os pais ou substitutos, pois 60% deles haviam nascido em regiões rurais de outros estados, 16% eram naturais da Grande São Paulo e 16% provinham de áreas urbanas de outros estados.

Investigando-se a escolaridade dos pais ou responsáveis, encontramos entre mães e pais, 86% de indivíduos com nível de instrução menor ou igual a curso primário completo e 14% com nível de instrução maior que curso primário completo, sendo a frequência de analfabetos igual a 18% entre as mães e 13% entre os pais.

Nos últimos 6 meses, 100% dos pais e 49% das mães estiveram trabalhando. No entanto, todas as famílias foram classificadas como pertencentes à classe social baixa, pois os tipos de trabalho remunerado dos pais receberam escores de 1 a

4 nas escalas de HOLLINGSHEAD (1975). O trabalho das mães obteve média de escores igual a 2 e o dos pais igual a 3.

Ainda com referência à situação sócio-econômica, encontramos como média da renda familiar mensal per capita o valor de 95,5 dólares.

B. Antecedentes Pessoais e Familiares

Os antecedentes pessoais das crianças estudadas foram investigados junto às mães, pais ou responsáveis, e abrangem as condições pré, peri e pós natais dos pacientes.

No tocante às condições gestacionais das mães biológicas, foram investigados os problemas de ordem física sem necessidade de internação hospitalar (como náuseas, vômitos, desmaios, hemorragias, infecções e repouso por ordem médica), a ocorrência de hospitalizações, e as queixas relativas à ansiedade durante a gestação. Como pode ser depreendido da Tabela 11, 65,3% das mães apresentaram problemas, isolados ou associados, sendo a ansiedade a queixa isolada mais frequente (46,9%).

Ao pesquisarmos as condições de nascimento, notamos que 18% dos pacientes apresentaram anóxia de parto, 16% tiveram baixo peso (<2.500 g.) ao nascer e 8% nasceram com peso superior a quatro quilos. Tais freqüências podem estar subestimadas, pois 35% dos entrevistados não sabiam informar a respeito de anóxia de parto e 8% não sabiam referir o peso ao nascer.

Observamos que 18% das crianças não receberam leite materno, e 37% deixaram de ser amamentadas no seio antes dos três meses de idade. Houve um decréscimo gradual da porcentagem de crianças em aleitamento materno no decorrer do primeiro ano de vida, sendo que 12% dos pacientes ainda estavam sendo amamentados aos 12 meses.

Os antecedentes peri e pós natais encontram-se resumidos na Tabela 12. Dentre aqueles clinicamente significativos, destacamos os mais frequentes: parto cesariana (40,8%), hospitalizações (34,7%), intercorrências no berçário (24,5%) e atraso na aquisição de fala (20,4%).

Na história obstétrica das mães biológicas, registramos a ocorrência de 26% de abortos espontâneos e 12% de abortos provocados, sendo que 35% das mães apresentaram pelo menos um dos tipos de aborto.

A frequência de convulsões encontrada em pais e/ou irmãos de pacientes foi de 8%, e nos demais parentes foi de 39%. Também os desmaios ocorreram em maior frequência nos parentes (14%), que nos pais e/ou irmãos (6%). Porém, a ocorrência de convulsões e desmaios pode estar superestimada, pois sabe-se que os informantes não eram capazes de discriminar sintomas neurológicos de crises conversivas.

Dentre os antecedentes psiquiátricos familiares presentes entre os pais e/ou irmãos da amostra estudada, salientamos o alcoolismo (30,6%), o tratamento psiquiátrico (20,4%) e os sintomas depressivos (16,3%) (Tabela 13). Entre os demais parentes, destacaram-se o alcoolismo (57,1%), o tratamento

psiquiátrico (34,7%), a internação psiquiátrica (30,6%), o retardo mental (30,6%), a tentativa de suicídio (20,4%), e o episódio psicótico (16,3%) (Tabela 13). Convém ressaltar, que apenas três crianças (6,1%) não apresentaram antecedentes psiquiátricos familiares.

C. Problemas Atuais de Crianças e Pais

Pesquisando-se os problemas atuais referentes ao sono, encontramos vários tipos de problemas, isolados ou associados, em 73,5% da população estudada. As alterações mais encontradas foram excesso de movimentação corporal durante o sono (36,7%), às vezes com queda da cama, e falar frequente dormindo (32,7%) (Tabela 14).

Além de problemas atuais com o sono, também foram relatados problemas atuais com a fala, envolvendo 33% da amostra estudada.

No momento da entrevista psiquiátrica, 57% das crianças tinham retorno marcado com o pediatra ou aguardavam marcação de consulta em ambulatórios da Escola Paulista de Medicina, e 47% dos pais e/ou irmãos dos pacientes estavam em tratamento médico. No entanto, a necessidade de assistência médica encontra-se subestimada para pais e irmãos, pois alguns apresentavam problemas de saúde e não haviam procurado consultar-se, enquanto outros estavam doentes e não queriam tratar-se.

Segundo a opinião dos informantes, 73% das crianças e 69% dos pais e/ou irmãos apresentavam problemas emocionais. Ao perguntarmos se queriam ajuda psicológica para seus filhos, obtivemos 69% de respostas positivas.

2. Avaliação do "Child Behavior Checklist"

O tempo médio decorrido entre a aplicação do CBCL e a entrevista psiquiátrica com o responsável pela criança foi de 11 dias, entre a entrevista psiquiátrica com o responsável e a observação direta da criança foi de 7 dias, e entre a aplicação do CBCL e a observação direta da criança foi de 18 dias.

O CBCL teve como informantes 49 adultos: 45 mães biológicas, duas mães adotivas, um pai biológico e uma irmã biológica. O tempo necessário para o preenchimento do inventário de comportamentos variou de 35 a 105 minutos, sendo a média de tempo igual a 56 minutos.

Segundo o CBCL, 49,0% das crianças apresentaram perfil social clínico, 77,6% perfil comportamental clínico, 42,9% ambos perfis clínicos e 83,7% pelo menos um dos perfis clínico.

Com a distribuição das crianças por sexo e tipo de perfil clínico do CBCL, observamos maior porcentagem de meninos em todos os tipos de perfil considerados, com exceção do perfil social, onde a porcentagem de meninos foi igual a de meninas (Tabela 15). Além disso, 85,2% dos meninos e 68,2% das meninas

apresentaram pelo menos uma síndrome do perfil comportamental com escore T em nível clínico.

Considerando-se grupos etários para nossa amostra, notamos que quatro escalas comportamentais (Retraimento, Problemas com a Atenção, Escalas de Introversão e Total de Problemas de Comportamento) alcançaram níveis clínicos para os escores T em pelo menos quatro dos cinco grupos etários investigados (Tabela 16).

Dentre as escalas comportamentais, notamos tendência das Queixas Somáticas a aumentar com a idade, atingindo níveis clínicos para os escores T no grupo etário de 12 anos. Também observamos tendência dos comportamentos de Introversão a aumentar com a idade, atingindo níveis clínicos para os escores T a partir do grupo etário de 6-7 anos (Tabela 16).

De acordo com as escalas do CBCL, nossa amostra apresentou 59,0% de baixo rendimento escolar, 75,5% de comportamentos de Introversão e 53,1% de comportamentos de Extroversão.

Comparando-se os grupos de crianças pertencentes às categorias clínica e não clínica do CBCL, observamos que o grupo clínico apresentou maior frequência de problemas nas escalas individuais e somas de escalas dos perfis social e comportamental (Tabelas 17 e 18).

A Tabela 17 compara os grupos com perfil social não clínico e clínico. O grupo clínico apresentou problemas nas três escalas sociais individuais: 79,2% em Escolaridade, 33,4% em Sociabilidade, e 29,2% em Atividades, enquanto o grupo não clínico só apresentou problemas em Escolaridade (26,6%), com

frequência três vezes menor que a do grupo clínico (79,2%). No tocante ao sexo, não houve diferença significativa em nenhuma das escalas de competência social, em nenhum dos grupos.

Quanto ao perfil comportamental, 89,4% das crianças do grupo clínico apresentaram pelo menos uma síndrome do perfil comportamental (52,6% dos meninos e 36,8% das meninas), comparadas a 36,4% do grupo não clínico (27,3% dos meninos e 9,1% das meninas).

No grupo clínico estiveram mais presentes os comportamentos de Introversão (92,1%), Retraimento (71,0%), Problemas com a Atenção (71,0%), comportamentos de Extroversão (65,8%), e Ansiedade/Depressão (52,7%) (Tabela 18). Ressaltamos que todas as crianças do grupo clínico com comportamentos de Extroversão apresentaram comportamentos de Introversão associados.

Considerando-se as diferenças entre os sexos, observamos que os meninos do grupo clínico apresentaram 1,7 vezes mais Retraimento e Problemas com a Atenção, 1,5 vezes mais Problemas com o Contato Social, e 1,7 vezes mais comportamentos de Introversão que as meninas. No entanto, os Problemas Sexuais estiveram duas vezes mais presentes entre as meninas (Tabela 18).

No grupo não clínico, apenas três síndromes estiveram presentes: Comportamento Delinquente (18,2%) e Problemas com a Atenção (9,1%) entre os meninos, e Retraimento (9,1%) entre as meninas. Somente as meninas apresentaram comportamentos de

Introversão (18,2%), e somente os meninos apresentaram comportamentos de Extroversão (9,1%) (Tabela 18).

3. Avaliação Psiquiátrica

A. Diagnósticos do CID-10

Levando-se em conta os diagnósticos do CID-10, notamos que 91,8% das crianças apresentaram síndromes psiquiátricas (eixo I); 71,4% tinham problemas orgânicos (eixo IV); 93,9% apresentavam situações psicossociais anormais associadas (eixo V); e 63,3% receberam diagnósticos nos eixos I, IV e V simultaneamente. Ressaltamos que 100% das crianças receberam diagnósticos em pelo menos um dos cinco eixos.

De acordo com as categorias do CID-10/ eixo I, as síndromes psiquiátricas mais presentes entre as crianças foram: F4 (distúrbios neuróticos, relacionados a estresse e somatoformes) (71,4%), F9 (distúrbios comportamentais e emocionais, com início geralmente na infância ou adolescência) (57,1%), e F5 (síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos) (46,9%) (Tabela 19).

Dentre as subcategorias de dois dígitos do CID-10/ eixo I, salientamos as síndromes psiquiátricas que ocorreram com maior frequência entre as crianças: F41 (outros distúrbios de ansiedade) (38,8%), F43 (reações ao estresse grave e distúrbios

de ajustamento) (38,8%), F51 (distúrbios do sono) (36,7%), e F98 (outros distúrbios do comportamento e das emoções com início geralmente na infância e adolescência) (34,7%). Estas quatro subcategorias foram as mais frequentes, tanto entre os meninos, como entre as meninas (Tabela 19).

Considerando-se as subcategorias de três dígitos do CID-10/ eixo I, destacamos as síndromes psiquiátricas mais frequentes: F43.8 (reação ao estresse crônico) (34,7%), F41.8 (outros distúrbios de ansiedade especificados, como ansiedade persecutória) (22,5%), F41.2 (distúrbio misto de ansiedade e depressão) (20,4%), F98.0 (enurese não orgânica) (18,4%), F51.5 (pesadelos) (16,3%), F51.8 (outros distúrbios do sono, como sono agitado) (16,3%), F34.1 (distímia) (14,3%), F98.8 (outros especificados, como comportamento regredido, roer unhas, chupar dedo) (14,3%), e F94.8 (outros, como timidez excessiva, auto-defesa deficitária, isolamento social) (12,3%). A reação ao estresse crônico (F43.8) foi a subcategoria de três dígitos mais frequente entre meninos e meninas (Tabela 19).

Entre as meninas, observamos frequência 3,7 vezes maior de insônia (F51.0) e 3,1 vezes maior de distímia (F34.1). Entre os meninos, registramos frequência 2,5 vezes maior de fobias (F40.2), distúrbios de dor persistentes somatoformes (F45.4), distúrbios da alimentação (F50), e de distúrbios da conduta (F91), e frequência 2,0 vezes maior de outros especificados, como distúrbio da atenção sem hiperatividade, comportamento infantilizado e autoagressividade (morder-se, beliscar-se, roer unhas) (F98.8) (Tabela 19).

Atrasos específicos do desenvolvimento (CID-10/ eixo II) foram registrados em apenas 8,2% das crianças, sendo 4,1% a freqüência de distúrbios específicos da articulação da fala (F80.0), 2,1% a de outros distúrbios específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem (F80.8), e 2% a de distúrbios específicos da leitura (F81.0).

Quanto ao nível intelectual (CID-10/ eixo III), a grande maioria (89,8%) das crianças foi considerada normal, porém houve quatro casos de retardo mental leve (8,2%) e um de retardo mental moderado (2,0%).

Dentre as condições médicas (CID-10/ eixo IV) presentes, as mais frequentes foram: doenças do sistema nervoso (28,6%), doenças do sistema respiratório (16,3%), doenças da pele e tecido subcutâneo (16,3%) e doenças dos olhos (12,3%). Dentre as doenças do sistema nervoso salientamos a cefaléia tensional (14,3%) (Tabela 20).

No tocante às situações psicossociais anormais associadas (eixo V/ CID-10), notamos que apenas 6,1% das crianças não receberam nenhum diagnóstico neste eixo. As categorias do eixo V mais presentes foram: distúrbio mental, comportamento anormal ou limitação físico-mental em membro da família nuclear (46,9%); relacionamentos intrafamiliares anormais (44,9%); condições anormais do meio ambiente imediato (44,9%); modo de criar a criança qualitativamente anormal (34,7%); e ocorrência de fatos contundentes na vida da criança (26,5%) (Tabela 21).

Salientamos as subcategorias do eixo V/ CID-10 que ocorreram com maior freqüência em nossa amostra: 2.0 (pais com

distúrbio mental ou comportamento anormal) (32,7%), 1.1 (discórdia familiar entre adultos) (28,6%), 5.1 (situação parental anômala) (24,5%), 1.0 (frieza no relacionamento pais-criança) (18,4%), 4.2 (criança privada de experimentar o mundo) (16,3%), 1.2 (criança tomada como "bode expiatório" ou tratada com hostilidade pelos pais) (16,3%), e 5.3 (condições de vida criadoras de situações psicossociais potencialmente danosas) (16,3%) (Tabela 21).

Entre meninos, registramos a freqüência 5,8 vezes maior de crianças tomadas como "bode expiatório" ou tratadas com hostilidade pelos pais (1.2), 2,5 vezes maior de crianças tomadas como "bode expiatório" por professores (8.1), 2,4 vezes maior de estresse interpessoal crônico associado à escola (8), e 2,0 vezes maior de discórdia familiar entre adultos (1.1) (Tabela 21).

B. Níveis de Gravidade

Na população avaliada, encontramos 6,1% de crianças normais, 40,8% de casos leves, 44,9% de moderados e 8,2% de graves. Dividindo-se a amostra em dois grupos, segundo níveis de gravidade, obtivemos um total de 23 (46,9%) crianças para o grupo normal-leve e 26 (53,1%) para o moderado-grave.

A seguir apresentaremos os resultados referentes a situação sócio-demográfica, antecedentes pessoais e familiares, problemas atuais, diagnósticos do CID-10, e escalas do CBCL, em relação aos níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos.

Dados sócio-demográficos

Todas as crianças normais tinham de 4 a 5 anos, a maioria dos casos leves (70,0%) e dos moderados (86,4%) estavam na faixa etária de 6 a 11 anos, e todos os casos graves tinham idade entre 6 e 11 anos (Tabela 22).

Lembrando-se que escores foram atribuídos para os níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (0=ausente, 1=leve, 2=moderado, 3=grave), observamos que a gravidade dos casos não aumentou com a idade, pois com excessão do grupo de 4-5 anos, a média dos níveis de gravidade permaneceu igual a 2 para os demais grupos etários investigados (6-7, 8-9, 10-11 e 12 anos).

A distribuição das crianças por sexo e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos revelou maior porcentagem de crianças normais e casos leves entre os meninos, de casos moderados entre as meninas, e porcentagens iguais de casos graves para ambos os sexos (Tabela 23).

Quanto à renda familiar mensal per capita (dólar), notamos que quanto mais grave o distúrbio psiquiátrico das crianças, menor a média da renda: 138 para as crianças normais, 96 para os casos leves, 82 para os moderados, e 66 para os graves.

Antecedentes pessoais, familiares e problemas atuais

Os antecedentes pessoais, familiares e problemas atuais de crianças e pais com frequência maior que 50% no grupo moderado-grave encontram-se na Tabela 24.

A Tabela 25 compara os grupos normal-leve e moderado-grave, apresentando os antecedentes pessoais, familiares e

problemas atuais com frequência pelo menos 1,8 vezes maior no grupo moderado-grave, entre os quais destacam-se os seguintes itens: risco de vida nos primeiros 12 meses; sintomas depressivos, episódios psicóticos e tratamento psiquiátrico em pais e/ou irmãos; e o acordar frequente durante o sono.

Quanto à amamentação, observamos que menor porcentagem de crianças do grupo moderado-grave recebeu leite materno durante o primeiro ano de vida, em comparação ao grupo normal-leve (Gráfico 1).

Diagnósticos do CID-10

Os casos leves, moderados e graves, em comparação às crianças normais, apresentaram maior positividade diagnóstica para síndromes psiquiátricas (eixo I) e situações psicossociais anormais associadas (eixo V), e porcentagem semelhante de problemas orgânicos (eixo IV) (Tabela 26).

Pesquisando-se o número de diagnósticos do CID-10 no eixo I (síndromes psiquiátricas) de acordo com os níveis de gravidade dos distúrbios, encontramos média do número de diagnósticos igual a: zero entre as crianças normais; 2,5 entre os casos leves; 3,2 entre os moderados; e 4,7 entre os graves. Também observamos que quanto maior a gravidade, menor a frequência de casos com apenas um diagnóstico no eixo I: 4 (20,0%) entre os casos leves, 2 (9,1%) entre os moderados, e 0 (0,0%) entre os graves.

Investigando-se o número de diagnósticos do CID-10 no eixo V (situações psicossociais anormais associadas) segundo níveis

de gravidade dos distúrbios, encontramos as seguintes médias: 0,6 para as crianças sem distúrbios psiquiátricos, 2,9 para os casos leves, 3,1 para os moderados, e 3,3 para os graves.

As Tabelas 27, 28, e 29, comparam o grupo moderado-grave ao normal-leve, quanto às porcentagens de diagnósticos do CID-10.

Dentre os diagnósticos do CID-10, destacamos aqueles com frequência maior que 50% no grupo moderado-grave (Tabela 30).

A Tabela 31 resume os diagnósticos do CID-10 com frequência pelo menos 1,8 vezes maior no grupo moderado-grave, destacando-se a distímia (eixo I/ F34.1) e a frieza no relacionamento pais-criança (eixo V/ 1.0).

Considerando-se os escores T para Total de Problemas de Comportamento segundo categorias do eixo V/ CID-10 e níveis de gravidade, observamos que o grupo moderado-grave apresentou médias de escores T com valores maiores ou iguais a seis em relação às médias do grupo normal-leve, nas categorias 1 e 9 (Tabela 32).

Investigando-se as médias de escores T para Total de Problemas de Comportamento nas subcategorias de relacionamentos intrafamiliares anormais (categoria 1) e eventos estressantes, consequentes ao próprio distúrbio ou incapacidades da criança (categoria 9), notamos diferenças maiores ou iguais a seis a favor do grupo moderado-grave nas seguintes subcategorias: 1.0, 1.1, 1.8, e 9.2 (Tabela 33).

Levando-se em conta os perfis social e comportamental do CBCL segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos, notamos que no grupo moderado-grave, 66,7% das crianças apresentaram perfil social clínico, 88,5% perfil comportamental clínico, 53,9% ambos perfis clínicos e 96,2% pelo menos um dos perfis clínico; enquanto no grupo normal-leve, 53,3% das crianças apresentaram perfil social clínico, 65,2% perfil comportamental clínico, 30,4% ambos perfis clínicos e 69,6% pelo menos um dos perfis clínico. Quanto aos problemas de comportamento, apresentaram pelo menos uma síndrome do perfil comportamental: 88,5% das crianças do grupo moderado-grave e 65,2% das crianças do grupo normal-leve.

O grupo moderado-grave apresentou mais problemas que o normal-leve em todas as escalas do CBCL, com exceção de Escolaridade, destacando-se as escalas com frequência maior que 50%: Total de Problemas de Comportamento (88,5%), Escalas de Introversão (84,6%), Problemas com a Atenção (73,1%), Retraimento (69,2%), Competência Social Total (66,7%), e Escolaridade (54,2%) (Tabela 34).

Considerando-se as diferenças entre os sexos, observamos que as meninas do grupo moderado-grave apresentaram 2,3 vezes mais problemas em Escolaridade, duas vezes mais Problemas Sexuais e 1,8 vezes mais Ansiedade/Depressão, que os meninos (Tabela 34).

Levando-se em conta as escalas clínicas do CBCL, observamos que no grupo moderado-grave, as Queixas Somáticas foram 5,2 vezes mais frequentes, os Problemas com a Atenção 1,9

vezes mais frequentes, e o Comportamento Agressivo 1,8 vezes mais frequentes (Tabela 34).

As médias de escores T obtidas pelas crianças nas escalas do CBCL, segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos, podem ser observadas na Tabela 35. Constatamos que 19 médias alcançaram nível clínico: sete para os casos graves, sete para os moderados, quatro para os leves, e uma para as crianças normais. Os maiores escores foram alcançados pelos casos moderados e graves nas escalas: Retraimento, Ansiedade/Depressão, Problemas com a Atenção, Escalas de Introversão, e Total de Problemas de Comportamento (Tabela 35).

Também constatamos que quanto maior a gravidade dos casos, menor a média de escores T para Sociabilidade, e maior a média de escores T para Retraimento, Ansiedade/Depressão, Problemas com a Atenção, Escalas de Introversão, e Total de Problemas de Comportamento (Tabela 35).

A Tabela 36 evidencia as diferenças entre os sexos na média de escores T para as escalas do CBCL, segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos. Foram encontradas 13 diferenças maiores ou iguais a sete pontos, das quais somente sete envolveram valores clínicos. Estas sete diferenças encontram-se sublinhadas na Tabela 36, e correspondem a: menor rendimento escolar e menor competência social para meninos no grupo grave; mais problemas com o contato social, problemas com a atenção e comportamentos de introversão para meninos no grupo moderado; menor rendimento escolar para meninos no grupo leve;

e mais comportamentos de extroversão para meninos no grupo com distúrbios psiquiátricos ausentes.

4. Validação do "Child Behavior Checklist"

A validade do CBCL foi avaliada através de sua sensibilidade (capacidade para identificar os casos como teste-positivos), e de sua especificidade (capacidade para identificar os não casos como teste-negativos). Os casos compreenderam os indivíduos com distúrbios psiquiátricos leves, moderados e graves, e os não casos aqueles com ausência de distúrbios.

Lembramos que a amostra pode ser classificada em categorias clínica, não clínica e limítrofe, de acordo com os pontos de corte de escores T para as escalas do CBCL, e que os critérios I e II de teste-positividade adotados neste estudo incluíram os limítrofes na categoria clínica.

Segundo o critério I, o CBCL considerou 87,0% dos casos como teste-positivos (pelo menos um perfil clínico) e 66,7% dos não casos como teste-negativos (ambos perfis não clínicos) (Tabela 37).

Segundo o critério II, o CBCL considerou 80,4% dos casos como teste-positivos (perfil comportamental clínico) e 66,7% dos não casos como teste-negativos (perfil comportamental não clínico) (Tabela 38).

Observamos que o critério I apresentou maior sensibilidade e menor taxa de classificação errônea total (CET) que o critério II (Tabela 39).

Considerando-se os vários níveis de gravidade, notamos que o CBCL apresentou maior sensibilidade com a utilização do critério I, para todos os níveis de gravidade (Tabela 40).

Alterando-se o critério de morbididade de forma a considerar casos, somente os indivíduos com níveis de gravidade moderado e grave, observamos aumento da sensibilidade, porém às custas de diminuição da especificidade e aumento da taxa de CET. A inclusão de casos leves no critério de morbididade, aliado ao critério I do CBCL, proporcionaram menor taxa de CET sem prejuízo da sensibilidade e especificidade (Tabela 41).

Convém ressaltar que o critério de morbididade baseado no julgamento clínico não superestimou a necessidade de assistência psicológica ou psiquiátrica da amostra, pois ao perguntarmos aos informantes se queriam ajuda psicológica para seus filhos, registramos respostas positivas para 100,0% dos casos graves, 86,4% dos casos moderados, 50,0% dos casos leves, e para uma (33,3%) criança normal.

Alterando-se os critérios de teste-positividade do CBCL, de modo a incluir os limítrofes na categoria não clínica, registramos aumento da especificidade de 66,7% para 100% com a modificação do critério I (Tabela 42), e não notamos mudança da especificidade com a modificação do critério II (Tabela 43). Porém, salientamos que o aumento da especificidade pela

modificação do critério I, deu-se às custas de diminuição da sensibilidade e aumento da taxa de CET (Tabela 44).

DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

1. Adaptação Cultural do "Child Behavior Checklist"

A tradução e adaptação cultural do CBCL (ACHENBACH, 1991a) contou com correções e sugestões do próprio autor do instrumento. ACHENBACH recomenda a elaboração de apenas uma versão do CBCL para cada idioma, porém as diferenças sócio-culturais existentes entre as populações de Portugal e do Brasil exigiram diferentes adaptações do CBCL para o português. Foi necessário utilizar um vocabulário simples, incluindo expressões populares, para que os itens da versão brasileira do CBCL fossem facilmente compreendidos pelos informantes deste estudo, representantes da população de nível sócio-cultural baixo, predominante no Brasil.

A versão de Portugal (BAPTISTA, 1989) ainda não validada, é tradução do CBCL/4-16 (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983), enquanto a versão aqui apresentada refere-se ao CBCL/4-18 (ACHENBACH, 1991a).

Com base na experiência adquirida em nosso estudo, recomendamos que o entrevistador esteja treinado na aplicação do CBCL, pois muitas situações podem trazer-lhe dúvidas, tais como: respostas positivas para mais de um item do questionário referindo-se ao mesmo problema de comportamento da criança; questões que dão margem a respostas positivas e negativas simultaneamente (ex: desobediência frequente à mãe,

correspondente a escore 2, e obediência ao pai, correspondente a escore 0); incoerência de certos informantes, que ora afirmam, ora negam a presença de determinado comportamento; etc...

Em novembro de 1991, tivemos oportunidade de visitar o serviço de ACHENBACH, e discutir as dúvidas relacionadas à aplicação do CBCL no Brasil. O autor esclarece que apenas um item deve ser assinalado para cada problema de comportamento investigado, portanto quando um mesmo problema resulta em positividade para vários itens, conserva-se como positivo apenas aquele mais específico para o referido problema, deixando-se os demais com escore zero. Quanto às respostas simultâneas positivas e negativas, considera-se a média dos escores como resposta final. Já diante da incoerência dos informantes, registra-se a primeira resposta dada, evitando-se resposta ainda mais alterada, decorrente da pressão sobre os pais pela insistência em repetir a pergunta. No entanto há situações extremadas, em que o informante deve ser excluído da pesquisa.

Segundo os resultados observados neste estudo, também é necessária uma preparação do entrevistador para lidar com as dificuldades dos informantes. Os pais de nível cultural baixo têm a tendência de responder ao questionário de forma bastante concreta e pouco abrangente. Portanto, é importante que os exemplos sejam evitados, sempre que possível, para que o informante não responda àquele exemplo específico, ao invés de responder à questão global. O item 66 (Repete certos atos

várias vezes seguidas) ilustra bem este ponto, pois diante da dificuldade dos pais em compreender uma pergunta sobre atos compulsivos, o entrevistador vê-se obrigado a dar exemplos, como o da lavagem das mãos com frequência. Tal procedimento pode resultar em resposta negativa para a lavagem das mãos, mesmo que a criança apresente outros comportamentos compulsivos. Exemplos de pensamento concreto são trazidos pelos itens 17 e 32, sobre devaneios e perfeccionismo. A tradução inicial dos itens 17 (Sonha acordado ou fica perdido nos próprios pensamentos) e 32 (Acha que tem que ser uma pessoa perfeita), permitia respostas como: "Não sonha acordado, só sonha dormindo", ou "Meu filho é perfeito, não tem nenhum defeito físico". Portanto, ao final da coleta de dados, tais itens tiveram que sofrer modificações em sua tradução, incorporando expressões populares, como "mundo da lua" no item 17 (Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos), e "mania de perfeição" no 32 (Tem "mania de perfeição").

BARKLEY (1988) considera a aplicação rápida e econômica das escalas de avaliação de comportamento como uma das vantagens sobre outros métodos de investigação utilizados em pesquisas que avaliam psicopatologia em crianças e adolescentes. No entanto, a média do tempo necessário para o preenchimento do CBCL no presente estudo (56 minutos) foi superior à média de 15-30 minutos relatada na literatura (O'LEARY, 1981; ACHENBACH & EDELBROCK, 1983; MONTENEGRO, 1983). Tal diferença poderia estar relacionada ao nível educacional baixo de nossos informantes (20% de analfabetos e 86% de

indivíduos com nível de instrução menor ou igual a curso primário completo), porém ao separarmos nossos informantes por nível de instrução, observamos que as médias de tempo obtidas para cada grupo não diferiram significativamente da média de 56 minutos.

2. Validação do "Child Behavior Checklist"

VERHULST et al (1985b) utilizaram níveis de gravidade com base na definição de RUTTER et al (1970), para testar a validade do CBCL pelo critério II, e notaram que quanto maior a gravidade dos casos, maior a sensibilidade do CBCL, fato também observado em nosso estudo para os critérios I e II. Tais resultados são concordantes com as observações de ROBINS (1985), que afirmou que quanto maior a gravidade do caso, mais prontamente este será considerado teste-positivo, e portanto, quanto mais a amostra for constituída por casos mais graves, maior será a sensibilidade do teste.

VERHULST et al (1985b) avaliaram psiquiatricamente uma população de 116 crianças de ambos os sexos, com 8 e 11 anos, selecionadas previamente a partir da comunidade, de acordo com os escores obtidos para Total de Problemas de Comportamento no CBCL e/ou TRF: 57 consideradas clínicas em pelo menos um dos dois instrumentos e 59 consideradas não clínicas em ambos. Destas 116 crianças, 41 foram classificadas pela avaliação psiquiátrica como casos: 26 moderados e 15 graves, sendo 13

moderados e 12 graves considerados teste-positivos pelo CBCL por apresentarem perfil comportamental clínico (Tabela 45). Nossos resultados, comparados aos de VERHULST et al (1985b), demonstraram maior sensibilidade do CBCL para todos os níveis de gravidade considerados, com excessão do grupo grave holandês de 11 anos, que também alcançou sensibilidade máxima (Tabela 45).

Como a sensibilidade e a especificidade de um teste variam de acordo com os critérios de teste-positividade (VERHULST & KOOT, 1992), reunimos na Tabela 46 quatro trabalhos que empregaram o critério I de teste-positividade, e que utilizaram o critério de morbidade encaminhamento para serviços de saúde mental para testar a validade do CBCL. Lembramos que o trabalho de MONTENEGRO (1983) foi incluído nesta tabela por serem equivalentes os critérios I e III de teste-positividade, conforme discussão adiante.

Apesar de termos utilizado outro critério de morbidade (julgamento clínico) e de nossa amostra ter contado apenas com três crianças normais, constatamos semelhanças entre nossos valores de sensibilidade, falsos negativos e CET e os de ACHENBACH & EDELBROCK (1981), e entre nossa especificidade e a de ACHENBACH (1991a) (Tabela 46).

Em nosso estudo, notamos aumento na especificidade do CBCL de 66,7% para 100%, ao considerarmos teste-positivos apenas os indivíduos com ambos perfis (social e/ou comportamental) clínicos, e teste-negativos aqueles com um perfil clínico ou ambos perfis não clínicos. Esta observação é concordante com a

literatura, pois tal modificação no critério de teste-positividade aumentou a especificidade do CBCL de 85,0% para 98% na pesquisa de ACHENBACH & EDELBROCK (1981), e de 70,0% para 95,8% no trabalho de ACHENBACH (1991a).

A Tabela 47 demonstra que as taxas de CET do CBCL variam de acordo com os critérios de teste-positividade, e que os critérios I-III e II-IV são equivalentes. De fato, ACHENBACH & EDELBROCK (1981) e VERHULST et al (1985a) afirmaram que não há vantagens na substituição dos critérios obtidos a partir de pontos de corte nos perfis do CBCL, por outros mais trabalhosos como aqueles relacionados ao emprêgo de análise discriminante, pois não alteram as taxas de CET de modo significante.

Apesar de contarmos com apenas três crianças normais em nossa amostra, as taxas de CET obtidas em nosso trabalho (14,3% e 20,4%) assemelharam-se às taxas mínima e máxima (15,5% e 20,1%) referidas na literatura (Tabela 47). Notamos também, que nossa menor taxa (14,3%) resultou da utilização do critério I, fato igualmente observado na literatura (Tabela 47).

VERHULST et al (1985a, 1985b) testaram a validade do CBCL mediante dois critérios de morbidade: encaminhamento a serviços de saúde mental, e julgamento clínico da gravidade dos distúrbios, segundo a definição de distúrbio psiquiátrico proposta por RUTTER et al (1970). Mediante a utilização do critério II do CBCL, os autores referiram taxa de CET igual a 19,9% com o critério de morbidade encaminhamento a serviços de saúde mental (VERHULST et al, 1985a), e de 27% para crianças de 8 anos e de 25% para crianças de 11 anos, com o critério de

morbidade nível de gravidade moderado-grave (VERHULST et al, 1985b).

Na pesquisa aqui apresentada, também testamos a validade do CBCL mediante a utilização do critério II, e encontramos taxa de CET igual a 36,7% com o critério de morbidade nível de gravidade moderado-grave, e igual a 20,4% com o critério de morbidade nível de gravidade leve-moderado-grave. A inclusão de casos leves no critério de morbidade julgamento clínico resultou em menor taxa de CET (20,4%), semelhante à taxa de 19,9% obtida por VERHULST et al (1985a) com o critério de morbidade encaminhamento a serviços de saúde mental. Portanto, a maior taxa de CET obtida por VERHULST et al (1985b) com o critério de morbidade julgamento clínico não implica em inferioridade de critério, pois segundo nossos resultados, a inclusão de casos leves no critério de morbidade aliada à utilização do critério I proporcionariam aos autores menor taxa de CET sem prejuízo da sensibilidade e especificidade do CBCL.

BIRD et al (1986) afirmam que casos mais graves costumam apresentar alterações de comportamento em várias áreas e assim, obter maiores escores no CBCL para Total de Problemas de Comportamento, enquanto casos monossintomáticos de maior gravidade nem sempre obtém estes altos escores. Portanto, se uma amostra contiver muitos casos graves monossintomáticos, tais casos poderão ser classificados como teste-negativos e assim contribuir para a diminuição da sensibilidade do CBCL.

Em nosso trabalho, observamos que quanto maior a gravidade dos distúrbios psiquiátricos, menor a freqüência de casos com

apenas um diagnóstico no eixo I (20,0% entre os casos leves, 9,1% entre os moderados, e 0,0% entre os graves), e maior a média do número de diagnósticos no eixo I (0 entre as crianças normais, 2,5 entre os casos leves, 3,2 entre os moderados, e 4,7 entre os graves). Também constatamos que quanto maior a gravidade dos casos, maior a média de escores T para Total de Problemas de Comportamento: 59 (normal), 64 (leve), 68 (moderado), e 72 (grave). Além disso, observamos 88,5% de crianças com Total de Problemas de Comportamento em nível clínico e 88,5% com pelo menos uma síndrome comportamental clínica no grupo moderado-grave, em comparação a 65,2% de crianças com Total de Problemas de Comportamento em nível clínico e 65,2% com pelo menos uma síndrome comportamental clínica no grupo normal-leve.

Além de VERHULST et al (1985b), outros autores (GRAHAM & RUTTER, 1968; RUTTER et al, 1970; RICHMAN et al, 1975; RICHMAN et al, 1982) utilizaram o critério de morbidade julgamento clínico em estudos epidemiológicos na área da psiquiatria infantil, porém nenhum destes estudos empregou o CBCL, sendo todos eles anteriores ao lançamento do primeiro manual do CBCL (ACHENBACH & EDELBROCK, 1983). O julgamento clínico leva em conta a gravidade do distúrbio, persistência, concomitância com outros problemas e impacto negativo no desenvolvimento (VERHULST & KOOT, 1992).

A opção pelo critério de morbidade encaminhamento para serviços de saúde mental, tem inconvenientes como a presença de crianças normais no grupo dos encaminhados, e de crianças com

distúrbios psiquiátricos no grupo dos não encaminhados. De fato, sabe-se que problemas conjugais e notas baixas na escola são alguns dos motivos que frequentemente levam crianças normais a consultar psicólogos e psiquiatras (VERHULST et al, 1985b). Por outro lado, muitas crianças e jovens com distúrbios psiquiátricos permanecem na comunidade, pois o comparecimento destes aos serviços de saúde mental depende da decisão dos pais, que muitas vezes não percebem a existência dos problemas, ou não têm motivação suficiente para levar o filho à consulta (VERHULST & KOOT, 1992).

O julgamento clínico por sua vez, poderia mostrar uma tendência de superestimar a necessidade de assistência psicológica ou psiquiátrica (VERHULST et al (1985b). Para investigar tal tendência, VERHULST et al (1985b) perguntaram aos pais das 41 crianças com distúrbios moderados e graves, se queriam ajuda psicológica para seus filhos, e registraram apenas 4 (9,8%) respostas positivas. No entanto, em nosso estudo, para a mesma pergunta feita aos pais, registramos respostas positivas para quatro (100%) casos graves, 19 (86,4%) casos moderados, 10 (50,0%) casos leves, e uma (33,3%) criança normal. Portanto, não consideramos que o critério julgamento clínico tenha superestimado a necessidade de assistência psicológica ou psiquiátrica de nossa amostra.

A questão do melhor critério de morbidade só será resolvida no futuro, com estudos longitudinais que avaliem a adaptação social, desenvolvimento emocional, sucesso escolar, e permanência da falta de necessidade de assistência psicológica

ou psiquiátrica (VERHULST et al, 1985b), lembrando-se que determinado critério pode ser mais conveniente que os demais, dependendo dos objetivos de cada pesquisa em particular (VERHULST & KOOT, 1992).

Uma vez observados os valores de validade, passamos a discutir a natureza dos distúrbios psiquiátricos encontrados na população do presente estudo.

3. Natureza dos Distúrbios Psiquiátricos

Em 1992, VERHULST & KOOT fizeram uma revisão da literatura sobre os estudos de prevalência de distúrbios psiquiátricos em crianças e adolescentes da comunidade. Foram avaliados os trabalhos publicados em inglês a partir de 1965, divididos em dois grupos, de acordo com a utilização ou não do DSM-III como critério diagnóstico. A mediana das prevalências encontradas nas 38 pesquisas que não utilizaram o DSM-III, foi de 13% para um total de 123.000 crianças, variando de 3% para o Japão (MATSUURA et al, 1989) a 30% para a Novazelândia (McGEE et al, 1984). A diferença entre os resultados destes dois estudos pode ser explicada em parte, pelas fontes de informação utilizadas: apenas professores no primeiro, e pais e professores no segundo, pois os professores tendem a subidentificar os casos (CANINO et al, 1990).

A utilização de apenas uma fonte de informação pode subestimar a prevalência de distúrbios psiquiátricos na

comunidade. A revisão de 25 estudos de prevalência utilizando apenas pais ou professores como fonte de informação, referiu taxa de 11,8% para casos clínicos na população geral dos Estados Unidos (GOULD et al, 1980).

As fontes de informação variam em função do tipo de instrumento epidemiológico empregado. O CBCL (para pais) identifica maior número de casos na população que o TRF (para professores), porém quando utilizados em conjunto, resultam na identificação de maior número de casos do que quando utilizados isoladamente (VERHULST et al, 1985b).

Somente os estudos mais recentes utilizaram categorias diagnósticas do DSM-III e entrevistas clínicas padronizadas. Dentre os cinco trabalhos mais relevantes que utilizaram o DSM-III, a prevalência de distúrbios psiquiátricos variou de 17,6% a 26% (ANDERSON et al, 1987; MCGEE et al, 1990; BIRD et al, 1988; OFFORD et al, 1987; VERHULST et al, 1985b). O estudo de MCGEE et al (1990) contou com dois tipos de informante: pais e adolescentes, enquanto os demais obtiveram seus resultados a partir de três fontes de informação: pais, professores, e a própria criança ou jovem.

Múltiplas fontes de informação propiciam a identificação de maior número de casos na população, pois o grupo de indivíduos considerados casos a partir da informação dos pais não coincide com o grupo identificado pelos professores, que não coincide com o grupo identificado pelo próprio jovem. Tais divergências resultam na baixa concordância pais-professores e pais-adolescentes encontrada na literatura: média de

concordância pais-professores igual a 27%, e média de concordância pais-adolescentes igual a 25% (ACHENBACH et al, 1987). A baixa concordância observada está relacionada com os diferentes pontos de vista de pais, professores e jovens sobre os indivíduos em avaliação, e também com o fato de que certos comportamentos presenciados no ambiente familiar não ocorrem na escola, e vice-versa (VERHULST & KOOT, 1992).

A prevalência de distúrbios psiquiátricos em crianças e adolescentes varia em função das diferenças existentes entre as diversas pesquisas no tocante a amostragem, faixa etária estudada, metodologia, definição de caso, critérios diagnósticos e instrumentos epidemiológicos empregados, ficando limitada a possibilidade de compará-las adequadamente. OFFORD et al (1987) afirmam que diferentes definições de distúrbio psiquiátrico resultam em taxas de prevalência diversas.

Cientes de que a presente tese não consiste em estudo de prevalência, comparamos a freqüência de distúrbios psiquiátricos obtida em nossa amostra com as taxas de prevalência encontradas na comunidade para grupos etários semelhantes, segundo revisão da literatura (Tabela 48). Nossos resultados (77% de casos clínicos pelo CBCL, 92% das crianças com pelo menos um distúrbio psiquiátrico no eixo I/ CID-10, e 53% de casos moderados e graves) foram superiores às maiores taxas de prevalência referidas na literatura: 49,5% para indivíduos porto-riquenhos de 4-16 anos com pelo menos um diagnóstico pelo DSM-III (BIRD et al, 1988), e 40% para meninos canadenses de 6-11 anos vivendo na condição de "wellfare", com

pelo menos um destes quatro distúrbios diagnosticados pelo DSM-III: distúrbio da conduta, hiperatividade, distúrbio emocional (neuroses) e somatização (OFFORD et al, 1987b). Apesar da população canadense em "wellfare" assemelhar-se a nossa em alguns pontos (pobreza, mães com nível de instrução baixo), a prevalência de distúrbios psiquiátricos entre meninos de 6-11 anos (40%) foi menor que as freqüências por nós encontradas para o mesmo sexo e faixa etária (84% de casos clínicos pelo CBCL, 95% com pelo menos um distúrbio psiquiátrico no eixo I, e 53% de casos moderados e graves). No entanto, a porcentagem de casos graves obtida em nosso estudo (8%) foi semelhante àquela (7%) referida por VERHULST et al (1985b).

A freqüência elevada de distúrbios psiquiátricos verificada em nossa população pode ser explicada em parte, pela maior prevalência de problemas de saúde mental entre crianças atendidas pela rede primária de saúde, em comparação à população geral (GARRALDA & BAILEY, 1986a, 1986b, 1988).

COSTELLO et al (1988) estudaram a prevalência de distúrbios psiquiátricos em 789 pacientes pediátricos de 7 a 11 anos. Na primeira etapa de seleção da amostra, o CBCL foi utilizado como instrumento de rastreamento (auto-aplicado) na clientela de dois centros médicos de Pittsburg, por um ano. Na segunda etapa, entrevistas estruturadas para crianças e pais com base no DSM-III (DISC), foram empregadas por assistentes sociais em visita domiciliar. O CBCL classificou 24,7% das crianças como caso clínico, enquanto a porcentagem de crianças com pelo menos um diagnóstico do DSM-III, segundo o DISC,

variou de acordo com o tipo de informante considerado: 11,8% \pm 2,2% com base nos dados fornecidos pelos pais, 13,8% \pm 3,0% levando-se em conta apenas as entrevistas realizadas com as crianças, e 22% \pm 3,4% a partir de ambos.

Quanto a distribuição dos diagnósticos pediátricos, a população estudada por COSTELLO et al (1988) assemelhou-se à nossa, pois entre os quatro diagnósticos mais frequentes nas duas populações, três foram coincidentes: doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos, sistema respiratório, e pele e tecido subcutâneo (Tabela 49). Porém, apesar das semelhanças, as maiores taxas de prevalência de distúrbios psiquiátricos obtidas por COSTELLO et al (1988) (24,7% de casos clínicos pelo CBCL e 22% \pm 3,4% das crianças com pelo menos um distúrbio psiquiátrico pelo DSM-III), foram menores que as frequências por nós encontradas para a faixa etária de 7-11 anos (78% de casos clínicos pelo CBCL e 97% das crianças com pelo menos um distúrbio psiquiátrico no eixo I pelo CID-10).

O alto índice de distúrbios psiquiátricos verificado em nossa população também decorre do fato desta ter sido constituída por cerca de um quarto dos 200 pacientes pediátricos originalmente encaminhados. Presumimos que compareceram somente aqueles que realmente necessitavam de encaminhamento a ambulatórios de psiquiatria infantil. Tal suposição encontra fundamento na semelhança de nossos resultados com os dados obtidos por ACHENBACH (1991a) na aplicação do CBCL em 4.220 indivíduos de 4 a 18 anos, encaminhados a serviços de saúde mental americanos (Tabela 50).

Apesar das diferenças no tamanho da amostra, nossos resultados assemelharam-se aos de ACHENBACH (1991a) em relação às escalas de Competência Social Total, ≥ 1 escala comportamental, Escalas de Introversão e/ou Escalas de Extroversão, e Competência Social Total e/ou Total de Problemas de Comportamento. Por outro lado, nossa amostra apresentou mais problemas de comportamento no total, mais comportamentos de introversão, e menos comportamentos de extroversão.

As discrepâncias encontradas entre as duas populações na Tabela 50 podem estar relacionadas à diferente situação sócio-econômica das amostras, pois os indivíduos americanos apresentaram média de escores igual a 5,2 na escala ocupacional de HOLLINGSHEAD (1975), compatível com classe social média, enquanto os brasileiros obtiveram média de escores igual a 2 para o trabalho das mães e igual a 3 para o dos pais, ambas compatíveis com classe social baixa.

O trabalho dos pais (ocupação habitual) é o índice de nível sócio-econômico mais frequentemente utilizado em estudos de problemas de comportamento por favorecer a comparabilidade de pesquisas entre culturas diversas, pois os tipos de trabalho não variam de país a país como o valor dos salários e os sistemas educacionais (VERHULST & KOOT, 1992).

Para amenizar os efeitos das diferenças sócio-econômicas, comparamos os escores do CBCL obtidos em nossa amostra, com os de populações de nível social baixo provenientes de outros países (Tabelas 51 e 52).

ACHENBACH (1978) verificou a variação das médias de escores T das escalas sociais do CBCL em 300 meninos de 6-11 anos, encaminhados a serviços de saúde mental, segundo três níveis sócio-econômicos: alto, médio e baixo (HOLLINGSHEAD, 1975). Comparando-se os meninos de 6-11 anos de nosso estudo com os americanos de nível baixo, observamos equivalência de escores para Atividades, menores escores para Escolaridade, e maiores escores para Sociabilidade. A Sociabilidade dos brasileiros superou até mesmo a dos americanos de nível alto (Tabela 51).

Na mesma população de meninos, ACHENBACH (1978) registrou a variação das médias de escores crus para Total de Problemas de Comportamento, segundo os três níveis sócio-econômicos acima referidos. Tal variação também foi estudada por MONTENEGRO (1983), que avaliou 483 meninos chilenos com idade entre 6 e 11 anos, encaminhados a serviços de saúde mental, e ambos autores concluíram que crianças com psicopatologia são mais frequentemente encontradas em populações de nível sócio-econômico baixo. Esta conclusão é concordante com outros trabalhos publicados (ACHENBACH & EDELBROCK, 1981; ACHENBACH et al, 1987b).

As médias de escores crus para Total de Problemas de Comportamento obtidas em nosso estudo por meninos de 6 a 11 anos, foram comparadas com aquelas alcançadas por meninos da mesma faixa etária, encaminhados a serviços de saúde mental, avaliados por ACHENBACH (1978) e MONTENEGRO (1983), e observamos que os brasileiros apresentaram menos problemas de

comportamento que os americanos e chilenos de classe social baixa (Tabela 52).

Na presente tese, também notamos que quanto mais grave o distúrbio psiquiátrico, menor a média da renda familiar mensal per capita (dólar): 138 para as crianças normais, 96 para os casos leves, 82 para os moderados, e 66 para os graves. Tais resultados estão de acordo com a observação de que crianças com psicopatologia são mais frequentemente encontradas em populações de nível sócio-econômico baixo. Lembramos que a renda familiar mensal per capita aqui referida, está superestimada, pois o dólar estava subvalorizado pelo "Plano Collor" na ocasião da coleta de dados.

Crianças e jovens de nível sócio-econômico baixo, têm mais problemas de comportamento, menor competência social e menor rendimento escolar que indivíduos de nível sócio-econômico mais alto (VERHULST & KOOT, 1992). De fato, nossa amostra apresentou 77,6% de perfis comportamentais clínicos e 49,0% de perfis sociais clínicos, destacando-se a escala Escolaridade, com 59,0% das crianças em nível clínico. Crianças canadenses vivendo em condição de "wellfare" também apresentaram menor rendimento escolar (OFFORD et al, 1987).

As associações existentes entre nível sócio-econômico baixo, problemas de comportamento, desajuste social, e baixo rendimento escolar, envolvem diversos fatores prejudiciais, ao desenvolvimento psicológico e educacional das crianças, como eventos de vida estressantes, lares desfavoráveis (RICHMAN et al, 1982; RUTTER et al, 1970), e cuidados maternos e paternos

inadequados (ROBINS, 1979) (VERHULST & KOOT, 1992). No entanto, não se deve considerar crianças pobres como um grupo homogêneo, pois há diferenças entre subgrupos, como demonstrado por OFFORD et al (1987) no estudo de indivíduos canadenses em condição de "wellfare".

Além da situação sócio-econômica, as variáveis sócio-demográficas idade e sexo também exercem influência sobre a prevalência dos distúrbios psiquiátricos na infância e adolescência (VERHULST & KOOT, 1992).

ACHENBACH & EDELBROCK (1981), estudando indivíduos de 4 a 16 anos, observaram tendência do Total de Problemas de Comportamento do CBCL a diminuir com a idade. Em nossa pesquisa, investigamos a porcentagem de crianças com Total de Problemas de Comportamento em nível clínico para cinco grupos etários, e registramos os seguintes valores: 70,0% (4-5 anos), 80,0% (6-7 anos), 78,6% (8-9 anos), 77,8% (10-11 anos), e 100% (12 anos).

RUTTER et al (1976) notaram maior freqüência de depressão e comportamento anti-social entre adolescentes, quando comparados a crianças menores. BIRD et al (1989) referiram 1,5% de distúrbios da conduta em indivíduos de 4 a 16 anos, justificando a baixa freqüência encontrada, pela diluição da maior taxa esperada para os adolescentes entre o grupo das crianças menores. No trabalho aqui apresentado, obtivemos 8,2% de distúrbios da conduta em indivíduos de 4 a 12 anos.

Os efeitos da idade sobre o desenvolvimento podem ser melhor avaliados por estudos longitudinais, portanto, VERHULST

et al (1990) estudaram a estabilidade de problemas de comportamento numa população de 1.200 crianças de 4 a 12 anos, provenientes da comunidade, através da aplicação do CBCL. Os autores verificaram ao longo de quatro anos, aumento das queixas somáticas sem causa orgânica, e diminuição de comportamentos utilizados para chamar a atenção dos pais, e relacionados a falta de controle e dependência.

Na presente tese, notamos que a gravidade dos casos não aumentou com a idade, pois a média dos níveis de gravidade permaneceu igual a dois (2=moderado) para todos os grupos etários, com excessão do grupo de 4-5 anos. No entanto, houve tendência das Queixas Somáticas a aumentar com a idade: 10,0% (4-5 anos), 0,0% (6-7 anos), 14,3% (8-9 anos), 44,4% (10-11 anos), e 50,0% (12 anos), atingindo níveis clínicos para os escores T no grupo etário de 12 anos. Também observamos tendência dos comportamentos de Introversão a aumentar com a idade: 50,0% (4-5 anos), 80,0% (6-7 anos), 85,7% (8-9 anos), 77,8% (10-11 anos), e 100% (12 anos), atingindo níveis clínicos para os escores T a partir do grupo etário de 6-7 anos.

Quanto ao sexo, a literatura tem demonstrado maiores taxas de prevalência de distúrbios psiquiátricos para o sexo masculino (RUTTER et al, 1970). De fato, nossos resultados revelaram que 57,9% dos perfis comportamentais clínicos pertenciam a meninos e 42,1% a meninas, e 85,2% dos meninos e 68,2% das meninas apresentaram pelo menos uma síndrome do perfil comportamental em nível clínico.

ACHENBACH et al (1990) compararam trabalhos de investigação epidemiológica que utilizaram o CBCL, realizados em comunidades de diferentes culturas: E.U.A. (ACHENBACH & EDELBROCK, 1981;), Holanda (VERHULST et al, 1985a), Austrália (HENSLEY, 1988), Tailândia (WEISZ et alli, 1987), Canadá (WOODWARD et al, 1989), Chile (MONTENEGRO, 1983), e Porto Rico (ACHENBACH et al, 1990). Os autores reuniram os problemas de comportamento que predominaram em um dos sexos em pelo menos seis comunidades, e verificaram um predomínio de comportamentos de extroversão entre os meninos, e de comportamentos fóbicos entre as meninas. Nossos resultados indicaram fobias (eixo I/ F40.2) para 11,1% dos meninos e 4,5% das meninas.

VERHULST & KOOT (1992) afirmam que os meninos da comunidade apresentam mais comportamentos anti-sociais e comportamentos de extroversão, enquanto as meninas mostram mais ansiedade, depressão e comportamentos de introversão. OFFORD et al (1984), estudando indivíduos da comunidade de 4 a 16 anos, afirmaram que distúrbios da conduta são mais frequentes em meninos. Quanto aos diagnósticos psiquiátricos do eixo I, os meninos de nossa pesquisa apresentaram 11,1% de distúrbios da conduta, 7,4% de distímia e 37,0% de distúrbios de ansiedade não fóbicos, enquanto as meninas apresentaram 4,5% de distúrbios da conduta, 22,7% de distímia e 40,9% de distúrbios de ansiedade não fóbicos.

Em nosso trabalho, as crianças foram divididas em grupo clínico e não clínico, de acordo com o escore T obtido no CBCL para Total de Problemas de Comportamento. Sabendo-se que a

categoria não clínica seleciona indivíduos com comportamentos semelhantes aos da comunidade, observamos que neste grupo, somente as meninas apresentaram síndromes de Introversão (Retraimento + Queixas Somáticas + Ansiedade/Depressão) (18,2%), e somente os meninos apresentaram síndromes de Extroversão (Comportamento Delinquente + Comportamento Agressivo) (9,1%).

Dentre as nove síndromes comportamentais do CBCL, verificamos que apenas três estiveram presentes no grupo não clínico: Comportamento Delinquente e Problemas com a Atenção entre os meninos, e Retraimento entre as meninas.

COHEN et al (1985) aplicaram o CBCL em 163 crianças de 6 a 11 anos, encaminhados a serviços de saúde mental canadenses, e compararam indivíduos com perfil comportamental caracterizado por comportamentos de introversão, com indivíduos com perfil comportamental caracterizado por comportamentos de extroversão. As crianças foram classificadas em introvertidas e extrovertidas, a partir da semelhança (correlação intraclasse $\geq 20\%$) dos escores obtidos nos 118 ítems comportamentais do CBCL com os perfis de introversão e extroversão referidos por ACHENBACH & EDELBROCK (1978). Os dados obtidos foram sugestivos de menos problemas de comportamento e maior competência social para os introvertidos, sem que as diferenças de escores T tenham atingido significância estatística na aplicação de análise multivariada.

Para comparar nosso estudo ao de COHEN et al (1985), classificamos as crianças de 6 a 11 anos como introvertidas ou

extrovertidas de acordo com os pontos de corte (escores $T \geq 60$) para as Escalas de Introversão e de Extroversão (ACHENBACH, 1992), e constatamos semelhanças nas médias de escores T para Competência Social Total e Total de Problemas de Comportamento entre os grupos de introvertidos das duas nacionalidades (Tabela 53). Quanto aos extrovertidos brasileiros e canadenses, foram semelhantes as médias de Total de Problemas de Comportamento, e diferentes as médias de Competência Social Total (Tabela 53). O fato de nossas crianças extrovertidas apresentarem menor competência social que as introvertidas pode estar relacionado à composição de nossa amostra (20 crianças clínicas para ambas escalas, 10 crianças clínicas apenas para Escalas de Introversão e uma criança clínica apenas para Escalas de Extroversão), enquanto COHEN et al (1985) não incluíram casos mistos em seu estudo.

4. Fatores de Risco

São considerados de risco, os fatores que aumentam a probabilidade de uma criança desenvolver distúrbios emocionais ou de comportamento, em comparação com crianças da população geral selecionadas ao acaso (GARMEZY, 1983). Os fatores de risco incluem características biológicas (complicações perinatais severas, atrasos no desenvolvimento, limitações físicas crônicas), características genéticas (sexo), características familiares (distúrbios psiquiátricos, criminalidade, discórdia

conjugal, nível sócio-econômico baixo), e fatores da comunidade que influenciam o ambiente familiar (RAE-GRANT et al, 1989).

Na pesquisa aqui apresentada, destacaram-se os seguintes itens com frequência pelo menos 1,8 vezes maior no grupo moderado-grave: risco de vida nos primeiros 12 meses; sintomas depressivos, episódios psicóticos e tratamento psiquiátrico em pais e/ou irmãos; e acordar frequente durante o sono.

Crianças expostas a um único fator de risco têm menor chance de apresentar distúrbios psiquiátricos, que aquelas expostas a múltiplos fatores (RUTTER, 1979; RAE-GRANT et al, 1989). Em nosso estudo, investigamos o número de diagnósticos do CID-10 no eixo V (situações psicossociais anormais associadas) segundo níveis de gravidade dos distúrbios, e encontramos as seguintes médias: 0,6 para as crianças sem distúrbios psiquiátricos, 2,9 para os casos leves, 3,1 para os moderados, e 3,3 para os graves.

VERHULST et al (1985b) estudaram 75 crianças normais e 41 casos moderados e graves, e observaram associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre gravidade dos casos e dois fatores: estresse crônico familiar e mães com distúrbios mentais. Os autores notaram que no último ano, as famílias dos casos moderados e graves apresentaram: 61% de estresse crônico familiar, 38% de mães e 18% de pais com distúrbios mentais, e 5% de mães e 15% de pais com problemas de saúde.

Em nossa pesquisa, encontramos entre os casos moderados e graves: 38,5% de crianças com distúrbios psiquiátricos

relacionados a estresse crônico, 38,5% de mães e/ou pais com distúrbios mentais ou comportamentos anormais, e 61,5% de pais e/ou irmãos dos pacientes com problemas atuais de saúde. Portanto, em relação à amostra de VERHULST et al (1985b), obtivemos menor taxa de estresse crônico, semelhante porcentagem de distúrbios mentais entre pais, e maior freqüência de problemas de saúde na família.

CANINO et al (1990) observaram correlação entre psicopatologia nos pais e distúrbios psiquiátricos nos filhos, estudando crianças da comunidade (filhos de 130 pais com diagnósticos pelo DIS/DSM-III e de 235 pais normais). Os autores observaram escores para Total de Problemas de Comportamento no CBCL significativamente maiores para filhos de mães ou pais com psicopatologia, principalmente alcoolismo e depressão. Dentre os antecedentes psiquiátricos familiares pesquisados no presente estudo, foram pelo menos 1,8 vezes mais frequentes no grupo moderado-grave: sintomas depressivos, episódios psicóticos e tratamento psiquiátrico em pais e/ou irmãos. Por outro lado, foram mais frequentes para o total de nossa amostra, o alcoolismo (30,6%), o tratamento psiquiátrico (20,4%) e a presença de sintomas depressivos (16,3%) entre pais e/ou irmãos.

As associações encontradas entre fatores de risco e distúrbios psiquiátricos nem sempre são causais, pois um terceiro fator pode ser o real responsável pela associação encontrada, como a predisposição genética ou características ambientais adversas (VERHULST et al, 1985b). No presente

estudo, observamos no grupo moderado-grave, frieza no relacionamento pais-criança 3,1 vezes mais frequente, e supervisão e controle inadequados por parte dos pais 1,8 vezes mais frequente, em relação ao grupo normal-leve. No entanto, CANINO et al (1990), empregando análise de regressão múltipla, verificaram que a correlação psicopatologia nos pais e distúrbios psiquiátricos nos filhos permaneceu, independentemente das variáveis relacionadas a ambiente familiar adverso (discórdia conjugal, eventos de vida estressantes, disfunção do sistema familiar).

RAE-GRANT et al (1989) observaram correlação significativa entre distúrbios psiquiátricos em crianças de 4 a 11 anos e problemas familiares (8,6% de funcionamento familiar precário, e 1,6% de violência doméstica). É preciso lembrar que hostilidade ou falta de empatia por parte dos pais pode causar distúrbios nos filhos, da mesma forma que crianças difíceis podem provocar reações negativas nos pais (VERHULST & KOOT, 1992). Em nossa amostra, detectamos 44,9% de relacionamentos intrafamiliares anormais: 28,6% de discórdia intrafamiliar entre adultos, 18,4% de frieza no relacionamento pais-criança, 16,3% de crianças tomadas como "bode expiatório" ou tratadas com hostilidade pelos pais, e 2,0% de abuso físico da criança.

Entre as situações psicossociais anormais (eixo V/ CID-10) investigadas junto ao grupo moderado-grave, destacaram-se os relacionamentos intrafamiliares anormais, com o maior escore T (70) para Total de Problemas de Comportamento. Dentre as subcategorias de relacionamentos intrafamiliares anormais

pesquisadas junto ao mesmo grupo, salientamos: criança tomada como "bode expiatório" ou tratada com hostilidade pelos pais (escore T de 73) e discórdia intrafamiliar entre adultos (escore T de 70).

Entretanto, mesmo em condições adversas, sob estresse e privação, há indivíduos capazes de se desenvolver satisfatoriamente à nível emocional e social. Portanto, o estudo da interação dos fatores de risco com os fatores de proteção é fundamental para que programas preventivos mais promissores possam ser implantados pelos serviços de saúde mental (RAE-GRANT et al, 1989).

5. Utilidade na Clínica Pediátrica

Muitas crianças e jovens com distúrbios psiquiátricos permanecem na comunidade sem procurar atendimento em serviços de saúde mental. OFFORD et al (1987) observaram que cinco entre seis crianças da comunidade canadense com distúrbios psiquiátricos, não haviam recorrido a nenhum serviço especializado nos últimos seis meses. No entanto, crianças com problemas emocionais, que jamais seriam levadas espontaneamente ao psiquiatra, passam em consulta com o pediatra.

VERHULST & KOOT (1992) apresentaram um modelo esquemático dos caminhos percorridos por crianças e adolescentes em busca de tratamento para distúrbios psiquiátricos, constituído por cinco etapas. No trajeto mais comum, as crianças e jovens com

problemas de comportamento partem da comunidade (etapa 1), geralmente por iniciativa dos pais, e procuram o pediatra (etapa 2). Se forem identificados como caso pelo pediatra (etapa 3), podem ser tratados ou encaminhados ao psiquiatra (etapa 4). Nas situações mais graves, onde o tratamento psiquiátrico ambulatorial é insuficiente, se faz necessária a internação destes indivíduos (etapa 5).

Os pediatras encontram-se em posição privilegiada para identificar precocemente crianças com risco de desenvolver distúrbios psiquiátricos, pois são a categoria profissional que têm contato mais frequente e regular com a dupla mãe-criança (VERHULST & KOOT, 1992). A consulta pediátrica constitui muitas vezes, a única oportunidade para identificação de casos provenientes da comunidade.

Porém, muitos casos deixam de ser identificados pelos pediatras, como demonstraram COSTELLO et al (1988), ao verificar taxa de identificação de casos por parte dos pediatras (3,6%) quatro vezes menor que a taxa obtida com o CBCL (24,7%), na mesma população de pacientes pediátricos. Tais resultados são compatíveis com a literatura, pois a taxa mediana de diagnósticos psiquiátricos dados por pediatras, varia de 4% a 7%, de acordo com revisão realizada por COSTELLO (1986), sobre diagnóstico psiquiátrico e encaminhamento a nível primário de saúde nos Estados Unidos.

Portanto, a utilização do CBCL como instrumento de rastreamento, em serviços de saúde, poderia auxiliar os

pediatras na identificação de maior número de casos (COSTELLO et al, 1988).

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que:

1. A adaptação cultural de instrumentos epidemiológicos como o CBCL, exige emprêgo de vocabulário simples e expressões populares para que seus itens sejam compreendidos por populações de qualquer nível cultural.

2. A utilização do CBCL em pesquisa junto a populações de nível cultural baixo requer entrevistador treinado na aplicação do instrumento.

3. O critério I de teste-positividade do CBCL é preferível ao critério II, por apresentar melhores índices de validade e maior sensibilidade para variados níveis de gravidade de distúrbios psiquiátricos.

4. Quanto maior a gravidade dos casos, maior a sensibilidade do CBCL, tanto para o critério I, como para o critério II.

5. A modificação do critério I, passando a considerar indivíduos com um perfil clínico ou ambos perfis não clínicos como teste-negativos, aumenta a especificidade do CBCL, porém

às custas de diminuição da sensibilidade e aumento da taxa de CET.

6. A inclusão de casos leves no critério de morbidade julgamento clínico resulta em menor taxa de CET, sem prejuízo da sensibilidade e especificidade do CBCL.

7. O julgamento clínico é um bom critério de morbidade, se incluir não só os casos moderados e graves, como também os leves.

8. O julgamento clínico não superestima a necessidade de assistência psicológica ou psiquiátrica de pacientes pediátricos.

9. As características da amostra estudada: pacientes pediátricos, nível sócio-econômico baixo, provenientes de área urbana, e prováveis candidatos a encaminhamento a serviços de saúde mental, favorecem a maior frequência de distúrbios psiquiátricos.

10. Pais de pacientes pediátricos, de nível sócio-econômico baixo, provenientes de área urbana, e prováveis candidatos a encaminhamento a serviços de saúde mental, referem frequência elevada de problemas orgânicos e emocionais em crianças e pais.

11. Mães de pacientes pediátricos, de nível sócio-econômico baixo, provenientes de área urbana, e prováveis candidatos a encaminhamento a serviços de saúde mental, referem frequência elevada de ansiedade durante a gestação.

12. Pacientes pediátricos, de nível sócio-econômico baixo, provenientes de área urbana, e prováveis candidatos a encaminhamento a serviços de saúde mental, apresentam:

a) antecedentes psiquiátricos familiares positivos para alcoolismo, tratamento psiquiátrico e sintomas depressivos em pais e/ou irmãos.

b) positividade diagnóstica elevada em três eixos do CID-10: síndromes psiquiátricas (eixo I), problemas orgânicos (eixo IV) e situações psicossociais anormais associadas (eixo V), de forma isolada ou concomitante.

c) frequência elevada de distúrbios neuróticos, relacionados a estresse, e somatoformes (eixo I/ CID-10).

d) frequência elevada de distúrbio mental, comportamento anormal ou limitação físico-mental em membro da família nuclear; relacionamentos intrafamiliares anormais; e condições anormais do meio ambiente imediato (eixo V/ CID-10).

e) frequência elevada de desajuste social, baixo rendimento escolar, e problemas de comportamento, destacando-se os comportamentos de introversão (CBCL).

13. Pacientes pediátricos do sexo masculino, de nível sócio-econômico baixo, provenientes de área urbana, e prováveis

candidatos a encaminhamento a serviços de saúde mental, apresentam mais problemas de comportamento (CBCL), fobias, distúrbios de dor persistentes somatoformes, distúrbios da alimentação, e distúrbios da conduta (eixo I/ CID-10), que as meninas.

14. Pacientes pediátricos do sexo feminino, de nível sócio-econômico baixo, provenientes de área urbana, e prováveis candidatas a encaminhamento a serviços de saúde mental, apresentam mais distímia e insônia (eixo I/ CID-10), que os meninos.

15. O CBCL registrou maior freqüência de desajuste social e problemas de comportamento para a categoria clínica, do que para a categoria não clínica.

16. Casos mais graves tendem a:

a) ser polissintomáticos, apresentando maiores escores T para Total de Problemas de Comportamento no CBCL.

b) atingir níveis clínicos no CBCL para maior número de síndromes comportamentais.

c) preencher os critérios do CID-10 para várias síndromes psiquiátricas simultaneamente.

17. Os casos tendem a apresentar maior porcentagem de crianças com positividade diagnóstica nos eixos I e V do CID-10

e maior número de situações psicossociais anormais associadas, que os não casos.

18. O CBCL é um instrumento de rastreamento de aplicabilidade prática na clínica pediátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **ACHENBACH, T.M. - Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology.** Beverly Hills, Sage Publications, 1985. p.300-43.
2. **ACHENBACH, T.M. - The child behavior profile: I. Boys aged 6-11.** *J. Consult. Clin. Psychol.*, 46:478-88, 1978.
3. **ACHENBACH, T.M. - The classification of children's psychiatric symptoms: a factor-analytic study.** *Psychol. Monogr.*, 80 (Whole No. 615), 1966.
4. **ACHENBACH, T.M. - DSM-III in the light of empirical research on the classification of child psychopathology.** *J. Child Psychiatry*, 19:395-412, 1980.
5. **ACHENBACH, T.M. - Integrative guide for the CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles.** Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991d.
6. **ACHENBACH, T.M. - Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile.** Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991a.
7. **ACHENBACH, T.M. - Manual for the teacher's report form and 1991 profile.** Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991b.
8. **ACHENBACH, T.M. - Manual for the youth self-report and 1991 profile.** Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991c.
9. **ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. - Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16.** *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 46 (Serial No. 188), 1981.
10. **ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. - The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16.** *J. Consult. Clin. Psychol.*, 47:223-33, 1979.
11. **ACHENBACH, T.M. & EDELBROCK, C. - Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile.** Burlington, VT, University of Vermont, Department of Psychiatry, 1983.

12. ACHENBACH, T.M.; McCONAUGHY, S.H.; HOWELL, C.T. - Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implication of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol. Bull.*, 101:213-32, 1987a.
13. ACHENBACH, T.M.; VERHULST, F.C.; BARON, G.D.; ALTHAUS, M. - A comparison of syndromes derived from the Child Behavior Checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 28:437-53, 1987c.
14. ACHENBACH, T.M.; VERHULST, F.C.; BARON, G.D.; AKKERHUIS, G.W. - Epidemiologic comparisons of American and Dutch children: I. Behavioral/emotional problems and competencies reported by parents for ages 4 to 16. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 26:317-25, 1987b.
15. ACHENBACH, T.M.; PHARES, V.; HOWELL, C.T.; RAUH, V.A.; NURCOMBE, B. - Seven-year outcome of the Vermont intervention program for low-birth-weight infants. *Child Dev.*, 61:1672-81, 1990.
16. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 1st ed. Washington D.C., APA, 1952.
17. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2nd ed. Washington D.C., APA, 1968.
18. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington D.C., APA, 1980.
19. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. rev. Washington D.C., APA, 1987.
20. ANDERSON, J.C.; WILLIAMS, S.; MCGEE, R.; SILVA, P.A. - DSM-III disorders in preadolescent children. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44:69-76, 1987.
21. AUERBACH, J & LERNER, Y. - *Syndromes derived from the Child Behavior Checklist for clinically referred Israeli boys aged 6-11*. Jerusalem, Israel Falk Institute for Mental Health and Behavioral Studies, 1990.
22. BAPTISTA, A. - *Lista de comportamentos para os 4-16 anos: versão portuguesa da child behavior checklist for ages 4-16 (CBCL/4-16)*. Lisboa, Portugal, Serviço de Psicoterapia Comportamental do Hospital Júlio de Matos, 1989 (Manuscrito não publicado).

23. BARKLEY, R.A. - Child behavior rating scales and checklists. In: RUTTER, M.; TUMA, A.H.; LANN, I.S. (ed.) - **Assessment and diagnosis in child psychopathology.** London, David Fulton Publishers, 1988. p.113-55.
24. BIRD, H.R.; CANINO, G.; RUBIO-STIPEC, M.; GOULD, M.S.; RIBERA, J.; SESMAN, M.; WOODBURY, M.; HUERTAS-GOLDMAN, S.; PAGAN, A.; SANCHEZ-LACAY, A.; MOSCOSO, M. - Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45:1120-6, 1988.
25. BLEULER, E. - **Dementia praecox or the group of schizophrenias.** New York, International Universities press, 1911.
26. CANINO, G.J.; BIRD, H.R.; RUBIO-STIPEC, M.; BRAVO, M.; ALEGRIA, M. - Children os parents with psychiatric disorder in the community. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29:398-406, 1990.
27. CANTWELL, D.P. - DSM-III studies. In: RUTTER, M.; TUMA, A.H.; LANN, I.S. (ed.) - **Assessment and diagnosis in child psychopathology.** London, David Fulton Publishers, 1988. p.3-36.
28. CONNERS, C.K. - **The Conners rating scales: instruments for the assessment of childhood psychopathology.** Washington, DC, 1985 (Unpublished manuscript).
29. CONNERS, C.K. - Rating scales for use in drug studies with children. *Psychopharmacol. Bull.: special issue, Pharmacoterapy with children.* Washington, DC, U.S. Government Printing Office, 1973. p.24-84.
30. COSTELLO, E.J. & EDELBROCK, C.S. - Detection of psychiatric disorders in pediatric primary care: a preliminary report. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 24:771-74, 1985.
31. COSTELLO, A.J.; EDELBROCK, C.; KALAS, R.; KESSLER, M.D.; KLARIC, S.H. - **The NIMH diagnostic interview schedule for children (DISC).** University of Pittsburgh, Department of Psychiatry, 1982 (Unpublished interview schedule).
32. COSTELLO, E.J.; COSTELLO, A.J.; EDELBROCK, C.; BURNS, B.J.; DULCAN, M.K.; BRENT, D.; JANISZEWSKI, S. - Psychiatric disorders in pediatric primary care: prevalence and risk factors. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45:1107-16, 1988.

33. CROMWELL, R.L.; BLASHFIELD, R.K.; STRAUSS, J.S. - Criteria for classification systems. In: HOBBS, N. - **Issues in the classification of children**. San Francisco, Jossey-Bass, 1975. p.4-25.
34. EDELBROCK, C. & RANCURELLO, M.D. - Childhood hiperactivity: An overview of rating scales and their applications. **Clin. Psychol. Rev.**, 5:429-45, 1985.
35. EDELBROCK, C. & COSTELLO, A.J. - Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. **J. Abnorm. Child Psychol.**, 16:219-31, 1988a.
36. EDELBROCK, C. & COSTELLO, A.J. - Structured psychiatric interviews for children. In: RUTTER, M.; TUMA, A.H.; LANN, I.S. (ed.) - **Assessment and diagnosis in child psychopathology**. London, David Fulton Publishers, 1988b. p.87-112.
37. EDELBROCK, C. & ACHENBACH, T.M. - A typology of child behavior profile patterns: distribution and correlates for disturbed children aged 6-16. **J. Abnorm. Child Psychol.**, 8:441-70, 1980.
38. EDELBROCK, C.; COSTELLO, A.J.; KESSLER, M.D. - Empirical corroboration of attention deficit disorder. **J. Am. Acad. Child Psychiatry**, 23:285-90, 1984.
39. EYBERG, S. - Eyberg child behavior inventory. **J. Clin. Child Psychol.**, 9:22-8, 1980.
40. FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. - **Clinical epidemiology: the essentials**. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1982. p.1-5.
41. GARMEZY, N. - Stressors of childhood. In: _____ & RUTTER, M. (ed.) - **Stress, coping and development in children**. Minneapolis, McGraw-Hill, 1983. p.43-84.
42. GARRALDA, M.E. & BAILEY, D. - Child and family factors associated with referral to child psychiatrists. **Brit. J. Psychiatry**, 153:81-9, 1988.
43. GARRALDA, M.E. & BAILEY, D. - Children with psychiatric disorders in primary care. **J. Child Psychol. Psychiatry**, 27:611-24, 1986a.
44. GARRALDA, M.E. & BAILEY, D. - Psychological deviance in children attending general practice. **Psychol. Med.**, 16:423-29, 1986b.

45. GOULD, M.S.; WUNSCH-HITZIG, R.; DOHRENWEND, B.P. - Formulation of hypotheses about the prevalence, treatment and prognostic significance of psychiatric disorders in children in the United States. In: DOHRENWEND, B.P.; DOHRENWEND, B.S.; GOULD, M.S.; LINK, B.; NEUGEBAUER, R.; WUNSCH-HITZIG, R. - **Mental illness in the United States**. New York, Praeger, 1980. p.9-44.
46. GOULD, M.S.; SHAFFER, D.; RUTTER, M.; STURGE, C. - UK/WHO Study of ICD-9. In: RUTTER, M.; TUMA, A.H.; LANN, I.S. (ed.) - **Assessment and diagnosis in child psychopathology**. London, David Fulton Publishers, 1988. p.37-65.
47. GRAHAM, P. & RUTTER, M. - The reliability and validity of psychiatric assessment of the child: II. Interview with the parent. *Brit. J. Psychiatry*, 114:581-92, 1968.
48. HERJANIC, B. & REICH, W. - Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 10:307-24, 1982.
49. HIMMEL, E. - **Opiniones acerca del ambiente del hogar a través de una encuesta a padres y apoderados**. Convenio MINEDUC/Universidad Católica, Documento de Trabajo N^o 12. Santiago, Chile, 1981.
50. HODGES, K.; KLINE, J.; STERN, L.; CYTRYN, L.; MCKNEW, D. - The development of a child assessment interview for research and clinical use. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 10:173-89, 1982.
51. HOLLINGSHEAD, A.B. - **Four factor index of social status**. New Haven, CT, Yale University, Department of Sociology, 1975 (Unpublished paper).
52. KRAEPLIN, E. - **Psychiatrie**. 1st ed. Leipzig, Abel, 1883.
53. LAPOUSE, R. & MONK, M.A. - An epidemiologic study of behavior characteristics in children. *Am. J. Public Health*, 48:1134-44, 1958.
54. LILIENFELD, M. & LILIENFELD, D.E. - **Foundations of epidemiology**. New York, Oxford University Press, 1980.
55. MARI, J.J. - **Adaptação, validação e confiabilidade de instrumentos de pesquisa aplicados em psiquiatria. Em: Escalas de avaliação para monitorização de tratamento com psicofármacos, sob coordenação do Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica**. São Paulo, Brasil, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia, 1989.

56. MASH, E.J. & TERDAL, L.G. - **Behavioral assessment of childhood disorders.** New York, Guilford, 1981.
57. MATSUURA, M.; OKUBO, Y.; KATO, M.; KOJIMA, T.; TAKAHASHI, R.; ASAI, K.; ENDO, T.; YAMADA, S.; NAKANE, A.; KIMURA, K.; SUZUKI, M. - An epidemiological investigation of emotional and behavioral problems in primary school children in Japan. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, 24:17-22, 1989.
58. MATTISON, R.; CANTWELL, D.P.; RUSSELL, A.T.; WILL, M.A. - A comparison of DSM-III and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: II. Interrater agreement. **Arch. Gen. Psychiatry**, 36:1217-22, 1979.
59. McCONVILLE, B.J. & STEICHEN-ASCH, P. - On the usefulness of the DSM-III-R versus the DSM-III for child psychiatrists. **Can. J. Psychiatry**, 35:367-375, 1990.
60. McGEE, R.M.; SILVA, P.A.; WILLIAMS, S. - Behavior problems in a population of seven-year-old children: prevalence, stability and types of disorder: a research report. **J. Child Psychol. Psychiatry**, 25:251-9, 1984.
61. McGEE, R.M.; FEEHAN, M.; WILLIAMS, S.; PARTRIDGE, F; SILVA, P.A.; KELLY, J. - DSM-III disorders in a large sample of adolescents. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 29:611-9, 1990.
62. McMAHON, R.J. - Behavioral checklists and rating scales. In: OLLENDICK, T.H. & HERSEN, M. - **Child behavioral assessment: principles and procedures.** New York, Pergamon, 1984. p.80-105.
63. MEZZICH, A.C.; MEZZICH, J.E. & COFFMAN, G.A. - Reliability of DSM-III vs. DSM-II in child psychopathology. **J. Am. Acad. Child Psychiatry**, 24:273-80, 1985.
64. MILLER, L.C. - **Louisville behavior checklist manual.** Los Angeles, Western Psychological Services, 1984.
65. MOSER, C.A. & KALTON, G. - **Survey methods in social investigation.** New York, Basic Books, 1972.
66. OFFORD, D.R.; BOYLE, M.H.; JONES, B.R. - Psychiatric disorder and poor school performance among welfare children in Ontario. **Can. J. Psychiatry**, 32:518-25, 1987b.

67. OFFORD, D.R.; BOYLE, M.H.; SZATMARI, P.; RAE-GRANT, N.I.; LINKS, P.S.; CADMAN, D.T.; BYLES, J.A.; CRAWFORD, J.W.; MUNROE BLUM, H.; BYRNE, C.; THOMAS, H.; WOOD-WARD, C.A. - Ontario child health study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44:832-36, 1987a.
68. O'LEARY, K.D. - Assessment of hiperactivity: observational and rating methodologies. In: MILLER, S.A. - *Nutrition and behavior*. Philadelphia, Franklin Institute Press, 1981.
69. PUIG-ANTICH, J. & CHAMBERS, W. - *The schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children*. New York State, Psychiatric Institute, 1978 (Unpublished interview schedule).
70. QUAY, H.C. - Classification. In: _____ & WERRY, J.S. - *Psychopathological disorders of childhood*. New York, Wiley, 1979.
71. QUAY, H.C. & PETERSON, D.R. - *Interim manual for the revised behavior problem checklist*. Coral Gables, FL, University of Miami, Applied Social Sciences, 1983.
72. RAE-GRANT, N.; THOMAS, B.H.; OFFORD, D.R.; BOYLE, M.H. - Risk, protective factors, and the prevalence of behavioral and emotional disorders in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28:262-68, 1989.
73. REMSCHMIDT, H. - German study of ICD-9. In: RUTTER, M.; TUMA, A.H.; LANN, I.S. (ed.) - *Assessment and diagnosis in child psychopathology*. London, David Fulton Publishers, 1988. p.66-83.
74. RICHMAN, N.; STEVENSON, J.E.; GRAHAM, P.J. - *Preschool to school: a behavioral study*. London, Academic press, 1982.
75. RICHMAN, N.; STEVENSON, J.E.; GRAHAM, P.J. - Prevalence of behavior problems in 3-year-old children: an epidemiological study in a London borough. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 16:277-87, 1975.
76. ROBINS, L.N. - Epidemiology: reflections on testing the validity of psychiatric interviews. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42:918-924, 1985.
77. RUTTER, M. - Child psychiatric disorders in ICD-10. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 30:499-513, 1989.
78. RUTTER, M. - Classification and categorization in child psychiatry. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 6:71-83, 1965.

79. RUTTER, M. - DSM-III-R: a postscript. In: _____; TUMA, A.H.; LANN, I.S. (ed.) - **Assessment and diagnosis in child psychopathology**. London, David Fulton Publishers, 1988. p.453-64.
80. RUTTER, M. - Invulnerability, or why some children are not damage by stress. In: SHAMSIE, S.J. - **New directions in children's mental health**. New York, SP Medical & Scientific Books, 1979. p.53-75.
81. RUTTER, M. & GOULD, M. - Classification. In: RUTTER, M. & HERSOV, L. (ed.) - **Child and adolescent psychiatry: modern approaches**. London, Blackwell Scientific Publications, 1985. p.304-21.
82. RUTTER, M. & QUINTON, D. - Psychiatric disorder/ Ecological factors and concepts of causation. In: MCGURK, H. - **Ecological factors in human development**. New York, North-Holland, 1977. p.173-87.
83. RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. (ed.) - **Education, health and behavior**. London, Longman, 1970 (reprinted 1981, Melbourne, Krieger).
84. RUTTER, M.; SHAFFER, D.; SHEPHERD, M. - **A multi-axial classification of child psychiatric disorders**. World Health Organization, Geneva, 1975.
85. RUTTER, M.; LEOVICI, S.; EISENBERG, L.; SNEZNEVSKIJ, A.; SADOON, R.; BROOKE, E.; LIN, T. - A tri-axial classification of mental disorders in childhood: an international study. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 10:41-61, 1969.
86. SAWYER, M.G.; SARRIS, A.; BAGHURST, P.A.; CORNISH, C.A.; KALUCY, R.S. - The prevalence of emotional and behavior disorders and patterns of service utilization in children and adolescents. *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, 24:323-30, 1990.
87. STROBER, M.; GREEN, J.; CARLSON, G. - Reliability of psychiatric diagnosis in hospitalized adolescents: Interrater agreement using DSM-III. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38:141-145, 1981.
88. SWETS, J.E. & PICKETT, R.M. - **Evaluation of diagnostic systems: methods from signal detection theory**. New York, Academic Press, 1982.
89. VERHULST, F.C. & KOOT, H.M. - **Child psychiatric epidemiology: concepts, methods, and findings**. Newbury Park, Sage Publications, 1992. p.1-145.

90. VERHULST, F.C.; AKKERHUIS, G.W.; ALTHAUS, M. - Mental health in Dutch children: I. A cross cultural comparison. *Acta Psychiatr. Scand.*, 72 (suppl. 323), 1985a.
91. VERHULST, F.C.; BERDEN, G.F.M.G.; SANDERS-WOUDSTRA, J.A.R. - Mental health in Dutch children: II. The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr. Scand.*, 72 (suppl. 342), 1985b.
92. VERHULST, F.C.; ACHENBACH, T.M.; ALTHAUS, M.; AKKERHUIS, G.W. - A comparison of syndromes derived from the child Behavior Checklist for American and Dutch girls aged 6 -11 and 12-16. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 29:879-95, 1988.
93. WEINSTEIN, S.R.; NOAM, G.G.; GRIMES, K.; STONE, K.; SCHWAB-STONE, M. - Convergence of DSM-III diagnoses and self-reported symptoms in child and adolescent inpatients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29:627-634, 1990.
94. WERRY, J.S. & SPRAGUE, R.L. - Hyperactivity. In: COSTELLO, C.G. - *Symptoms of psychopathology*. New York, Wiley, 1968.
95. WERRY, J.S., METHVEN, R.J.; FITZPATRICK, J.; DIXON, H. - The interrater reliability of DSM-III in children. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 11, 341-354, 1983.
96. WIRT, R.D.; LACHAR, D; KLINEDINST, J.K.; SEAT, P.D. - *Multidimensional description of child personality: a manual for the personality inventory for children revised*. Los Angeles, Western Psychological Services, 1984.
97. WORLD HEALTH ORGANIZATION - *International Classification of Diseases*. 8th ed. Geneva, WHO, 1965.
98. WORLD HEALTH ORGANIZATION - *International Classification of Diseases*. 9th ed. Geneva, WHO, 1978.
99. WORLD HEALTH ORGANIZATION, DIVISION OF MENTAL HEALTH. - *Draft multi-axial classification of child psychiatric disorders/ Axis five: associated abnormal psychosocial situations - glossary descriptions of items and diagnostic guidelines*. Geneva, WHO, 1988 (draft for field trials).
100. WORLD HEALTH ORGANIZATION, DIVISION OF MENTAL HEALTH. - *I.C.D.-10/ Draft of chapter V: Mental and behavioural disorders (including disorders of psychological development) - clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, WHO, 1990.

TABELAS, FIGURAS E GRÁFICO

Tabela 1. Sistemas multiaxiais de classificação dos distúrbios psiquiátricos utilizados pelo CID e DSM

Eixos	CID-9 (1978) CID-10 (provisório, 1990)	DSM-III (1980) DSM-III-R (1987)
I	Síndromes psiquiátricas clínicas	Síndromes psiquiátricas clínicas
II	Atrasos específicos do desenvolvimento	Distúrbios do desenvolvimento e distúrbios de personalidade
III	Nível intelectual	Distúrbios e condições físicas
IV	Condições médicas	Gravidade dos estressores psicossociais
V	Situações psicossociais anormais associadas	Abordagem global do funcionamento adaptativo

Tabela 2. Pontos de corte para escores T das escalas sociais e comportamentais do CBCL (escalas individuais e somas de escalas) determinantes das categorias não clínica, limítrofe e clínica

	Não clínica	Limítrofe	Clínica
Competência social:			
Escalas individuais	> 33	≥ 30 e ≤ 33	< 30
Soma de escalas	< 67	≥ 67 e ≤ 70	> 70
Problemas de comportamento:			
Escalas individuais	> 40	≥ 37 e ≤ 40	< 37
Somas de escalas	< 60	≥ 60 e ≤ 63	> 63

Tabela 3. Correlações de Pearson entre escalas comportamentais do CBCL e escalas do Questionário para Pais de Connors (1973)

Escalas de Connors	Escalas comportamentais do CBCL (*)							
	II	III	VI	VII	VIII	Int.	Ext.	TPC
Queixas psicossomáticas	0,70					0,56		
Ansiedade		0,67				0,62		
Impulsividade-hiperatividade			0,59					
Comportamento anti-social				0,77			0,67	
Distúrbios de conduta				0,72	0,86		0,86	
Problemas no total								0,82

(*) I. Retraimento; II. Queixas Somáticas; III. Ansiedade/Depressão; VI. Problemas com a Atenção; VII. Comportamento Delinquente; VIII. Comportamento Agressivo; Int.=Escalas de Introversão (I+II+III); Ext.=Escalas de Extroversão (VII+VIII); TPC=Total de Problemas de Comportamento

Tabela 4. Correlações de Pearson entre escalas comportamentais do CBCL e escalas do Inventário de Problemas de Comportamento revisado de Quay-Peterson (1983)

Escalas de Quay-Peterson	Escalas comportamentais do CBCL (*)								TPC
	I	II	V	VI	VII	VIII	Int.	Ext.	
Ansiedade-Retraimento	0,66	0,78					0,72		
Comportamento psicótico			0,64						
Problemas com a atenção				0,77					
Movimentação excessiva				0,66					
Agressividade socializada					0,59			0,52	
Distúrbios de conduta					0,73	0,88		0,88	
Problemas no total									0,81

(*) I. Retraimento; II. Queixas Somáticas; III. Ansiedade/Depressão; V. Problemas com o Pensamento; VI. Problemas com a Atenção; VII. Comportamento Delinvente; VIII. Comportamento Agressivo; Int.=Escalas de Introversão (I+II+III); Ext.=Escalas de Extroversão (VII+VIII); TPC=Total de Problemas de Comportamento

Tabela 5. "Odds ratios" referentes às relações encontradas entre condição encaminhamento a serviços de saúde mental e escores das escalas clínicas sociais e comportamentais do CBCL (escalas individuais e somas de escalas)

Escalas	Odds ratio
Atividades	2,4
Sociabilidade	7,6
Escolaridade	13,6
Competência social total	8,0
Retraimento	8,3
Queixas somáticas	3,9
Ansiedade/Depressão	10,1
Problemas com o contato social	10,9
Problemas com o pensamento	8,5
Problemas com a atenção	13,7
Comportamento delinquente	10,5
Comportamento agressivo	10,2
Problemas sexuais	5,4
≥1 escala comportamental individual clínica	10,8
Escalas de introversão	7,0
Escalas de extroversão	7,2
Escalas de introversão e/ou escalas de extroversão	8,5
Total de problemas de comportamento	10,2
Competência social total e/ou total de problemas de comportamento	11,0

Tabela 6. Pontos de corte para escores T das escalas sociais e comportamentais do CBCL (escalas individuais e somas de escalas) determinantes das categorias não clínica e clínica

	Não clínica	Clínica
Competência social:		
Escalas individuais	> 33	≤ 33
Soma de escalas	> 40	≤ 40
Problemas de comportamento:		
Escalas individuais	< 67	≥ 67
Somas de escalas	< 60	≥ 60

Tabela 7. Categorias clínica e não clínica do CBCL segundo critérios de teste-positividade e pontos de corte em escore T

Categorias	Critério I	Critério II
	----- Considerando os perfis social e comportamental	----- Considerando apenas o perfil comportamental
Clínica	Pelo menos 1 perfil clínico (CST \leq 40 e/ou TPC \geq 60) (*)	Perfil clínico (TPC \geq 60) (*)
Não clínica	Ambos perfis não clínicos (CST $>$ 40 e TPC $<$ 60) (*)	Perfil não clínico (TPC $<$ 60) (*)

(*) CST = Competência Social Total e TPC = Total de Problemas de Comportamento

Tabela 8. Distribuição da população por cor de pele e sexo

Cor de pele	Masculino (N=27)	Feminino (N=22)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)
Parda	17 (63,0)	12 (54,6)	29 (59,2)
Branca	10 (37,0)	7 (31,8)	17 (34,7)
Negra	0 (0,0)	3 (13,6)	3 (6,1)

Tabela 9. Distribuição da população por idade (anos) e sexo

Idade	Masculino (N=27)	Feminino (N=22)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)
4-5	7 (25,9)	3 (13,6)	10 (20,4)
6-11	19 (70,4)	18 (81,8)	37 (75,5)
12	1 (3,7)	1 (4,6)	2 (4,1)

Tabela 10. Distribuição da população por instituição escolar e idade (anos)

Instituição escolar	4-5 (N=10)		6-12 (N=39)	
	N	(%)	N	(%)
Nenhuma	7	(70,0)	1	(2,6)
Pré-escola	3	(30,0)	1	(2,6)
Escola	0	(0,0)	37	(94,8)

Tabela 11. Condições gestacionais das mães biológicas (*)

Condições gestacionais	N (%)
Sem problemas	17 (34,7)
Problemas físicos	15 (30,6)
Hospitalizações	3 (6,1)
Ansiedade	23 (46,9)

(*) São possíveis condições múltiplas

Tabela 12. Distribuição da população por antecedentes pessoais (*)

Antecedentes pessoais	N (%)
Parto normal	29 (59,2)
Parto cesariana	20 (40,8)
Parto à termo	47 (95,9)
Parto prematuro	2 (4,1)
Anóxia de parto	9 (18,4)
Peso ao nascer < 2.500 g.	8 (16,3)
Peso ao nascer > 4.000 g.	4 (8,2)
Intercorrências no berçário	12 (24,5)
Aleitamento materno aos 3 meses	22 (44,9)
Aleitamento materno aos 6 meses	13 (26,5)
Aleitamento materno aos 9 meses	9 (18,4)
Aleitamento materno aos 12 meses	6 (12,2)
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor	6 (12,2)
Atraso na aquisição de fala	10 (20,4)
Risco de vida nos primeiros 12 meses	6 (12,2)
Hospitalizações	17 (34,7)
Cirurgias	7 (14,3)
Convulsões	1 (2,0)
Desmaios	3 (6,1)

(*) São possíveis itens múltiplos

Tabela 13. Distribuição da população por antecedentes psiquiátricos familiares (*)

Antecedentes psiquiátricos	Pais e/ou irmãos N (%)	Outros parentes N (%)
Tratamento psiquiátrico	10 (20,4)	17 (34,7)
Episódio psicótico	5 (10,2)	8 (16,3)
Internação psiquiátrica	3 (6,1)	15 (30,6)
Sintomas depressivos	8 (16,3)	5 (10,2)
Tentativa de suicídio	6 (12,3)	10 (20,4)
Abuso de álcool	15 (30,6)	28 (57,1)
Abuso de drogas	4 (8,2)	5 (10,2)
Retardo mental	2 (4,1)	15 (30,6)
Criminalidade	4 (8,2)	7 (14,3)

(*) São possíveis itens múltiplos

Tabela 14. Distribuição da população por problemas atuais com o sono (*)

Problemas atuais com o sono	N (%)
Sem problemas	13 (26,5)
Movimentos corporais excessivos	18 (36,7)
Falar frequente	16 (32,7)
Ranger de dentes	13 (26,5)
Pesadelos	10 (20,4)
Sonambulismo	8 (16,3)
Acordar frequente	5 (10,2)
Terror noturno	0 (0,0)
Outros	12 (24,5)

(*) São possíveis itens múltiplos

Tabela 15. Crianças distribuídas por sexo e tipo de perfil clínico do CBCL

Sexo	Social (N=24)	Comportamental (N=38)	Ambos perfis (N=21)	≥1 perfil (N=41)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Masculino	12 (50,0)	22 (57,9)	12 (57,1)	22 (53,7)
Feminino	12 (50,0)	16 (42,1)	9 (42,9)	19 (46,3)

Tabela 16. Média dos escores T (*) das escalas comportamentais do CBCL segundo a idade (anos)

Escalas comportamentais	4-5 (N=10)	6-7 (N=5)	8-9 (N=14)	10-11 (N=18)	12 (N=2)
Retraimento	60	[66]	[70]	[69]	[66]
Queixas somáticas	55	54	56	62	[67]
Ansiedade/Depressão	[63]	[68]	[68]	[66]	62
Problemas com o contato social	57	[63]	[63]	[64]	56
Problemas com o pensamento	56	56	59	60	54
Problemas com a atenção	61	[76]	[69]	[74]	[66]
Comportamento delinqüente	58	[63]	58	60	56
Comportamento agressivo	60	[66]	60	62	56
Problemas sexuais (+)	56	58	54	53	--
Escalas de introversão	[62]	[65]	[68]	[68]	[68]
Escalas de extroversão	[60]	[65]	59	[61]	56
Total de problemas de comportamento	[63]	[68]	[67]	[67]	[64]

(*) As médias de escores T com nível clínico encontram-se "entre colchetes"

(+) Escala restrita a idade de 4 a 11 anos

Tabela 17. Crianças (6-12 anos) consideradas clínicas nas escalas individuais e soma de escalas do perfil social do CBCL distribuídas por tipos de perfil social e sexo (*)

Escalas do perfil social	Perfil social Não clínico (N=15)			Perfil social Clínico (N=24)		
	Masc. N (%)	Fem. N (%)	Total N (%)	Masc. N (%)	Fem. N (%)	Total N (%)
Atividades	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	3 (12,5)	7 (29,2)
Sociabilidade	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	4 (16,7)	8 (33,4)
Escolaridade	2 (13,3)	2 (13,3)	4 (26,6)	9 (37,5)	10 (41,7)	19 (79,2)
Competência social total	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (50,0)	12 (50,0)	24 (100,0)

(*) As crianças de 4 e 5 anos não têm perfil social por não estarem em idade escolar

Tabela 18. Crianças (4-12 anos) consideradas clínicas nas escalas individuais e somas de escalas do perfil comportamental do CBCL distribuídas por tipos de perfil comportamental e sexo

Escalas do perfil comportamental	Perfil comportamental Não clínico (N=11)			Perfil comportamental Clínico (N=38)		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Retraimento	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (9,1)	17 (44,7)	10 (26,3)	27 (71,0)
Queixas somáticas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,5)	3 (7,9)	7 (18,4)
Ansiedade/Depressão	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (29,0)	9 (23,7)	20 (52,7)
Problemas com o contato social	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (23,7)	6 (15,8)	15 (39,5)
Problemas com o pensamento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,9)	4 (10,5)	7 (18,4)
Problemas com a atenção	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (9,1)	17 (44,7)	10 (26,3)	27 (71,0)
Comportamento delinquente	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (18,2)	7 (18,4)	5 (13,2)	12 (31,6)
Comportamento agressivo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (13,2)	7 (18,4)	12 (31,6)
Problemas sexuais (*)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,8)	2 (5,6)	3 (8,4)
Escalas de introversão	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (18,2)	22 (57,9)	13 (34,2)	35 (92,1)
Escalas de extroversão	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (9,1)	14 (36,8)	11 (29,0)	25 (65,8)
Total de problemas de comportamento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	22 (57,9)	16 (42,1)	38(100,0)

(*) As porcentagens de crianças clínicas para Problemas Sexuais foram calculadas para a faixa etária de 4 a 11 anos, com base numa população de 11 crianças não clínicas e 36 clínicas para perfil comportamental

Tabela 19. Crianças distribuídas por síndromes psiquiátricas (categorias e subcategorias do CID-10/ eixo I) segundo sexo (*)

Síndromes psiquiátricas	Masculino (N=27)	Feminino (N=22)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)
Nenhuma	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
F3 Distúrbios do humor (afetivos)	2 (7,4)	5 (22,7)	7 (14,3)
F34 Distúrbios persistentes do humor (afetivos)	2 (7,4)	5 (22,7)	7 (14,3)
F34.1 Distímia	2 (7,4)	5 (22,7)	7 (14,3)
F4 Distúrbios neuróticos, relacionados a stress e somatoformes	18 (66,7)	17 (77,3)	35 (71,4)
F40 Distúrbios fóbicos de ansiedade	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
F40.2 Fobias específicas (isoladas)	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
F41 Outros distúrbios de ansiedade	10 (37,0)	9 (40,9)	19 (38,8)
F41.1 Distúrbio de ansiedade generalizada	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
F41.2 Distúrbio misto de ansiedade e depressão	3 (11,1)	3 (13,6)	6 (12,3)
F41.8 Outros especificados	6 (22,2)	5 (22,7)	11 (22,5)
F41.9 Não especificados	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
F43 Reações ao estresse grave e distúrbios de ajustamento	10 (37,0)	9 (40,9)	19 (38,8)
F43.2 Distúrbios de ajustamento	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
F43.8 Reação ao estresse crônico	9 (33,3)	8 (36,4)	17 (34,7)
F45 Distúrbios somatoformes	6 (22,2)	3 (13,6)	9 (18,4)
F45.0 Distúrbios de somatização	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
F45.3 Disfunção do sistema nervoso autônomo somatoforme	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
F45.4 Distúrbio de dor persistente somatoforme	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
F45.8 Outros	2 (7,4)	1 (4,5)	3 (6,1)
F48 Outros distúrbios neuróticos	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
F48.8 Outros especificados	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)

- Continua -

	Masculino (N=27)	Feminino (N=22)	Total (N=49)
Síndromes psiquiátricas (continuação)	N (%)	N (%)	N (%)
F5 Síndromes comportamentais associadas com perturbações fisiológicas e fatores físicos	11 (40,7)	12 (54,6)	23 (46,9)
F50 Distúrbios da alimentação	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
F50.4 Ingestão excessiva de alimentos associada a outros distúrbios psicológicos	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
F50.8 Outros	2 (7,4)	1 (4,5)	3 (6,1)
F51 Distúrbios do sono	8 (29,6)	10 (45,5)	18 (36,7)
F51.0 Insônia não orgânica	1 (3,7)	3 (13,6)	4 (8,2)
F51.1 Sono excessivo não orgânico	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
F51.3 Sonambulismo	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (4,1)
F51.5 Pesadelos	4 (14,8)	4 (18,2)	8 (16,3)
F51.8 Outros	5 (18,5)	3 (13,6)	8 (16,3)
F54 Fatores psicológicos e comportamentais associados a distúrbios ou doenças classificados em outro local	4 (14,8)	4 (18,2)	8 (16,3)
F9 Distúrbios comportamentais e emocionais com início geralmente na infância ou adolescência	16 (59,3)	12 (54,6)	28 (57,1)
F90 Distúrbios hipercinéticos	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
F90.0 Distúrbios da atividade e atenção	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
F91 Distúrbios da conduta	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
F91.0 Distúrbio da conduta restrito ao contexto familiar	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
F91.3 Distúrbio com provocação e oposição	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
F91.8 Outros	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
F92 Distúrbios mistos da conduta e das emoções	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
F92.8 Outros	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
F93 Distúrbios emocionais com início específico na infância	3 (11,1)	2 (9,1)	5 (10,2)
F93.3 Distúrbio de rivalidade entre irmãos	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (4,1)
F93.8 Outros	2 (7,4)	2 (9,1)	4 (8,2)
F94 Distúrbios do funcionamento social com início específico na infância e adolescência	3 (11,1)	3 (13,6)	6 (12,3)
F94.8 Outros	3 (11,1)	3 (13,6)	6 (12,3)
F98 Outros distúrbios do comportamento e das emoções com início geralmente na infância e adolescência	10 (37,0)	7 (31,8)	17 (34,7)
F98.0 Enurese não orgânica	5 (18,5)	4 (18,2)	9 (18,4)
F98.2 Distúrbio da alimentação no bebê e na criança	2 (7,4)	2 (9,1)	4 (8,2)
F98.8 Outros especificados	5 (18,5)	2 (9,1)	7 (14,3)

(*) São possíveis diagnósticos múltiplos

Tabela 20. Crianças distribuídas por condições médicas (CID-10/ eixo IV) segundo sexo (*)

Condições médicas	Masculino (N=27)	Feminino (N=22)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)
Nenhuma	8 (29,6)	6 (27,3)	14 (28,6)
I. Doenças infecciosas e parasíticas	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2 (7,4)	2 (9,1)	4 (8,2)
Obesidade	2 (7,4)	1 (4,5)	3 (6,1)
VI. Doenças do sistema nervoso	6 (22,2)	8 (36,4)	14 (28,6)
Enxaqueca	1 (3,7)	2 (9,1)	3 (6,1)
Cefaléia tensional	3 (11,1)	4 (18,2)	7 (14,3)
Outras cefaléias	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
Anóxia cerebral ou encefalopatia inespecífica	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
VII. Doenças dos olhos	3 (11,1)	3 (13,6)	6 (12,3)
IX. Doenças do sistema circulatório	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
X. Doenças do sistema respiratório	4 (14,8)	4 (18,2)	8 (16,3)
Asma	3 (11,1)	0 (0,0)	3 (6,1)
XI. Doenças do sistema digestivo	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
XII. Doenças da pele e tecido subcutâneo	5 (18,5)	3 (13,6)	8 (16,3)
XIII. Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conectivo	3 (11,1)	0 (0,0)	3 (6,1)
Dorsalgia	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
XIV. Doenças do sistema genito-urinário	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
XVIII. Sintomas, sinais e achados clínico-laboratoriais não classificados em outro local	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
Dificuldades na alimentação e maneira inadequada de administrar alimentos	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
Perda anormal de peso	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)

(*) São possíveis condições múltiplas

Tabela 21. Crianças distribuídas por situações psicossociais anormais associadas (categorias e subcategorias do eixo V/ CID-10) segundo sexo (*)

Situações psicossociais anormais associadas	Masculino	Feminino	Total
	(N=27)	(N=22)	(N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)
0. Nenhuma	1 (3,7)	2 (9,1)	3 (6,1)
1. Relacionamentos intrafamiliares anormais	14 (51,9)	8 (36,4)	22 (44,9)
1.0 Frieza no relacionamento pais-criança	5 (18,5)	4 (18,2)	9 (18,4)
1.1 Discórdia intrafamiliar entre adultos	10 (37,0)	4 (18,2)	14 (28,6)
1.2 Criança tomada como "bode expiatório" ou tratada com hostilidade pelos pais	7 (25,9)	1 (4,5)	8 (16,3)
1.3 Abuso físico da criança	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
1.4 Abuso sexual da criança (intrafamiliar)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
1.8 Outros	1 (3,7)	2 (9,1)	3 (6,1)
2. Distúrbio mental, comportamento anormal ou limitação físico-mental em membro da família nuclear	13 (48,2)	10 (45,5)	23 (46,9)
2.0 Pais com distúrbio mental ou comportamento anormal	9 (33,3)	7 (31,8)	16 (32,7)
2.1 Pais com séria limitação física ou mental	3 (11,1)	2 (9,1)	5 (10,2)
2.2 Irmãos com distúrbio mental, comportamento anormal ou séria limitação físico-mental	3 (11,1)	3 (13,6)	6 (12,3)
2.8 Outros	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
3. Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
4. Modo de criar a criança qualitativamente anormal	9 (33,3)	8 (36,4)	17 (34,7)
4.0 Superproteção por parte dos pais	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
4.1 Supervisão e controle inadequados por parte dos pais	3 (11,1)	3 (13,6)	6 (12,3)
4.2 Criança privada de experimentar o mundo	5 (18,5)	3 (13,6)	8 (16,3)
4.3 Pressões parentais inapropriadas	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
4.8 Outros	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)
5. Condições anormais do meio ambiente imediato	11 (40,7)	11 (50,0)	22 (44,9)
5.0 Criança criada em instituição	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
5.1 Situação parental anômala	5 (18,5)	7 (31,8)	12 (24,5)
5.2 Família isolada	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
5.3 Condições de vida criadoras de situações psicossociais potencialmente danosas	5 (18,5)	3 (13,6)	8 (16,3)
5.8 Outros	2 (7,4)	3 (13,6)	5 (10,2)
6. Ocorrência de fatos contundentes na vida da criança	6 (22,2)	7 (31,8)	13 (26,5)
6.0 Perda de um ser amado	3 (11,1)	4 (18,2)	7 (14,3)
6.1 Remoção do lar como situação de grande ameaça à criança	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
6.2 Decadência no padrão de relacionamento familiar	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
6.3 Eventos resultando em perda da auto-estima	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
6.4 Abuso sexual (extrafamiliar)	0 (0,0)	1 (4,5)	1 (2,0)
6.5 Experiências pessoais assustadoras	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
6.8 Outros	2 (7,4)	3 (13,6)	5 (10,2)

Situações psicossociais anormais associadas (continuação)	Masculino (N=27)	Feminino (N=22)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)
7. Estressores socio-culturais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
8. Estresse interpessoal crônico associado à escola/ trabalho	6 (22,2)	2 (9,1)	8 (16,3)
8.0 Criança hostilizada pelos colegas	2 (7,4)	0 (0,0)	2 (4,1)
8.1 Criança tomada como "bode expiatório" por professores ou supervisores	3 (11,1)	1 (4,5)	4 (8,2)
8.2 Agitação na situação escolar ou de trabalho	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
8.8 Outros	2 (7,4)	1 (4,5)	3 (6,1)
9. Eventos estressantes, consequentes ao próprio distúrbio ou a incapacidades da criança	5 (18,5)	3 (13,6)	8 (16,3)
9.0 Criança criada em instituição	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
9.1 Remoção do lar como situação de grande ameaça à criança	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
9.2 Eventos resultando em perda da auto-estima	4 (14,8)	3 (13,6)	7 (14,3)
9.8 Outros	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (2,0)
10. Outros	1 (3,7)	1 (4,5)	2 (4,1)

(*) São possíveis diagnósticos múltiplos

Tabela 22. Crianças distribuídas por idade (anos) e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Idade	Ausente (N=3)	Leve (N=20)	Moderado (N=22)	Grave (N=4)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
4-5	3 (100,0)	5 (25,0)	2 (9,1)	0 (0,0)	10 (20,4)
6-11	0 (0,0)	14 (70,0)	19 (86,4)	4 (100,0)	37 (75,5)
12	0 (0,0)	1 (5,0)	1 (4,5)	0 (0,0)	2 (4,1)

Tabela 23. Crianças distribuídas por sexo e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Sexo	Ausente (N=3)	Leve (N=20)	Moderado (N=22)	Grave (N=4)	Total (N=49)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Masc.	2 (66,7)	14 (70,0)	9 (40,9)	2 (50,0)	27 (55,1)
Fem.	1 (33,3)	6 (30,0)	13 (59,1)	2 (50,0)	22 (44,9)

Tabela 24. Antecedentes pessoais, familiares e problemas atuais de crianças e pais com frequência maior que 50% no grupo moderado-grave

Antecedentes pessoais, familiares e problemas atuais	Moderado-Grave (N=26) N (%)
Antecedentes pessoais:	
Gestação: mãe com problemas de saúde e/ou hospitalização e/ou ansiedade ansiedade materna	18 (69,2) 14 (53,9)
Tempo de aleitamento materno < 3 meses	17 (65,4)
Antecedentes familiares:	
Abuso de álcool em parentes	15 (57,7)
Problemas atuais:	
Criança em tratamento médico ou aguardando consulta médica	16 (61,5)
Pais e/ou irmãos em tratamento médico	16 (61,5)

Tabela 25. Antecedentes pessoais, familiares e problemas atuais com frequência pelo menos 1,8 vezes maior no grupo moderado-grave

Antecedentes pessoais, familiares e problemas atuais	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
Antecedentes pessoais:		
Gestação com hospitalização da mãe	1 (4,4)	2 (7,7)
Não foram amamentadas no seio	3 (13,1)	6 (23,1)
Atraso na aquisição de fala	3 (13,1)	7 (26,9)
Risco de vida nos primeiros 12 meses	1 (4,4)	5 (19,2)
Desmaios	1 (4,4)	2 (7,7)
Antecedentes familiares:		
Mãe biológica com abortos espontâneos	4 (17,4)	9 (34,6)
Desmaios em pais e/ou irmãos	1 (4,4)	2 (7,7)
Desmaios em parentes	2 (8,7)	5 (19,2)
Sintomas depressivos em pais e/ou irmãos	1 (4,4)	7 (26,9)
Episódios psicóticos em pais e/ou irmãos	1 (4,4)	4 (15,4)
Internação psiquiátrica em pais e/ou irmãos	1 (4,4)	2 (7,7)
Tratamento psiquiátrico em pais e/ou irmãos	2 (8,7)	8 (30,8)
Problemas atuais:		
Acordar frequente durante o sono	1 (4,4)	4 (15,4)
Pesadelos	3 (13,1)	7 (26,9)
Pais e/ou irmãos em tratamento médico	7 (30,4)	16 (61,5)

Tabela 26. Crianças com positividade diagnóstica nos eixos do CID-10 distribuídas por tipos de eixo e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (*)

Eixos (**)	Ausente (N=3)		Leve (N=20)		Moderado (N=22)		Grave (N=4)		Total (N=49)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
I	0	(0,0)	19	(95,0)	22	(100,0)	4	(100,0)	45	(91,8)
II	0	(0,0)	2	(10,0)	2	(9,1)	0	(0,0)	4	(8,2)
III	0	(0,0)	0	(0,0)	3	(13,6)	2	(50,0)	5	(10,2)
IV	2	(66,7)	15	(75,0)	16	(72,7)	2	(50,0)	35	(71,4)
V	2	(66,7)	20	(100,0)	20	(91,0)	4	(100,0)	46	(93,9)
I+IV+V	0	(0,0)	15	(75,0)	14	(63,6)	2	(50,0)	31	(63,3)

(*) São possíveis diagnósticos múltiplos

(**) I. Síndrome psiquiátrica clínica; II. Atrasos específicos do desenvolvimento; III. Nível intelectual;
IV. Condições médicas e V. Situações psicossociais anormais associadas

Tabela 27. Crianças distribuídas por síndromes psiquiátricas (categorias e subcategorias do CID-10/ eixo I) segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (*)

Síndromes psiquiátricas	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
Nenhuma	4 (17,4)	0 (0,0)
F3 Distúrbios do humor (afetivos)	1 (4,4)	6 (23,1)
F34 Distúrbios persistentes do humor (afetivos)	1 (4,4)	6 (23,1)
F34.1 Distímia	1 (4,4)	6 (23,1)
F4 Distúrbios neuróticos, relacionados a stress e somatoformes	14 (60,9)	21 (80,8)
F40 Distúrbios fóbicos de ansiedade	3 (13,0)	1 (3,8)
F40.2 Fobias específicas (isoladas)	3 (13,0)	1 (3,8)
F41 Outros distúrbios de ansiedade	9 (39,1)	10 (38,5)
F41.1 Distúrbio de ansiedade generalizada	1 (4,4)	0 (0,0)
F41.2 Distúrbio misto de ansiedade e depressão	2 (8,7)	4 (15,4)
F41.8 Outros especificados	5 (21,7)	6 (23,1)
F41.9 Não especificados	1 (4,4)	0 (0,0)
F43 Reações ao estresse grave e distúrbios de ajustamento	7 (30,4)	12 (46,2)
F43.2 Distúrbios de ajustamento	0 (0,0)	2 (7,7)
F43.8 Reação ao estresse crônico	7 (30,4)	10 (38,5)
F45 Distúrbios somatoformes	4 (17,4)	5 (19,2)
F45.0 Distúrbios de somatização	1 (4,4)	0 (0,0)
F45.3 Disfunção do sistema nervoso autônomo somatoforme	0 (0,0)	1 (3,8)
F45.4 Distúrbio de dor persistente somatoforme	1 (4,4)	3 (11,5)
F45.8 Outros	2 (8,7)	1 (3,8)
F48 Outros distúrbios neuróticos	0 (0,0)	1 (3,8)
F48.8 Outros especificados	0 (0,0)	1 (3,8)

- Continua -

Síndromes psiquiátricas (continuação)	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
F5 Síndromes comportamentais associadas com perturbações fisiológicas e fatores físicos	8 (34,8)	15 (57,7)
F50 Distúrbios da alimentação	1 (4,4)	3 (11,5)
F50.4 Ingestão excessiva de alimentos associada a outros distúrbios psicológicos	1 (4,4)	0 (0,0)
F50.8 Outros	0 (0,0)	3 (11,5)
F51 Distúrbios do sono	6 (26,1)	12 (46,2)
F51.0 Insônia não orgânica	0 (0,0)	4 (15,4)
F51.1 Sono excessivo não orgânico	0 (0,0)	1 (3,8)
F51.3 Sonambulismo	1 (4,4)	1 (3,8)
F51.5 Pesadelos	2 (8,7)	6 (23,1)
F51.8 Outros	3 (13,0)	5 (19,2)
F54 Fatores psicológicos e comportamentais associados a distúrbios ou doenças classificados em outro local	2 (8,7)	6 (23,1)
F9 Distúrbios comportamentais e emocionais com início geralmente na infância ou adolescência	13 (56,5)	15 (57,7)
F90 Distúrbios hipercinéticos	1 (4,4)	1 (3,8)
F90.0 Distúrbios da atividade e atenção	1 (4,4)	1 (3,8)
F91 Distúrbios da conduta	3 (13,0)	1 (3,8)
F91.0 Distúrbio da conduta restrito ao contexto familiar	1 (4,4)	0 (0,0)
F91.3 Distúrbio com provocação e oposição	1 (4,4)	0 (0,0)
F91.8 Outros	1 (4,4)	1 (3,8)
F92 Distúrbios mistos da conduta e das emoções	1 (4,4)	1 (3,8)
F92.8 Outros	1 (4,4)	1 (3,8)
F93 Distúrbios emocionais com início específico na infância	2 (8,7)	3 (11,5)
F93.3 Distúrbio de rivalidade entre irmãos	1 (4,4)	1 (3,8)
F93.8 Outros	1 (4,4)	3 (11,5)
F94 Distúrbios do funcionamento social com início específico na infância e adolescência	0 (0,0)	6 (23,1)
F94.8 Outros	0 (0,0)	6 (23,1)
F98 Outros distúrbios do comportamento e das emoções com início geralmente na infância e adolescência	8 (34,8)	9 (34,6)
F98.0 Enurese não orgânica	4 (17,4)	5 (19,2)
F98.2 Distúrbio da alimentação no bebê e na criança	2 (8,7)	2 (7,7)
F98.8 Outros especificados	3 (13,0)	4 (15,4)

(*) São possíveis diagnósticos múltiplos

Tabela 28. Crianças distribuídas por condições médicas (CID-10/ eixo IV) segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (*)

Condições médicas	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
Nenhuma	6 (26,1)	8 (30,8)
I. Doenças infecciosas e parasíticas	0 (0,0)	1 (3,8)
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2 (8,7)	2 (7,7)
Obesidade	1 (4,4)	2 (7,7)
VI. Doenças do sistema nervoso	6 (26,1)	8 (30,8)
Enxaqueca	1 (4,4)	2 (7,7)
Cefaléia tensional	3 (13,0)	4 (15,4)
Outras cefaléias	1 (4,4)	0 (0,0)
Anóxia cerebral ou encefalopatia inespecífica	0 (0,0)	2 (7,7)
VII. Doenças dos olhos	4 (17,4)	2 (7,7)
IX. Doenças do sistema circulatório	0 (0,0)	1 (3,8)
X. Doenças do sistema respiratório	4 (17,4)	4 (15,4)
Asma	2 (8,7)	1 (3,8)
XI. Doenças do sistema digestivo	1 (4,4)	0 (0,0)
XII. Doenças da pele e tecido subcutâneo	4 (17,4)	4 (15,4)
XIII. Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conectivo	1 (4,4)	2 (7,7)
Dorsalgia	1 (4,4)	0 (0,0)
XIV. Doenças do sistema genito-urinário	0 (0,0)	1 (3,8)
XVIII. Sintomas, sinais e achados clínico-laboratoriais não classificados em outro local	0 (0,0)	1 (3,8)
Dificuldades na alimentação e maneira inadequada de administrar alimentos	0 (0,0)	1 (3,8)
Perda anormal de peso	0 (0,0)	1 (3,8)

(*) São possíveis condições múltiplas

Tabela 29. Crianças distribuídas por situações psicossociais anormais associadas (categorias e subcategorias do eixo V/ CID-10) segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (*)

Situações psicossociais anormais associadas	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
0. Nenhuma	1 (4,4)	2 (7,7)
1. Relacionamentos intrafamiliares anormais	10 (43,5)	12 (46,2)
1.0 Frieza no relacionamento pais-criança	2 (8,7)	7 (26,9)
1.1 Discórdia intrafamiliar entre adultos	5 (21,7)	9 (34,6)
1.2 Criança tomada como "bode expiatório" ou tratada com hostilidade pelos pais	4 (17,4)	4 (15,4)
1.3 Abuso físico da criança	1 (4,4)	0 (0,0)
1.4 Abuso sexual da criança (intrafamiliar)	0 (0,0)	0 (0,0)
1.8 Outros	2 (8,7)	1 (3,8)
2. Distúrbio mental, comportamento anormal ou limitação físico-mental em membro da família nuclear	9 (39,1)	14 (53,9)
2.0 Pais com distúrbio mental ou comportamento anormal	6 (26,1)	10 (38,5)
2.1 Pais com séria limitação física ou mental	3 (13,0)	2 (7,7)
2.2 Irmãos com distúrbio mental, comportamento anormal ou séria limitação físico-mental	3 (13,0)	3 (11,5)
2.8 Outros	0 (0,0)	1 (3,8)
3. Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida	0 (0,0)	2 (7,7)
4. Modo de criar a criança qualitativamente anormal	7 (30,4)	10 (38,5)
4.0 Superproteção por parte dos pais	1 (4,4)	0 (0,0)
4.1 Supervisão e controle inadequados por parte dos pais	2 (8,7)	4 (15,4)
4.2 Criança privada de experimentar o mundo	3 (13,0)	5 (19,2)
4.3 Pressões parentais inapropriadas	0 (0,0)	0 (0,0)
4.8 Outros	1 (4,4)	1 (3,8)
5. Condições anormais do meio ambiente imediato	10 (43,5)	12 (46,2)
5.0 Criança criada em instituição	0 (0,0)	0 (0,0)
5.1 Situação parental anômala	6 (26,1)	6 (23,1)
5.2 Família isolada	1 (4,4)	0 (0,0)
5.3 Condições de vida criadoras de situações psicossociais potencialmente danosas	3 (13,0)	5 (19,2)
5.8 Outros	2 (8,7)	3 (11,5)
6. Ocorrência de fatos contundentes na vida da criança	7 (30,4)	6 (23,1)
6.0 Perda de um ser amado	3 (13,0)	4 (15,4)
6.1 Remoção do lar como situação de grande ameaça à criança	0 (0,0)	0 (0,0)
6.2 Decadência no padrão de relacionamento familiar	1 (4,4)	0 (0,0)
6.3 Eventos resultando em perda da auto-estima	0 (0,0)	0 (0,0)
6.4 Abuso sexual (extrafamiliar)	0 (0,0)	1 (3,8)
6.5 Experiências pessoais assustadoras	1 (4,4)	0 (0,0)
6.8 Outros	3 (13,0)	2 (7,7)

Situações psicossociais anormais associadas (continuação)	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
7. Estressores socio-culturais	0 (0,0)	0 (0,0)
8. Estresse interpessoal crônico associado à escola/ trabalho	5 (21,7)	3 (11,5)
8.0 Criança hostilizada pelos colegas	0 (0,0)	2 (7,7)
8.1 Criança tomada como "bode expiatório" por professores ou supervisores	2 (8,7)	2 (7,7)
8.2 Agitação na situação escolar ou de trabalho	0 (0,0)	0 (0,0)
8.8 Outros	3 (13,0)	0 (0,0)
9. Eventos estressantes, consequentes ao próprio distúrbio ou a incapacidades da criança	2 (8,7)	6 (23,1)
9.0 Criança criada em instituição	0 (0,0)	0 (0,0)
9.1 Remoção do lar como situação de grande ameaça à criança	0 (0,0)	0 (0,0)
9.2 Eventos resultando em perda da auto-estima	2 (8,7)	5 (19,2)
9.8 Outros	0 (0,0)	1 (3,8)
10. Outros	0 (0,0)	2 (7,7)

(*) São possíveis diagnósticos múltiplos

Tabela 30. Diagnósticos do CID-10 com frequência maior que 50% no grupo moderado-grave

Diagnósticos do CID-10	Moderado-Grave (N=26) N (%)
Síndromes psiquiátricas (eixo I):	
F4. Distúrbios neuróticos, relacionados a estresse e somatoformes	21 (80,8)
F5. Síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos	15 (57,7)
F9. Distúrbios comportamentais e emocionais, com início geralmente na infância ou adolescência	15 (57,7)
Situações psicossociais anormais associadas (eixo V):	
2. Distúrbio mental, comportamento anormal ou limitação físico-mental em membro da família nuclear	14 (53,9)

Tabela 31. Diagnósticos do CID-10 (categorias e subcategorias) com frequência pelo menos 1,8 vezes maior no grupo moderado-grave

Diagnósticos do CID-10	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
	N (%)	N (%)
Síndromes psiquiátricas (eixo I)		
F34.1 Distímia	1 (4,4)	6 (23,1)
F41.2 Distúrbio misto de ansiedade e depressão	2 (8,7)	4 (15,4)
F45.4 Distúrbio de dor persistente somatoforme	1 (4,4)	3 (11,5)
F50 Distúrbios da alimentação	1 (4,4)	3 (11,5)
F51.5 Pesadelos	2 (8,7)	6 (23,1)
F54 Fatores psicológicos e comportamentais associados a distúrbios ou doenças classificados em outro local	2 (8,7)	5 (19,2)
F93.8 Outros	1 (4,4)	3 (11,5)
Condições médicas (eixo IV)		
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1 (4,4)	2 (7,7)
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conectivo	1 (4,4)	2 (7,7)
Situações psicossociais anormais (eixo V)		
1.0 Frieza no relacionamento pais-criança	2 (8,7)	7 (26,9)
4.1 Supervisão e controle inadequados por parte dos pais	2 (8,7)	4 (15,4)
9. Eventos estressantes, consequentes ao próprio distúrbio ou incapacidades da criança	2 (8,7)	6 (23,1)
9.2 Eventos resultando em perda da auto-estima	2 (8,7)	5 (19,2)

Tabela 32. Média de escores T para Total de Problemas de Comportamento segundo categorias do eixo V/ CID-10 (situações psicossociais anormais associadas) e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Situações psicossociais anormais associadas	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
0. Nenhuma	56	56
1. Relacionamentos intrafamiliares anormais	64	70
2. Distúrbio mental, comportamento anormal ou limitação físico-mental em membro da família nuclear	66	69
3. Comunicação intrafamiliar inadequada ou distorcida	--	67
4. Modo de criar a criança qualitativamente anormal	66	68
5. Condições anormais do meio ambiente imediato	66	69
6. Ocorrência de fatos contundentes na vida da criança	64	68
7. Estressores socio-culturais	--	--
8. Estresse interpessoal crônico associado à escola/ trabalho	68	69
9. Eventos estressantes, consequentes ao próprio distúrbio ou incapacidades da criança	58	67
10. Outros	--	76

Tabela 33. Média de escores T para Total de Problemas de Comportamento segundo subcategorias das categorias 1 e 9 do eixo V/ CID-10 e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Situações psicossociais anormais associadas	Normal-Leve (N=23)	Moderado-Grave (N=26)
1. Relacionamentos intrafamiliares anormais	64	70
1.0 Frieza no relacionamento pais-criança	61	68
1.1 Discórdia intrafamiliar entre adultos	63	70
1.2 Criança tomada como "bode expiatório" ou tratada com hostilidade pelos pais	68	73
1.3 Abuso físico da criança	58	--
1.8 Outros	57	72
9. Eventos estressantes, conseqüentes ao próprio distúrbio ou incapacidades da criança	58	67
9.2 Eventos resultando na perda da auto-estima	58	67
9.8 Outros	--	69

Tabela 34. Crianças (4-12 anos) consideradas clínicas nas escalas individuais e somas de escalas do perfil social e comportamental do CBCL segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos e sexo

Escalas	Ausente-Leve (N=23)			Moderado-Grave (N=26)		
	Masc. N (%)	Fem. N (%)	Total N (%)	Masc. N (%)	Fem. N (%)	Total N (%)
Atividades (*)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	3 (12,5)	7 (29,2)
Sociabilidade (*)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	4 (16,7)	8 (33,4)
Escolaridade (*)	7 (46,7)	3 (20,0)	10 (66,7)	4 (16,7)	9 (37,5)	13 (54,2)
Competência social total (*)	5 (33,3)	3 (20,0)	8 (53,3)	7 (29,2)	9 (37,5)	16 (66,7)
Retraimento	8 (34,8)	2 (8,7)	10 (43,5)	9 (34,6)	9 (34,6)	18 (69,2)
Queixas somáticas	1 (4,4)	0 (0,0)	1 (4,4)	3 (11,5)	3 (11,5)	6 (23,0)
Ansiedade/Depressão	7 (30,4)	2 (8,7)	9 (39,1)	4 (15,4)	7 (26,9)	11 (42,3)
Problemas com o contato social	3 (13,0)	2 (8,7)	5 (21,7)	6 (23,1)	4 (15,4)	10 (38,5)
Problemas com o pensamento	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (11,5)	4 (15,4)	7 (26,9)
Problemas com a atenção	7 (30,4)	2 (8,7)	9 (39,1)	11 (42,3)	8 (30,8)	19 (73,1)
Comportamento delinquente	5 (21,7)	1 (4,4)	6 (26,1)	4 (15,4)	4 (15,4)	8 (30,8)
Comportamento agressivo	1 (4,4)	3 (13,0)	4 (17,4)	4 (15,4)	4 (15,4)	8 (30,8)
Problemas sexuais (**)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,0)	2 (8,0)	3 (12,0)
Escalas de introversão	11 (47,8)	4 (17,4)	15 (65,2)	11 (42,3)	11 (42,3)	22 (84,6)
Escalas de extroversão	8 (34,8)	3 (13,0)	11 (47,8)	7 (26,9)	8 (30,8)	15 (57,7)
Total de problemas de comportamento	11 (47,8)	4 (17,4)	15 (65,2)	11 (42,3)	12 (46,2)	23 (88,5)

(*) As porcentagens de crianças clínicas para as escalas sociais foram calculadas para a faixa etária de 6 a 12 anos, com base numa população de 15 crianças do grupo normal-leve (10 masc./5 fem.) e 24 do moderado-grave (10 masc./14 fem.)

(**) As porcentagens de crianças clínicas para Problemas Sexuais foram calculadas para a faixa etária de 4 a 11 anos, com base numa população de 22 crianças do grupo normal-leve (15 masc./7 fem.) e 25 do moderado-grave (11 masc./14 fem.)

Tabela 35. Média de escores T nas escalas individuais e somas de escalas do perfil social e comportamental do CBCL, segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos (+)

Escalas	Ausente (N=3)	Leve (N=20)	Moderado (N=22)	Grave (N=4)
Atividades (*)	--	47	39	39
Sociabilidade (*)	--	46	39	37
Escolaridade (*)	--	35	[34]	47
Competência social total (*)	--	46	34	48
Retraimento	60	63	[70]	[75]
Queixas somáticas	52	57	60	56
Ansiedade/Depressão	63	64	[68]	[69]
Problemas com o contato social	51	59	65	[68]
Problemas com o pensamento	57	56	60	60
Problemas com a atenção	58	[68]	[71]	[80]
Comportamento delinquente	59	58	60	61
Comportamento agressivo	55	61	62	62
Problemas sexuais (**)	55	53	55	56
Escalas de introversão	[60]	[64]	[69]	[70]
Escalas de extroversão	57	[60]	[60]	[62]
Total de problemas de comportamento	59	[64]	[68]	[72]

(+) As médias de escores T com nível clínico encontram-se "entre colchetes"

(*) As médias de escores T para as escalas sociais foram calculadas para a faixa etária de 6 a 12 anos, com base numa população de 0 crianças normais, 15 casos leves, 20 moderados e 4 graves

(**) As médias de escores T para Problemas Sexuais foram calculadas para a faixa etária de 4 a 11 anos, com base numa população de 3 crianças normais, 19 casos leves, 21 moderados e 4 graves

Tabela 36. Média de escores T nas escalas individuais e somas de escalas do perfil social e comportamental do CBCL, segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos e sexo (+)

Escalas	Ausente (N=3)		Leve (N=20)		Moderado (N=22)		Grave (N=4)	
	Masc. (N=2)	Fem. (N=1)	Masc. (N=14)	Fem. (N=6)	Masc. (N=9)	Fem. (N=13)	Masc. (N=2)	Fem. (N=2)
	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Atividades (*)	--	--	49	42	37	41	37	41
Sociabilidade (*)	--	--	48	42	38	40	38	36
Escolaridade (*)	--	--	[32]	42	35	[33]	[33]	61
Competência social total (*)	--	--	46	48	[32]	[35]	[32]	64
Retraimento	58	64	62	66	[73]	[68]	[75]	[74]
Queixas somáticas	53	50	57	58	60	60	58	54
Ansiedade/Depressão	64	61	65	62	[69]	[67]	[68]	[70]
Problemas com o contato social	51	52	58	61	[69]	62	66	[70]
Problemas com o pensamento	54	65	54	59	61	59	60	59
Problemas com a atenção	58	58	[68]	[70]	[77]	[67]	[77]	[82]
Comportamento delinquente	63	51	59	56	61	59	58	64
Comportamento agressivo	58	50	59	64	66	60	62	63
Problemas sexuais (**)	58	50	53	52	55	55	50	63
Escalas de introversão	[61]	59	[64]	[64]	[71]	[64]	[72]	[68]
Escalas de extroversão	[60]	50	[60]	[62]	[64]	[62]	[61]	[64]
Total de problemas de comportamento	[60]	56	[64]	[65]	[71]	[65]	[72]	[72]

(+) As médias de escores T com nível clínico encontram-se "entre colchetes"

(*) As médias de escores T para as escalas sociais foram calculadas para a faixa etária de 6 a 12 anos, com base numa população de 0 crianças normais, 15 casos leves (10 masc./5 fem.), 20 moderados (8 masc./12 fem.) e 4 graves (2 masc./2 fem.)

(**) As médias de escores T para Problemas Sexuais foram calculadas para a faixa etária de 4 a 11 anos, com base numa população de 3 crianças normais (2 masc./1 fem.), 19 casos leves (13 masc./6 fem.), 21 moderados (9 masc./12 fem.) e 4 graves (2 masc./2 fem.)

Tabela 37. Crianças distribuídas por tipos de perfil social e comportamental do CBCL (*) e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Tipos de perfil social e comportamental	Leve-Moderado-Grave N (%)	Ausente N (%)
≥1 perfil clínico	40 (87,0)	1 (33,3)
Ambos perfis não clínicos	6 (13,0)	2 (66,7)
Total	46(100,0)	3(100,0)

(*) Critério I

Tabela 38. Crianças distribuídas por tipos de perfil comportamental do CBCL (*) e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Tipos de perfil comportamental	Leve-Moderado-Grave N (%)	Ausente N (%)
Clínico	37 (80,4)	1 (33,3)
Não clínico	9 (19,6)	2 (66,7)
Total	46(100,0)	3(100,0)

(*) Critério II

Tabela 39. Índices de validade do CBCL (%) segundo critérios I e II

Índices de validade	I (%)	II (%)
Sensibilidade	87,0	80,4
Especificidade	66,7	66,7
Falsos negativos	13,0	19,6
Falsos positivos	33,3	33,3
Classificação errônea total	14,3	20,4

Tabela 40. Sensibilidade do CBCL (%) segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos e critérios I e II

Níveis de gravidade	I (%)	II (%)
Leve	75,0	70,0
Moderado	95,4	86,4
Grave	100,0	100,0
Leve + Moderado + Grave	87,0	80,4
Moderado + Grave	96,2	88,5

Tabela 41. Índices de validade do CBCL (%) segundo critérios I e II e variações do critério de morbididade

Índices de validade	Leve-Moderado-Grave		Moderado-Grave	
	I (%)	II (%)	I (%)	II (%)
Sensibilidade	87,0	80,4	96,2	88,5
Especificidade	66,7	66,7	30,4	34,8
Falsos negativos	13,0	19,6	3,8	11,5
Falsos positivos	33,3	33,3	69,6	65,2
Classificação errônea total	14,3	20,4	34,7	36,7

Tabela 42. Crianças distribuídas por tipos de perfil social e comportamental do CBCL (*) e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Tipos de perfil social e comportamental	Leve-Moderado-Grave N (%)	Ausente N (%)
Ambos perfis clínicos	21 (45,7)	0 (0,0)
1 perfil clínico ou ambos perfis não clínicos	25 (54,3)	3 (100,0)
Total	46 (100,0)	3 (100,0)

(*) Critério I modificado: inclusão dos limítrofes na categoria não clínica

Tabela 43. Crianças distribuídas por tipos de perfil comportamental do CBCL (*) e níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos

Tipos de perfil comportamental	Leve-Moderado-Grave N (%)	Ausente N (%)
Clínico	31 (67,4)	1 (33,3)
Limítrofe ou não clínico	15 (32,6)	2 (66,7)
Total	46(100,0)	3(100,0)

(*) Critério II modificado: inclusão dos limítrofes na categoria não clínica

Tabela 44. Índices de validade do CBCL (%) segundo critério de morbidade Leve-Moderado-Grave e variações dos critérios I e II

Índices de validade	Critérios adotados		Critérios modificados	
	I (%)	II (%)	I (%)	II (%)
Sensibilidade	87,0	80,4	45,7	67,4
Especificidade	66,7	66,7	100,0	66,7
Falsos negativos	13,0	19,6	54,3	32,6
Falsos positivos	33,3	33,3	0,0	33,1
Classificação errônea total	14,3	20,4	51,0	32,7

Tabela 45. Sensibilidade do CBCL (%) pelo critério II (*) segundo níveis de gravidade dos distúrbios psiquiátricos e nacionalidade da amostra

Nível de gravidade	Holanda		Brasil
	8 anos	11 anos	4-12 anos
Moderado:			
CBCL teste-positiva - N	6	7	19
Total - N	12	14	22
Sensibilidade (%)	(50,0)	(50,0)	(86,4)
Grave:			
CBCL teste-positiva - N	7	5	4
Total - N	10	5	4
Sensibilidade (%)	(70,0)	(100,0)	(100,0)
Moderado + Grave:			
CBCL teste-positiva - N	13	12	23
Total - N	22	19	26
Sensibilidade (%)	(59,1)	(63,2)	(88,5)

(*) Critério II: CBCL considerou teste-positivos os indivíduos com perfil comportamental clínico

Tabela 46. Índices de validade do CBCL segundo o critério I (*): revisão da literatura e estudo atual

Estudos	N	Idade	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	Falsos positivos (%)	Falsos negativos (%)	CET (%)
ACHENBACH & (*) EDELBRÖCK (1981) E.U.A.	2.600	4-16	(84,0)	(85,0)	(15,0)	(16,0)	(15,5)
MONTENEGRO (**) (1983) Chile	1.142	6-11	(79,2)	(87,0)	(13,0)	(20,8)	(18,2)
VERHULST (*) et al (1985a) Holanda	3.463	4-16	(79,6)	(81,5)	(18,5)	(20,4)	(18,9)
ACHENBACH (*) (1991a) E.U.A.	4.220	4-18	(82,0)	(70,0)	(30,0)	(18,0)	(----)
BORDIN (*) (1992) Brasil	49	4-12	(87,0)	(66,7)	(33,3)	(13,0)	(14,3)

(*) Critério I: CBCL considerou teste-positivos os indivíduos com pelo menos um dos perfis (social e/ou comportamental) clínico

(**) Critério III: análise discriminante, envolvendo escores de Competência Social Total e Total de Problemas de Comportamento do CBCL

Tabela 47. Taxas de classificação errônea total segundo diferentes critérios de teste-positividade do CBCL: revisão da literatura e estudo atual

Estudos	N	Idade	Classificação errônea total			
			Critério I (* (%)	Critério II (** (%)	Critério III (+ (%)	Critério IV (++ (%)
ACHENBACH & EDELBROCK (1981) E.U.A.	2.600	4-16	(15,5)	(17,6)	(15,4)	(17,4)
MONTENEGRO (1983) Chile	1.142	6-11	(----)	(----)	(18,2)	(----)
VERHULST et al (1985a) Holanda	3.463	4-16	(18,9)	(19,9)	(----)	(20,1)
BORDIN (1992) Brasil	49	4-12	(14,3)	(20,4)	(----)	(----)

(*) Critério I: CBCL considerou teste-positivos os indivíduos com pelo menos um dos perfis (social e/ou comportamental) clínico

(**) Critério II: CBCL considerou teste-positivos os indivíduos com perfil comportamental clínico

(+) Critério III: análise discriminante, envolvendo escores de Competência Social Total e Total de Problemas de Comportamento do CBCL

(++) Critério IV: análise discriminante, envolvendo escores de Total de Problemas de Comportamento do CBCL

Tabela 48. Prevalência de distúrbios psiquiátricos em crianças e jovens: revisão da literatura e estudo atual (*)

Estudos	N	Idade	Definição de dist. psiquiátrico	Instrumentos	Prevalência
RUTTER et al (1970) Ilha de Wight, Inglaterra	3.316	10-11	Julgamento clínico	Escalas A e B (RUTTER); entrevista para pais e entrevista para crianças (RUTTER)	6,8% (excluindo retardo mental sem complicações e distúrbios monossintomáticos)
VERHULST et al (1985a, 1985b) Holanda	334	8 e 11	Categoria clínica do CBCL e TRF; julgamento clínico	CBCL; TRF; entrevista para pais (RUTTER); CAS (**)	26% (19% moderados e 7% graves)
ANDERSON et al (1987) Novazelândia	792	11	Critérios do DSM-III	Escalas A e B (Rutter); itens adicionais para distúrbio da atenção e depressão; DISC (***) para crianças	17,6%
OFFORD et al (1987a) Ontário, Canadá	2.679	4-16	Critérios do DSM-III incluindo itens do CBCL para identificar quatro distúrbios (+)	CBCL modificada aplicada a pais, professores e jovens	18,1% com ≥ 1 distúrbio (19,6% para área urbana)
OFFORD et al (1987b) Ontário, Canadá	2.821	6-16	Critérios do DSM-III incluindo itens do CBCL para identificar quatro distúrbios (+)	CBCL modificada aplicada a pais, professores e jovens	31,2% com ≥ 1 distúrbio para indivíduos em "wellfare" (40% para meninos de 6-11 anos e 14,6% para meninas de 6-11)
BIRD et al (1988) Porto Rico, E.U.A.	777	4-16	Critérios do DSM-III; escores da CGAS (++); escala de gravidade	CBCL; TRF; DISC (***) para pais e crianças	49,5% com ≥ 1 diagnóstico do DSM-III (15,8% moderados e graves)
Bordin (1992) Brasil	49	4-12	Critérios do CID-10; cinco eixos (OMS); julgamento clínico	CBCL	77% de casos clínicos (CBCL) 92% com > 1 distúrbio eixo I 45% moderados e 8% graves

(*) As frequências apresentadas pelo presente estudo não constituem taxas de prevalência

(**) Child Assessment Schedule

(***) Diagnostic Interview for Children and Adolescents

(+) Distúrbio da Conduta, Hiperatividade, Distúrbio Emocional (neuroses) e Somatização

(++) Children's Global Assessment Scale

Tabela 49. Crianças distribuídas por condições médicas e nacionalidade

Condições médicas	E.U.A. N (%)	Brasil N (%)
Doenças infecciosas e parasíticas	64 (8,2)	1 (2,0)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10 (1,3)	3 (6,1)
Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	133 (17,1)	20 (40,8)
Doenças do sistema circulatório	-----	1 (2,0)
Doenças do sistema respiratório	166 (21,3)	8 (16,3)
Doenças do sistema digestivo	12 (1,5)	1 (2,0)
Doenças da pele e tecido subcutâneo	41 (5,3)	8 (16,3)
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conectivo	14 (1,8)	3 (6,1)
Doenças do sistema genito-urinário	9 (1,2)	1 (2,0)
Síntomas, sinais e achados clínico-laboratoriais não classificados em outro local	26 (3,3)	1 (2,0)

Tabela 50. Indivíduos considerados clínicos nas escalas individuais e somas de escalas do perfil social e comportamental do CBCL distribuídos por nacionalidade

Escalas	E.U.A. (+)	Brasil
	(%)	(%)
Atividades (*)	(10)	7 (18)
Sociabilidade (*)	(28)	8 (20)
Escolaridade (*)	(40)	23 (59)
Competência social total (*)	(61)	24 (61)
Retraimento	(30)	28 (57)
Queixas somáticas	(20)	7 (14)
Ansiedade/Depressão	(34)	20 (41)
Problemas com o contato social	(34)	15 (31)
Problemas com o pensamento	(28)	7 (14)
Problemas com a atenção	(43)	28 (57)
Comportamento delinquente	(40)	14 (29)
Comportamento agressivo	(36)	12 (24)
Problemas sexuais (**)	(14)	3 (6)
≥1 escala comportamental	(75)	38 (77)
Escalas de introversão (I+II+III)	(60)	37 (75)
Escalas de extroversão (VII+VIII)	(60)	26 (53)
Escalas de introversão e/ou escalas de extroversão	(76)	38 (77)
Total de problemas de comportamento	(68)	38 (77)
Competência social total e/ou total de problemas de comportamento	(82)	41 (84)

(+) 4.220 indivíduos de 4-18 anos encaminhados a serviços de saúde mental

(*) Indivíduos com idade ≥6 anos: N=3.716 (E.U.A.); N=39 (Brasil)

(**) Indivíduos com idade entre 4 e 11 anos: N=2.402 (E.U.A.); N=47 (Brasil)

Tabela 51. Média de escores T das escalas sociais do CBCL para meninos de 6-11 anos, segundo nacionalidade e nível sócio-econômico (NSE)

Escalas sociais	E.U.A. (+)			Brasil
	NSE alto (N=63)	NSE médio (N=141)	NSE baixo (N=96)	NSE baixo (N=49)
Atividades	48,2	45,6	43,3	43,0
Sociabilidade	42,1	39,1	40,0	43,0
Escolaridade	43,0	41,2	38,2	34,0

(+) Indivíduos encaminhados a serviços de saúde mental

Tabela 52. Média de escores crus para Total de Problemas de Comportamento no CBCL de meninos de 6-11 anos, segundo nacionalidade e nível sócio-econômico (NSE)

Nacionalidade	NSE alto	NSE médio	NSE baixo
Brasileira (*)	-----	-----	61,0
Americana (+) (*)	54,0	61,8	65,6
Chilena (+) (**)	50,3	65,8	71,5

(+) Indivíduos encaminhados a serviços de saúde mental

(*) Níveis sócio-econômicos determinados segundo HOLLINGSHEAD (1975)

(**) Níveis sócio-econômicos determinados segundo HIMMEL et al (1981)

Tabela 53. Média de escores T para Competência Social Total e Total de Problemas de Comportamento para crianças de 6-11 anos introvertidas e extrovertidas segundo nacionalidade (*)

	Canadá		Brasil	
	Introvertidas (N=53)	Extrovertidas (N=51)	Introvertidas (N=30)	Extrovertidas (N=21)
Competência social total	38,3	36,2	39,0	42,0
Total de problemas de comportamento	68,8	71,6	70,0	71,0

(*) Canadá: 3 crianças com perfis mistos para introversão e extroversão foram excluídas da amostra.
 Brasil: 20 crianças consideradas clínicas em ambas escalas foram incluídas na amostra.

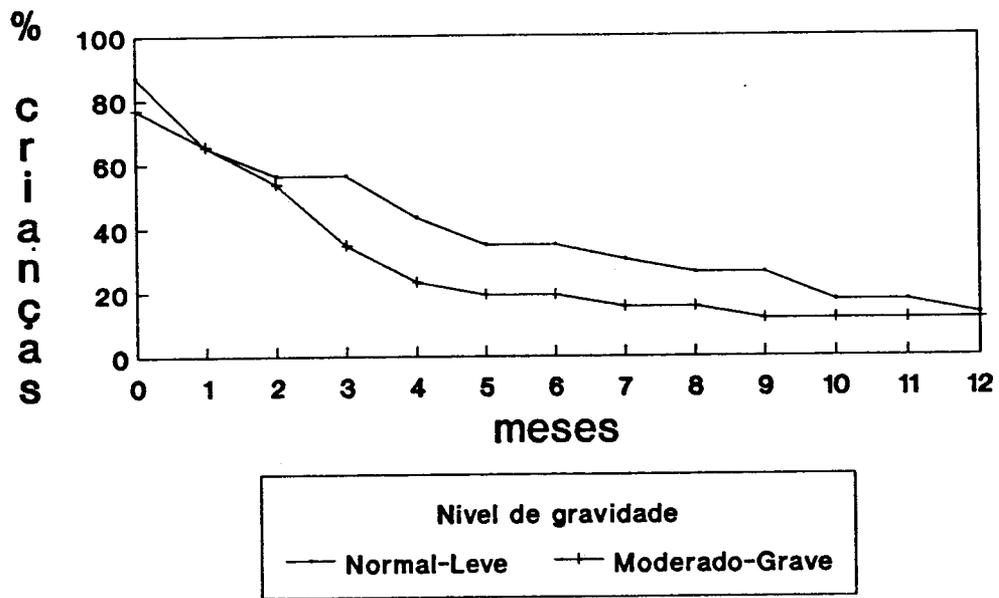
Figura 1. Esquema do perfil social

	%			Escore T
69:	8,0	9,0	6,0	:55
:	7,0	7,5	5,5	:
:	6,0	6,5	5,0	:
7:	3,5	4,0	3,5	:35
:	3,0			:33
:	2,5	3,5	3,0	:
2:	2,0	3,0	2,5	:30
:	1,5	2,5	2,0	:
1:	1,0	1,5		:25
:		0,5	0,5	:
:	0,0	0,0	0,0	:20
	Atividades	Sociabilidade	Escolaridade	

Figura 2. Esquema do perfil comportamental

	Escore T							
98	17	17	26	15	13	21	24	37
		16				20	23	95
		10	18	10	7	14	12	25
		9				13	10	23
98	9	7	14	8	4	11	7	20
	8	6	12	7	3	9	6	16
93	7	5						14
84	5	3	7			5		10
69				2				7
50	0-2	0	0-2	0-1	0	0-1	0	0-4
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
	Introversão				Extroversão			

Aleitamento materno segundo níveis de gravidade



VERSÃO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST"

INVENTARIO DE COMPORTAMENTOS DA INFANCIA E ADOLESCENCIA
VERSAO BRASILEIRA DO "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST"
(CBCL)

(Para a faixa etária de 4 a 18 anos)

Ficha número: _____

DATA DE HOJE: ____ / ____ / ____
mes dia ano

NOME DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE: _____

SEXO: Masculino ____ Feminino ____

GRUPO ETNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
mes dia ano

ESCOLARIDADE: _____

NAO FREQUENTA ESCOLA: ____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL, mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Favor especificar o tipo de ocupação - por exemplo: mecânico de automóveis, professor do segundo grau, dona de casa, jornalista, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército).

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

ESTA FICHA ESTA SENDO PREENCHIDA POR (INFORMANTE):

___ Mãe (nome): _____

___ Pai (nome): _____

___ Outro: (grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente): _____

(nome): _____

Favor preencher este questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu filho, mesmo que outras pessoas não concordem. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no espaço existente na página 3.

Copyright 1991 T.M. Achenbach, U. of Vermont, 1 S. Prospect St., Burlington, VT 05401, U.S.A. Tradução e reprodução autorizadas. Versão Brasileira: I.A.S. Bordin, 1992, Depto. Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 740, São Paulo, S.P., 04023.

I. Cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: nataçao, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc...

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele(a) dedica a cada um destes esportes ?

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele(a) em cada um destes esportes ?

___ Nenhum	Não sei	Menos	Igual	Mais	Não sei	Pior	Igual	Melhor
a. _____	---	---	---	---	---	---	---	---
b. _____	---	---	---	---	---	---	---	---
c. _____	---	---	---	---	---	---	---	---

II. Cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos por seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, desenhar, soltar pipa, pular corda, carrinho, boneca, ler, cantar, video-game, etc...
(Incluir brincadeiras em grupo)
(Não incluir rádio e TV).

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele(a) dedica a cada uma destas atividades ?

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele(a) em cada uma destas atividades ?

___ Nenhum	Não sei	Menos	Igual	Mais	Não sei	Pior	Igual	Melhor
a. _____	---	---	---	---	---	---	---	---
b. _____	---	---	---	---	---	---	---	---
c. _____	---	---	---	---	---	---	---	---

III. Cite as organizações, clubes, times ou grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupo de igreja, teatro, música, etc...

Comparando com outros da mesma idade, como é a participação dele(a) em cada um destes grupos ?

___ Nenhum	Não sei	Menor	Igual	Maior
a. _____	---	---	---	---
b. _____	---	---	---	---
c. _____	---	---	---	---

IV. Cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: office boy, ajudante em feira, empacotador em supermercado, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc... Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele(a) em cada uma destas funções?
(Incluir trabalhos e tarefas pagas e seu pagamento).

___ Nenhuma	Não sei	Pior	Igual	Melhor
a. _____	___	___	___	___
b. _____	___	___	___	___
c. _____	___	___	___	___

V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem? (Não incluir irmãos e irmãs).
 ___ Nenhuma ___ 1 ___ 2 ou 3 ___ 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário de escola? (Não incluir irmãos e irmãs).
 ___ Menos que 1 ___ 1 ou 2 ___ 3 ou Mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, de que forma seu filho(a):

	Pior	Igual	Melhor	
a. Se dá com os irmãos e irmãs?	___	___	___	___ Não tem irmãos ou irmãs
b. Se dá com outras crianças (ou adolescentes)?	___	___	___	___ Não tem contato com os irmãos ou irmãs
c. Se comporta com os pais?	___	___	___	
d. Brinca ou trabalha sozinho?	___	___	___	

Comentários adicionais: _____

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares (para crianças ou adolescentes a partir da primeira série do primeiro grau).
 (Se as matérias não estão sendo ensinadas à criança ou adolescente, favor especificar o motivo:

.....)

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares ?

	Insuficiente (Nota menor que 5)	Pior	Igual	Melhor
a. Leitura ou Português	_____	_____	_____	_____
b. História ou Estudos Sociais	_____	_____	_____	_____
c. Aritmética ou Matemática	_____	_____	_____	_____
d. Ciências	_____	_____	_____	_____
Outras matérias escolares: (Por exemplo: geografia, inglês, francês, curso de computação). Não incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.				
e.	_____	_____	_____	_____
f.	_____	_____	_____	_____
g.	_____	_____	_____	_____

2. Seu filho está em classe especial ou em escola especializada ?

Não

Sim - Especifique o tipo de classe ou escola:

.....

3. Seu filho repetiu de ano ?

Não

Sim - Especifique o(s) ano(s) e o(s) motivo(s):

.....

4. Seu filho já teve problemas no desempenho escolar ou outros tipos de problemas na escola ?

Não

Sim - Descreva-os: _____

Quando começaram estes problemas ? _____

Já terminaram ? Não

Sim - Quando ? _____

Seu filho tem alguma doença, deficiência física ou mental ?

Não

Sim - Descreva: _____

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho ? _____

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho: _____

A lista abaixo é composta de itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes.
 Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

- 0. Item falso ou comportamento ausente.
- 1. Item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente.
- 2. Item bastante verdadeiro ou comportamento frequentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.
 Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade. | 0 | 1 | 2 | 12. Queixa-se de solidão. |
| 0 | 1 | 2 | 2. Tem alergia. Descreva: _____

_____ | 0 | 1 | 2 | 13. Parece estar confuso, atordoado. |
| | | | | 0 | 1 | 2 | 14. Chora muito. |
| | | | | 0 | 1 | 2 | 15. É cruel com os animais. |
| | | | | 0 | 1 | 2 | 16. É cruel, maltrata as pessoas. |
| | | | | 0 | 1 | 2 | 17. Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos (devaneios). |
| 0 | 1 | 2 | 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que deveria fazer). | 0 | 1 | 2 | 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se. |
| 0 | 1 | 2 | 4. Tem asma ou bronquite. | 0 | 1 | 2 | 19. Exige que preste atenção nele. |
| 0 | 1 | 2 | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto. | 0 | 1 | 2 | 20. Destroi as próprias coisas. |
| 0 | 1 | 2 | 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário (ou penico). | 0 | 1 | 2 | 21. Destroi as coisas de sua família ou de outras crianças (ou adolescentes). |
| 0 | 1 | 2 | 7. É convencido, gaba-se de si mesmo. | 0 | 1 | 2 | 22. É desobediente em casa. |
| 0 | 1 | 2 | 8. É distraído, não consegue prestar atenção por muito tempo. | 0 | 1 | 2 | 23. É desobediente na escola. |
| 0 | 1 | 2 | 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões).
Descreva: _____

_____ | 0 | 1 | 2 | 24. É difícil para cozer (não quer se alimentar direito). |
| | | | | 0 | 1 | 2 | 25. Não se dá bem com outras crianças (ou adolescentes). |
| | | | | 0 | 1 | 2 | 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.
Descreva: _____

_____ |
| 0 | 1 | 2 | 10. É agitado, não para quieto. | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente. | | | | |

- O 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente.
- O 1 2 28. Come ou bebe coisas que não servem para ser comidas ou bebidas.
 Descreva: -----

- O 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola).
 Descreva: -----

- O 1 2 30. Tem medo de ir à escola.
- O 1 2 31. Tem medo de cometer algum ato destrutivo (contra si ou contra outros).
- O 1 2 32. Tem "mania" de perfeição.
- O 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele.
- O 1 2 34. Acha que os outros o perseguem.
- O 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior.
- O 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes.
- O 1 2 37. Entra em muitas brigas.
- O 1 2 38. É alvo de gozações frequentemente.
- O 1 2 39. Anda em más companhias.
- O 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem.
 Descreva: -----

- O 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar.
- O 1 2 42. Prefere ficar sozinho do que na companhia de outros.
- O 1 2 43. Mente ou engana os outros.
- O 1 2 44. Rbi unhas.
- O 1 2 45. É nervoso, tenso.
- O 1 2 46. Tem "tique nervoso".
 Descreva: -----

- O 1 2 47. Tem pesadelos.
- O 1 2 48. As outras crianças (ou adolescentes) não gostam dele.
- O 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso.
- O 1 2 50. É medroso ou ansioso demais.
- O 1 2 51. Tem tonturas.
- O 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado.
- O 1 2 53. Come exageradamente.
- O 1 2 54. Sente-se cansado demais.
- O 1 2 55. Está gordo demais.
- O 1 2 56. Na sua opinião, apresenta queixas físicas por "nervoso" (seja causa médica):
 a. Dores (diferentes das citadas abaixo).
 b. Dores de cabeça.
 c. Náuseas, enjoos.
 d. Problemas com os olhos.
 Descreva: -----

- O 1 2 e. Problemas de pele.
 O 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga.
 O 1 2 g. Vômitos.
 O 1 2 h. Outras queixas.
 Descreva: -----

- O 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas.
- O 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo.
 Descreva: -----

- O 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público.
- O 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas.
- O 1 2 61. Não vai bem na escola.
- O 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora).
- O 1 2 63. Prefere brincar com crianças (ou adolescentes) mais velhas.
- O 1 2 64. Prefere brincar com crianças (ou adolescentes) mais novas.
- O 1 2 65. Recusa-se a falar.
- O 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões).
 Descreva: -----

- O 1 2 67. Foge de casa.
- O 1 2 68. Grita muito.
- O 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém.
- O 1 2 70. Vê coisas que não existem.
 Descreva: -----

- O 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele.
- O 1 2 72. Põe fogo nas coisas.
- O 1 2 73. Tem problemas sexuais.
 Descreva: -----

- O 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas para chamar atenção.
- O 1 2 75. É tímido.
- O 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças (ou adolescentes).
- O 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças (ou adolescentes) durante o dia ou à noite.
 Descreva: -----

- O 1 2 78. Lambuza-se ou brinca com as próprias fezes.
- O 1 2 79. Tem problemas de fala.
 Descreva: -----

- O 1 2 80. Fica com o olhar oarado, "olhando o vazio".
- O 1 2 81. Rouba em casa.
- O 1 2 82. Rouba fora de casa.
- O 1 2 83. Junta coisas das quais não necessita, nem utiliza.
 Descreva: -----

- O 1 2 84. Tem comportamento estranho.
Descreva: -----

- O 1 2 85. Tem idéias estranhas.
Descreva: -----

- O 1 2 86. Fica de cara amarrada, mal humorado,
irrita-se com facilidade.
- O 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de
sentimentos.
- O 1 2 88. Fica entediado facilmente.
- O 1 2 89. É desconfiado.
- O 1 2 90. Xinga.
- O 1 2 91. Fala que vai se matar.
- O 1 2 92. Fala ou anda dormindo.
Descreva: -----

- O 1 2 93. Fala demais.
- O 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros.
- O 1 2 95. É esquentado, faz birra, tem acessos de
raiva.
- O 1 2 96. Pensa demais em sexo.
- O 1 2 97. Ameaça as pessoas.
- O 1 2 98. Chupa dedo.
- O 1 2 99. É preocupado demais com ordem ou
limpeza.
- O 1 2 100. Tem problemas com o sono.
Descreva: -----

- O 1 2 101. Cabula as aulas.
- O 1 2 102. É pouco ativo, movimenta-se
vagarosamente ou falta-lhe energia.
- O 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido.
- O 1 2 104. É barulhento demais.
- O 1 2 105. Faz uso de drogas ou de bebidas
alcoólicas.
Descreva: -----

- O 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas
(vandalismo).
Descreva: -----

- O 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia.
- O 1 2 108. Faz xixi na cama.
- O 1 2 109. Fica choramingando, fazendo sanha.
- O 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto.
- O 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os
outros
- O 1 2 112. É muito preocupado.
Descreva: -----

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima.

0	1	2	-----	0	1	2	-----
			-----				-----
			-----				-----
			-----				-----
			-----				-----

0	1	2	-----	0	1	2	-----
			-----				-----
			-----				-----
			-----				-----
			-----				-----

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens e sublinhe aqueles com os quais estiver mais preocupado(a).

BIBLIOTECA ACADEMICA DA
ESCOLA FACULTADE DE MEDICINA

Procedência Pós-graduação

Data Entrada 16/06/92 Tombo 5362

Preço Doação