

**SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON**

**AVALIAÇÃO DO USO DA LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS COMO  
INSTRUMENTO PARA A TRIAGEM DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E  
PSICOSSOCIAIS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE CURITIBA**

**CURITIBA**

**2008**

**SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON**

**AVALIAÇÃO DO USO DA LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS COMO  
INSTRUMENTO PARA A TRIAGEM DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E  
PSICOSSOCIAIS EM UMA ESCOLA PÚBLICA DE CURITIBA**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração em Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena  
Coutinho dos Santos**

**CURITIBA**

**2008**

Muzzolon, Sandra Regina Baggio

Avaliação do uso da Lista de Sintomas Pediátricos como instrumento para a triagem de problemas emocionais e psicossociais em uma escola pública de Curitiba /

Sandra Regina Baggio Muzzolon – Curitiba, 2008.

147f:(algumas color).

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Helena Coutinho dos Santos

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

1. *Pediatric Symptom Checklist*, Identificação precoce, Transtornos Mentais.

Ao meu querido marido Guilherme, pelo carinho, dedicação e apoio em todos os momentos da minha vida pessoal e profissional.

Às minhas filhas Lízia, Maria Fernanda e Mariana, que estão seguindo os meus passos na profissão que amo e também me guiando, com carinho.

Vocês dão a certeza de que todo o esforço vale à pena.

## **AGRADECIMENTOS**

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, pela confiança na proposta deste trabalho.

À Direção, Coordenação, Professores e em especial aos pais e familiares dos alunos da Escola Estadual Aline Picheth, pelo apoio e respostas aos questionários de avaliação, base fundamental que possibilitou a realização deste trabalho. A todos nossos mais sinceros agradecimentos.

À Professora Lúcia Helena Coutinho dos Santos, pela amizade e pela dedicação, apoio e disposição incondicionais na orientação.

À Professora Mônica Nunes Lima Cat, pelo incentivo pelo trabalho de análise estatística, feito com dedicação, e pela amizade pessoal de muitos anos.

À Professora Eliane Mara Cesário Pereira Maluf pela colaboração no Exame de Qualificação.

Ao Professor Sérgio Antônio Antoniuk, pelo carinho e apoio.

Ao Professor Isac Bruck, pelo ensinamento pessoal e profissional.

À Joseli do Rocio Maito de Lima, pelo incentivo e amizade.

À Professora Leide Parolin Marinoni, pelos ensinamentos e amizade.

À dona Nadir de Barros Lima Muzzolon e Isabel Muzzolon, pelo incentivo e interesse ao longo da realização deste trabalho.

À nossa tia, Beatriz de Barros Lima, pelo carinho, e ajuda na revisão do texto.

À Jaqueline Aparecida Machado, pelo auxílio na digitação e pela

simpatia que sempre demonstrou.

Ao Fred, pela alegria e companheirismo nas horas mais cansativas.

## RESUMO

**Introdução:** A identificação de problemas emocionais e psicossociais deve fazer parte da prática pediátrica. Estudos têm documentado o aumento da prevalência de Transtornos Mentais em crianças e adolescentes. Mesmo assim, pediatras ainda não têm recebido formação adequada para tal. O uso rotineiro de testes de avaliação emocional e psicossocial tem sido proposto como uma forma de aperfeiçoar e assim incrementar o reconhecimento de problemas, possibilitando o início precoce da intervenção apropriada. **Objetivo:** Investigar a eficácia da versão brasileira do *Pediatric Symptom Checklist - PSC* como um instrumento de triagem para a identificação de problemas emocionais e psicossociais e sua prevalência em uma população de crianças e/ou adolescentes com idade entre 6 e 12 anos, cursando o ensino fundamental em uma escola pública na cidade de Curitiba, PR. **Casuística e Métodos:** Na primeira etapa do estudo, o *PSC* foi respondido por 415 pais e/ou responsáveis pelos estudantes com idade média de 9,21 ( $\pm$  1,99) anos, cursando o ensino fundamental, constituindo a população de estudo dos quais, posteriormente, 145 responderam aos questionários *PSC* e *Child Behavior Checklist - CBCL*, formando a amostra de estudo. **Resultados:** Da população inicial de estudo, a frequência de respostas para problemas emocionais e/ou psicossociais, isto é, *PSC* maior ou igual a 28 pontos foi de 14%. Na amostra, a prevalência de *PSC* maior ou igual a 28 pontos foi de 34%. A consistência da versão brasileira do *PSC* foi boa (Cronbach alpha 0.89). A curva ROC mostrou melhor ponto de corte para triagem de 21 pontos, com 96,8% de sensibilidade e 86,7% de especificidade. No ponto de corte (28 e acima) foi verificada sensibilidade de 64,5% e especificidade de 100,00%, similares aos encontrados na versão Americana indicando semelhança entre as amostras Brasileira e Americana. O gênero masculino predominou no grupo com indicativo de problemas emocionais e/ou psicossocial. O *PSC* mostrou-se apropriado para a faixa etária estudada, com maior sensibilidade e especificidade em crianças com idade abaixo dos 10 anos. **Conclusão:** A versão brasileira do *PSC* se mostrou uma ferramenta eficaz na identificação precoce de problemas emocionais e/ou psicossociais em um grupo de crianças e/ou adolescentes em idade escolar.

**Palavras – Chave:** *Pediatric Symptom Checklist*, Identificação Precoce, Transtornos Mentais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The identification of emotional and psychosocial problems must be part of the pediatric practice. Studies have documented the increase in the prevalence of Mental Disorders in children and adolescents. Even so pediatricians still have not received adequate training on this subject. The routine use of emotional and psychosocial assessment tests has been proposed as a way to improve and thus increase the recognition of problems, enabling the early initiation of appropriate intervention. **Objective:** To investigate the effectiveness of the Brazilian version of the Pediatric Symptom Checklist - PSC as a tool at screening for the identification of emotional and psychosocial problems and their prevalence in a population of children and/or adolescents aged between 6 and 12 years, attending the fundamental level in a public school in the city of Curitiba, PR. **Casuistic and Methods:** In the first stage of study, the PSC was answered by 415 parents and/or responsible person for the students with an average age of 9.21 ( $\pm 1.99$ ), taking the elementary schools, of which, later, 145 responded to PSC and Child Behavior Checklist, CBCL questionnaires. **Results:** From the initial population of the study, 14% showed POSITIVE result for the PSC, indicating frequency of response to psychosocial problems, ie value  $\geq 28$ . In the sample the prevalence of PSC POSITIVE was 34%. The consistency of the PSC Brazilian version was good (Cronbach alpha 0.89). The ROC curve showed the better cut-off at 21, with sensitivity of 96.8% and specificity of 86.7%. In the cut point (28 and above) it was observed sensitivity of 64.5% and specificity of 100%, similar to the results found in the American version indicating similarity between the Brazilian and American samples. The male gender prevailed in the group with indicative of psychosocial dysfunction. The PSC proved to be appropriate for the age group studied, with more sensitivity and specificity in children below 10 years of age. **Conclusion:** The Brazilian PSC version proved to be an effective tool in the early identification of emotional and/or psychosocial problems in a group of children and/or adolescents at school age.

**Keys word:** Pediatric Symptom Checklist, Early Identification, Mental Disorders

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS A <b>LSP</b> EM RELAÇÃO A <b>NUNCA, ÀS VEZES</b> E <b>FREQÜENTEMENTE</b> .....	64
GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUANTO AO GÊNERO EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS <b>ÀS VEZES</b> E <b>FREQÜENTEMENTE</b> AGRUPADAS.....	65
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUANTO ÀS IDADES $\leq 10$ ANOS OU $> 10$ ANOS EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS <b>ÀS VEZES</b> E <b>FREQÜENTEMENTE</b> AGRUPADAS.....	66
GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR PERCENTIS SEGUNDO O GÊNERO.....	67
GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR PERCENTIS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA .....	67
GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS POR PERCENTIS EM RELAÇÃO AO GÊNERO CONSIDERANDO OS RESULTADOS DA <b>LSP</b> $\geq 28$ PONTOS.....	68
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS POR PERCENTIS EM RELAÇÃO À IDADE CONSIDERANDO A <b>LSP</b> $\geq 28$ PONTOS.....	69
GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS <b>FREQÜENTEMENTE</b> PARA <b>LSP</b> $< 28$ E $\geq 28$ PONTOS .....	73
GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS <b>ÀS VEZES</b> PARA <b>LSP</b> $< 28$ E $\geq 28$ PONTOS .....	75
GRÁFICO 10 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS <b>FREQÜENTEMENTE</b> NOS GÊNEROS MASCULINO E FEMININO, PARA <b>LSP</b> $\geq 28$ .....	76
GRÁFICO 11 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS <b>FREQÜENTEMENTE</b> NA FAIXA ETÁRIA $\leq 10$ e $> 10$ ANOS.....	77
GRÁFICO 12 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO DOS ESCORES TOTAL DA <b>LSP</b> E DO <b>CBCL</b>	83
GRÁFICO 13 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A <b>LSP</b> E O <b>CBCL</b> PARA A POPULAÇÃO CLASSIFICADA COMO <b>NORMAL</b> .....	83

GRÁFICO 14 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A <b>LSP</b> E O <b>CBCL</b> PARA A POPULAÇÃO CLASSIFICADA COMO <b>LIMÍTROFE</b> .....	84
GRÁFICO 15 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A <b>LSP</b> E O <b>CBCL</b> PARA A POPULAÇÃO CLASSIFICADA COMO <b>CLÍNICO</b> .....	84
GRÁFICO 16 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA <b>LSP</b> CONSIDERANDO O <b>TOTAL DE PROBLEMAS CLÍNICO</b> E <b>NORMAL</b> .....	88
GRÁFICO 17 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA <b>LSP</b> CONSIDERANDO O <b>TOTAL DE PROBLEMAS CLÍNICO</b> VERSUS <b>NORMAL</b> <b>+ LIMÍTROFE</b> .....	88
GRÁFICO 18 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA <b>LSP</b> CONSIDERANDO O <b>TOTAL DE PROBLEMAS CLÍNICO + LIMÍTROFE</b> VERSUS <b>NORMAL</b> .....	89
GRÁFICO 19 – CURVA ROC DA <b>LSP</b> PARA CRIANÇAS ≤ 10 ANOS DE IDADE .....	90
GRÁFICO 20 – CURVA ROC DA <b>LSP</b> PARA CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES > 10 ANOS DE IDADE .....	90
GRÁFICO 21 – CURVA ROC DA <b>LSP</b> PARA PROBLEMAS <b>INTERNALIZANTES</b> .....	91
GRÁFICO 22 – CURVA ROC DA <b>LSP</b> PARA PROBLEMAS <b>EXTERNALIZANTES</b> .....	92

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO QUANTO À SÉRIE ESCOLAR, IDADE E GÊNERO.....	59
TABELA 2 -	DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO QUANTO À SÉRIE ESCOLAR, IDADE E GÊNERO .....	60
TABELA 3 –	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO A <b>NUNCA, ÀS VEZES E FREQUENTEMENTE</b> .....	61
TABELA 4 –	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA <b>LSP</b> $\geq$ 28 QUANTO AO GÊNERO E FAIXA ETÁRIA .....	70
TABELA 5 –	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA <b>LSP</b> $<$ 28 E $\geq$ 28 PONTOS .....	71
TABELA 6 –	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DAS SÍNDROMES APRESENTADAS PELO <b>CBCL</b> .....	78
TABELA 7 –	DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DO <b>CBCL</b> EM <b>PROBLEMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES</b> .....	78
TABELA 8 –	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DAS SÍNDROMES PELO <b>CBCL</b> E SUAS ASSOCIAÇÕES.....	79
TABELA 9 –	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS <b>POSITIVAS</b> DE <b>PROBLEMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES</b> , PELO <b>CBCL</b> ..	80
TABELA 10 –	CONCORDÂNCIA ENTRE OS VALORES DA <b>LSP</b> E DO <b>CBCL</b> PARA OS RESULTADOS <b>NORMAL</b> E <b>CLÍNICO</b> .....	81
TABELA 11 –	CONCORDÂNCIA ENTRE OS VALORES DA <b>LSP</b> E DO <b>CBCL</b> PARA OS RESULTADOS <b>CLÍNICO VERSUS NORMAL + LIMÍTROFE</b> .....	81
TABELA 12 -	CONCORDÂNCIA ENTRE OS VALORES DA <b>LSP</b> E DO <b>CBCL</b> , PARA OS RESULTADOS <b>CLÍNICO + LIMÍTROFE VERSUS NORMAL</b> .....	82

TABELA 13 – MÉDIAS DOS ESCORES DOS RESULTADOS DE <b>PROBLEMAS</b> <b>INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES</b> NOS GÊNEROS MASCULINO E FEMININO.....	85
--	----

TABELA 14 – MÉDIAS DOS ESCORES DOS RESULTADOS DE <b>PROBLEMAS</b> <b>INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES</b> PARA A IDADE > 10 e ≤ 10 ANOS .....	86
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM®	-	<i>Assessment Data Manager</i>
ASEBA	-	Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do <i>Achenback</i>
CBCL	-	<i>Child Behavior Checklist</i>
CENEP	-	Centro de Neuropediatria
CHPS	-	<i>Child Health Professionals</i>
COEF.	-	Coeficiente de Kappa
DSM-III	-	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 3ª edição, 1968.
DSM-IV	-	4ª edição, 1994, Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 3ª edição, 1968.
DSM IV-TR	-	4ª edição, 1994, Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, 3ª edição, 1968. Texto Revisado 2003
ESP	-	Especificidade
EUA	-	Estados Unidos da América
FN	-	Falso Negativo
FP	-	Falso Positivo
LSP	-	Lista de Sintomas Pediátricos
NIMH	-	<i>National Institute Mental Health</i>
PSC	-	<i>Pediatric Sympton Checklist</i>
ROC	-	<i>Receiver Operator Characteristic</i>
SE	-	Sensibilidade
TDAH	-	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
TA	-	Transtorno de Ansiedade
TAG	-	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TAS	-	Transtorno de Ansiedade de Separação
TC	-	Transtorno de Conduta
TD	-	Transtorno Depressivo
TM	-	Transtorno Mental
TOD	-	Transtorno Opositor Desafiador
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná
VPN	-	Valor Preditivo Negativo
VPP	-	Valor Preditivo Positivo
YSR	-	<i>Youth Self Report</i>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
1.1 OBJETIVOS .....	18
1.1.1 Geral .....	18
1.1.2 Específicos .....	18
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>20</b>
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	<b>53</b>
3.1 QUESTIONÁRIO LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS – <b>LSP</b> .....	54
3.2 QUESTIONÁRIO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> – <b>CBCL</b> .....	55
3.3 ETAPAS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS .....	56
3.4 ETAPAS DE CORREÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS .....	57
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	57
3.6 ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ .....	58
<b>4 RESULTADOS</b> .....	<b>59</b>
4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	59
4.2 AMOSTRA DE ESTUDO .....	59
4.3 RESPOSTAS DOS PAIS A <b>LSP</b> .....	61
4.4 ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA .....	69
4.5 ANÁLISE DAS QUESTÕES DA <b>LSP</b> .....	69
4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO <i>CHILD BEHAVIOR CHECKLIST</i> - <b>CBCL</b> .....	74
4.7 CONCORDÂNCIA ENTRE OS RESULTADOS OBTIDOS DA <b>LSP</b> E <b>CBCL</b> .....	80
4.8 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A <b>LSP</b> E <b>CBCL</b> .....	82
4.9 ANÁLISE DA CURVA ROC PARA A <b>LSP</b> .....	86
4.9.1 Análise da Curva ROC para a <b>LSP</b> de acordo com a Faixa Etária .....	89

4.10 ANÁLISE DA CURVA ROC PARA <i>PROBLEMAS INTERNALIZANTES</i> E <i>EXTERNALIZANTES</i> .....	91
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	<b>93</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>106</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>120</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>140</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A subdetecção de Transtornos Mentais em pediatria é bem documentada (COSTELLO *et al.* 1988, MURPHY *et al.*, 1996, JELLINEK *et al.*, 1999, BRUGMAN *et al.*; 2001, BOROWSKY; MOZAYENY; IRELAND, 2003, REIJNEVELD *et al.*, 2006). O reconhecimento, a intervenção e os cuidados preventivos de Transtornos Mentais (TM) em crianças e/ou adolescentes ajudam a delimitar e reduzir os efeitos na sua personalidade, ainda não completamente formada, contribuindo para um desenvolvimento saudável. A falta de reconhecimento precoce, a persistência e o agravamento dos sintomas nos estágios posteriores de seu desenvolvimento podem causar prejuízos, não só à sua vida diária como da família e da sociedade.

Estudos epidemiológicos recentes com crianças e/ou adolescentes nos Estados Unidos da América (EUA) indicam uma prevalência entre 17 a 27% de algum tipo de Transtorno Mental (STOPPELBEIN *et al.*, 2005; REIJNEVELD *et al.*, 2006). As variações nos índices dependem não só dos tipos de instrumentos de avaliação, mas também de outros fatores. No Brasil, na cidade de Taubaté, em um estudo recente GOODMAN *et al.*, (2005) encontraram a prevalência de 12,5% de jovens com pelo menos um Transtorno Mental. Nas áreas urbanas carentes, onde fatores socioculturais de risco estão presentes, o índice encontrado foi de 13,7%. A variação regional de prevalência é visível também no estudo realizado em Ilha da Maré, na Bahia, um centro de cultura afro-brasileiro, onde foram encontradas taxas 50% menores que as evidenciadas em Taubaté.

A relação entre fatores genéticos e ambientais na origem dos TM é dinâmica e cumulativa na capacidade de influenciar o desenvolvimento da criança e/ou adolescente e alterar suas condições futuras. O resultado negativo de situações vividas na infância, os fatores de risco genético, biológico, psicológico e ambiental, além das complexas interações entre eles, podem

trazer como conseqüência o surgimento de um ou mais TM. Entre os mais prevalentes encontram-se o Transtorno Depressivo (TD), Transtorno de Ansiedade (TA), Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) e o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), sendo freqüente a presença de mais de um destes no mesmo indivíduo (CANINO *et al.*, 2004). Essas inter-relações podem dificultar o diagnóstico e, por conseqüência, a intervenção precoce por profissionais da saúde não familiarizados com essas características clínicas. No entanto, o indicativo de um Transtorno Mental na infância e na adolescência não deve ser confundido com características normais da fase de desenvolvimento, que podem apresentar semelhança com sintomas patológicos.

A alta prevalência de TM nessas fases demanda do profissional da saúde a utilização de técnicas de auxílio na identificação da necessidade de avaliação e tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. A maioria desses profissionais, muitos deles pediatras, não se sente adequadamente treinado ou não dispõe de tempo hábil para a identificação e conseqüente encaminhamento de crianças e/ou adolescentes com indicativo de TM.

A alternativa para o profissional seria o uso de escalas de avaliação já validadas, como o **CBCL - Child Behavior Checklist** (ACHENBACH, 1991) e o **PSC - Pediatric Symptom Checklist** (JELLINEK; MURPHY; BURNS, 1986). O **CBCL** é um questionário amplo, considerado padrão ouro, a ser respondido por pais, reportando as competências e problemas em crianças e/ou adolescentes na faixa entre 6 e 18 anos. Para isso se baseia nas suas atividades de rotina, relações sociais e *performance* escolar da criança, fornecendo uma análise do perfil emocional, social e comportamental da criança e/ou adolescente. Porém devido à sua complexidade e à necessidade de profissionais treinados para sua aplicação, correção e interpretação dos resultados, o seu uso é mais restrito. O **PSC** é um instrumento de triagem para identificação de pacientes com potenciais diagnósticos de TM. É de fácil

administração, entendimento e interpretação dos resultados. Fornece dados sobre o desenvolvimento e funcionamento emocional e psicossocial da criança e/ou adolescente, suficientes para que o profissional da saúde, junto com os pais, possa decidir sobre a orientação e conduta a ser tomada.

Considerando as falhas na identificação precoce e a demora no encaminhamento da população potencialmente afetada, este estudo tem por objetivo avaliar o uso do **PSC - Pediatric Symptom Checklist** traduzido para a Língua Portuguesa para **LSP- Lista de Sintomas Pediátricos**, como um instrumento de triagem de problemas emocionais e psicossociais em uma população de crianças e/ou adolescentes com idades entre 6 a 12 anos, estudantes do ensino fundamental em uma escola pública na Cidade de Curitiba – PR.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Geral

Avaliar a eficácia da aplicação da **Lista de Sintomas Pediátricos – (LSP)** como um instrumento de triagem para identificação de problemas emocionais e psicossociais em uma população de crianças e/ou adolescentes com idade entre 6 e 12 anos, estudantes do ensino fundamental em uma escola pública na Cidade de Curitiba – PR.

### 1.1.2 Específicos

- a) Analisar as respostas dos pais dos alunos ao questionário **LSP** e sua consistência interna e fidedignidade de mensuração;
- b) Avaliar a prevalência de resultados **POSITIVOS** da **LSP**, segundo o ponto de corte proposto pelo critério americano:
- c) Verificar a frequência de **LSP POSITIVA**, com relação ao gênero

e faixa etária;

- d) Verificar a concordância entre os resultados denominados **POSITIVOS**, segundo definição da **LSP** e os resultados denominados **CLÍNICOS**, segundo definição do **CBCL**, constatados nos questionários respondidos pelos pais dos alunos que responderam a segunda avaliação;
- e) Averiguar a concordância do ponto de corte preconizado para a população Americana na **LSP** em relação à população deste estudo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

A detecção e a intervenção precoces de Transtornos Mentais melhoram substancialmente o prognóstico e o desenvolvimento emocional da criança e/ou adolescente (VERHULST; VANDER, 1997; DURLAK; WELLS, 1998; MURTHY *et al.*, 2001; THUN-HOHENSTEIN; HERZOG, 2007). Os Transtornos Mentais na infância e/ou adolescência são freqüentes e podem interferir seriamente no desempenho diário do indivíduo. Quando não tratados, os sintomas podem persistir e acarretar sérias conseqüências para o jovem adulto (DURLAK; WEELS, 1998; NELSON; WESTHUES; MACLEOD, 2003).

Estudos epidemiológicos recentes indicam uma prevalência de 17 a 27% de algum tipo de TM em crianças e/ou adolescentes nos Estados Unidos da América (EUA) (BERNAL *et al.*, 2000; NAVON; NELSON, 2001). Estima-se que 11% de todas as crianças americanas apresentam, em algum grau, problemas de saúde mental (GLIED; CUELLAR, 2003). Meltzer *et al.* (2000) estudaram 10.500 famílias inglesas e obtiveram uma taxa de prevalência de 10% de Transtorno Mental, índice similar ao encontrado nos EUA.

Em Singapura, Woo *et al.* (2007), uma pesquisa realizada pela Sociedade Psiquiátrica de Epidemiologia, utilizando como forma de avaliação o **CBCL** e/ou **Young Self Report – YSR**, encontrou 16,1%, em amostra de 2.940 crianças e/ou adolescentes em idade escolar.

Em Porto Rico, Canino *et al.* (2004), utilizando o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria, (DSM-IV) detectaram prevalência de TM entre 9 e 16% em crianças e/ou adolescentes, estando esta associada a critérios diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em 8%, Transtorno Opositivo-Desafiador em 5,5%, Transtorno de Ansiedade de Separação em 3,1% e Transtorno Depressivo em 3%. Esses índices aumentaram para 18 a 38% numa população de crianças pobres em Porto Rico e New Haven (BIRD *et al.*, 1988).

Dryfoos (1991) considerou que metade das crianças e/ou adolescentes americanos entre 10 e 17 anos de idade estão envolvidos em pelo menos dois ou mais comportamentos de risco, como abuso de álcool e drogas, delinquência, baixo aproveitamento escolar e gravidez. Há poucos estudos realizados em países em desenvolvimento e os existentes apontam para taxas igualmente semelhantes aos países desenvolvidos (NIKAPOTA, 1991).

No Brasil, em Taubaté, cidade do interior de São Paulo, Goodman *et al.* (2005) encontraram incidência 50% maior de Transtorno Mental que as encontradas na Ilha de Maré, Bahia, onde há uma concentração da cultura afro-brasileira. Em Taubaté, 12,5% de crianças e adolescentes apresentaram pelo menos um Transtorno Mental. As áreas urbanas carentes mostraram taxas mais elevadas (13,7%), sugerindo fatores socioculturais de risco.

Sameroff *et al.* (1987), estudando o papel do meio ambiente na determinação do Transtorno Mental (*Rochester Longitudinal Study*), acompanharam crianças desde o período pré-natal até a adolescência e encontraram fatores de risco para o desenvolvimento de TM na infância e adolescência. Entre eles, a história de doença mental materna, níveis elevados de ansiedade materna, perspectivas parentais limitadas, interação limitada entre a criança e a mãe, pais sem ocupação qualificada, baixa escolaridade materna, família de grupos étnicos minoritários, famílias monoparentais, presença de eventos estressores e família com quatro ou mais filhos. A pesquisa mostrou que crianças com múltiplos riscos tinham 24 vezes mais chances de apresentar TM quando comparadas com as de risco único.

Estudos epidemiológicos ressaltam a relação entre famílias de classe social baixa e o aparecimento de TM em crianças e/ou adolescentes. Essa análise foi demonstrada ser plausível, considerando a maior probabilidade da existência de múltiplos riscos na população menos assistida. A diferença entre a causalidade social e seleção social deve ser considerada. Na primeira, a interação entre aspectos genéticos e ambientais permanece em estado de

latência até que a criança seja exposta a adversidades e estresses, e assim desenvolva algum tipo de TM por situações alheias ao seu controle. Na segunda, a correlação se dá em crianças predispostas, que descem até a linha de pobreza ou não conseguem sair dela, fazendo com que o ambiente aumente o risco do TM (DODGE; PETIT; BATES, 1994).

Costello *et al.* (2003) demonstraram que intervenções, como a saída da pobreza, diminuíram significativamente sintomas relacionados ao Transtorno Opositivo-Desafiador e Transtorno de Conduta, porém não modificou os sintomas como Ansiedade e Depressão, sugerindo que outras medidas terapêuticas devem ser tomadas como intervenção. Fatores de risco não são elementos estáticos. Hoje se sabe que além dos componentes biológicos, há também o impacto social, ambiental e psicológico na vida da criança afetando o substrato neural. A relação entre genética e ambiente é dinâmica, mas também cumulativa, na sua capacidade de influenciar o desenvolvimento do indivíduo e alterar condições futuras. O efeito cumulativo de risco pode ser mais importante na determinação dos TM na infância que a presença de um único estressor, independente da magnitude deste. Assim, reconhecer as primeiras manifestações, sinais ou sintomas, permite que, quando necessário, esses pacientes sejam encaminhados para avaliação e intervenções precoces que poderão modificar o curso da enfermidade.

A posição da criança e/ou adolescente na dinâmica familiar e social e seu desenvolvimento diferem daqueles da vida adulta, já que se encontra em períodos da vida em que se desdobram os processos cruciais de sua constituição, tempo em que sua estrutura de formação da personalidade ainda não está consolidada. Ao intervir precocemente, delimita-se um conjunto de especificidades ainda não formadas completamente. O resultado negativo de situações vividas na infância, os fatores de risco genético, biológico, psicológico, ambientais envolvendo interações complexas entre eles, pode trazer como resultado a formação de TM (GRILLO; SILVA, 2004).

Uma criança encontra-se com problemas quando suas angústias, sua ambivalência e os obstáculos que ela opõe a sua adaptação ultrapassam certo limite, ou quando as dificuldades que enfrenta ou cria ao seu redor são muito grandes. Os TM em pediatria são mais difíceis de se manifestar de forma específica. Na maioria das vezes estão formulados de uma forma extensiva, isto é, podem ter elementos associados como fobia, obsessão e ansiedade. Isso significa que a maioria dos TM na infância e/ou adolescência possui inter-relações entre si que dificultam o seu diagnóstico e a intervenção precoce.

A criança e/ou adolescente é um ser em evolução e lábil em suas manifestações comportamentais. Assim, alguns sintomas em determinada fase não são necessariamente considerados patológicos, sendo às vezes apenas resultados de um conflito, como um compromisso passageiro, uma defesa momentânea e necessária, como um corte no desenvolvimento, cuja finalidade seria a reformulação da situação, tendo assim consistência positiva para eles (JERUSALINSKY, 1997). A cada nova fase de maturação são criadas novas situações conflitivas como também novos meios para enfrentá-los e modificar as anteriores. Porém a mesma causa pode ter resultados diferenciados, positivos ou negativos no desenvolvimento. Por exemplo, uma separação materna transitória pode tanto conduzir a debilidades emocionais como estimular o desenvolvimento de mecanismos adaptativos.

O indicativo de um TM na infância não deve ser confundido com características normais das fases de desenvolvimento. Porém, vale ressaltar que as características peculiares de cada fase encontram-se definidas dentro de certo equilíbrio de funcionamento que, se desorganizadas por alguma razão, podem levar a sintomas de natureza transitória ou ser a primeira manifestação de um sintoma patológico (SIBEMBERG, 1997).

Crianças menores de 10 anos possuem uma menor capacidade de exprimir seu sofrimento pela linguagem oral, além de serem mais permeáveis às influências do meio ambiente em razão da ausência de mecanismos de

defesa maduros. Dessa forma, muitas vezes sua desorganização emocional não é reconhecida a não ser quando já está instalada e estruturada. O valor atribuído a um sintoma deve estar sempre ligado à história da criança, aos acontecimentos do seu ambiente, ao sentido que ele adquiriu na organização de sua personalidade, à sua labilidade ou rigidez às mudanças e as suas capacidades para superá-los (GRILLO; SILVA, 2004).

O médico, particularmente o pediatra, é quem tem a maior possibilidade de acompanhar a criança desde seu estágio inicial de vida. Tem uma posição privilegiada para supervisionar, observar e acompanhar sua evolução e deveria ser capaz de identificar precocemente situações de risco. Representa, assim, um papel importante como agente na intervenção e prevenção do TM, já que tem o potencial de ser a maior fonte de informação dos pais em relação ao desenvolvimento da criança.

O envolvimento e o reconhecimento, pelo pediatra, das primeiras alterações de comportamento da criança, podem permitir a modificação do curso da enfermidade, além da promoção da saúde mental. Repercussões imediatas no sofrimento e melhora da qualidade de vida da criança e de sua família poderão ser percebidas, além de favorecer a diminuição do uso abusivo de álcool e drogas, da violência e do desenvolvimento de doenças psiquiátricas na vida adulta (GRILLO; SILVA, 2004).

O pediatra deve estar atento e preparado para a detecção precoce sempre que houver problemas no rendimento escolar que não possam ser explicados por fatores intelectuais, sensoriais ou outras incapacidades físicas, dificuldade em estabelecer e manter relações sociais com colegas, professores e familiares, reações comportamentais de sentimentos inapropriados diante de situações corriqueiras; tristeza e depressão continuadas, tendência a desenvolver sintomas físicos ou medos associados a problemas comuns, entre outros.

A alta prevalência de TM em crianças demanda que o pediatra utilize

técnicas que o ajude na identificação de crianças com necessidade de avaliação e/ou tratamento psicológico/psiquiátrico. Ainda hoje muitos pediatras utilizam o “sexto sentido” nessa identificação, por não se sentirem adequadamente preparados (STELLIN, 2007).

Edelbrock e Costello (1988) demonstraram que pediatras de um ambulatório de cuidados primários identificaram somente 17% de crianças e/ou adolescentes com problemas emocionais, e desses, apenas 3,6% foram encaminhados para avaliação especializada. Na Holanda, médicos pediatras deixaram de identificar 43% das crianças que tinham sido classificadas como portadoras de características consideradas altamente indicadoras de Transtorno Mental, por meio de testes de triagem (REIJNEVELD *et al.*, 2006).

Um caminho para o pediatra aperfeiçoar sua habilidade na identificação e, por consequência, o encaminhamento precoce de crianças e/ou adolescentes com indicativos de Transtorno Mental, é o uso de escalas validadas. Nos Países Baixos, um serviço de detecção precoce de TM denominado *Child Health Professionals – CHPs*, é oferecido a todas as crianças e adolescentes de 0 a 19 anos. É um dos mais importantes serviços na detecção precoce de Transtornos Mentais, comparável ao da comunidade pediátrica nos EUA. Como parte desse sistema, mais de 90% de todas as crianças é submetida a 3 a 4 avaliações pela Lista de Sintomas Pediátricos (**LSP**) durante sua vida escolar, ensino fundamental e médio. A legislação obriga profissionais da saúde a entrevistarem pais e crianças para identificação e encaminhamento precoce das que apresentam algum indicativo de TM. Esse serviço é comparável ao americano, porém não oferece tratamento no próprio local, referenciando os pacientes (BIRD *et al.*, 1988).

A **LSP** é um teste de triagem para crianças e/ou adolescentes de 0 a 16 anos, de fácil administração, entendimento e interpretação. O pediatra que já utiliza em seus procedimentos outros instrumentos de triagem terá facilidade em manuseá-la. Ela fornece informações sobre o desenvolvimento emocional e

funcionamento psicossocial da criança, o suficiente para que o pediatra possa se orientar sobre a direção e condução a ser tomada. A **LSP** pode ser completada pelos pais enquanto aguardam a consulta pediátrica de seu filho. Em alguns Centros de Saúde nos EUA e Países Baixos ela faz parte da rotina de avaliação da mesma forma que as informações sobre sintomas clínicos físicos e orgânicos (REIJNEVELD *et al.*, 2004). Ela contém 35 itens de rápido preenchimento que contabilizados, refletem a impressão dos pais sobre o funcionamento, desempenho e desenvolvimento de seu filho. Seu formato é de apenas uma página onde os pais pontuam a existência do problema em “**Nunca/Não** = 0”; “**Às vezes** = 1” e “**Freqüentemente** = 2”. O ponto de corte para resultado positivo de risco obtido na população americana de crianças e/ou adolescentes de 6 a 16 anos é igual ou superior a 28 pontos (JELLINEK; MURPHY; BURNS, 1986). Para a idade de 4 a 5 anos são excluídos 4 dos 35 itens, restando 31 itens, com ponto de corte de 24 pontos. Nesse caso, são retirados os itens: “Pouco interesse na escola”, “Problema com a professora”, “Notas escolares decaindo” e “Falta às aulas sem motivo”, itens pouco expressivos para essa faixa etária (PAGANO *et al.*; 1996, THUN-HOHENSTEIN; HERZOG, 2007). A versão para adolescentes acima de 11 anos, o **Youth Pediatric Symptom Checklist – (Y-PSC)**, tem como ponto de corte, 30 pontos. O **PSC-17** é o formato reduzido, com 17 questões (GARDNER *et al.*, 1999). Na tabulação dos dados, o resultado será considerado inválido se três ou mais itens forem deixados em branco. O primeiro estudo utilizando a **LSP** foi realizado adotando como critérios os sintomas mais freqüentes conforme a Associação Americana de Psiquiatria – DSM – III, a avaliação clínica de pediatras, psicólogos e psiquiatras infantis, além da revisão de itens utilizados em outras escalas já existentes e que tinham como objetivo a triagem de crianças e/ou adolescentes com indicativo de TM. Um hospital geral pediátrico foi escolhido para o estudo piloto e a população foi a de crianças e/ou adolescentes indicados para avaliação

psiquiátrica (JELLINEK; MURPHY; BURNS, 1986). Neste estudo, foi escolhida a faixa etária entre 6 a 12 anos de idade, período em que as consultas ao pediatra ocorrem em intervalos maiores. Foram convidados pais de crianças e/ou adolescentes que freqüentavam os diferentes ambulatórios do Hospital. Esses pais responderam a uma avaliação socioeconômica, a **LSP** e o **CBCL**, considerado no estudo como padrão ouro. Na primeira etapa, 97% dos 250 pais, que, quando convidados, concordaram em participar do estudo, receberam a **LSP**. Desses, 85% completaram a triagem, sendo 111 do gênero masculino (54%) e 95 do gênero feminino (46%). A validação da **LSP** foi feita apurando sua concordância com os escores do **CBCL**. Embora o **CBCL** possua 2 subescalas – uma de competência social e outra de problemas emocionais/comportamentais - o estudo utilizou apenas a segunda por considerar que possuía mais elementos comparativos com o formato da **LSP**. Inicialmente testaram-se os resultados utilizando pontos de corte entre 20 e 40 para pacientes de diferentes especialidades ambulatoriais avaliados como sendo de risco para TM. O ponto de corte considerado mais aceitável no nível de concordância com o **CBCL** para escore **Clínico** foi de 28 pontos ou mais, com sensibilidade de 68,0% e especificidade de 95,4% (JELLINEK *et al.*, 1988; REIJNEVELD *et al.*, 2006). A validade desse instrumento tem sido demonstrada em vários centros de atendimento à população americana da área urbana, do subúrbio e do interior, além de grupos étnicos e sócio-econômico heterogêneos (CANINO *et al.*, 2004). Crianças com doenças crônicas e de clínicas privadas também foram avaliadas (ANDERSON *et al.*, 1998). Dada a boa validade e aplicabilidade nos serviços comunitários de saúde da criança nos EUA, a **LSP** é, provavelmente, candidata ao uso em outros países que tem preocupação com os cuidados preventivos da saúde da criança, tal como nos Países Baixos.

Em outro estudo, com 206 crianças e/ou adolescentes de 6 a 16 anos, 165 (80%) foram classificadas, com concordância entre **LSP** e **CBCL**, como

não sendo de risco e 17 (8%) como sendo de risco. As outras 24 (12%) foram classificadas como sendo de risco em uma das escalas, mas não na outra. Para 13 delas (6%) a pontuação foi menor ou igual a 3 pontos de diferença para preencher o critério para risco. Nesse trabalho não houve diferença significativa com relação ao gênero, tanto para o ponto de corte acima como abaixo de 28 pontos. O **CBCL** também identificou diferença estatística significativa quanto ao gênero. Para a **LSP**, trinta e quatro dos 35 itens que compõe o questionário, mostraram significância estatística. Apenas o item “Falta às aulas sem motivo” não foi estatisticamente significativo. Nesse estudo, o uso da **LSP** com menos de 35 itens não se mostrou útil como um teste de triagem. Também foi observada uma excelente correlação com o **CBCL**, alta consistência interna e boa correlação entre teste e reteste (MURPHY *et al.*, 1992).

Jellinek; Murphy e Burns (1986) também conduziram um estudo em três diferentes classes sociais no qual níveis elevados de concordância entre **LSP** e **CBCL** foram encontrados. Estudos comparando os escores da **LSP** com os do CGAS - *Children's Global Assessment Scale* também alcançaram níveis elevados de sensibilidade, além de boa concordância e correlação com o CGAS (JELLINEK; MURPHY; ROBINSON, 1988). Um estudo desenvolvido com uma população de crianças e/ou adolescentes com sérios problemas psiquiátricos diagnosticados pelo médico ou pelo psicólogo obteve elevados índices de confiabilidade e consistência interna (MURPHY *et al.*, 1992).

Em uma cidade do interior dos EUA que atende predominantemente uma população afro-americana de baixa renda, um estudo demonstrou que o uso da **LSP** aumentou de 1,5% para 18% o número de crianças referidas para atendimento em saúde mental. A maioria delas, mais de metade com escore significativamente alto para TM, não tinham sido, até então, identificadas pelo pediatra ou recebiam qualquer tipo de atendimento especializado. O uso da **LSP** também melhorou a percepção e a atenção do profissional de saúde para

sinais de problemas emocionais, que mesmo não obtendo escores próximos ao ponto de corte, tinham elementos significativos para avaliação psicológica, como gravidez na adolescência e abuso sexual, entre outros (MURPHY *et al.*, 1992).

Um estudo com uma amostra de 117 crianças com idade de 4 a 5 anos, sendo 60 meninos e 57 meninas, distribuídos entre americanos, mexicanos, espanhóis e caucasianos, foi realizado utilizando a **LSP** para essa faixa etária. Desses, 60 responderam no formato escrito e 57 oral. Foram encontrados 7% de crianças com a **LSP** acima de 24 pontos, sendo que apenas 1% havia tido a identificação e o encaminhamento pelo pediatra ao profissional especializado (PAGANO *et al.*, 1996).

A maioria dos estudos utilizando a **LSP** tem como padrão ouro para testes comparativos de confiabilidade, sensibilidade, especificidade e concordância o **CBCL** - *Child Behavior Checklist*. O Sistema de avaliação empiricamente baseado no *Achenbach* (ASEBA) possui escalas de avaliação que fornecem múltiplas perspectivas sobre o funcionamento de cada entrevistado, de acordo com a sua pontuação, faixa etária e gênero. O ASEBA é o Sistema de Avaliação Multicultural de Psicopatologia e Funcionamento Adaptativo mais utilizado e pesquisado internacionalmente. Com mais de 6.000 publicações de pesquisas em mais de 67 culturas, seus questionários já foram traduzidos em 74 línguas (ACHENBACH; RESCORLA, 2007). Para aplicação em crianças o ASEBA possui instrumentos que podem ser preenchidos por pais, professores, cuidadores, entrevistadores clínicos, observadores de comportamentos em grupo, além de jovens que podem responder sobre si próprio considerando o comportamento dos últimos 6 meses. Para adultos, o ASEBA pode ser respondido pela própria pessoa em uma auto-avaliação, ou pessoas que convivem e conhecem o avaliado, como esposo (a), parceiros, pais, filhos adultos, parentes, cuidadores e/ou amigos. O ASEBA pode ser usado para avaliação inicial, reavaliação ou avaliação de resultado final.

O **CBCL** - *Child Behavior Checklist* é uma das formas de avaliação do ASEBA, indicado para crianças de 6 a 18 anos, de ambos os gêneros e foi validado no Brasil por Bordin, Mari e Caeiro (1995). Crianças raramente buscam serviços de saúde mental e dificilmente são capazes de relatar a história e a natureza de seu problema. Assim, os profissionais de saúde devem recorrer aos pais, responsáveis ou cuidadores para obter dados sobre o funcionamento do indivíduo.

O **CBCL** se destaca das demais formas de avaliação de Saúde Mental pelo seu rigor metodológico, valor em pesquisas e utilidade na prática clínica. Suas escalas fornecem ampla cobertura dos sintomas psicopatológicos comumente encontrados na infância e adolescência. Ele é dividido em duas partes. A primeira é denominada **Competência Social** isto é, refere-se ao envolvimento e desempenho da criança em diversas atividades (esportes, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos e tarefas), participação em organizações de grupo (clubes e times), relacionamento com outras pessoas (familiares, amigos e outras crianças ou jovens), capacidade de brincar ou realizar pequenos trabalhos domésticos, desempenho escolar (aproveitamento curricular, reprovação e necessidade de classe ou escola especial). O relato dos pais sobre as atividades favoritas da criança e/ou adolescente, o grau e a qualidade do envolvimento nas atividades, e suas amizades fornece ao profissional exemplos concretos das habilidades e pontos fortes. É um material valioso que pode ser discutido na entrevista clínica. Nessa parte, a somatória dos escores relacionados às questões de competência social é convertida em T escores, de acordo com a análise específica para gênero e idade. O escore de desempenho escolar não é convertido em T escore. Os T escores são agrupados em 3 escalas: 1) **Atividade**; 2) **Social**; 3) **Competência Social** (ACHENBACH, 1991).

Os resultados dessa escala permitem classificar as crianças/adolescentes como **Normal**, **Limítrofe** ou **Clínico**. Para as duas

primeiras escalas, **Atividade** e **Social**, os escores menores que 30 são considerados **Clínico**, entre 30 e 33 são **Limítrofe** e acima de 33 **Normal**, ou seja, socialmente competente. Na escala **Total de Competência Social**, os escores menores que 33 são para **Clínico**, entre 33 e 40 para **Limítrofe** e acima de 40 **Normal**. Na escala **Total de Competência Social** quanto maior o escore, mais socialmente competente é a criança e/ou adolescente.

A segunda parte, denominada **Problemas de Comportamento** é composta por 118 questões na qual pais ou cuidadores devem pontuar como “não é verdadeiro/ausente” (escore = 0), “algumas vezes/um pouco verdadeiro” (escore = 1), “freqüentemente verdadeiro” (escore = 2) para os últimos seis meses, a contar da data do preenchimento.

De acordo com a análise fatorial e os achados multiculturais, os itens do **CBCL** foram divididos em oito síndromes:

- 1) Ansiedade/Depressão
- 2) Isolamento/Depressão
- 3) Queixas Somáticas
- 4) Problemas Sociais
- 5) Problemas de Pensamento
- 6) Problemas de Atenção
- 7) Quebrar Regras
- 8) Comportamento Agressivo

As três primeiras síndromes, Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Problemas Somáticos são agrupadas como **Problemas Internalizantes**, e as síndromes denominadas Quebrar Regras e Comportamento Agressivo como **Problemas Externalizantes**. As outras são analisadas de maneira independente.

Os nomes atribuídos às síndromes pertencem a um vocabulário familiar aos profissionais de saúde mental para facilitar a comunicação entre

aqueles que fazem uso dos inventários. Porém, essas síndromes não permitem realizar diagnósticos psiquiátrico-psicológicos dos pacientes que se submetem a elas, pois não representam entidades nosológicas. É possível, porém, classificar como **Normal**, **Limítrofe** ou **Clínico**, de acordo com as síndromes, com as Escalas de **Problemas Internalizantes** e **Problemas Externalizantes** ou com o **Total de Problemas de Comportamento** (ACHENBACH, 1991). O autor, bem como Dias (2001), ressaltam que é possível incluir o grupo limítrofe entre os clínicos, de acordo com o estudo que se pretende fazer. Nas síndromes, um T score igual ou acima de 70 é considerado **Clínico**, de 65 a 69 **Limítrofe** e abaixo de 65, **Normal**. Para as escala de **Problemas Internalizantes** e **Problemas Externalizantes** e para o **Total de Problemas de Comportamento** o T score deve ser igual ou abaixo de 60 para **Normal**, entre 60 e 63 para **Limítrofe** e igual ou acima de 63 para **Clínico**, respectivamente. O agrupamento proposto por Achenbach (1991) para os comportamentos e a competência social ajuda o avaliador a traçar um perfil comportamental da criança ou do adolescente. Entidades freqüentes na prática pediátrica já foram estudadas, mostrando uma boa correlação entre a **LSP** e o **CBCL** para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Opositivo Desafiador, Transtorno de Ansiedade de Separação e Generalizada e Depressão em Crianças e/ou Adolescentes (CANINO *et al.*, 2004; WILLIAMS *et al.*, 2004).

O Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade é considerado a entidade neurobiológica mais comum na infância. O diagnóstico é clínico, definido com características de sintomas de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade que resultam num comprometimento significativo das funções sociais, acadêmicas e profissionais. Os sintomas geralmente surgem desde a primeira infância e ocorrem na maioria das situações e ambiente da criança. Geralmente a causa é familiar. Pais com TDAH apresentam risco de 50% de terem uma criança com transtorno, e aproximadamente 25% das crianças

diagnosticadas têm pais com os mesmos sintomas (FARAONE *et al.*, 2003). Pesquisas genéticas indicam que o TDAH está associado a disfunções de neurotransmissores, principalmente do sistema dopaminérgico e noradrenérgico (SANDBERG, 2002). Fatores adquiridos no período pré-natal, perinatal ou pós-natal podem interferir nos circuitos subcorticais das áreas pré-frontais e gânglios da base (REBOLLO, 1971). Muitas vezes fatores adquiridos são associados aos genéticos (VOELLER, 2004). Fatores pré-natais, como a exposição do feto ao fumo e álcool, aumentam o risco de TDAH (LINNET *et al.*, 2003).

Recém nascidos com anemia, hipóxia ou prematuridade apresentam maior frequência de TDAH (DECKER; RYE, 2002; BEARD; CONNOR, 2003). No período pós-natal, qualquer injúria como quadros hipóxicos isquêmicos, infecciosos, traumas e intoxicações podem causar TDAH (VOELLER, 2004; ROTTA, 2006).

Estudos populacionais epidemiológicos mostram a relação de 3:1 para o gênero masculino, sugerindo que o TDAH é subdiagnosticado no gênero feminino, porque neste predominam os sintomas atencionais, além de os indivíduos apresentarem poucos sintomas de agressividade, impulsividade, baixas taxas de Transtorno de Conduta e alto nível de comorbidades como Transtorno de Humor e Ansiedade (BROWN *et al.*, 2001; BARKLEY *et al.*, 2002).

Em 1996, Bourneville descreveu crianças que apresentavam uma certa instabilidade caracterizada por uma mobilidade intelectual e física extremas. Demoor, em 1901, relatou características de instabilidade e desequilíbrio da afetividade, excesso de expressão das emoções, ambivalência das reações - cóleras que se transformam rapidamente em carícias, dor que passa rapidamente à alegria, atos de indisciplina dos quais a criança se arrepende quase que imediatamente - falta de inibição e de atenção, necessidade constante de movimentos e de mudanças com palavras e gestos

entrecortados.

Abramsou,<sup>1</sup> 1940 contribuiu com um estudo sobre o que denominou instável psicomotor, demonstrando que o instável psicomotor atua em geral em curto-circuito, isto é, muito mais de maneira intuitiva e confusa, não utiliza os encadeamentos, as posições, as confrontações e apresentam dificuldade para ordenar os fatos no tempo. O instável psicomotor é atingido por todos os estímulos externos, sendo incapaz de inibir sua necessidade de dispersão. Sua atenção é lábil, se fixa tanto no detalhe quanto no conjunto sem fazer a análise e a atividade ordenada o fatiga (ABRAMSOU, 1940, *apud* AJURIAGUERRA, 1976). Em geral a criança com TDAH tem êxito nos testes que requerem grande dispêndio de energia em pouco tempo, enquanto fracassa nos testes que exigem coordenação, precisão e rapidez no movimento, isto é, em tudo que requer um esforço de inibição e organização (SANDBERG, 2002; ROHDE; MATTOS, 2003).

Os estudos que se seguiram durante a década de 1930 até a de 1960 associaram as características apresentadas como lesões cerebrais, criando o conceito de “Lesão Cerebral Mínima”, rapidamente modificado para “Disfunção Cerebral Mínima” pela falta de suporte de que todas as crianças apresentassem lesões cerebrais. Mas foi apenas em 1968, na 3ª Edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III), que a nomenclatura “Reação Hiperkinética na Infância” foi utilizada, sendo modificada após a década de 70 para “Transtorno de Déficit de Atenção”. Com a publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV) em 1994 a denominação é alterada em razão da diferenciação de subtipos, com base na presença ou ausência de impulsividade ou hiperatividade, para “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade”, que se

---

<sup>1</sup> Abramsou, F. *L'infant et l'adolescent instable*. Paris, Alcan, 1940.

mantém até hoje com modificações atualizadas para os subtipos.

Várias escalas de avaliação são utilizadas para o diagnóstico do TDAH, como DSM-IV, o Código Internacional de Doenças (CID 10), o **CBCL** e o Questionário de Connors Para Pais e Professores. O DSM-IV é considerado o sistema de diagnóstico mais utilizado e o mais estudado. Várias pesquisas com amostras populacionais clínicas definem, por meio de consistência interna e análise fatorial, a validade discriminatória populacional deste método (HART et al., 2001; WOLRAICH *et al.*, 1996). Segundo o DSM-IV para o diagnóstico de TDAH, devem ser satisfeitos os critérios 1 ou 2 (ou ambos).

Critério 1 - A presença de seis ou mais dos seguintes sintomas de Déficit de Atenção persistentes pelo menos por 6 meses em intensidade mal-adaptativa e incompatível com o nível de desenvolvimento da criança:

- Não presta atenção a detalhes ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, trabalho ou outras atividades;
- Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou brincadeiras;
- Parece não escutar quando lhe falam diretamente;
- Não segue instruções e não termina tarefas escolares, atribuições domésticas ou deveres no trabalho (que não sejam devidos a comportamento desafiador ou incapacidade de entender as instruções);
- Tem dificuldades em organizar tarefas e atividades;
- Evita ou reluta em começar tarefas que exigem esforço mental (tais como tarefas escolares e domésticas);
- Perde objetos necessários para as tarefas e atividades, tais como brinquedos, lápis, livros ou ferramentas;
- Distrai-se facilmente;
- É esquecido em atividades diárias.

Critério 2 - A presença de seis ou mais dos seguintes sintomas de Hiperatividade e Impulsividade persistentes por pelo menos 6 meses, em intensidade mal-adaptativa e incompatível com o nível de desenvolvimento da criança, considerando-se sintomas de Hiperatividade os seguintes:

- Agita as mãos ou os pés ou se mexe na cadeira ou carteira;
- Sai do seu lugar na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- Tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- Está sempre em movimento, ou age como se “estivesse ligado a um motorzinho” ou, “a mil” ou a “todo vapor”;
- Fala em excesso.

Consideram-se sintomas de Impulsividade os seguintes:

- Dá respostas precipitadas antes das perguntas terem sido completadas;
- Tem dificuldade para esperar sua vez em jogos ou situações de grupo;
- Interrompe ou se intromete nas atividades dos outros (intromete-se em conversas ou brincadeiras).

Consideram-se ainda como sintomas adicionais os que seguem:

- Os sintomas devem estar presentes (não necessariamente diagnosticados) antes dos 7 anos de idade;
- Persistência: o comprometimento tem de persistir por pelo menos seis meses;
- Comprometimento pelos sintomas presentes em dois ou mais ambientes (por exemplo, escola, situações sociais, casa ou

trabalho em caso de adultos);

- Freqüência e gravidade: o déficit de atenção e/ou a hiperatividade/impulsividade devem ter um caráter acentuado quando comparadas às de pessoas da mesma idade;
- Deve haver evidência clara de comprometimento clinicamente significativo da função social, acadêmica ou ocupacional;
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso do Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, e não são mais bem explicados por outra afecção mental (Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Personalidade).

A avaliação conduz a um dos seguintes resultados:

- Predominantemente desatento: 6 ou mais sintomas do Critério 1 e alguns sintomas do Critério 2;
- Predominantemente hiperativo/impulsivo: 6 ou mais sintomas do Critério 2 e alguns sintomas do Critério 1;
- Tipo combinado: 6 ou mais sintomas de ambos os Critérios.

Dependendo do critério utilizado na avaliação encontram-se diferentes taxas de prevalência do TDAH. Uma metanálise recente de estudo de artigos da América do Norte, América do Sul, Europa, África, Oceania e do Leste Europeu analisando 171.756 crianças e/ou adolescentes menores de 18 anos mostrou a prevalência de 5,29% de TDAH (POLANCZYK, 2007). Scahill *et al.* (1999) encontrou taxas entre 1,9 a 14,4%. A associação com outros Transtornos Clínicos é freqüente, entre eles estão Transtornos do Humor, Transtorno Depressivo, Transtorno de Conduta, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno Opositivo-Desafiador (MERCADANTE *et al.*, 1995; HARTMAN *et al.*, 2001).

A identificação e tratamento precoces de crianças e/ou adolescentes com TDAH é de grande importância tanto teórica como prática, pois o TDAH afeta o nível de aprendizado escolar e a socialização da criança, interferindo negativamente no seu desenvolvimento global.

O Transtorno Opositivo Desafiador é um transtorno disruptivo, caracterizado por atitudes e comportamentos negativistas, opositores, desafiadores e hostis contra figuras de autoridade como pais, familiares e professores. Frequentemente a criança e/ou adolescente discute com adultos, desafia e recusa-se a obedecer a solicitações ou regras dos adultos, incomoda deliberadamente os outros, responsabiliza-os por seus erros. Irritabilidade, ressentimento, rancor e conduta vingativa também estão presentes (KEENAN; COYNE; LAHEY, 2008).

Em geral seu desempenho acadêmico apresenta significativo prejuízo, constantemente se envolvem em brigas e discussões, sendo comumente rejeitados pelos colegas, além de comprometimento da auto-estima. Os sintomas iniciam-se normalmente antes dos oito anos de idade e em número significativo de casos apresenta-se como um precursor ou antecedente evolutivo do transtorno de conduta, forma mais grave de transtorno disruptivo do comportamento (WIENER; DULCAN, 2004).

De acordo com o DSM-IV e o Manual Diagnóstico e Estatístico das Doenças Mentais da Associação Americana de Psiquiatria Tradução Revisada (DSM-IV-TR), a prevalência do TOD é de 2 a 16%, sendo mais comum em famílias nas quais os cuidados da criança são perturbados por uma sucessão de diferentes responsáveis ou naquelas nas quais práticas rígidas, inconsistentes ou negligentes de criação dos filhos são comuns. Antes da puberdade o transtorno é duas vezes mais comum em meninos que em meninas, mas tem incidência semelhante após a puberdade. A presença de comorbidades é comum, entre elas o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno do Humor e de Ansiedade.

A etiologia do TOD não está bem estabelecida, entretanto acredita-se que fatores genéticos associados a desencadeadores ambientais estão envolvidos. O TOD é mais comum em famílias em que pelo menos um dos pais tem história de Transtorno do Humor, TOD, TC, TDAH, Transtornos de Personalidade Anti-Social ou um Transtorno Relacionado a Substâncias.

Segundo Connor e Doerfler (2007) os comportamentos negativistas ou desafiadores são expressos por teimosia persistente, resistência a ordens e relutância em comprometer-se, ceder ou negociar com os adultos ou seus pares. O desafio pode incluir testagem deliberada ou persistente dos limites, geralmente ignorando ordens, discutindo e deixando de aceitar a responsabilidade pelas más ações. Os sintomas são evidenciados principalmente nas interações com adultos ou colegas, podendo não ser perceptíveis durante o exame clínico. Em geral as crianças e/ou adolescentes com este transtorno não se consideram opositivos ou desafiadores e justificam seu comportamento como uma resposta a exigências ou circunstâncias irracionais. As características e transtornos associados variam em função da idade e da gravidade do TOD (STAINER, 2000). Apesar de este diagnóstico ter sido proposto desde 1966 (AJURIAGUERA, 1976) o TOD faz parte da nosologia psiquiátrica americana desde o DSM-III 1980. O TOD era considerado um precursor subsindrômico na infância, de quadros de conduta mais graves na vida adulta, como o TC. Contudo, estudos de seguimento demonstraram que não há ligação estreita entre os diagnósticos de TOD e TC. Biederman *et al.* (1996 e 2001) apresentaram resultados de seguimento de quatro anos em 140 crianças e adolescentes com TDAH e 120 controles. Os resultados demonstraram que pacientes com TDAH e TOD não evoluíram para TC. Contudo, aqueles que apresentavam TDAH e TC também apresentavam o diagnóstico de TOD. August *et al.* (1999) observaram, em um estudo de quatro anos de seguimento, que crianças que apresentavam o diagnóstico de TDAH e TOD raramente evoluíram para o diagnóstico de TC. No entanto, pacientes que

apresentavam TDAH e TC desde a primeira avaliação sempre apresentavam TOD. Em razão desse achado, os critérios de TOD pelo DSM-IV só podem ser preenchidos se não contemplarem TC. A maioria das pesquisas, porém, mostra que a repetição de comportamento desafiador e opositor associado à inabilidade das práticas parentais e interações pobres, pode evoluir para um padrão patológico de comportamento. A detecção precoce e intervenção eficaz podem melhorar e até mudar padrões de comportamento negativos, melhorando a qualidade de vida em pacientes com Transtorno Opositivo Desafiador.

Outro problema com alta incidência na infância e adolescência é o Transtorno de Ansiedade. A ansiedade faz parte da existência humana, e serve como experiência e meio de defesa para melhorar o desempenho em situações estressantes. Um certo nível de ansiedade é esperado, considerado saudável e faz parte do desenvolvimento da criança. Crianças que são capazes de experimentar e enfrentar pequenas doses de ansiedade antes de uma prova escolar ou esportiva podem se fortalecer e se preparar para futuros problemas. Dada a ampla gama de atividades atribuída às crianças de hoje é importante ter certeza que seu nível de ansiedade não esteja interferindo em seu desenvolvimento normal (BERNSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996). A maioria das crianças apresenta algum tipo de medo em qualquer idade. Estudos mostram que 90% das crianças com idades compreendidas entre 2 e 14 anos têm pelo menos um medo específico. A condição de manutenção do equilíbrio da Ansiedade depende de cada um. Quanto menor a condição da criança para tolerar essas situações, maior a probabilidade de desenvolver Transtorno de Ansiedade que, se não tratados, reduzem drasticamente a produtividade, além de diminuir significativamente a qualidade de vida. Diminuição da frequência e rendimento escolar, deficiências nas habilidades interpessoais e isolamento social podem ser os primeiros sinais indicativos (ALBANO *et al.*, 1995).

Estudos indicam que a etiologia dos Transtornos de Ansiedade parece ter uma base genética, mas é altamente modificada pela experiência psicossocial. Pais muito preocupados tendem a ter filhos ansiosos. Freud 1894, já destacava características de ansiedade livre flutuante, generalizada e persistente em seus pacientes. O quadro estava associado principalmente à irritabilidade, expectativa ansiosa, ataque de ansiedade e evitação fóbica. Tal descrição está intimamente relacionada com o que, alguns anos mais tarde, caracterizou a tipologia dos transtornos de ansiedade (MENDIOWICS; STEIN, 2000). No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição (DSM – IV) não existe uma categoria específica para transtorno de Ansiedade na Infância. O Transtorno de Ansiedade de Separação (TAS) está classificado como “Outros Transtornos da Infância e Adolescência”. Já o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) pode ocorrer em todas as faixas etárias e é encontrado em um capítulo específico do manual.

A Ansiedade de Separação é caracterizada por uma significativa sensação de perigo iminente quando a criança separa-se de seus pais, cuidadores ou de casa. Diferentemente de situações ocasionais, onde a criança pode sentir leves preocupações, a ansiedade de separação afeta dramaticamente a vida da criança, limitando a capacidade para se envolver em situações e atividades diárias. As crianças ficam extremamente perturbadas sempre que separadas.

Dentro de um desenvolvimento normal, ao redor dos 8º e 10º mês de idade, a criança apresenta ansiedade na presença de pessoas estranhas, entre o 18º e 24º meses de idade, quando se afasta para explorar o mundo, pode manifestar ansiedade ao sentir-se sozinha e retornar aos pais imediatamente.

Em contraste, crianças com Transtorno de Ansiedade de Separação têm preocupações que são excessivas e muito maiores que seus pares. Essas preocupações podem se manifestar mesmo em situações que envolvam breves separações, como hora de dormir, ou mesmo quando um dos pais se encontra

em outro espaço da casa. Os receios podem parecer irracionais, como o medo que os pais adoeçam ou morram de repente, ao ponto de tentar impedir que saiam de casa.

Muitas crianças apresentam dificuldades para descrever seus medos, pensamentos e sentimentos internos. A intensidade da reação emocional da criança, associada à falta ou incapacidade de explicação, pode ser muito frustrante e incompreensível para seus pais.

A prevalência estimada para o TAS em crianças é de 4 a 5%. Diferenças de gênero não são significativas, embora nas meninas seja mais freqüente. Das crianças diagnosticadas 75% apresentam recusa escolar (LAST; STRAUSS, 1990). Identificar o TAS pode ser um desafio pelo fato de muitas vezes esse transtorno vir acompanhado de queixas físicas, dores no estômago, de cabeça, náuseas ou lesões que confundem os pais e profissionais.

Os principais sintomas, segundo Last e Strauss (1990), observados em casa são:

- Extrema preocupação e medo quando separada da casa ou dos pais;
- Preocupações e medos persistentes de que algo de ruim possa acontecer aos seus pais e a si mesmo;
- Recusa a ir para a escola;
- Recusa ou relutância em participar de atividades ou passeios fora de casa;
- Dificuldade em adormecer sozinha;
- Sonhos assustadores sobre estar separada dos pais ou;
- Queixas somáticas no momento da separação.

Na escola:

- Dificuldade de transição da casa para a escola;

- Recusa ou relutância em freqüentar a escola;
- Evita ou recusa participar de atividades;
- Diminuição da auto-estima em situações sociais e acadêmicas
- Dificuldade de aprendizagem.

O Transtorno de Ansiedade Generalizada – (TAG) é caracterizado por sintomas de preocupação excessiva sobre acontecimentos passados e futuros, com o desempenho social e escolar, aceitação social e excessiva necessidade de segurança com motivos injustificáveis ou desproporcionais ao nível observado de ansiedade. Em geral, as crianças se mostram constantemente tensas, apreensivas e preocupadas, apresentam dificuldade para relaxar e queixas somáticas como palidez, sudorese, aceleração da respiração, tensão muscular, além de estarem sempre atentas e vigiando tudo que possa representar uma ameaça ou perigo (BERSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN, 1996).

O início do TAG é insidioso, os pais têm dificuldade em precisar quando começou e referem que o quadro foi se agravando até se tornar intolerável, época em que freqüentemente procuram atendimento (SHINOHARA; NARDI, 2001). Isso ocorre porque o TAG é considerado como Transtorno de Ansiedade Básico e porque suas principais características permeiam todos os outros transtornos de ansiedade (BARLOW, 1999). White (1999) afirmou que aproximadamente 5,1% da população geral possuem critérios para o TAG em algum momento da vida. Enquanto transtornos como pânico, fobia social, fobia específica, entre outros, podem ter seus efeitos claramente observados através de comportamentos de evitação a determinados estímulos, ou pela própria incapacitação funcional, o TAG necessita de uma observação mais acurada, pois seus sintomas nem sempre são facilmente reconhecidos.

Pesquisas sobre o TAG aumentaram consideravelmente nos últimos

anos, mas poucas são dedicadas à investigação de fatores associados a sua etiologia. O modelo proposto por Rapee (2001) e Hudson e Rapee (2007) destaca seis fatores principais na etiologia do TAG: genéticos, vulnerabilidade, ansiedade dos pais, apoio ambiental da evitação, transmissão da ameaça e de informações de enfrentamento e eventos ambientais externos.

Estudos mostram que problemas de ansiedade na infância são fatores de risco para outras formas de psicopatologia, como Transtorno de Conduta, Transtorno de Humor, Depressão e para as tentativas e efetivação de suicídio (KOVACS *et al.*, 1989 e JOHNSON; WEISSMAN; KLERMAN, 1992). Em estudos com amostras clínicas, crianças ansiosas tiveram menos sucesso em formar amizades do que as que não tinham o transtorno, indicando que a ansiedade em crianças está associada a dificuldades sociais significativas (EDELBRÖCK; COSTELLO, 1988). Dessa forma, a detecção e o tratamento precoces do TAS e do TAG são importantes, já que podem persistir na vida adulta com incapacidades, quando não identificados e tratados.

Os critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Generalizada segundo o DSM-TR são:

- A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias pelo período mínimo de 6 meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional);
- B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação;
- C. A ansiedade e preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos 6 meses). Nota: Apenas um item é exigido para crianças. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele:
  - Fatigabilidade;

- Dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente;
  - Irritabilidade;
  - Tensão muscular;
  - Perturbação do sono (dificuldades em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto);
- D. O foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos do primeiro critério; por exemplo, a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um Ataque de Pânico (como no Transtorno de Pânico), ser envergonhado em público (como na Fobia Social), ser contaminado (como no Transtorno Obsessivo Compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no Transtorno de Ansiedade de Separação), ganhar peso (como na Anorexia Nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no Transtorno de Somatização) ou ter uma doença grave (como na Hipocondria) e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o Transtorno de Estresse Pós-Traumático;
- E. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- F. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipertireoidismo) nem ocorre exclusivamente durante um Transtorno do Humor, Transtorno Psicótico ou Transtorno Global do Desenvolvimento.

Os Transtornos Depressivos na Infância são outro grupo de problemas que se constitui com alta e crescente prevalência na população geral. Conforme a Organização Mundial de Saúde haverá na próxima década uma mudança dramática nas necessidades de saúde da população mundial. Doenças como depressão e cardiopatias estão substituindo os tradicionais problemas das doenças infecciosas e de má nutrição de antigamente. O prejuízo causado pelas doenças, medido pela *Disability Adjusted Life Years* mostra que a depressão, quarta causa geradora de sobrecarga em 1990, será a segunda causa no ano de 2020, só perdendo para as doenças cardíacas (MURRAY; LOPES, 1996; BAHLS, 1999).

Um em cada cinco alunos de escolas brasileiras pode estar com sintomas de depressão. A falta de identificação e tratamento adequados pode afetar o rendimento escolar, as inter-relações familiares e sociais, além de poder colocar a criança e/ou adolescente na marginalidade. A depressão pode estar por trás não apenas da indisciplina crônica, abuso de álcool e drogas, isolamento social, mas principalmente das tentativas de suicídio (BESSA; KAYAMORI; WATZKO, 2002).

Pesquisas iniciais sobre suicídio em crianças e/ou adolescentes remontam aos anos 30, quando Bender e Schilder (1937)<sup>2</sup>, *apud* Ajuriaguerra (1967), estudaram as características clínicas de 13 crianças com ideação ou que tentaram o suicídio, como última maneira de escapar do sentimento de abandono que experimentavam.

Lukianowicz (1972) estudou 120 crianças encaminhadas para atendimento especializado e verificou que dez haviam tentado suicídio, sendo que oito tinham 12 anos de idade ou menos. Sainsbury (1973) descreveu características clínicas e demográficas de 30 menores, com idades entre 12 e

---

<sup>2</sup> Bender, L. Schilder, P. Suicidal preoccupations and attempts in children. **Am J**

14 anos, que faleceram por suicídio, utilizando a revisão de prontuários médicos, avaliações sociais, entrevistas com professores e registros policiais. Mas foi nas décadas de 80 e 90 que surgiram estudos clínicos controlados e não controlados sobre a frequência, ideação e tentativa suicida em crianças (FLISHER, 1999).

Os primeiros trabalhos sobre Depressão Infantil datam de 1621, com a descrição da anatomia da melancolia. De 1836 a 1850 um estudo epidemiológico sobre suicídio, registrou 44.854 casos, dos quais 316 eram menores de 16 anos (0,7%). Em 1907, surgem as primeiras referências sobre a sintomatologia da criança melancólica, porém investigações clínicas sobre a Depressão Infantil passam a acontecer somente a partir de 1966, mas com pouca atenção. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH) oficialmente reconheceu a existência da depressão em crianças e adolescentes a partir de 1975 (BHATARA, 1992). Em 1980 consolida-se o interesse clínico e de investigação e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria considera oficialmente o quadro de Depressão na Infância. Polaino, em 1988, descreve um parágrafo em seu livro: *“As crianças deprimidas não podem rir e uma criança que não ri nem pode brincar nem brigar; é uma criança enferma”*. *“As crianças deprimidas são tímidas, fogem da companhia dos demais, não jogam, não tem confiança em si mesmas, o que pode levá-las inclusive ao suicídio”*.

O IV Congresso da União Européia de Psiquiatras Infantis, realizado 16 anos após, em Estocolmo – Suécia, concluiu que a depressão em crianças e adolescentes compreendia uma significativa posição dentro dos Transtornos Mentais. A *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (1997) estimou que 5% de crianças e adolescentes da população geral possuíam depressão. No Brasil, Barbosa (1997) utilizando o *Children Depression Inventory - CDI* obteve o índice de 6%. Bahls (2002) observou que o Transtorno Depressivo estava presente em 0,4 a 3,0% das crianças e 3,3 a 12,4% dos

adolescentes.

Vários autores têm chamado a atenção para o fenômeno da depressão em crianças e/ou adolescentes, que além de ter seu reconhecimento estabelecido, parece estar mais freqüente e ocorrendo cada vez mais cedo (BIRMAHER *et al.*, 1996; VERSIANI; REIS; FIGUEIRA, 2000). A Depressão Infantil é uma perturbação com variáveis biológicas, psicológicas e sociais (BARBOSA; GAIÃO, 2001). Do ponto de vista biológico, é uma disfunção dos neurotransmissores, devido à herança genética, anormalidades e/ou falhas em áreas cerebrais específicas. Sob a perspectiva psicológica pode estar associada a algum comprometimento da personalidade, baixa auto-estima e autoconfiança. No âmbito social são encontradas inaptações ou conseqüência da violência de mecanismos culturais, familiares, escolares, entre outros (BIRMAHER *et al.*, 1996). Uma das percepções mais freqüentes na depressão é a imagem negativa de si mesma. As crianças se descrevem como frágeis, temem fracassar ou sofrer uma ação injusta por parte de outras pessoas, tem um sentimento profundamente arraigado de que são más, somado a sentimentos de autocrítica e degradação, além da irritabilidade constante.

A Depressão pode interferir em atividades associadas à cognição e à emoção, e, quando a criança não é tratada a tempo, pode desenvolver padrões de comportamento que se tornam resistentes a mudanças. A maioria dos autores na área dos Transtornos Depressivos na infância e/ou adolescência cita que os sintomas variam com a idade, destacando a importância do processo de maturação das diferentes fases do desenvolvimento nos sintomas e comportamentos depressivos, existindo uma categorização sintomatológica predominante por faixa etária (SHAFII; SHAFII, 1992; GOODYER; COOPER, 1993).

Em bebês observa-se:

- Expressão facial triste;
- Apatia;
- Diminuição de movimentos;
- Redução do apetite, acompanhada por perda de peso ou dificuldade em atingir o peso adequado para a idade;
- Choro sem razão aparente;
- Insônia;
- Irritabilidade;
- Desinteresse por brincadeiras prazerosas anteriormente e;
- Atrasos na linguagem e coordenação motora.

Em crianças entre 2 e 7 anos:

- Mudança súbita e inexplicável de comportamento;
- Queixas como dor de cabeça e problemas gastrintestinais;
- Dificuldade de separação ou não-reação à separação;
- Alterações do apetite;
- Alterações do sono;
- Expressão facial triste;
- Alteração de postura;
- Tom de voz monótono e baixo;
- Apatia;
- Isolamento social;
- Anedonia (incapacidade de sentir prazer em coisas anteriormente prazerosas e falta de interesse para começar coisas novas);
- Retardo psicomotor (movimentos, reações e linguagem lentos).

Em crianças, entre 7 e 12 anos:

- Humor depressivo (sentimento de depressão com aparecimento de queixas verbais; a criança se diz triste, infeliz, culpada e pesada);
- Irritabilidade, raiva, mau humor, aborrecimentos e reações desproporcionais aos eventos;
- Anedonia;
- Fadiga, falta de energia ou cansaço, relatados com frequência;
- Recusa em ir para a escola;
- Dificuldade de concentração e raciocínio lento, causando diminuição no rendimento escolar;
- Agitação psicomotora (não consegue ficar sentado, anda de um lado para outro sem parar, fala incessantemente e faz movimentos contínuos das mãos);
- Retardo psicomotor;
- Insônia;
- Hipersônia (aumento de horas dormidas);
- Alteração de peso;
- Redução de criatividade, iniciativa e compreensão;
- Ideação suicida (preocupação com pensamentos de morte ou suicídio).

Em adolescentes, entre 12 a 19 anos:

- Disforia com humor irritável, caracterizado por angústia, ansiedade, inquietação e agressividade, reagindo com mudança de conduta aos próprios sentimentos de baixa-estima, desamparo e desapontamento;
- Desespero, sensação de que nada vai mudar (elevando índice

de tentativas de suicídio a partir da puberdade);

- Abuso de drogas e álcool (25% dos casos), dificultando o diagnóstico;
- Pensamentos depressivos: sentimento de inferioridade, inutilidade, se descreve como bobo, mau, que ninguém gosta dele e auto-recriminação;
- Hipocondria;
- Baixo rendimento escolar é percebido pelos pais, que ignoram as outras queixas do adolescente como cansaço, diminuição do apetite ou dificuldade de concentração e o culpam por preguiça ou falta de interesse;
- Perda de interesse por coisas que considerava importante;
- Sentimentos predominantes de medo, culpa, insegurança, desânimo e apatia;
- Redução de iniciativa, criatividade e compreensão;
- Hipersônia;
- Alteração de peso;
- Medo associado à culpa e;
- Suicídio.

Crianças e adolescentes deprimidos costumam apresentar altas taxas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, sendo encontrada mais comumente do que em adultos deprimidos. Os transtornos comórbidos mais comuns em crianças são os transtornos de ansiedade (especialmente o transtorno de ansiedade de separação) de conduta, opositivo/desafiador e de déficit de atenção. Em adolescentes acrescentam-se os transtornos relacionados a abuso de substâncias e os transtornos alimentares (KENT; VOLSTANIS; FEEHAN, 1997; OLSSON; KNORRING, 1997; BRANDIM; ROAZZI e DOMÈNECH, 1998).

Os estudos atuais definem que a presença dos transtornos depressivos na infância e na adolescência é comum e grave o suficiente para merecer a atenção de clínicos e pesquisadores, principalmente se for considerada a possibilidade sugerida pelos estudos epidemiológicos do aumento da prevalência do início cada vez mais precoce e do risco de suicídio, se não tratados.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

A Escola Estadual Aline Picheth foi escolhida para este estudo por manter convênio de extensão com o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná nas áreas de medicina, psicologia, pedagogia e serviço social. Têm capacidade para **600 alunos**, da 1ª à 8ª séries do ensino fundamental, está localizada no bairro Ahú, em Curitiba – PR. Em um estudo realizado em 2006, observou-se que a clientela era constituída por filhos de famílias com renda per capita média de R\$ 310,00 ± 225,00, sendo a mínima de R\$ 59,00 e a máxima de R\$ 1.200,00. A maioria dos pais, 42% das mães e 37% dos pais tinham 3º grau incompleto; 17% de ambos os pais tinham 2º grau incompleto; 15% das mães e 11% dos pais tinham 3º grau completo; 18% das mães e 9% dos pais possuíam o ensino fundamental incompleto; enquanto 25% dos pais e 7% das mães, tinham escolaridade desconhecida (MONTEIRO, 2006).

Do convite formulado a todos os pais/responsáveis por crianças e/ou adolescentes, de ambos os gêneros, entre 6 e 12 anos de idade, estudantes da escola, 415, responderam ao primeiro instrumento de avaliação, a Lista de Sintomas Pediátricos - **LSP**, constituindo assim a população de estudo. O estudo foi realizado no período compreendido entre abril de 2006 a maio de 2007.

Da população de estudo, 145 crianças e/ou adolescentes cujos pais/responsáveis aceitaram responder também ao segundo instrumento de avaliação, o **CBCL-Child Behavior Checklist**, constituíram a amostra de estudo.

Os critérios para a constituição da amostra de estudo foram os seguintes:

- a) Crianças e adolescentes;
- b) Idade de 6 a 12 anos;

- c) Preenchimento dos instrumentos de avaliação **LSP** - *Lista de Sintomas Pediátricos* e o **CBCL** - *Child Behavior Checklist*.

A exclusão das crianças e/ou adolescentes da amostra de estudo se deu segundo os seguintes critérios:

- a) Pais/responsáveis que declararam não concordar em participar do estudo;
- b) Pais que não responderam a **três** ou mais questões propostas pela **LSP** e/ou **cinco** ou mais questões propostas pelo **CBCL**;
- c) Crianças e/ou adolescentes que, no período compreendido entre a entrega da carta-convite e a data do preenchimento dos instrumentos de avaliação, ultrapassaram a idade limite prevista para a amostra de estudo.

Os pais de crianças e/ou adolescentes que constituíram a amostra de estudo participaram de reunião esclarecedora dos objetivos deste estudo e responderam a dois instrumentos de avaliação, a **LSP** - Lista de Sintomas Pediátricos e o **CBCL** - *Child Behavior Checklist*. (ANEXOS 2 e 3).

### 3.1 QUESTIONÁRIO LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS – **LSP**

A **LSP** é um instrumento de triagem, composto de 35 itens de avaliação de crianças e/ou adolescentes, válido para a faixa etária compreendida entre 6 e 16 anos. É de fácil administração, entendimento e interpretação. O tempo médio de aplicação do teste é de 5 a 10 minutos. A pontuação atribuída pelo avaliando que indica a frequência em que a situação proposta na questão ocorre é de 0 para **Nunca**, de 1 para **Às vezes** e de 2 para **Freqüentemente**. O ponto de corte estabelecido para pontuação americana é igual ou superior a 28 pontos, situação em que o resultado é considerado **POSITIVO**, ou seja, o avaliando teria indicação de ser referido para avaliação de sua saúde mental.

As questões propostas pela **LSP** foram traduzidas para a língua portuguesa há alguns anos pelo Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná para utilização em crianças e/ou adolescentes deste serviço. Foram necessárias adaptações em três dessas questões após a primeira aplicação, tendo em vista dificuldades apresentadas pelos pais na compreensão de seu correto objetivo. A questão 29: “Não obedece regras”, questão 30: “Não se importa com o sentimento dos outros” e a Questão 34: “Não compartilha objetos”, foram adaptadas para “Desobedece regras,” “Pouco se importa com o sentimento dos outros” e “Recusa-se a compartilhar objetos” (ANEXOS 1 e 2).

### 3.2 QUESTIONÁRIO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST* – **CBCL**

O **CBCL** foi adaptado e validado para a língua portuguesa por Bordin, Mari e Caeiro, em 1995. É um instrumento que se divide em duas partes. A primeira se refere à **Competência Social**, isto é, envolvimento e desempenho da criança e/ou adolescente em atividades de esporte, brincadeiras, jogos, passatempos, trabalhos e tarefas diárias, cujos escores crescem de acordo com a maior competência social do avaliado. A segunda parte refere-se à avaliação da existência de **Problemas Emocionais e de Comportamento**. É composta de 118 itens e respostas do avaliando para “Não é verdadeiro/ausente”, equivale a escore 0; “Algumas vezes/um pouco verdadeiro”, equivale a escore 1 e “Freqüentemente verdadeiro”, a escore 2. A somatória dos escores é convertida em T escores, de acordo com análises apropriadas para o gênero e idade. Neste caso, é apresentada em escala e síndromes, isto é, problemas que costumam ocorrer juntos. Um escore T igual ou acima de 70 é considerado **Clínico**; entre 64 á 69 é **Limítrofe**, e abaixo de 63 é considerado **Normal**. Para as escalas de **Problemas Internalizantes e Externalizantes** um T escore menor e/ou igual a 60 é considerado **Normal**, entre 60 a 63 **Limítrofe** e acima de 63 é considerado **Clínico**.

### 3.3 ETAPAS DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

O estudo foi dividido em etapas, a saber:

1ª etapa – o projeto foi apresentado pelo pesquisador à Direção e à Coordenação da Escola. Após o aceite de participação da escola, a Direção autorizou a realização de reunião com os professores para conhecimento do instrumento **LSP**. As dúvidas sobre o estudo, a técnica de preenchimento, a correção, o cronograma de aplicação e os aspectos éticos da pesquisa foram discutidos e dúvidas foram esclarecidas. Os professores participaram como motivadores e incentivadores dos pais dos alunos na colaboração desse estudo.

2ª etapa – a Direção da escola, em conjunto com o pesquisador, enviou carta convite aos pais dos alunos (APÊNDICE 1). O conteúdo da carta referiu-se ao propósito da pesquisa. A carta dirigida aos pais foi enviada pelo aluno juntamente com o instrumento **LSP** (ANEXO 1), com tradução inicial e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 4), autorizando o uso dos dados da pesquisa.

3ª etapa – os questionários **LSP** preenchidos foram recolhidos e, por meio da análise dos dados e observações dos pais em relação à dificuldade de compreensão e significado de algumas perguntas, foram realizadas correções de tradução no texto dos questionários.

4ª etapa – uma segunda carta convite (APÊNDICE 2) foi encaminhada aos pais, solicitando a colaboração no estudo, por meio do comparecimento em local, data e hora previamente sugerido, para aplicação dos questionários **LSP** corrigidos (ANEXO 2) e **CBCL** (ANEXO 3), a grupos de, no máximo, 10 pais. As reuniões foram realizadas com a presença de pelo menos um responsável por cada criança e/ou adolescente da escola.

### 3.4 ETAPAS DE CORREÇÃO E TABULAÇÃO DOS DADOS

1ª etapa – os questionários **LSP** e **CBCL** preenchidos foram recolhidos e corrigidos. A **LSP** foi corrigida através da contagem manual dos dados e o **CBCL** através do software *Assessment Data Manager* (ADM®), licença de propriedade da UFPR.

2ª etapa - os resultados foram digitados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®, licença de propriedade da UFPR) seguindo a ordem dos grupos avaliados.

### 3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o tratamento estatístico foi utilizado o *software Statistica* (Statsoft®), licença do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPR. Os testes estatísticos aplicados foram selecionados de acordo com o tipo da variável (contínua ou categórica) e seu caráter independente ou dependente de acordo com as análises realizadas.

Foram calculadas as freqüências de resposta a **LSP** em relação às respostas **nunca**, **às vezes** ou **freqüentemente** e a comparação da freqüência de respostas da **LSP** em relação a gênero e faixa etária.

Para avaliar possíveis diferenças entre as freqüências foram aplicados o Teste para Diferença entre Proporções e Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates.

Para estimar possíveis diferenças entre variáveis contínuas foi aplicado o teste paramétrico para aquelas de distribuição simétrica – Teste t de Student – e teste não paramétrico – Teste de Mann-Whitney - para as de distribuição assimétrica.

A avaliação da consistência interna do questionário e de sua fidedignidade de mensuração foi estimada pelo cálculo do coeficiente de

Cronbach. Foi considerado elevado, e portanto, indicativo de fidedignidade coeficiente superior a 0,85 (ALTMAN, 1999).

A distribuição da freqüência de respostas e suas associações para as síndromes referidas pelo **CBCL** foram estabelecidas assim como a análise da concordância entre os resultados das respostas aos questionários **LSP** e **CBCL**, com o cálculo dos respectivos coeficientes de concordância de Kappa, considerando valores inferiores a 0,20 como concordância fraca, entre 0,21 a 0,40 como leve, entre 0,41 e 0,60 como moderada, entre 0,61 e 0,80 forte e acima de 0,80, muito forte (ALTMAN, 1999).

A correlação entre a pontuação obtida pelos questionários **LSP** e **CBCL** foi avaliada por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Pearson, considerando como correlação moderada aquelas com coeficiente entre 0,60 a 0,80 e forte, com coeficientes superiores a 0,80 (ALTMAN, 1999).

Curvas ROC foram construídas considerando como variável dependente a classificação da amostra de acordo com o escore **CBCL** e sua classificação em **Normal, Limítrofe e Clínico**, com determinação dos pontos de corte e cálculo dos índices de Sensibilidade (SE), Especificidade (ESP), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN).

Para todos os testes, um nível mínimo de significância de 5% foi considerado, com um poder de teste superior a 90%.

### 3.6 ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Este estudo foi aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e Adolescente da Universidade Federal do Paraná e pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e registrado no BANPESQ sob nº 2008022562 (ANEXOS 5 e 6). Um Termo de Consentimento foi obtido por escrito, após a concordância na participação do estudo pelos pais e/ou responsáveis (ANEXO 4).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo constituiu-se de 415 alunos de 1<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> séries, representando 69% de toda a população da Escola Pública Estadual Aline Picheth. Pais e/ou responsável responderam ao primeiro instrumento de avaliação, a Lista de Sintomas Pediátricos - **LSP**. O número de questionários respondidos foi maior entre os alunos de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> que os de 5<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> séries. A média de idade foi de  $9,2 \pm 1,2$  anos. Observa-se na TABELA 1 predomínio de alunos até a 4<sup>a</sup> série nesta população e do gênero masculino.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO QUANTO À SÉRIE ESCOLAR, IDADE E GÊNERO

SÉRIE	n (%)	IDADE (ANOS)	MASCULINO	FEMININO
1 <sup>a</sup>	70 (16,9)	$6,5 \pm 0,6$	45	25
2 <sup>a</sup>	65 (15,7)	$7,4 \pm 0,6$	33	32
3 <sup>a</sup>	57 (13,7)	$8,6 \pm 0,7$	31	26
4 <sup>a</sup>	69 (16,6)	$9,5 \pm 0,6$	40	29
5 <sup>a</sup>	65 (15,7)	$10,7 \pm 0,7$	30	35
6 <sup>a</sup>	60 (14,5)	$11,76 \pm 0,5$	36	24
7 <sup>a</sup>	29 (7,00)	$12,0 \pm 0,0$	14	15
Total	415 (100,0)	$9,2 \pm 2,0$	229	186

### 4.2 AMOSTRA DE ESTUDO

Após a correção da **LSP** aplicada na primeira etapa, observou-se que os pais tiveram dúvidas no entendimento de três questões. Estas foram adaptadas e uma **LSP** com estas alterações foi aplicada novamente. Nesta

ocasião compareceram 145 pais formando a amostra de estudo, 12,6% da população geral da escola. Estes 145 alunos tiveram a **LSP** e o *Child Behavior Checklist (CBCL)* completamente respondidos. Observa-se na TABELA 2 que houve representantes de todas as séries, com predomínio de 1ª a 4ª séries, e do gênero masculino. No grupo de 1ª a 4ª séries, a idade variou de 6 a 12 anos (média =  $8,0 \pm 1,4$  anos) e no grupo de 5ª a 7ª séries, entre 10 e 12 anos (média =  $11,5 \pm 0,7$ ).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ESTUDO QUANTO À SÉRIE ESCOLAR, IDADE E GÊNERO

SÉRIES	n (%)	IDADE (ANOS)	MASCULINO	FEMININO
1ª	28 (19,3)	$6,6 \pm 0,7$	19	09
2ª	32 (22,1)	$7,5 \pm 0,7$	16	16
3ª	22 (15,2)	$8,9 \pm 0,8$	15	07
4ª	20 (13,8)	$9,7 \pm 0,6$	09	11
5ª	15 (10,3)	$10,9 \pm 0,7$	08	07
6ª	16 (11,0)	$11,8 \pm 0,4$	11	05
7ª	12 (8,3)	$12,0 \pm 0,0$	06	06
Total	145 (100,0)	$9,0 \pm 2,0$	84	61

Os duzentos e setenta alunos, cujos pais não compareceram à segunda etapa de avaliação, apresentavam idade, em média de  $9,3 \pm 2,0$  anos, sendo 145 alunos do sexo masculino (53,7%) e 125 (46,3%) do sexo feminino, 159 (58,9%) cursando da 1ª à 4ª série e 111 (41,1%), da 5ª à 8ª série. Estas crianças apresentaram escore da **LSP**, em mediana de 9,0 pontos, variando de 0 a 49 pontos. A quase totalidade destes alunos apresentou escore inferior a 28 pontos (261 ou 97,7%) e em apenas 09 casos (3,3%) o escore foi igual ou superior a 28 pontos.

#### 4.3 RESPOSTAS DOS PAIS A **LSP**

A **LSP** é constituída de 35 questões relativas a informações sobre o desenvolvimento, comportamento e funcionamento psicossocial da criança e/ou adolescente, respondidas por seus pais e/ou responsáveis. Na TABELA 3 observam-se as freqüências de respostas **nunca**, **às vezes** e **freqüentemente**. Observa-se que para **freqüentemente** estão enfatizadas as freqüências de respostas superiores a 20%, para **às vezes**, as superiores a 30% e para **nunca**, as superiores a 50 %.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS EM RELAÇÃO À **NUNCA**, **ÀS VEZES** E **FREQUENTEMENTE** continua

QUESTÃO	<b>NUNCA</b> (n, %)	<b>ÀS VEZES</b> (n, %)	<b>FREQUENTEMENTE</b> (n, %)
01	58 (40,0)	70 (48,3)	17 (11,7)
02	87 (60,0)	41 (28,3)	17 (11,7)
03	73 (50,3)	59 (40,7)	13 (8,9)
04	63 (43,4)	42 (29,0)	40 (27,6)
05	101 (69,6)	36 (24,8)	08 (5,5)
06	82 (56,5)	43 (29,6)	20 (13,8)
07	72 (49,6)	38 (26,2)	35 (24,1)
08	64 (44,1)	46 (31,7)	35 (24,1)
09	23 (15,9)	48 (33,1)	74 (51,0)
10	48 (33,1)	60 (41,4)	37 (25,5)
11	66 (45,5)	66 (45,5)	13 (9,0)
12	69 (47,6)	45 (31,0)	31 (21,4)
13	82 (56,5)	53 (36,5)	10 (6,9)
14	41 (28,3)	57 (39,3)	47 (32,4)
15	116 (80,0)	21 (14,5)	08 (5,5)
16	72 (49,7)	52 (35,9)	21 (14,5)
17	125 (86,2)	18 (12,4)	02 (1,4)

QUESTÃO	conclusão		
	<b>NUNCA</b> (n, %)	<b>ÀS VEZES</b> (n, %)	<b>FREQÜENTEMENTE</b> (n, %)
18	86 (59,3)	38 (26,2)	21 (14,5)
19	78 (53,8)	48 (33,1)	19 (13,1)
20	134 (92,4)	08 (5,5)	03 (2,1)
21	104 (71,7)	26 (17,9)	15 (10,3)
22	69 (47,6)	49 (33,8)	27 (18,6)
23	67 (46,2)	50 (34,5)	28 (19,3)
24	106 (73,1)	32 (22,1)	07 (4,8)
25	96 (66,2)	36 (24,8)	13 (9,0)
26	83 (57,2)	42 (29,0)	20 (13,8)
27	81 (55,9)	49 (33,8)	15 (10,3%)
28	80 (55,2)	45 (31,0)	20 (13,8)
29	50 (34,5)	59 (40,7)	36 (24,8)
30	88 (60,7)	40 (27,6)	17 (11,7)
31	66 (45,5)	62 (42,8)	17 (11,7)
32	72 (49,7)	45 (31,0)	28 (19,3)
33	113 (77,9)	28 (19,3)	04 (2,8)
34	68 (46,9)	55 (37,9)	22 (15,2)
35	50 (34,5%)	63 (43,4)	32 (22,1)

Nota: As células sombreadas na coluna **às vezes** destacam as frequências superiores à 30%; na coluna **freqüentemente**, superiores à 20%

Ao observar as frequências para as respostas **nunca**, **às vezes** e **freqüentemente** verificou-se que as Questões 04, 07, 08, 09, 10, 12, 14, 29 e 35 foram mais vezes respondidas como **freqüentemente**. As Questões 01, 03, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 22, 23, 27, 28, 29, 31, 32, 34, 35, foram muitas vezes respondidas como **às vezes** (GRÁFICO 1).

Em relação ao gênero observou-se diferença estatisticamente significativa na frequência de respostas **freqüentemente** às Questões 04, 08, 09, 14, 17, 23 e 29 ( $p < 0,05$ ) (GRÁFICO 2).

Ao verificar a distribuição por idade, classificando os alunos com idade inferior ou igual a 10 anos e superior a 10 anos, observou-se diferença significativa na frequência de respostas **freqüentemente** para as Questões 01, 02, 03, 08, 11, 12, 15, 18, 22, 24 e 27 (GRÁFICO 3).

A média do escore da **LSP** no gênero masculino foi de  $22,2 \pm 11,0$  pontos enquanto no gênero feminino de  $21,0 \pm 11,9$  ( $p = 0,41$ ). Observando a distribuição por percentis das respostas dos pais segundo o gênero verificou-se semelhança de distribuição no 3º e 90º percentil, discreto predomínio do gênero masculino no 10º, 25º, 50º e 75º percentis e predomínio do gênero feminino no 97º percentil. No entanto, essas diferenças não foram estatisticamente significativas (GRÁFICO 4 e APÊNDICE 3).

Os valores médios dos escores das respostas da **LSP** nas crianças e/ou adolescentes maiores de 10 anos foi de  $23,7 \pm 11,2$ , e naquelas com idade inferior ou igual a 10 anos, de  $20,0 \pm 11,3$  ( $p = 0,05$ ). Considerando a distribuição dos valores em percentis, o 3º e o 50º obtiveram índices semelhantes. Nos outros, houve um predomínio, embora sem diferença estatisticamente significativa, na população maior que 10 anos (GRÁFICO 5 e APÊNDICE 4).

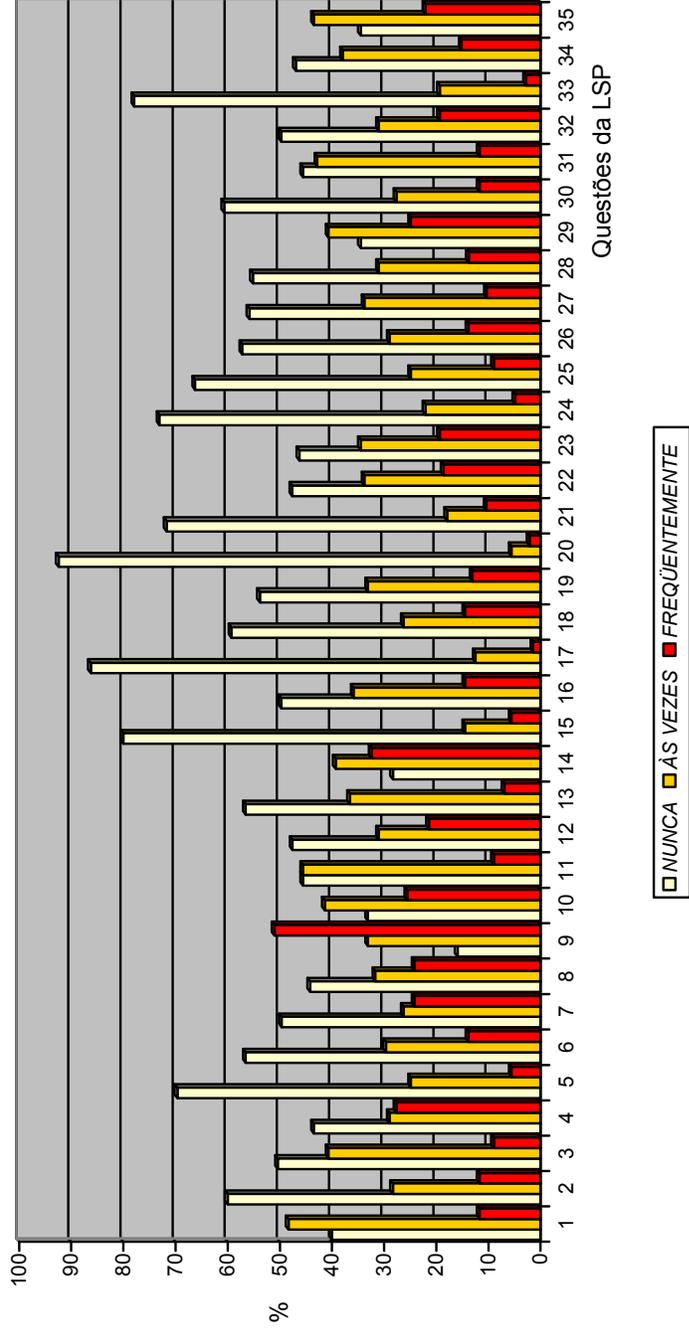


GRÁFICO 1 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS A LSP EM RELAÇÃO A NUNCA, ÀS VEZES E FREQUENTEMENTE

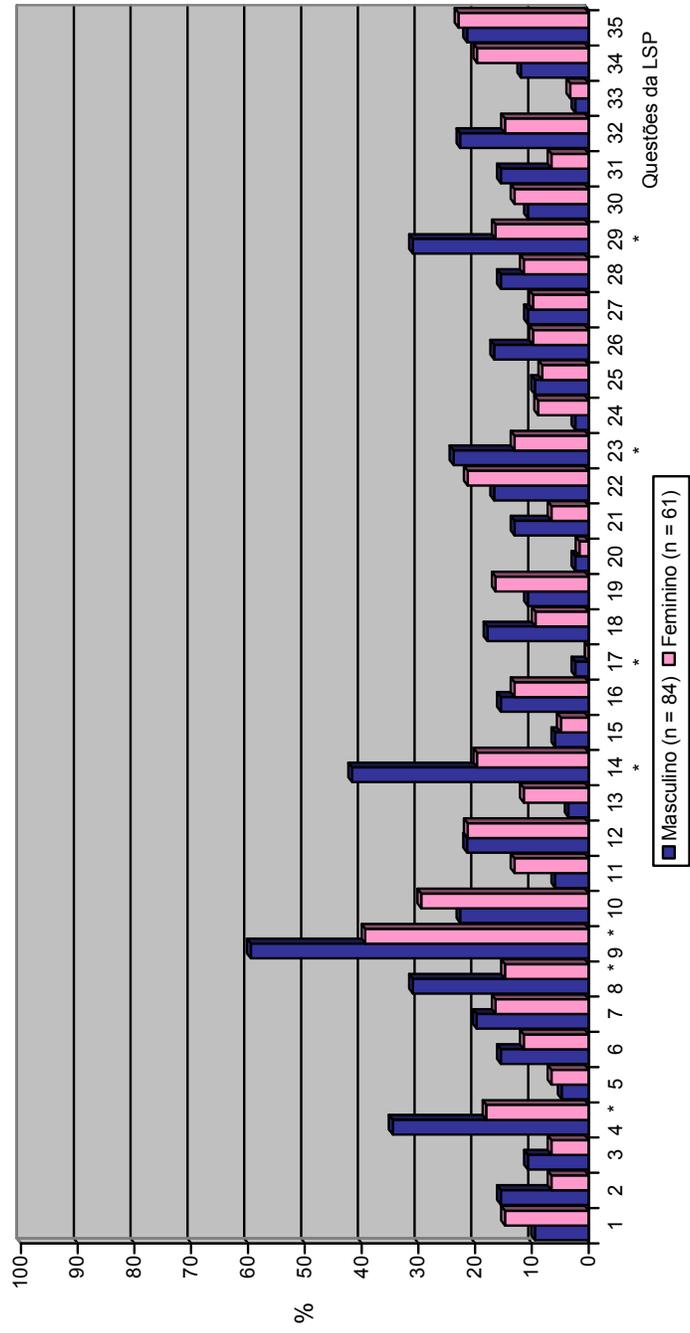


GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUANTO AO GÊNERO EM RELAÇÃO AS RESPOSTAS ÀS VEZES E FREQUENTEMENTE AGRUPADAS

Nota: \* Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates: p < 0,05

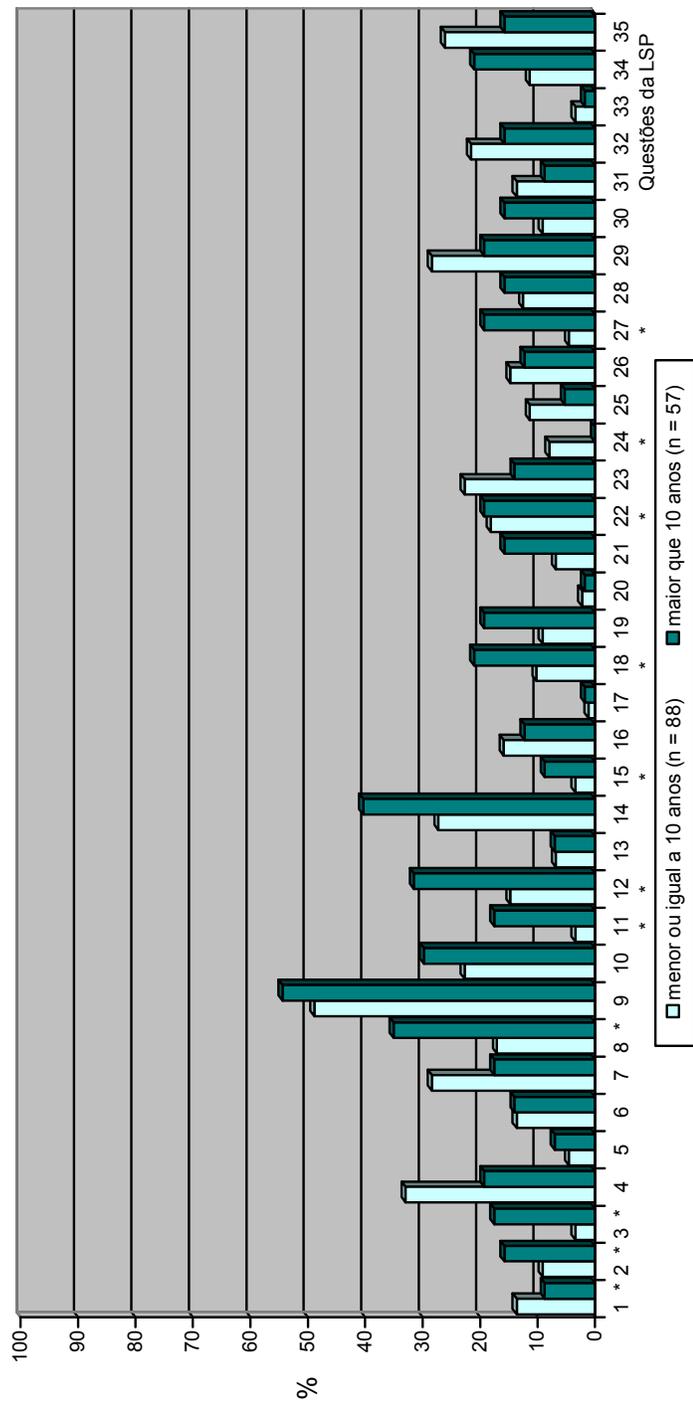


GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUANTO ÀS IDADES ≤ 10 OU > 10 ANOS EM RELAÇÃO ÀS RESPOSTAS ÀS VEZES E FREQUENTEMENTE AGRUPADAS

Nota: \* Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates: p < 0,05

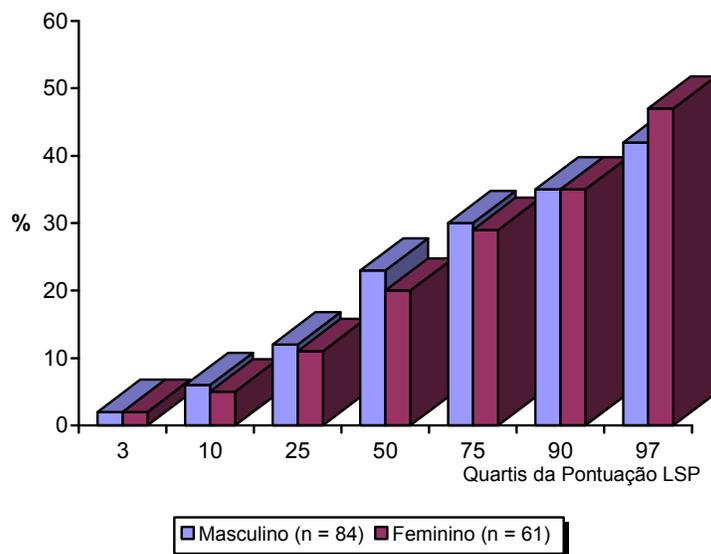


GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS A **LSP** POR PERCENTIS SEGUNDO O GÊNERO

Nota: Teste para diferença entre proporções:  $p > 0,05$

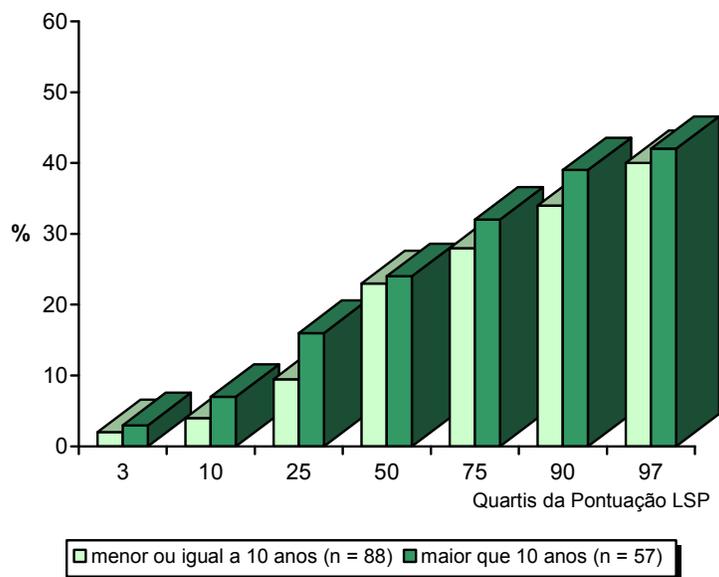


GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS A **LSP** POR PERCENTIS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

Nota: Teste para diferença entre proporções:  $p > 0,05$

Para os alunos com **LSP**  $\geq 28$  a média dos escores das respostas encontrada para o gênero masculino foi de  $33,0 \pm 4,4$  e para o feminino de  $35,2 \pm 6,6$  ( $p = 0,15$ ). O GRÁFICO 6 apresenta a distribuição dos valores por percentis, onde se constatou que a distribuição entre os gêneros foi semelhante até o 25º percentil, com discreto predomínio para o feminino nos demais (APÊNDICE 5).

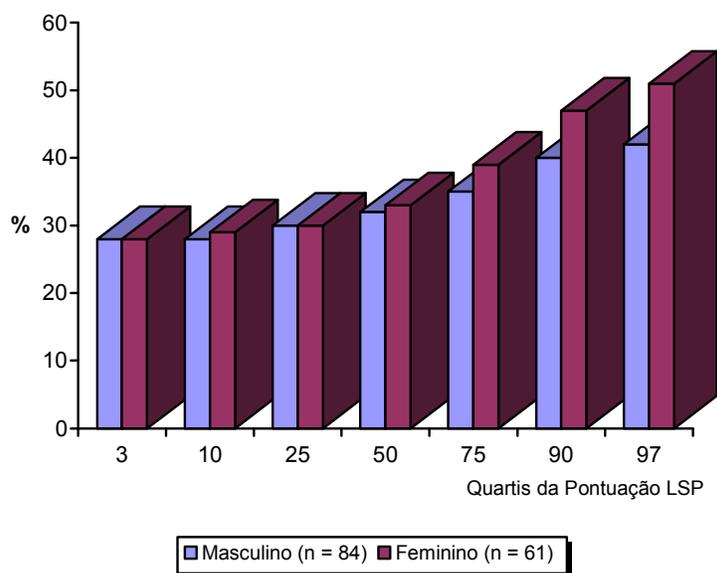


GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS POR PERCENTIS EM RELAÇÃO AO GÊNERO CONSIDERANDO A **LSP**  $\geq 28$  PONTOS

Nota: Teste para diferença entre proporções:  $p > 0,05$

Para os alunos com **LSP**  $\geq 28$  a média dos escores das respostas observada naqueles com idade igual ou inferior a 10 anos foi de  $33,2 \pm 4,9$  e para os maiores  $34,5 \pm 5,5$  ( $p = 0,40$ ). Está apresentada no GRÁFICO 7 a distribuição por percentis nas crianças com idade menor ou igual a 10 anos e maiores que 10 anos. Constatou-se que a distribuição assemelha-se entre as idades nos 3º, 25º, 50º, 90º percentis. Nos demais há um discreto predomínio nas crianças e/ou adolescentes maiores de 10 anos (APÊNDICE 6).

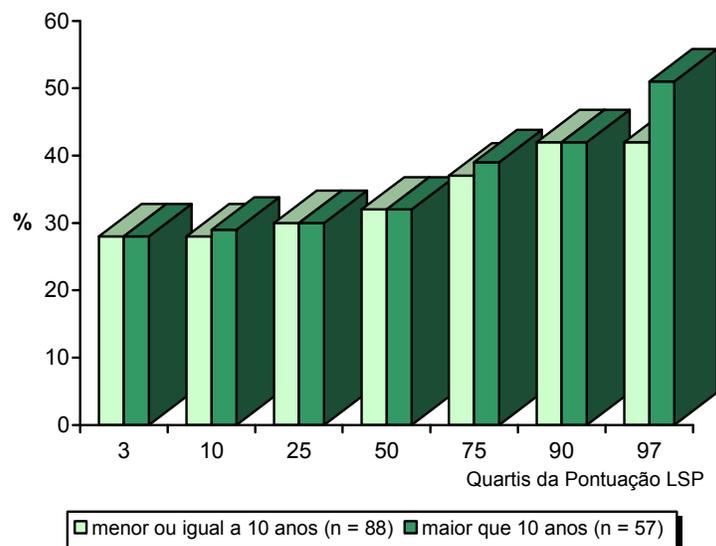


GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS POR PERCENTIS EM RELAÇÃO À IDADE CONSIDERANDO A **LSP**  $\geq$  28 PONTOS

Nota: Teste para diferença entre proporções:  $p > 0,05$

#### 4.4 ANÁLISE DE CONSISTÊNCIA

Na análise de consistência interna, considerando a amostra total obteve-se um excelente coeficiente de Cronbach, com valor de 0,89, indicando boa fidedignidade do questionário aplicado.

#### 4.5 ANÁLISE DAS QUESTÕES DA **LSP**

No total da amostra de 145 avaliações pela **LSP**, observou-se que 49 crianças e/ou adolescentes (33,8%) apresentaram escore maior ou igual a 28 e 96 crianças (66,2%) menor que 28 pontos. Na população de estudo esta frequência foi de 14,0% para o escore maior ou igual a 28.

A prevalência de **LSP**  $\geq$  28 foi maior no gênero masculino ( $p < 0,01$ ) e semelhante entre as faixas etárias ( $p = 0,49$ ) (TABELA 4).

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE **LSP**  $\geq$  28 QUANTO AO GÊNERO E FAIXA ETÁRIA

GÊNERO	Masculino (n = 84)	31 (63,3)
	Feminino (n = 61)	18 (36,7)
	Total	49 (100,0)
FAIXA ETÁRIA	$\leq$ 10 anos (n = 88)	26 (53,1)
	$>$ 10 anos (n = 57)	23 (46,9)
	Total	49 (100,0)

Nota: Teste para diferença entre proporções:  $p < 0,01$  para diferença entre os gêneros e  $p = 0,49$  para diferença entre as faixas etárias

Avaliando detalhadamente as freqüências de respostas **às vezes** e **freqüentemente** no grupo com **LSP** menor 28 e maior ou igual a 28 pontos observou-se uma ampla variabilidade (TABELA 5). No GRÁFICO 8, onde se vê a distribuição da freqüência de resposta **freqüentemente** verificou-se que para quase todas as questões, exceto as de número 1, 2, 17, 20, 23, 30 e 33, houve diferença estatisticamente significativa na freqüência das respostas. Entretanto, as mais expressivas foram as Questões 4, 7, 9 e 14.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA LSP &lt; 28 E ≥ 28

QUESTÃO	< 28 (n = 96)		≥ 28 (n = 49)	
	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE	ÀS VEZES	FREQUENTEMENTE
1	45 (46,9)	43 (44,8)	27 (55,1)	09 (18,4)
2	26 (27,1)	09 (9,4)	15 (30,6)	08 (16,3)
3	33 (34,4)	04 (4,2)	26 (53,1)	09 (18,4)
4	28 (29,2)	15 (15,6)	14 (28,6)	25 (51,0)
5	19 (19,8)	01 (1,0)	17 (34,7)	07 (14,3)
6	21 (21,9)	06 (6,2)	22 (44,9%)	14 (28,6)
7	25 (26,0)	09 (9,4)	13 (26,5)	26 (53,1)
8	31 (32,3)	14 (14,6)	15 (30,6)	21 (42,9)
9	40 (41,7)	35 (36,5)	08 (16,3)	39 (79,6)
10	42 (43,7)	16 (16,7)	18 (36,7)	21 (42,9)
11	36 (37,5)	02 (2,1)	30 (61,2)	11 (22,4)
12	29 (30,2)	14 (14,6)	16 (32,6)	17 (34,7)
13	27 (28,1)	02 (2,1)	26 (53,1)	08 (16,3)
14	42 (43,7)	15 (15,6)	15 (30,6)	32 (65,3)
15	13 (13,5)	02 (2,1)	08 (16,3)	06 (12,2)
16	31 (32,3)	07 (7,3)	21 (42,9)	14 (28,6)
17	07 (7,3)	01 (1,0)	11 (22,4)	01 (2,0)

continua

QUESTÃO	conclusão			
	< 28 (n = 96)		≥ 28 (n = 49)	
	ÁS VEZES	FREQÜENTEMENTE	ÁS VEZES	FREQÜENTEMENTE
18	21 (21,9)	06 (6,2)	17 (34,7)	15 (30,6)
19	29 (30,2)	03 (3,1)	19 (38,8)	16 (32,6)
20	03 (3,1)	02 (2,1%)	05 (10,2)	01 (2,0)
21	12 (12,5)	03 (3,1)	14 (28,6)	12 (24,5)
22	33 (34,4%)	09 (9,4)	16 (32,6)	18 (36,7)
23	26 (27,1)	15 (15,6)	24 (49,0)	13 (26,5)
24	16 (16,7)	00 (0,0)	16 (32,6)	07 (14,3)
25	17 (17,7)	03 (3,1)	19 (38,8)	10 (20,4)
26	20 (20,8)	08 (8,3)	22 (44,9)	12 (24,5)
27	27 (28,1)	06 (6,2)	22 (44,9)	09 (18,4)
28	23 (24,0)	03 (3,1)	22 (44,9)	17 (34,7)
29	38 (39,6)	14 (14,6)	21 (42,9)	22 (44,9)
30	15 (15,6)	09 (9,4)	25 (51,0)	08 (16,3)
31	35 (36,5)	06 (6,2)	27 (55,1)	11 (22,4)
32	31 (32,3)	08 (8,3)	14 (28,6)	20 (40,8)
33	10 (10,4)	00 (0,0)	18 (36,7)	04 (8,2)
34	31 (32,3)	10 (10,4)	24 (49,0)	12 (24,5)
35	44 (45,8)	10 (10,4)	19 (38,8%)	22 (44,90%)

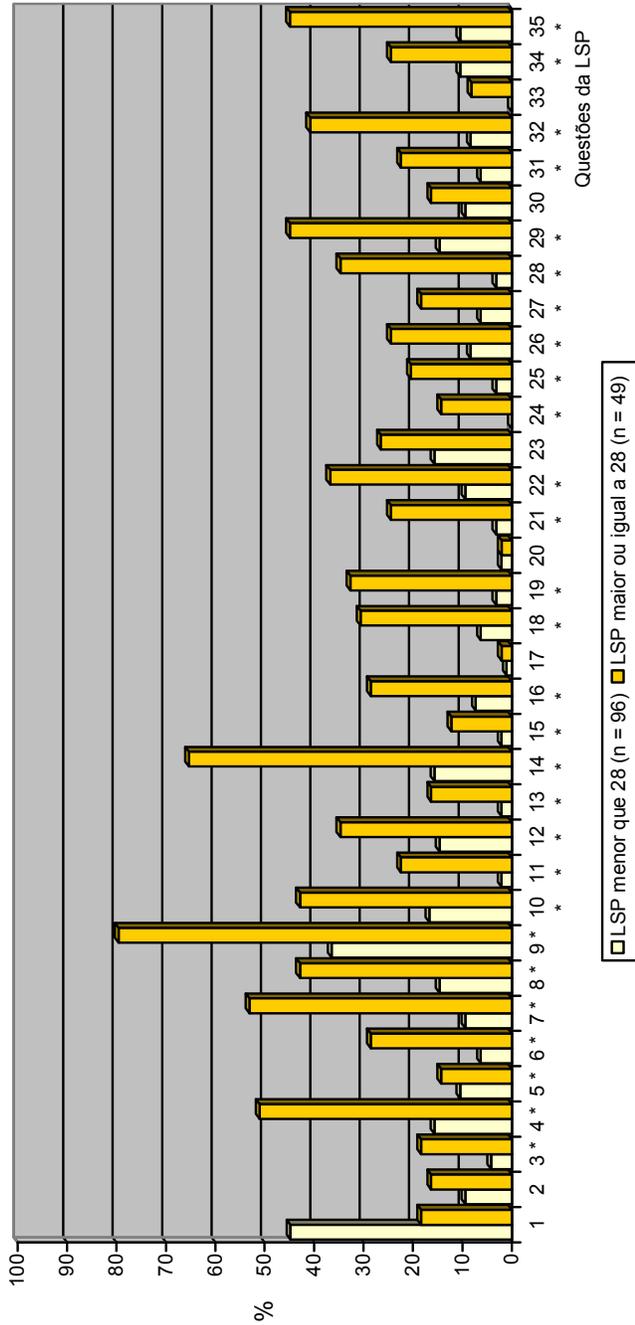


GRÁFICO 8 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS **FREQÜENTEMENTE**, PARA **LSP < 28** E **≥ 28** PONTOS

Nota: \* Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates:  $p < 0,05$ . Obs: Questão 1:  $p = 0,12$

Ao observar a distribuição da frequência de respostas **às vezes** verificou-se que as Questões 3, 6, 9, 11, 13, 17, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31, 33 e 34 houve diferença estatisticamente significativa. Entretanto, as mais expressivas foram as Questões 3, 11, 13, 30 e 31 (GRÁFICO 9 e TABELA 5).

O GRÁFICO 10 ilustra a distribuição da frequência de resposta para freqüentemente, para ambos os gêneros, com pontuação na **LSP**  $\geq 28$ . Traçando uma linha imaginária no eixo de 50% observa-se que a resposta **freqüentemente** predominou para as questões 2, 3, 4, 11, 16, 17, 19 e 20 no gênero masculino, e para as questões 1, 5, 10, 12, 13, 24, 33, e 34 no feminino.

Igualmente, ao se traçar uma linha imaginária no eixo de 50% observa-se maior frequência de resposta **freqüentemente** às questões 4, 7, 22, 23, 24, 25, 29, 31, 33 e 35 no grupo com idade  $\leq 10$  anos e para as questões de números 2, 3, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 20, 21, 27, 30 e 34 naqueles com idade  $> 10$  anos (GRÁFICO 11).

#### 4.6 ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO

##### *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST - CBCL*

No total da amostra de 145 avaliações pelo **CBCL**, considerando-se os escores de **Problemas Totais** observou-se que 62 crianças/adolescentes (42,7%) apresentaram escore superior a 63, 23 (15,9%) entre 60 e 63 e 60 (41,4%) com escore menor que 60 (TABELA 6).

Quando se estuda detalhadamente as 62 crianças com escore superior a 70, isto é, as classificadas como **Clínico**, pelo **CBCL**, observou-se que entre as síndromes mais freqüentes estão **Ansiedade/Depressão**, **Queixas Somáticas** e **Comportamento Agressivo**.

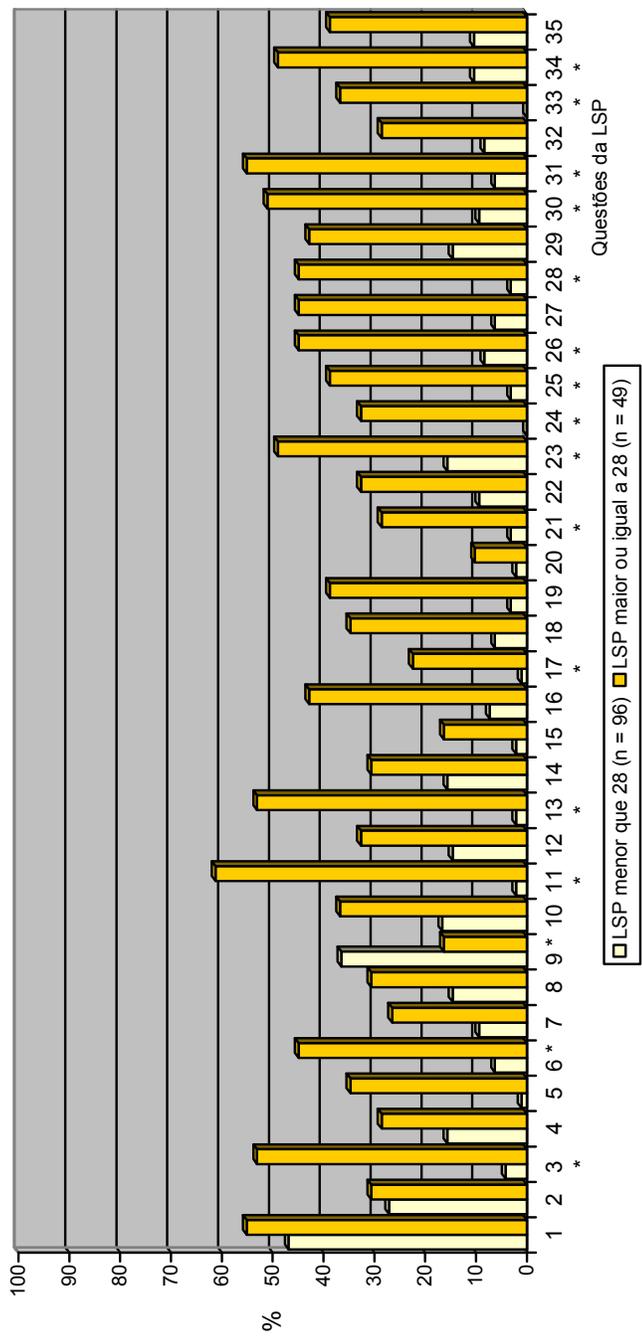


GRÁFICO 9 - FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS ÀS VEZES PARA  $LSP < 28$  E  $\geq 28$  PONTOS

\* Teste Qui-Quadrado de Pearson com correção de Yates:  $p < 0,05$ . Obs: Para as questões 5, 14, 18, 20 e 27:  $p < 0,15$

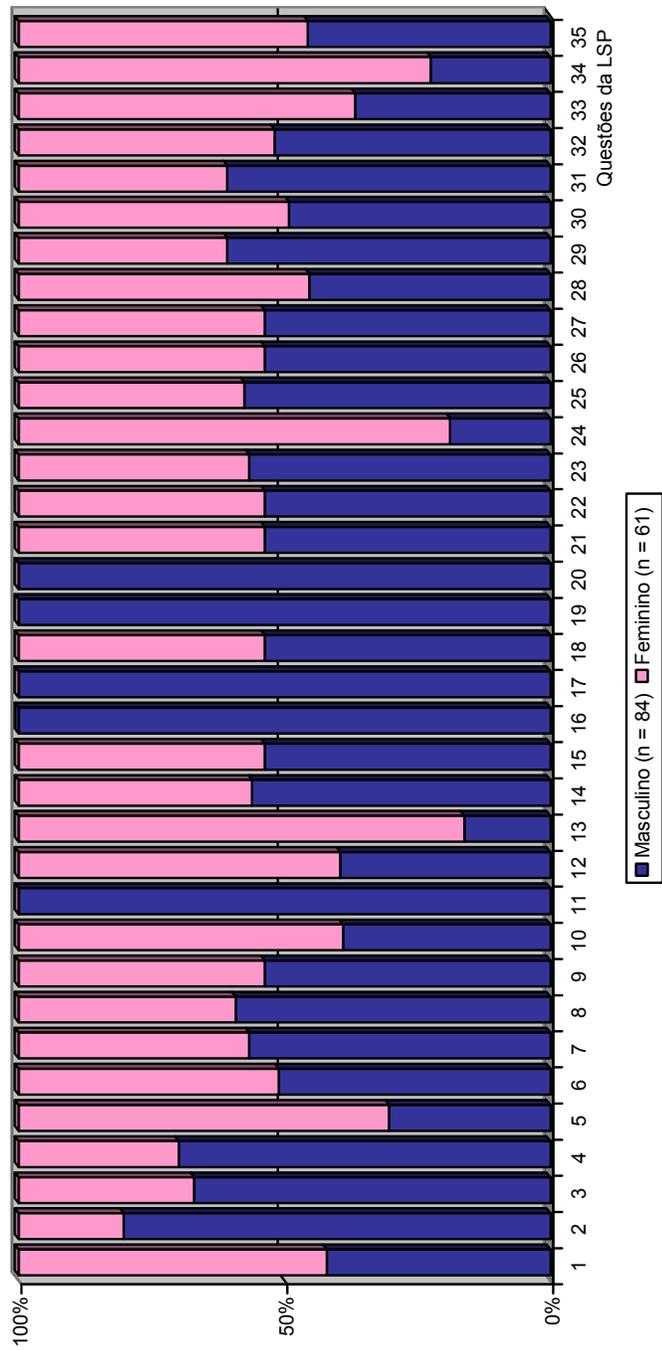


GRÁFICO 10 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS **FREQÜENTEMENTE** NOS GÊNEROS MASCULINO E FEMININO, PARA **LSP** ≥ 28

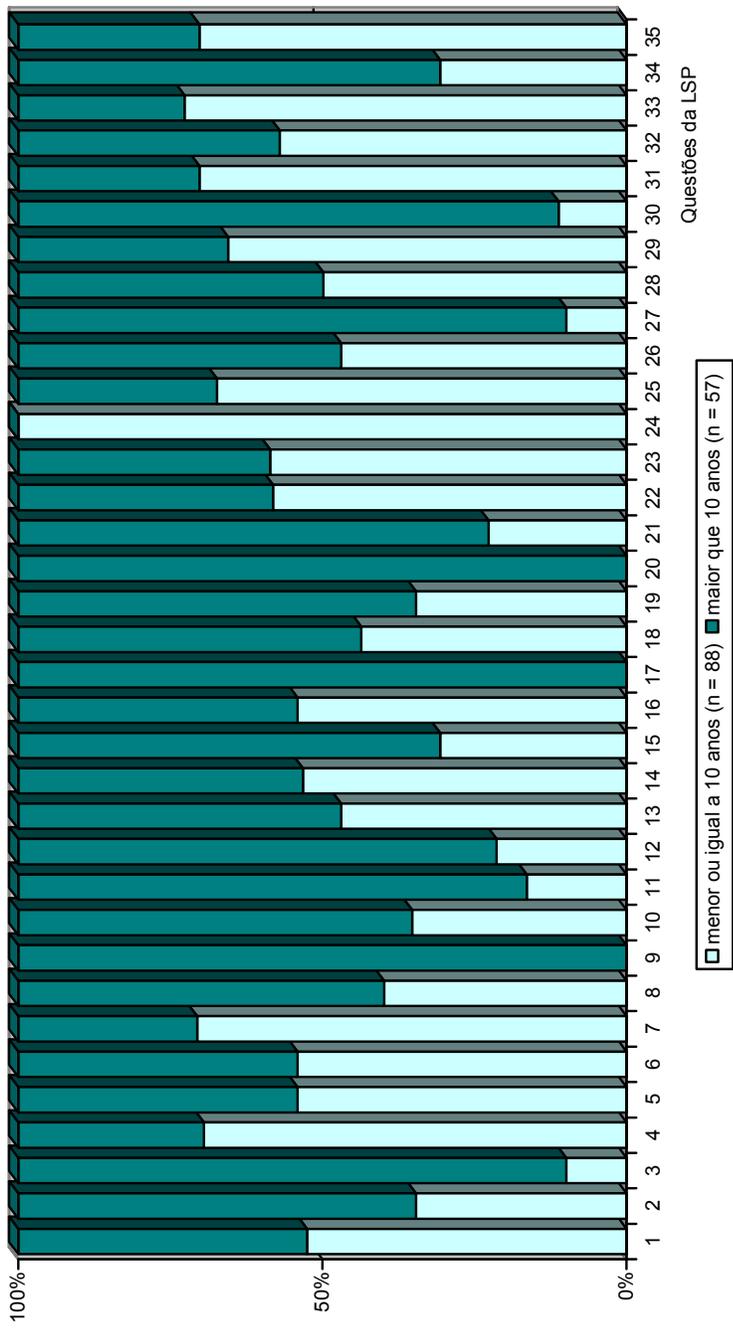


GRÁFICO 11 – FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS **FREQUENTEMENTE** NA FAIXA ETÁRIA ≤ 10 e > 10 ANOS

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DAS SÍNDROMES APRESENTADAS PELO **CBCL**

<b>SÍNDROMES</b>	<b>CLÍNICO (&gt; 70)</b>		<b>LIMÍTROFE (65 – 69)</b>		<b>NORMAL (&lt; 65)</b>	
	n	%	n	%	n	%
Ansiedade / Depressão	25	17,2	18	12,4	102	70,3
Isolamento / Depressão	17	11,7	17	11,7	111	76,5
Queixas Somáticas	24	16,5	21	14,5	100	69,0
Problemas Sociais	21	14,5	21	14,5	103	71,0
Problemas de Pensamento	18	12,4	11	7,6	116	80,0
Problemas de Atenção	04	2,7	15	10,3	126	86,9
Quebrar Regras	16	11,0	10	6,9	119	82,0
Comportamento Agressivo	35	24,1	29	20,0	81	55,9

Ao agrupar o resultado das síndromes do **CBCL** em **Problemas Internalizantes** e **Externalizantes**, observou-se um predomínio dos **Internalizantes** no grupo classificado como **Clínico** (TABELA 7).

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DO **CBCL** EM **PROBLEMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>CLÍNICO (&gt; 63)</b>		<b>LIMÍTROFE (60 – 63)</b>		<b>NORMAL (&lt; 60)</b>	
	n	%	n	%	n	%
INTERNALIZANTES	57	39,3	22	15,2	66	45,5
EXTERNALIZANTES	54	37,2	22	15,2	69	47,6

A observação da associação entre as síndromes, abordadas pelo **CBCL**, está apresentada na TABELA 8.

TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DAS SÍNDROMES PELO **CBCL** E SUAS ASSOCIAÇÕES (n, %)

SÍNDROMES	ANSIEDADE/ DEPRESSÃO	ISOLAMENTO/ DEPRESSÃO	QUEIXAS SOMÁTICAS	PROBL. SOCIAIS	PROBL. DE PENSAMENTO	PROBL. DE ATENÇÃO	QUEBRAR REGRAS	COMPORT. AGRESSIVO	TOTAL
ANSIEDADE/ DEPRESSÃO	...	12 (48,0%)	12 (48,0%)	9 (36,0%)	11 (44,0%)	2 (8,0%)	7 (28,0%)	13 (52,0%)	25 (17,2%)
ISOLAMENTO/ DEPRESSÃO	12 (70,6%)	...	8 (47,1%)	4 (23,5%)	7 (41,2%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)	5 (29,4%)	17 (11,7%)
QUEIXAS SOMÁTICAS	12 (50,0%)	8 (33,3%)	...	8 (33,3%)	9 (37,5%)	1 (4,2%)	7 (29,2%)	11 (45,8%)	24 (16,5%)
PROBL. SOCIAIS	9 (42,9%)	4 (19,0%)	8 (38,1%)	...	7 (33,3%)	3 (14,3%)	5 (23,8%)	12 (57,1%)	21 (14,5%)
PROBL. DE PENSAMENTO	11 (61,1%)	7 (38,9%)	9 (50,0%)	7 (38,9%)	...	2 (11,1%)	6 (33,3%)	11 (61,1%)	18 (12,4%)
PROBL. DE ATENÇÃO	2 (50,0%)	2 (50,0%)	1 (25,0%)	3 (75,0%)	2 (50,0%)	...	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (2,8%)
QUEBRAR REGRAS	7 (43,7%)	2 (12,5%)	7 (43,7%)	5 (31,2%)	6 (37,5%)	1 (6,2%)	...	14 (87,5%)	16 (11,0%)
COMPORT. AGRESSIVO	13 (37,1%)	5 (14,3%)	11 (31,4%)	12 (34,3%)	11 (31,4%)	3 (8,6%)	14 (40,0%)	...	35 (24,1%)

NOTA: PROBL. = Problemas      COMPORT. = Comportamento

Nota: A coluna TOTAL refere-se ao total obtido em cada **Síndrome** indicada nas linhas da tabela. As porcentagens nas células da tabela indicam as associações entre as **Síndromes**.

Da amostra, 62 alunos apresentaram escore do **CBCL** superior a 63, isto é, classificados como **Clínico**. Destes 29 apresentaram problemas **Externalizantes** e **Internalizantes**, 17 apenas **Externalizantes**, 13 apenas **Internalizantes**, e 3 **Outros Problemas**. Na TABELA 9 pode-se observar a distribuição.

TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS POSITIVAS DE PROBLEMAS INTERNALIZANTES E EXTERNALIZANTES, PELO CBCL

		INTERNALIZANTE		
EXTERNALIZANTE	Respostas	Sim	Não	Total
	Sim	29 (46,8%)	13 (21,0%)	42 (67,7%)
	Não	17 (27,481%)	03 (04,8%)	20 (32,3%)
	Total	46 (74,2%)	16 (25,8%)	62 (100,0%)

#### 4.7 CONCORDÂNCIA ENTRE OS RESULTADOS OBTIDOS DA LSP E CBCL

Observou-se boa concordância entre as respostas da **LSP** e o **CBCL**, como apresentado na TABELA 10. Para respostas consideradas **Sim** na **LPS** a pontuação foi  $\geq$  a 28, e para as respostas consideradas **Não** a pontuação foi menor que 28. Para as respostas do **CBCL Sim** os escores foram  $\geq$  63 (**Clínico**) e para **Não** os escores foram menores que 60 (**Normal**). Os casos **Limítrofes** foram excluídos desta análise.

Considerando as frequências obtidas, o resultado da **LSP** apresentou uma sensibilidade de 64,5%, especificidade de 100,0%, valor preditivo positivo (VPP) de 100,0%, valor preditivo negativo (VPN) de 75,5%, acurácia de 84,4%, índice de falso positivo (FP) nulo e falso negativo (FN) de 24,0%.

TABELA 10 – CONCORDÂNCIA ENTRE OS VALORES DA **LSP** E DO **CBCL**, PARA OS RESULTADOS **NORMAL** E **CLÍNICO**.

		<b>CBCL</b>		
		Escore	≥ 63	< 60
<b>LSP</b>	≥ 28	43 (35,2%)	0 (0,0%)	43 (35,2%)
	< 28	19 (15,6%)	60 (49,2%)	79 (64,7%)
	TOTAL	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100,0%)

NOTA: Coeficiente de Kappa = 0,69

Quando foram agrupados os alunos classificados como **Normal** e **Limítrofe** (**Normal + Limítrofe**) pelo **CBCL** e comparados aos classificados como **Clínico** observou-se diferenças em relação à **LSP**. Considerando as freqüências obtidas a **LSP** apresentou sensibilidade de 69,3%, especificidade de 92,8%, VPP de 87,7%, VPN de 80,2%, acurácia de 82,7%, índice de falso positivo de 12,2% e falso negativo de 19,8% (TABELA 11).

TABELA 11 – CONCORDÂNCIA ENTRE OS VALORES DA **LSP** E DO **CBCL**, PARA OS RESULTADOS **CLÍNICO VERSUS NORMAL + LIMÍTROFE**.

		<b>CBCL</b>		
		Escore	≥ 63	< 60
<b>LSP</b>	≥ 28	43 (29,7%)	6 (4,1%)	49 (33,8%)
	< 28	19 (13,2%)	77 (53,1%)	96 (66,2%)
	TOTAL	62 (42,8%)	83 (57,2%)	145 (100,0%)

NOTA: Coeficiente de Kappa = 0,63

Quando agrupados os alunos classificados como **Clínico** e **Limítrofe** (**Clínico + Limítrofe**) pelo **CBCL** e comparados aos classificados como **Normal**

observou-se diferenças em relação à **LSP**. Baseando-se nas frequências obtidas a **LSP** apresentou sensibilidade de 57,6%, especificidade de 100,0%, VPP de 100,0%, VPN de 62,5%, acurácia de 75,2%, índice de falso positivo nulo e falso negativo de 3,7% (TABELA 12).

TABELA 12 - CONCORDÂNCIA ENTRE OS VALORES DA **LSP** E DO **CBCL**, PARA OS RESULTADOS **CLÍNICO + LIMÍTROFE VERSUS NORMAL**.

		<b>CBCL</b>		
		Respostas	≥ 63	< 60
<b>LSP</b>	≥ 28	49 (33,8%)	0 (0,0%)	49 (33,8%)
	< 28	36 (24,8%)	60 (41,4%)	96 (66,2%)
	TOTAL	85 (58,6%)	60 (41,4%)	145 (100,0%)

NOTA: Coeficiente de Kappa = 0,53

#### 4.8 ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A **LSP** E **CBCL**

Houve forte correlação entre o escore total da **LSP** e do **CBCL** ( $r = 0,84$ ), sem diferença significativa quanto ao gênero ou faixa etária (GRÁFICO 12).

Observa-se no GRÁFICO 13 que a população classificada como **Normal** (escore < 60) apresentou uma ampla faixa de valores, porém a correlação se manteve ( $r = 0,68$ ).

Quando foram considerados exclusivamente os 14 indivíduos com resultados totais no **CBCL** na faixa **Limítrofe**, (escore 60 – 63) observou-se correlação moderada ( $r = 0,44$ ). Entretanto, há que se ressaltar o pequeno número de casos utilizados nesta análise limitando sua interpretação (GRÁFICO 14).

Na faixa do **CBCL Clínico** o coeficiente de correlação entre os escores da **LSP** e do **CBCL** foi de 0,52, que se elevou para 0,57 quando os 2 casos marginais

foram excluídos da análise. Igualmente o amplo intervalo de confiança indica uma limitação na interpretação deste resultado em função do reduzido número de casos selecionados (GRÁFICO 15).

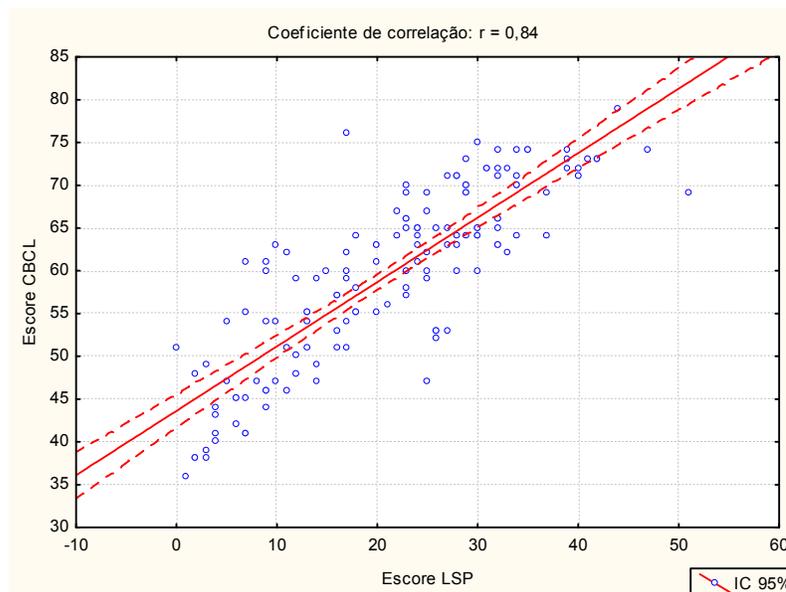


GRÁFICO 12 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE OS ESCORES TOTAL DA **LSP** E DO **CBCL**

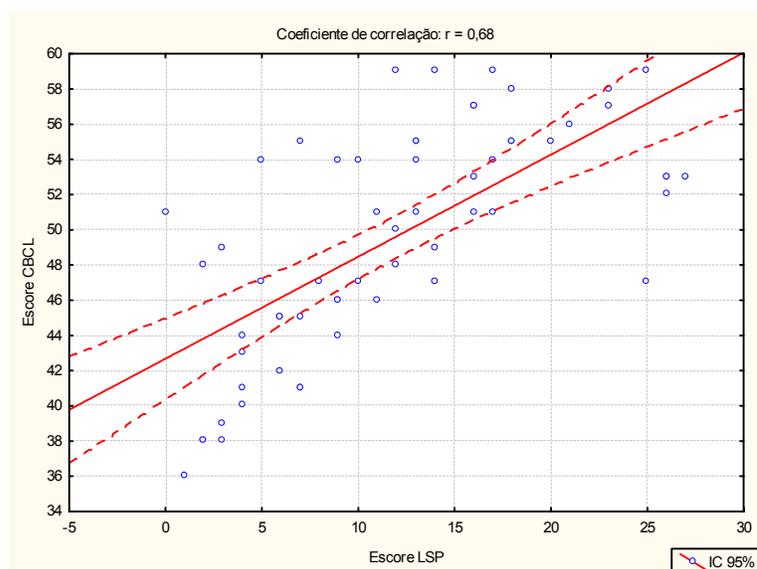


GRÁFICO 13 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A **LSP** E O **CBCL** PARA A POPULAÇÃO CLASSIFICADA COMO **NORMAL**

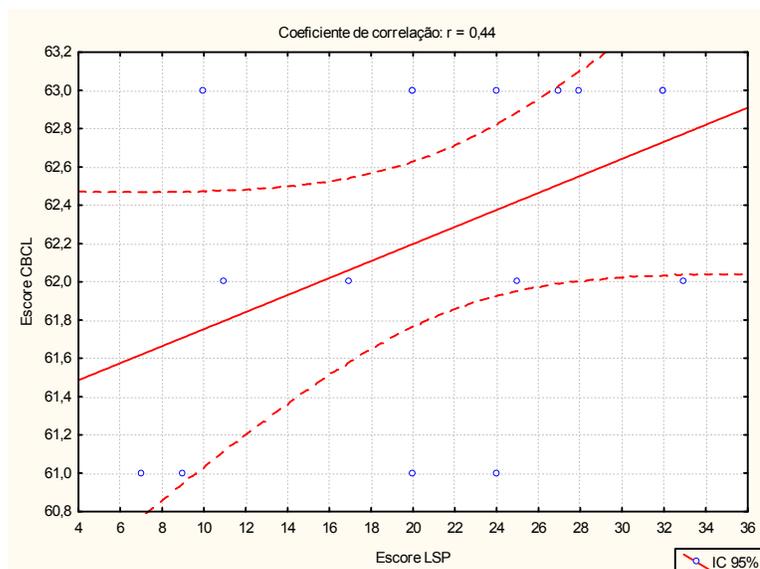


GRÁFICO 14 - ANÁLISE DE CORRELAÇÃO ENTRE A **LSP** E O **CBCL** PARA A POPULAÇÃO CLASSIFICADA COMO **LIMÍTROFE**

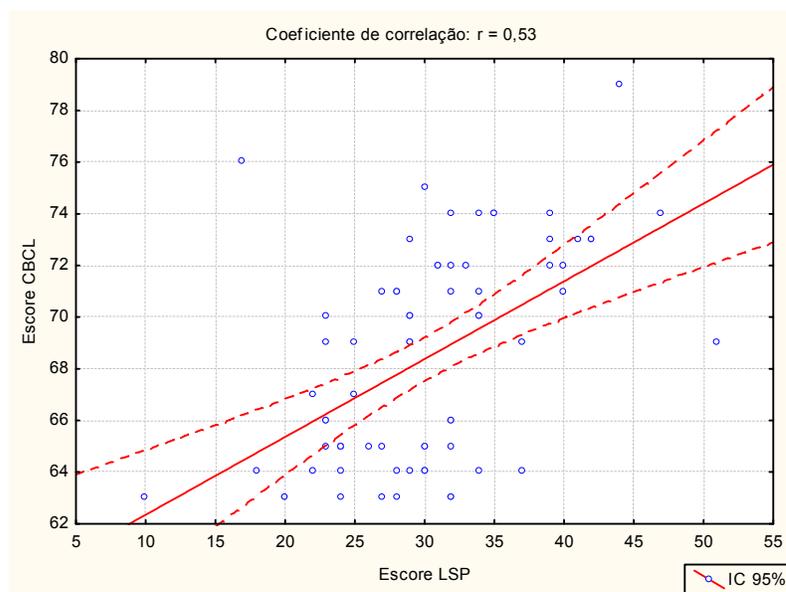


GRÁFICO 15 - ANÁLISE DA CORRELAÇÃO ENTRE A **LSP** E O **CBCL** PARA A POPULAÇÃO CLASSIFICADA COMO **CLÍNICO**

Ao observar a distribuição por gênero na amostra verificou-se no masculino uma média dos escores de **Problemas Externalizantes** maior que o feminino, sendo a diferença estatisticamente significativa. Essa diferença ocorreu em decorrência da síndrome **Quebrar Regras** e **Comportamento Agressivo**, mais comum no gênero masculino (TABELA 13).

TABELA 13 – MÉDIAS DOS ESCORES DOS RESULTADOS DE **PROBLEMAS INTERNALIZANTES** E **EXTERNALIZANTES** NOS GÊNEROS MASCULINO E FEMININO

	AMOSTRA (n = 145)	MASCULINO (n = 84)	FEMININO (n = 61)	p*
<b>CBCL TOTAL</b>	59,8 ± 10,2	60,4 ± 10,3	59,0 ± 10,1	0,40
<b>Externalizantes</b>	59,3 ± 10,7	60,8 ± 10,9	57,2 ± 10,2	<b>0,04</b>
<b>Internalizantes</b>	60,4 ± 9,7	60,3 ± 9,2	60,5 ± 10,4	0,94
<b>Ansiedade / Depressão</b>	59,9 ± 8,5	59,9 ± 8,6	60,0 ± 8,4	0,92
<b>Isolamento / Depressão</b>	58,8 ± 7,9	59,2 ± 8,0	58,4 ± 7,9	0,54
<b>Queixas Somáticas</b>	60,6 ± 8,0	60,0 ± 8,0	61,3 ± 8,0	0,33
<b>Problemas Sociais</b>	60,9 ± 7,6	60,9 ± 6,9	60,9 ± 8,5	0,97
<b>Problemas de Pensamento</b>	57,5 ± 7,9	58,3 ± 8,0	56,4 ± 7,5	0,14
<b>Problemas de Atenção</b>	57,0 ± 6,1	57,3 ± 5,6	56,6 ± 6,8	0,47
<b>Quebrar Regras</b>	57,2 ± 7,1	58,5 ± 7,5	55,4 ± 6,1	<b>&lt; 0,01</b>
<b>Comportamento Agressivo</b>	62,4 ± 10,1	63,9 ± 10,5	60,3 ± 9,3	<b>0,03</b>

Nota: \*Teste t de Student

Em relação à idade, ≤ 10 anos ou > 10 anos, não foi observada diferença estatisticamente significativa em relação aos escores dos resultados de síndromes do **CBCL**, exceto para as **Queixas Somáticas** mais frequentes nas crianças > 10 anos (p < 0,01) (TABELA 14).

TABELA 14 – MÉDIAS DOS ESCORES DOS RESULTADOS DE **PROBLEMAS INTERNALIZANTES** E **EXTERNALIZANTES** PARA A IDADE > 10 e ≤ 10 ANOS

	AMOSTRA (n = 145)	≤ 10 ANOS (n = 88)	> 10 ANOS (n = 57)	p*
<b>CBCL TOTAL</b>	59,8 ± 10,2	59,2 ± 11,3	60,8 ± 8,2	0,36
<b>Externalizantes</b>	59,3 ± 10,7	59,4 ± 11,9	59,0 ± 8,7	0,83
<b>Internalizantes</b>	60,4 ± 9,7	59,2 ± 9,8	62,2 ± 9,3	0,06
<b>Ansiedade / Depressão</b>	59,9 ± 8,5	59,4 ± 8,7	60,8 ± 8,2	0,34
<b>Isolamento / Depressão</b>	58,8 ± 7,9	57,8 ± 7,1	60,2 ± 9,0	0,08
<b>Queixas Somáticas</b>	60,6 ± 8,0	59,1 ± 7,8	62,8 ± 7,9	<b>&lt; 0,01</b>
<b>Problemas Sociais</b>	60,9 ± 7,6	61,0 ± 7,7	60,7 ± 7,4	0,78
<b>Problemas de Pensamento</b>	57,5 ± 7,9	56,7 ± 8,0	58,8 ± 7,5	0,10
<b>Problemas de Atenção</b>	57,0 ± 6,1	56,9 ± 6,2	57,1 ± 6,0	0,87
<b>Quebrar Regras</b>	57,2 ± 7,1	57,7 ± 7,7	56,4 ± 6,0	0,26
<b>Comportamento Agressivo</b>	62,4 ± 10,1	62,8 ± 11,2	61,7 ± 8,1	0,51

Nota: \* Teste t de Student

#### 4.9 ANÁLISE DA CURVA ROC PARA A **LSP**

A Curva ROC (*Receiver Operation Characteristic*) é construída a partir do cálculo dos níveis de sensibilidade e especificidade para cada pontuação, no caso deste estudo, da **LSP**, indicando o melhor ponto de corte para o evento estabelecido como variável dependente. Nesta análise, baseando-se nos diagnósticos obtidos pelo **CBCL**, considerados aqui como padrão-ouro, as diferentes classificações dos resultados – **Normal, Limítrofe e Clínico** - foram avaliadas isoladamente ou em associação, como variável dependente no modelo, a fim de verificar os diferentes pontos de corte de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico. Nos gráficos da Curva ROC o eixo de Y à esquerda indica os índices de sensibilidade, de

0 a 100%, de baixo para cima. O eixo de X superior indica, da esquerda para a direita, igualmente de 0 a 100%, os índices de especificidade, de forma que, atingindo o ângulo superior esquerdo, a curva obtém o máximo de sensibilidade e especificidade, com a maior área sob a curva, num modelo ideal.

Na construção da curva ROC considerando como variável dependente o **Total de Problemas Clínico versus Normal** e como variável independente a pontuação da **LSP** obteve-se um ponto de corte do escore da **LSP** de 21, com sensibilidade de 96,8% e especificidade de 86,7%. A área abaixo da curva foi de 0,96, indicando elevados índices de sensibilidade e especificidade para identificação de problemas psicossociais (GRÁFICO 16 e APÊNDICE 7).

Considerando como variável dependente as crianças e/ou adolescentes classificadas como **Normal e Limítrofe (Normal + Limítrofe) versus Clínico** pelo **CBCL** obteve-se um ponto de corte de 21, com sensibilidade de 96,8% e especificidade de 75,9%. A área abaixo da curva foi de 0,92 (GRÁFICO 17 e APÊNDICE 8).

Considerando agora o **Total de Problemas Clínico e Limítrofe (Clínico + Limítrofe) versus Normal** o ponto de corte encontrado foi de 20, com sensibilidade de 84,7% e especificidade de 85,0%. A área abaixo da curva foi de 0,92 (GRÁFICO 18 e APÊNDICE 9).

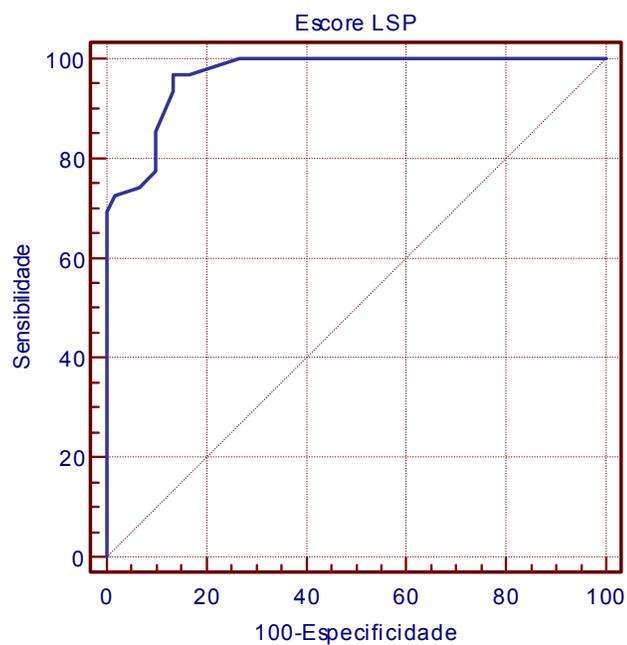


GRÁFICO 16 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA **LSP** CONSIDERANDO O TOTAL DE **PROBLEMAS CLÍNICO** E **NORMAL**

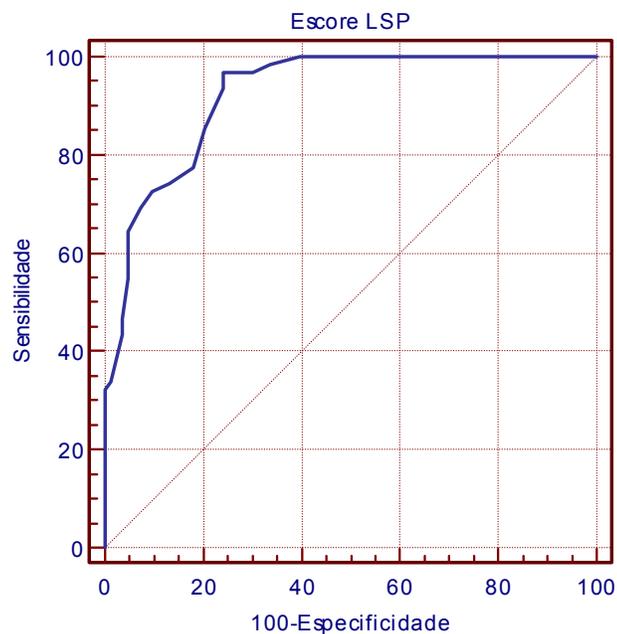


GRÁFICO 17 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA **LSP** CONSIDERANDO O TOTAL DE **PROBLEMAS CLÍNICO** VERSUS **NORMAL + LIMÍTROFE**

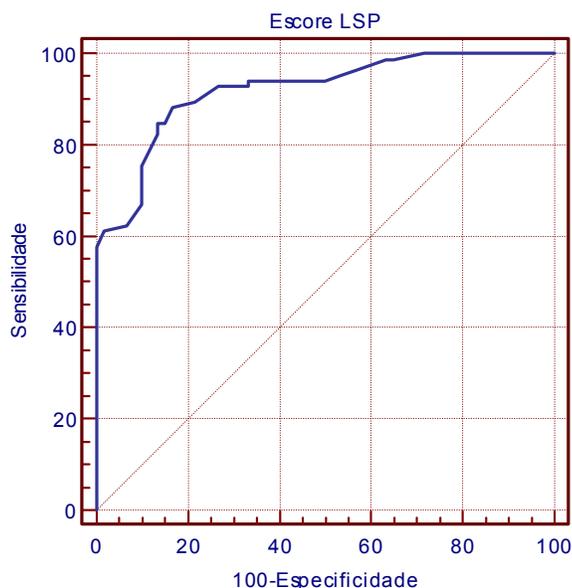


GRÁFICO 18 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA **LSP** CONSIDERANDO O TOTAL DE **PROBLEMAS CLÍNICO + LIMÍTROFE VERSUS NORMAL**

#### 4.9.1 Análise da Curva ROC para a **LSP** de acordo com a Faixa Etária

Ao analisar a sensibilidade e especificidade da **LSP** para crianças  $\leq$  de 10 anos de idade observou-se um ponto de corte de 20, com sensibilidade 89,7% e especificidade de 88,6%. A área sob a curva foi de 0,95, indicando elevados índices de sensibilidade e especificidade da **LSP** para identificação de problemas emocionais e psicossociais nesta faixa etária (GRÁFICO 19, APÊNDICE 10).

Para crianças e/ou adolescentes maiores de 10 anos o ponto de corte foi de 20 pontos, com sensibilidade de 83,3% e especificidade de 61,9%. A área sob a curva para a **LSP** foi de 0,78, indicando menores índices de sensibilidade e especificidade deste instrumento para identificação de problemas psicossociais nesta faixa etária (GRÁFICO 20 e APÊNDICE 11).

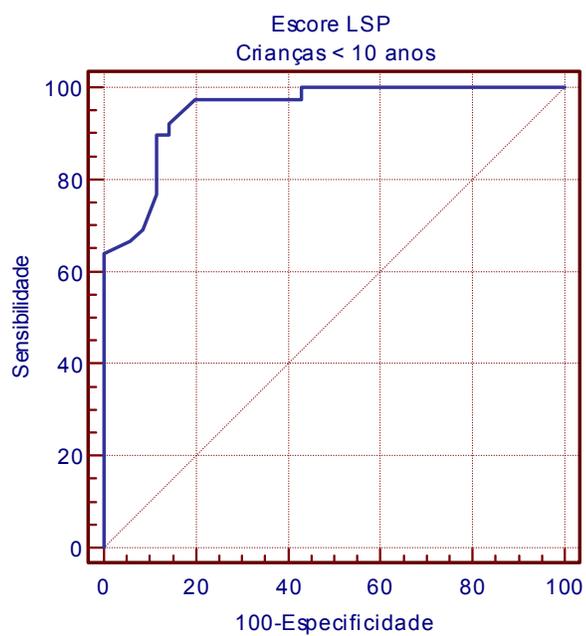


GRÁFICO 19 – CURVA ROC DA **LSP** PARA CRIANÇAS ≤ 10 ANOS DE IDADE

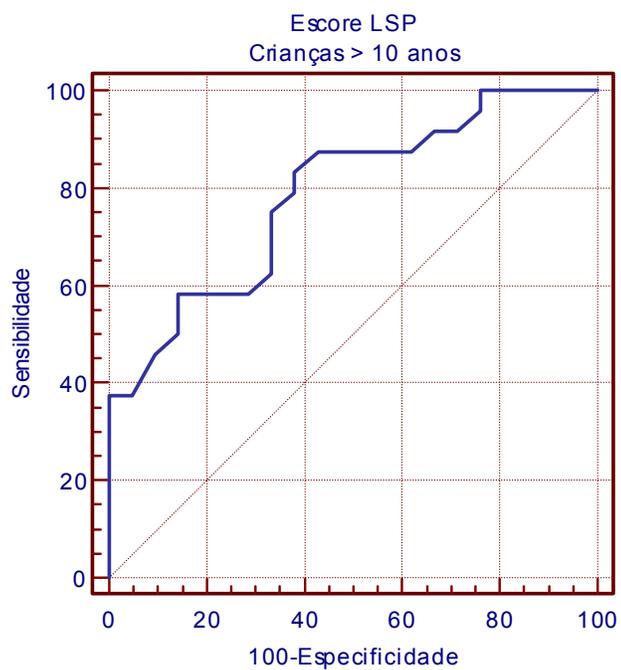


GRÁFICO 20 – CURVA ROC DA **LSP** PARA CRIANÇAS E/OU ADOLESCENTES > 10 ANOS DE IDADE

#### 4.10 ANÁLISE DA CURVA ROC PARA **PROBLEMAS INTERNALIZANTES** E **EXTERNALIZANTES**

A construção da curva ROC considerando como variável dependente **Problemas Internalizantes** e como variável independente a pontuação da **LSP** indicou um ponto de corte de 18, com sensibilidade de 77,2% e especificidade de 63,6%. A área sob a curva foi de 0,78, com intervalo de confiança de 95% de 0,70 – 0,84 (GRÁFICO 21 e APÊNDICE 12).

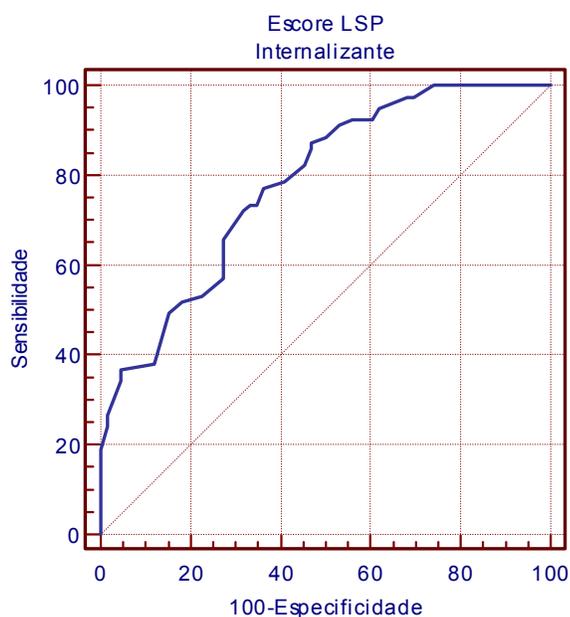


GRÁFICO 21 – CURVA ROC DA **LSP** PARA PROBLEMAS **INTERNALIZANTES**

Considerando como variável dependente os **Problemas Externalizantes**, o ponto de corte selecionado foi de 18, com sensibilidade de 90,8% e especificidade de 76,8%. A área sob a curva foi de 0,88, com intervalo de confiança de 95% de 0,82 – 0,93 (GRÁFICO 22 e APÊNDICE 13).

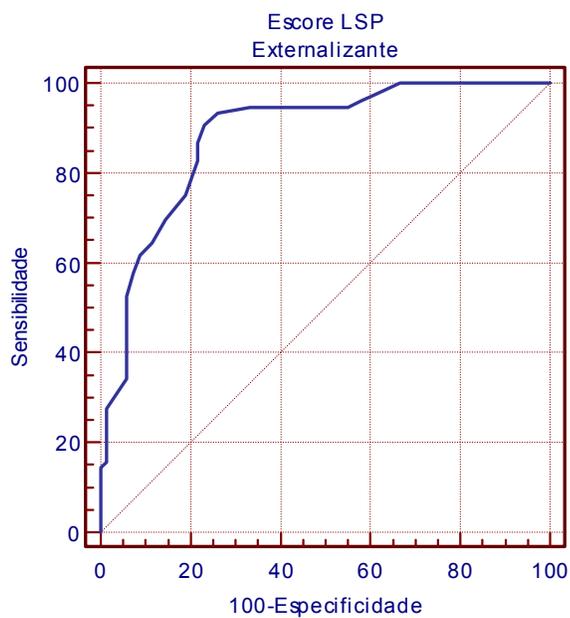


GRÁFICO 22 – CURVA ROC DA **LSP** PARA PROBLEMAS **EXTERNALIZANTES**

## 5 DISCUSSÃO

A dificuldade no reconhecimento dos Transtornos Mentais em pediatria é amplamente discutida em vários países (JELLINEK *et al.* 1999; YUKO *et al.*, 2000; WILLIAMS, 2004; REIJNEVELD *et al.*, 2006; e THUN-HOHENSTEIN; HERZOG, 2007). Entre os fatores que contribuem para a dificuldade no reconhecimento dos TM pelo pediatra está a falta de tempo, em razão da exigência de maior produtividade, a falta de formação adequada para o reconhecimento e habilidade no manejo e condução destas situações, acesso limitado a profissionais da psicologia e psiquiatria, além da falta de reembolso e incentivo para atendimento em serviços de saúde mental. Em países desenvolvidos, uma a cada 10 crianças apresenta pelo menos um Transtorno Mental. Os pediatras devem estar preparados e atentos para detectar problemas emocionais e/ou psicossociais, já que intervenções precoces podem melhorar a evolução e o prejuízo causado à criança e sua família e à sociedade (HACKER *et al.*, 2006).

Estudos têm mostrado que os problemas emocionais e psicossociais mais encontrados em crianças e adolescentes são a **Depressão e Ansiedade, Agressividade, Comportamento de Quebrar Regras, Transtorno de Conduta** e os **Problemas de Atenção** (CANINO *et al.*, 2004).

Das 35 Questões propostas pela **LSP**, 9 foram anotadas pelos pais com pontuação 2, isto é, a situação descrita na questão ocorre **freqüentemente**. Essas Questões foram: “09 - Distrai-se com facilidade”, “14 - Tem problemas de concentração”, “04 - É irrequieto, não pára quieto”, “10 - Têm medo de enfrentar novas situações”, “29 - Desobedece regras”, “07 - Age como se fosse movido por um motorzinho”, “08 - Sonha muito durante o dia”, “35 - É brabo, irritado” e “12 - Têm dificuldade em demonstrar seus próprios sentimentos”.

As questões escolhidas por Jellinek *et al.* (1986) para compor a **LSP**

refletem características emocionais e de comportamento importantes para a identificação destes problemas em crianças e/ou adolescentes. Ao observar a frequência de respostas ao agrupamento de Questões (1, 2, 3, 10, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 21, 22 e 27) o pediatra deverá considerar em sua avaliação características para **Problemas Internalizantes**, isto é, crianças e/ou adolescentes com sinais de Ansiedade e Depressão. Considerando que crianças menores possuem maior dificuldade para identificar, descrever e demonstrar seus sentimentos em razão da imaturidade emocional, a atenção do pediatra deverá ser redobrada nessa faixa etária. Diferente do adulto, a Depressão na infância caracteriza-se principalmente pelo humor irritável, em vez de tristeza e melancolia, e no adolescente, tédio e sensação de vazio. Sinais de tristeza, rejeição, sentimento de culpa e/ou imagem negativa de si mesmo, além de irritabilidade e agressividade, são outros indicadores de depressão na infância e/ou adolescência. Indivíduos com características depressivas podem apresentar dificuldade em divertir-se, queixando-se de tédio ou falta do que fazer. Podem ainda sentir-se rejeitados por outras crianças e preferir atividades solitárias às compartilhadas. Crianças e/ou adolescentes deprimidos, se não tratados adequadamente, podem sofrer alterações da percepção que tem do mundo e de si mesmo, correndo o risco de acostumar-se com uma visão distorcida da realidade, reduzindo a interação com a família e sociedade, podendo evoluir para pensamentos recorrentes de morte, idéias e planejamento de suicídio. Estudos epidemiológicos mostram o aumento da prevalência cada vez mais precoce do risco de suicídio indicando a necessidade de intensificar os cuidados, visando à possibilidade de identificação e tratamento precoces. As preocupações são maiores principalmente porque problemas em uma área de funcionamento freqüentemente estão associados à dificuldade em outras. Nesse estudo a população com **CBCL CLÍNICO** para Problemas de Ansiedade/Depressão e Isolamento/Depressão também obtiveram altos escores **CLÍNICO** para Queixas Somáticas, Problemas

Sociais e de Pensamento e Comportamento Agressivo. A dificuldade para descrever sentimentos também pode se manifestar através da expressão das emoções em dores físicas e ansiedade. Fonseca (2005) em estudo realizado em Montes Claros – MG, com 519 escolares de 7 a 13 anos de idade, utilizando o CDI (*Children's Depression Inventory*), encontrou como resposta mais freqüente a preocupação com dores como cefaléia, dor abdominal, náuseas e cansaço. Estas queixas foram muito freqüentes e facilmente identificadas pelos pais nesse estudo, refletindo provavelmente que estas são formas comuns de expressão dos sentimentos na infância.

Experiências intensas e repetidas de medo e preocupações também são eventos que podem afetar crianças e/ou adolescentes, causando prejuízos no seu desenvolvimento pessoal e familiar. Respostas normais a eventos geradores de ansiedade podem ser intensas, porém passageiras; já as patológicas caracterizam-se pelo aumento da intensidade, duração e persistência, com repostas permanentemente alteradas e, ao evento, exageradas. Estudos epidemiológicos indicam a presença de Transtorno de Ansiedade em 4,6% da população de crianças e 5,8% de Adolescentes (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). Shaffer *et al.* (1996) encontraram índice de 13% na população geral. Estudo sobre Transtorno de Ansiedade de Separação encontrou uma prevalência de 4 a 5 % nas crianças (BERSTEIN; BORCHARDT; PERWIEN,1996) e para Transtorno de Ansiedade Generalizada de 5,1% (SHINOHARA; NARDI, 2001), sugerindo índices elevados para este transtorno na população geral. O Transtorno de Ansiedade Generalizada é comum em crianças de seis a doze anos e, diferente do TAS, cujo fator desencadeante é a separação dos pais, é caracterizado por excessiva preocupação e ansiedade sobre uma variedade de assuntos, como questões familiares, saúde, problemas ambientais entre outros. A criança com esses sintomas pode não controlar sua preocupação e ter suas atividades normais afetadas com sintomas

físicos como tensão muscular, dificuldade de concentração, irritabilidade, fadiga, agitação motora e incapacidade para dormir.

As questões 16, 17, 25, 26, 29, 30, 31, 32, 33, 34 e 35 são características de **Problemas Externalizantes** como Quebrar Regras e Agressividade. Não obedecer regras é um comportamento que faz parte do desenvolvimento da criança principalmente aos 2 e 3 anos de idade e na adolescência. No entanto, ao ocorrer freqüentemente, de maneira consistente e com prejuízo no funcionamento adaptativo, pode ser indicativo de Transtorno Opositivo Desafiador. O DSM-IV e o DSM IV-TR indicam uma prevalência de TOD de 2 a 16%, duas vezes mais comum em meninos antes da puberdade, mas assemelhando-se entre os gêneros após essa fase. Biederman *et al.* (2001) encontraram prevalência maior no gênero masculino independente da faixa etária, coincidindo com os resultados encontrados neste estudo para itens que sugerem o TOD. A preocupação com indivíduos com características de TOD é grande, pois um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para com figuras de autoridade, associado à inabilidade das práticas parentais e interações pobres, podem evoluir para um padrão patológico de comportamento. Este estudo encontrou índice significativo para freqüência de respostas da **LSP** para esses problemas.

As queixas de desatenção e hiperatividade são comuns entre crianças e/ou adolescentes em idade escolar, contudo, se persistentes, podem trazer dificuldades no desenvolvimento de tarefas escolares, no cotidiano e no relacionamento interpessoal. Respostas **POSITIVA** às Questões 7, 8, 9,14 e 18 foram muito freqüentes nessa população, porém, pelo **CBCL**, apenas 2,7% apresentaram escore **CLÍNICO**. “Distrai-se com facilidade, problemas de concentração e sonha muito durante o dia”, são características freqüentemente referidas em estudos no Brasil e no exterior. Antoniuk (2006), avaliando 964 escolares, encontrou prevalência de TDAH de 12%, sendo predominantemente desatento em 6,9%. Brito (1987),

estudando 1.068 alunos com idade entre 2 a 16 anos, encontrou prevalência de 23,6% no gênero masculino e 13,3% no feminino, concordando com os resultados deste estudo que também obteve freqüência de resposta maior para o gênero masculino. Nos EUA, Wolraich *et al.* (1996) relataram índice de 16,4% em estudo populacional. Schmitz (2007), avaliando isoladamente a característica Déficit de Atenção, encontrou respostas positivas entre 8,2 a 30,5% dos indivíduos estudados.

Rodhe *et al.* (1999) também encontraram a presença de resposta positiva para a primeira questão em 11,1% e 31,3% para a segunda. As mesmas questões, de forma semelhante, alcançaram índices elevados de freqüência para a resposta “às vezes”. Wolraich *et al.* (1996) e Mugnaini *et al.* (2006) encontraram predomínio do gênero masculino, confirmando os achados da literatura, onde a grande maioria das pesquisas comprova a presença do TDAH mais em meninos do que em meninas. O comportamento hiperativo, geralmente descrito como “Age como se fosse movido por um *motorzinho*” e “É irrequieto, não para quieto,” foi observado em 25% desta amostra.

Na população total de referência desse estudo observou-se que 14% apresentavam uma **LSP POSITIVA**, isto é, indicativo de Transtorno Mental, portanto com indicação de avaliação e/ou tratamento especializado. Esta prevalência assemelha-se a de Jellinek *et al.* (1999), de 13% que abordaram amplamente a população pediátrica de 44 estados americanos, Porto Rico e 4 províncias canadenses, e a de Leiner *et al.* (2007) que, estudando uma população hispânica residente no estado americano do Texas, encontraram uma prevalência da **LSP POSITIVA** de 16,5%. Jutte *et al.* (2003) conduziram estudo na Califórnia, com imigrantes hispânicos, encontrando uma freqüência da **LSP POSITIVA** de 1%. Este último estudo abordou população com grande dificuldade na comunicação em língua inglesa e de extrema baixa renda. A dificuldade no entendimento da língua e a característica, observada por Jutte *et al.* (2003), de que as famílias hispânicas

geralmente apresentam maior relutância em fornecer informações sobre doenças ou problemas psicossociais, preferindo recorrer a pessoas da comunidade, devem ter contribuído para a baixa sensibilidade dos resultados das avaliações (ROGLER, 1996). A dificuldade no entendimento da língua inglesa deve ter colaborado intensamente para estes achados, já que quando Leiner *et al.* (2007) propuseram, posteriormente, uma **LSP** com desenhos para hispânicos, representando as questões, conseguiram aumentar a positividade para 16,5%. Além da dificuldade no entendimento das questões da **LSP** pelo não domínio da língua, um estudo recente, desenvolvido por Hacker *et al.* (2006) mostrou uma relação entre pais com filhos com problemas emocionais e/ou psicossociais e maior conhecimento e preocupação sobre o tema TM e melhor sensibilidade da **LSP**. Outros estudos como o de Bird *et al.* (1988) e Dryfoos, (1991) consideraram que grupos de risco, tais como baixa renda apresentam maiores índices de TM. Costello *et al.* (2003) mostraram que a melhora na condição socioeconômica reduziu os sintomas externalizantes, porém não interferiu nos internalizantes. Portanto, embora programas sociais que melhorem qualidade de vida das populações sejam bem vindos, outras intervenções terapêuticas devem ser tomadas. Cabe ao pediatra, profissional com grande vínculo com as famílias, saber reconhecer os diferentes Transtornos Mentais com o intuito de realizar intervenções precocemente. A crescente ênfase na produtividade e rentabilidade criou uma pressão adicional para o médico pediatra, e, conseqüentemente limitou a atenção sobre os problemas emocionais e/ou psicossociais. Uma forma de contrabalançar é o uso de instrumentos de triagem para TM como parte da rotina dos cuidados médicos de saúde da criança e/ou adolescente para facilitar o reconhecimento e encaminhamento precoces. A **LSP** é um primeiro passo para a triagem de indicação de TM na infância. O segundo passo deve ser analisado pelo pediatra em conjunto com os pais para que a decisão final sobre o encaminhamento seja tomada. Uma pontuação positiva na **LSP** sugere a

avaliação de um profissional de saúde mental, porém como escalas de avaliação geralmente apresentam falso positivo e falso negativo, faz-se necessário um profissional com experiência e conhecimento sobre o paciente, seu pediatra, para interpretar os resultados. A maioria dos estudos utilizando a **LSP** indica que 2 de 3 crianças ou adolescentes com **LSP POSITIVA** está corretamente identificada como possuindo moderado a grave problema emocional e/ou psicossocial, já as **LSP NEGATIVAS** alcançam 95% de acerto (MURPHY *et al.*, 1992).

Instrumentos de triagem sobre o funcionamento, desempenho e desenvolvimento emocional e psicossocial de crianças e/ou adolescentes devem fazer parte da rotina de avaliação do pediatra, da mesma forma que as informações sobre sintomas clínicos, de ordem física e orgânica.

A avaliação das crianças e/ou adolescentes desse estudo, baseada na Lista de Sintomas Pediátricos – **LSP (Pediatric Symptom Checklist – PSC)**, foi realizada através dos Questionários entregues aos pais e/ou responsáveis. Em três das questões foram necessárias alterações de tradução inglês-português, de modo a serem adequadamente compreendidas. Os docentes também foram informados e orientados em relação às dúvidas mais frequentes. Estes cuidados facilitaram o intercâmbio com os pais, melhorando o entendimento e agilizando o preenchimento dos Questionários. Após as adaptações na **LSP** os pais foram convocados a comparecerem para responder a nova versão. Da população geral, 35% compareceram e nestes a **LSP** foi **POSITIVA** em 34%. Dos duzentos e setenta alunos, cujos pais não compareceram à segunda etapa da avaliação, somente 09 (3,3%) apresentavam **LSP** maior ou igual a 28 pontos. A quase totalidade dessas crianças e/ou adolescentes apresentou escore inferior a 28 pontos (261 ou 97,7%). A elevada prevalência observada na amostra de estudo pode ser resultado da maior clareza das questões, da preocupação destes pais com seus filhos e do maior entendimento sobre os TM nesta amostra, corroborando os achados de Hacker *et al.*

(2006).

A detecção e o tratamento precoce podem melhorar o prognóstico de crianças e adolescentes com problemas emocionais e/ou psicossociais. Lavigne *et al.* (1998) encontraram que mais de 50% de crianças com Transtornos Mentais na idade escolar já demonstravam características dos problemas no período pré-escolar. Similarmente, em um estudo retrospectivo sobre Comportamento Anti-Social na adolescência Moffitt e Caspi (2001) mostraram que o adolescente com problemas já apresentava sinais patológicos aos 2 a 3 anos de idade. Da mesma forma Williams *et al.* (2004) mostraram que sintomas característicos de problemas emocionais e psicossociais podem ser muitas vezes preditivos. Esta idéia foi fortalecida por Mesman e Koot (2001), que estudando crianças em idade escolar, encontraram problemas **Internalizantes** e **Externalizantes** que já haviam sido relatados pelos pais quando essas crianças cursavam a pré-escola. Um aumento nos encaminhamentos para profissionais da Saúde Mental se mostrou eficaz na diminuição e melhora de sintomas patológicos bem como na pontuação da **LSP** numa segunda reavaliação.

Os resultados da **LSP** que indicam o grau de confiabilidade e a validade em relação ao **CBCL** são muito similares aos encontrados nas amostras em outros estudos (JELLINEK *et al.*, 1999; REIJNEVELD *et al.*, 2006; LEINER *et al.*, 2007; THUN-HOHENSTEIN; HERZOG, 2007). A consistência interna da **LSP** nessa amostra foi muito boa, semelhante à encontrada por Jellinek *et al.* (1986) e Reijneveld *et al.* (2006). Houve alta concordância entre a **LSP** e o **CBCL**, com o ponto de corte na **LSP** de 28, que é o estabelecido por autores como Jellinek *et al.* (1986), porém nesta amostra o melhor ponto de corte apontado foi 21 pontos. Percebeu-se que com o ponto de corte de 28 a **LSP** é menos sensível e mais específico, enquanto em 21 tem maior sensibilidade, porém menor especificidade. Em outros estudos, como o de Jutte *et al.* (2003) que numa amostra hispânica

encontraram que para um ponto de corte de 24 a sensibilidade foi de 7,4% e a especificidade de 100%; ao mudar o ponto de corte para 12 verificou que a **LSP** detectava mais corretamente as crianças com problemas emocionais e/ou psicossociais com sensibilidade de 74% e especificidade de 94%. Reijneveld *et al.* (2006) estudando uma população holandesa, sugerem a pontuação 22 como melhor ponto de corte com 72% de sensibilidade e 93% de especificidade. Os escores médios da **LSP** mais baixos para as crianças holandesas e mexicanas provavelmente refletem diferenças reais entre estes países com relação aos níveis de sintomas relatados pelos pais em comparação com a população americana e a brasileira.

Tanto na população como na amostra de estudo observou-se predominância do gênero masculino, com médias da **LSP** e **CBCL** mais altas. Essa predominância tem sido descrita por outros autores, como Reijneveld *et al.* (2006) na Holanda e Jellinek *et al.* (1999) nos EUA. Os últimos avaliaram uma população de 21.065 crianças e adolescentes encontrando escores para respostas positivas no gênero masculino, significativamente maiores que para o feminino 17% e 9% e para os pré-escolares de 12% e 9% respectivamente.

Observando-se a população de estudo por percentis, as médias dos escores do gênero feminino e masculino foram semelhantes na maioria dos percentis, sendo as do gênero feminino, mais altas no 97º percentil. Já na amostra de estudo o gênero feminino predominou ligeiramente no 75º, 90º e 97º percentis, diferente do observado no estudo austríaco (THUN-HOHENSTEIN; HERZOG, 2007), no qual houve predomínio do gênero masculino em todos os percentis. Esse estudo avaliou crianças e adolescentes, não abordando pré-escolares. Na faixa etária estudada, tanto na população de estudo como na amostra, as médias dos escores da **LSP** foram mais altas nas crianças maiores de 10 anos, especialmente no 75º e 97º percentis. Porém, quando correlacionada ao **CBCL**, a **LSP** na população de crianças

≤ 10 anos apresentou índices de sensibilidade e especificidade superiores à da população daquelas > 10 anos. No entanto, em relação às Síndromes, as **Queixas Somáticas** foram mais freqüentes na população de crianças e/ou adolescentes com idade superior a 10 anos. O índice de respostas positivas na **LSP** para questões que sugerem **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade** e **Transtorno Opositivo Desafiador** no gênero masculino foi maior que no feminino, concordando com Reijneveld *et al.* (2006) e com Thun-Hohenstein e Herzog (2007). No entanto, o último encontrou problemas de atenção e agressividade mais freqüentemente no gênero masculino e não observou diferença entre os gêneros em relação a **Quebrar Regras**.

Quando comparados ao **CBCL**, utilizado como padrão ouro, os resultados da **LSP** revelaram uma boa consistência interna e fidedignidade de mensuração. A curva ROC mostrou que o ponto de corte para esta população é de 21, com sensibilidade de 96,8% e especificidade de 86,7%. Ao observar como se comportaria a curva com o ponto de corte proposto por Jellinek *et al.* (1986), de 28 pontos, constatou-se uma sensibilidade de 64,5% e especificidade de 100%. Isso sugere que a amostra brasileira comporta-se de forma semelhante à de Jellinek *et al.*, considerando o ponto de corte de 28 pontos. Reijneveld *et al.* (2006) propuseram um ponto de corte de 22 pontos, no qual a sensibilidade foi de 71,7% e especificidade de 93%. Jellinek *et al.* (1986) discutiram os critérios para escolha do melhor ponto de corte na **LSP**, um instrumento de triagem para problemas emocionais e psicossociais. Inicialmente ela deve detectar o maior número de crianças e adolescentes com indicativos de transtornos mentais, de forma a identificar indivíduos que de fato apresentem necessidade de avaliação e/ou tratamento de profissionais da saúde mental. Pontos de corte altos selecionam um menor número de crianças e adolescentes, provavelmente abrangendo as mais comprometidas, que de fato necessitam de avaliação especializada. Pontos de corte

menores selecionam um maior número de indivíduos, entre estes os com pouco ou nenhum comprometimento real, levando a uma preocupação talvez desnecessária para a família. A identificação de crianças e adolescentes com Transtornos Mentais não pode ficar restrita a um único instrumento de avaliação e a uma precisão numérica. Não se pode simplificar demasiadamente esta tarefa complexa. A função do pediatra é de extrema importância e indispensável, tanto na avaliação clínica quanto na avaliação dos resultados de um instrumento de triagem, neste caso a **LSP**. Essa avaliação pode ajudá-lo a decidir pela orientação da família e reavaliação próxima ou, se não se sentir seguro e capacitado, uma consulta com especialista para orientações. No caso da avaliação mostrar claramente ao pediatra que esta criança ou adolescente apresenta potencial para Transtornos Mentais o encaminhamento ao especialista deve ser realizado. Na amostra, uma **LSP** com pontuação de 28 apresentou especificidade de 100% para problemas emocionais e/ou psicossociais. Entre 21 e 27 pontos encontram-se casos que a avaliação clínica é fundamental para a decisão pelo encaminhamento ou não a equipe especializada. O pediatra, ao avaliar a **LSP** deve considerar o subgrupo de questões com maior frequência de respostas com intuito de verificar se estas sugerem algum TM, como **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Ansiedade e Depressão, Agressividade e TOD** entre outros. Uma **LSP** com valor abaixo do ponto de corte, mas claramente direcionada a um TM, merece mais atenção do pediatra que uma com respostas em subgrupos variados. Considerando-se que o **CBCL** possui um grupo limítrofe analisou-se a melhor curva da **LSP** em relação ao **CBCL** nas seguintes situações: **Normal vs Clínico, Normal vs Clínico + Limítrofe e Normal + Limítrofe vs Clínico**. A melhor curva ROC foi a que mostrou a correlação da **LSP** e **CBCL Normal vs Clínico**, excluindo-se o grupo **Limítrofe**. Isto enfatiza a importância do pediatra na avaliação dos pacientes agrupados em **Limítrofe**, ou seja, com **LSP** entre 21 e 27 pontos.

## 6 CONCLUSÃO

1. A Lista de Sintomas Pediátricos – **LSP** mostrou-se eficaz como instrumento de triagem para identificação de problemas emocionais e psicossociais em crianças e/ou adolescentes.
2. A Lista de Sintomas Pediátricos apresentou excelente consistência interna.
3. A prevalência de resultado **POSITIVO** para o ponto de corte convencional  $\geq 28$  pontos foi de 14% para a população de estudo e 34% para a amostra de estudo (sensibilidade de 64,5% e especificidade 100,0%).
4. Tanto na população como na amostra de estudo houve predominância do gênero masculino e de crianças maiores de 10 anos. A **LSP** foi sensível para a detecção de problemas emocionais e psicossociais em ambos os gêneros e nas duas faixas etárias estudadas.
5. Houve boa concordância entre os resultados denominados **POSITIVO** pela **LSP** e os denominados **CLÍNICO** pelo **CBCL**.
6. A curva ROC apontou que o melhor ponto corte para essa população foi de 21 pontos (sensibilidade de 96,8% e uma especificidade 86,7%).
7. Na população a utilização do ponto de corte preconizado pelos autores da **LSP** apresentou sensibilidade e especificidade semelhantes às observadas por eles. Considerando que o objetivo seria selecionar indivíduos com potencial real de comprometimento emocional e psicossocial o ponto de corte  $\geq 28$  pontos foi mais apropriado, com a sugestão de que indivíduos entre 21 e 27 sejam

avaliados pelo pediatra. Assim, a **LSP** deve ser considerada como um primeiro instrumento para avaliação da presença possível de problemas emocionais e/ou psicossociais em crianças e/ou adolescentes. Cabe ao pediatra, em concordância com a família, avaliar a real necessidade de encaminhamento e/ou tratamento.

## REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist 14-18 and 1991 profile**. Burlington: University of Vermont, 1991.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology** Implications for Mental Health Assessment. The Guilford Press, New York, 2007.

ALTMAN, D. G. **Practical Statistics for Medical Research**. Ed. Londres: Chapman & Hall, 1999.

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria Infantil**, Ed. Masson, 2.ed. p. 240-43, 1976.

ALBANO, A. M. *et al.* Children and Adolescents: assessment and treatment, In Social Phobia: **Assessment and Treatment Guilford**, New York, p. 387-425, 1995.

AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameters for the psychiatric assessment of children and adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, Baltimore, v. 36, Suppl. 10, p. 4-20, 1997.

ANDERSON, D. L. *et al.* Use of the Pediatric Symptom Checklist in the Pediatric Neurology Population. **Pediatr Neurol**, v. 20, n. 2, p. 116-120, 1999.

ANTONIUK, S. A. **Desenvolvimento de um questionário breve para identificação do transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade direcionado a pais e professores** – Tese para obtenção do título de Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

AUGUST, G. J. *et al.* Persistence and desistance of oppositional defiant disorder in a community sample of children WITH ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 38, p.1262-70, 1999.

BAHLS, S. C. Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. **Interação**, v. 3, p. 49-60, 1999.

BAHLS, S. C. Epidemiology of depressive Symptoms in adolescents of a public school in Curitiba, Brazil. **Rev Bras Psiq**, 24, p. 63-67, 2002.

BARBOSA, G. A. *et al.* Escala para avaliação de depressão em crianças – revisada (CDRS-R): uma análise exploratória. **Infanto - Rev Neuropsiq da Inf e Adol**, v. 5, p. 15-18, 1997.

BARKLEY, R. *et al.* Persistence of attention deficit hyperactivity disorder into adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. **J Abnorm Psychol**, Washington, v. 111, p. 152-162, Mar 2002.

BARLOW, D. H. **Anxiety and it's Disorders**, New York. Guilford, 1999.

BEARD, J. L.; CONNOR, J. R. Iron status and neural functioning. **Annu Rev Nutr**, Palo Alto, v. 23, p. 41-58, Jan 2003.

BERNAL, P. *et al.* Psychosocial Morbidity – The Economic Burden in a Pediatric Health Maintenance Organization Sample. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 154, p. 261-266, Mar 2000.

BERSTEIN, G. A.; BORCHARDT, C. M.; PERWIEN, A. R. Anxiety disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 35. p. 111-119, 1996.

BESSA, M.; KAYAMORI, C.; WATZKO, S. Perfil social e o uso de substâncias em crianças e adolescentes internados para desintoxicação em Curitiba. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 24, Suppl. 25, Oct 2002.

BHATARA, V.S. Early Detection of Adolescent Mood Disorders. **SD J Med**, n. 1, Supp 45, p. 75-78, 1992.

BIEDERMAN, J. *et al.* Is Childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? Findings from a four – year follow – up study of children with ADHD. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 35, p. 1193-204, 1996.

BIERDERMAN, J. *et al.* Patterns of remission and symptom decline in conduct disorder: a four – year prospective study of an ADHD sample. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, p. 290-8, 2001.

BIRD, H. R. *et al.* Estimates of the prevalence of child maladjustment in a community survey in Puerto Rico. **Arch Gen Psychiatry**, v. 45, p. 1120-6, 1988.

BIRD, H. R. Epidemiology of childhood disorders in a cross – cultural context. **J child Psychol Psychiatry**, v. 37, p. 35-49, 1996.

BIRMAHER, B. *et al.* Childhood and Adolescent depression: a review of the past 10 year. Part I. **Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 35, Supp 11, p. 1427-39, 1996.

BORDIN, I. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M.F. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (**CBCL**) – Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência: dados preliminares. **Revista ABP – APAL**, v. 17, Supp 2, p. 55-66, 1995.

BOROWSKY, I. W.; MOZAYENY, S.; IRELAND, M. Brief Psychosocial Screening at Health Supervision and Acute Care Visits. **J Pediatr**, v. 112, n. 1, p. 129-133, Jul 2003.

BRANDIM, J. M.; ROAZZI, A.; DOMÈNECH, E. Rendimento escolar em crianças com sintomas depressivos **J Bras Psiquiatr**, v. 47, Sup. 7, p. 353-60, 1998.

BROWN, R. T. et al. Prevalence and assessment of attention-deficit /hyperactivity disorder in primary care settings. **Pediatrics**, Atlanta, v.107, n.3, p. 43-49, Mar 2001.

BRUGMAN, E. *et al.* Identification and Management if Psychosocial Problems by Preventive Child Health Care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 155, p. 462-69, Apr 2001.

BURLINGTON, V.T. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2001.

CANINO, G. *et al.* The DSM IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use and effects of impairment. **Arch Gen Psychiatry**, v. 61, p. 85-93, 2004.

CONNOR, D. F; DOERFLER, L. A. **J. Atten Disord**, v. 12, Oct 2007.

COSTELLO, E. J. *et al.* Relationship between poverty and psychopathology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, n. 15, p. 2023-9, 2003.

COSTELLO, E. J. *et al.* Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. **Pediatrics**, n. 82, p. 415-424, 1988.

DECKER, M. J; RYE, D. B. Neonatal intermittent hypoxia impairs dopamine signaling and executive functioning. **Sleep Breath**, Columbus, v. 6, n. 4, p. 205-10, Dec 2002.

DODGE, K. A.; PETTIT, G. S.; BATES, J. E. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. **Child Dev**, n. 65, p. 649-50, 1994.

DRYFOOS, J. G. Adolescent at risk: a summation of work in the field: programs and policies. **J Adolesc Health**, n. 12, p. 630-37, 1991.

DURLAK, J. A.; WELLS, A. M.: Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. **Am J Community Psychol**, n. 26, p. 775-802, 1998.

EDELBROCK, C.; COSTELLO, E. J. Teachers' perceptions of childhood anxiety and school adjustment. In: Conference Anxiety disorders in children: implications school adjustment; Paper. **Cape Cod MA**, 1988.

FARAONE, S. V. *et al.* The worldwide prevalence of ADHA: is it an american condition? **World Psychiatry**, Zurich, v. 2, p. 104, Jun 2003.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727-34, 2004.

FLISHER, A.J. Annotation: Mood disorder in suicidal children and adolescents: recent developments. **J Child Psychol**, n. 40, p. 315-24, 1999.

FONSECA, M. H. G.; FERREIRA, R. A.; FONSECA, S. G. Prevalência de Sintomatologia Depressiva em Escolares de 7 a 13 anos **J Pediatr**, (Rio J) v. 27, n. 4, p. 223-32, 2004.

FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Obras Completas. Ed. Imago, Rio de Janeiro, 1996.

GARDNER, W. *et al.* The PSC-17: A brief Pediatric Symptom Checklist including psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. **Ambul Child Health**, n. 5, p. 225-236, 1999.

GLIED, S.; CUELLAR, A. E. Trends and issues in child and adolescent mental health. **Health Aff (Milwood)**, v. 22, n. 5, p. 39-50, 2003.

GOODMAN, R. *et al.* The Ilha de Maré study: a survey of child Mental health problems in a predominantly African – Brazilian rural community. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 40, p. 11-7, 2005.

GOODYER, I.; COOPER, P. J. A Community Study of Depression in Adolescent Girl II: The Clinical Features of identified Disorder **Br J Psychiatry**, n. 163, p. 374-80, 1993.

GRILLO, E.; SILVA, R. J. M. Manifestações precoces dos Transtornos do Comportamento na criança e no adolescente. **J Pediatr**, (Rio de Janeiro) v. 80, Supl. 2, p. 521-527, 2004.

HACKER, A. *et al.* Mental Health Sgreening in Pediatric Practice: Factors Related to positive Screens and the Contribution of Parental/Personal Concern. **J Pediatr**, v. 118, n. 5, p. 1896-1906, Nov 2006.

HARTMAN, C. A. *et al.* DSM-IV internal construct validity: when a taxonomy meets data. **J Child Psychol Psychiatry**, London, v. 42, n. 6, p. 817-36, Sep. 2001.

HEATLER, A. *et al.* Interventions for children's behavioral and Emotional Problems. **J Pediatric Psychol**, v. 28, n. 5, p. 315-21, 2003.

HUDSON, J. L.; RAPEE, R. M. **Familial and Social environments in the etiology and maintenance of anxiety disorders**. Handbook of anxiety and anxiety disorders. Oxford University Press, 2007.

JELLINEK, M. S. *et al.* Use of the Pediatric Symptom Checklist to Screen for Psychosocial Problems in Pediatric Primary Care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 153, p. 254-260, Mar 1999.

JELLINEK, M. S.; MURPHY, J. M.; BURNS, B. Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice. **J Pediatr**, v.109, n. 2, p. 371-378, Aug 1986.

JELLINEK, M. S. *et al.* Pediatric Symptom checklist: screening school-age children for psychosocial disfunction. **J Pediatr**, v.112, p. 201-09, 1988.

JERUSALINSKI, A. Sintomas de Infância. **Rev APOA**, ano VII, n. 13, p. 7-14, Ago 1997.

JOHNSON, J.; WEISSMAN, M. M.; KLERMAN, G. L. Suicidal tendencies in panic disorder: **Clinical and Epidemiol issues**, New York, p. 181-99,1992.

JUTTE, D. P. *et al.* Use of the Pediatric Symptom Checklist in a Low-Income, Mexican American Population. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 157, p. 1169-1176, 2003.

KEENAN, K.; COYNE, C.; LAHEY, B. B. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 47, Sup 1, p. 86-93, Jan 2008.

KENT, L.; VOLTANIS, P.; FEEHAN, C. Detection of Major and Minor Depression in Children and Adolescents: Evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. **J Child Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 565-73, 1997.

KOVACS, M.; GOLDSTON, D.; GATSONIS, C. Suicidal behaviors and childhood – onset depressive disorders: a longitudinal investigation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 32, p. 8-20, 1993.

KOVACS, M.; *et al.* Depressive disorders in child hood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. **Arch Gen Psychiatry**, v. 46, n. 9, p. 776-83, 1989.

LAST, C. G.; STRAUSS, C. C. School refusal in anxiety – disordered children and adolescents. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 29, n. 1, p. 31-5, 1990.

LAVIGNE, J. V. *et al.* Mental health service use among young children receiving pediatric primary care. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 37, n. 11, p. 1175-83, 1998.

LEINER, M. A.; *et al.* Screening mexicans for psychosocial and behavioral problems during pediatric consultation. **Rev Inv Clín**, v. 59, n. 2, p. 116-123, Mar/Abr, 2007.

LINNET, K. M. *et al.* Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. **Am J Psychiatry**, Chicago, v. 160, n. 6, p. 1028-40, Jun 2003.

LUKIANOWICZ, N. Attempted suicide in children. **Brit J Psych**, v. 121, p. 387-390, 1972.

MELTZER, H. *et al.* Mental Health of children and Adolescents in Great Britain. London: **the Stationery Office**, 2000. Summary report.

MENDIOWICS, M. V.; STEIN, M. B. Quality of life in individuals with anxiety disorders. **Am J Psychiatr**, n. 157, p. 669-82, 2000.

MERCADANTE, M. *et al.* K-SADS, Entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica. **PROTOC- Hospital das Clínicas da FMUSP**, 1.ed, São Paulo, 1995.

MESMAN, J.; KOOT, H. M. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatr**, v. 40, n. 9, p. 1029-36, Sep 2001.

MOFFITT, T. E.; CASPI, A. Childhood predictors differentiate life – course persistent and adolescence – limited antisocial pathways among males and females. **Dev Psychopathol**, v. 13, n. 2, p. 355-75, Spring, 2001.

MONTEIRO, J. C. M. **Transtornos de aprendizagem: Análise de 81 crianças de uma escola estadual de Curitiba**. Curitiba, 2006. 102 f. Monografia (Especialização em Neurologia Pediátrica) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

MUGNAINI, D.; FABIANO, G. A. The evaluation of impairment in the attention déficit/hyperactivity disorder: the contribution of the impairment rating scale. **Minerva Pediatr**, v. 58, n. 2, p. 159-66, Apr 2006.

MURPHY, J. M. *et al.* Screening for Psychosocial Dysfunction in Pediatric Practice – A Naturalistic Study of the Pediatrics. **Clin Pediatr**, p. 660-67, Nov 1992.

MURPHY, J. M. *et al.* Utility of the Pediatric Symptom Checklist as a psychosocial screen to meet the federal Early and Periodic Screening, Diagnosis, and Treatment (EPSDT) standards: A pilot study. **J Pediatr**, v. 129, n. 6, p. 864-69, Dec 1996.

MURPHY, J. M. *et al.* The prevalence of psychosocial dysfunction in inner-city pediatric out-patients: further validation of the Pediatric Symptom Checklist. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, n. 31, p. 221-32, 1992.

MURRAY, C. J. L.; LOPES, A. D. The global burden of disease and injury series. **The global burden of disease**. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

MURTHY, R. S. *et al.* The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope Geneva. **World Health Organization**, 2001.

NAVON, M.; NELSON, D. Depression in Children and Adolescent. **Psychiatr Serv**, v. 52, n. 61, p. 800-4, Jun 2001.

NELSON, G.; WESTHUES, A.; MACLEOD, J. A meta-analysis of longitudinal research of preschool prevention programs for children. **Prev & Treat**, n. 6, p. 1-32, 2003.

NIKAPOTA, A. D. Child psychiatry in developing countries. **Br J Psychiatry**, n. 158, p. 743-51, 1991.

OLSSON, G.; VON KNORRING, A. L. Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating Scale Center for Epidemiology Studies – Depression Child (CES-DC). **Eur Child Adolesc Psychiatry**, n. 6, p. 81-7, 1997.

PAGANO, M.; *et al.* Screening for Psychosocial Problems in 4-5 year-olds during Routine EPSDT Examinations: Validity and Reliability in a Mexican – American Sample – **Clin Pediatr**, p. 139-146, Mar 1996.

PAULSON, M.J. STONE D, SPOSTO R. Suicide potential and behavior in children ages 4 to 12. **Suicide life threat Behavior**, n. 8, p. 225-42, 1978.

POLAINO, A. **Las depresiones infantiles**. Madrid, Ed. Morata, 1988.

POLANCZYK, G. *et al.* The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. **Am J Psychiatry**, v. 164, n. 6, p. 942-48, Jun 2007.

RAPEE, R. M. Generalized Anxiety Disorder: A Review of Clinical Features and theoretical concepts. **Clin Psychol Rev**, v. 11, p. 419-40, 2001.

REBOLLO, M. Concepto de la disfunción cerebral mínima. **Rev Bras Defic Mental**, São Paulo, v. 6, p. 12-16, Jan. 1971.

REIJNEVELD, S. A. *et al.* Early detection of psychosocial problems in adolescents. **Eur J Public Health**, p. 152-159, 2003.

REIJNEVELD, S. A. *et al.* Identification and Management of Psychosocial Problems Among Toddlers in Dutch Preventive Child Health Care. **Arch Pediatr Adolesc Med**, v. 158, p. 811-818, Aug 2004.

REIJNEVELD, S. A. *et al.* Use of the Pediatric Symptom Checklist for the detection of Psychosocial problems in preventive child healthcare. **BMC Public Health**, Jul 2006.

ROGLER, L. H. Research on Mental health services for Hispanics: targets of convergence. **Cult Divers Ment Health**, v. 2, n. 3, p. 145-56, 1996.

ROHDE, L. A. *et al.* ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, Chicago, v. 38, n. 6, p. 716-22, Jun 1999.

ROHDE, L. A.; MATTOS, P. Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Porto Alegre: **Artmed**, 2003.

ROTTA, N. T. Transtorno da atenção: aspectos clínicos, In: ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L.; RIESGO, R. S. **Transtornos da Aprendizagem**, p. 301-313, Porto Alegre, 2006.

SAINSBURY, P. Suicide: opinions and facts. **MCR Clin Psychiatry Unit**, v. 66, jun 1973.

SAMEROF, A. J. *et al.* Intelligence quotient scores of 4 – year – old children: social – environmental risk factors. **J Pediatr**, v. 79, n. 3, p. 343-50, 1987.

SANDBERG, S. Hiperactivity and Attention disorders of Childhood. Cambridge: **Cambridge University Press**, 2002.

SCAHILL, L. *et al* Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-age children. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, Chicago, v. 38, n. 8, p. 976-84, Aug 1999.

SCHMITZ, M. Remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos **J Bras Psiquiatr**, v. 56, Supl. 1, Rio de Janeiro, 2007.

SHAFFER, D. *et al.* The NIM H Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2, 3: description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. **J Am Child Adolesc Psychiatry**, v. 35, n. 7, p. 865-77, 1996.

SHAFII, M.; SHAFII, S. L. Clinical Manifestations and Developmental Psychopathology of Depression. **Clinical guide to Depression in children and Adolescents**. Washington: American Psychiatry Press, p. 3-42, 1992.

SHINOHARA, H.; NARDI, A. E. Transtorno de Ansiedade Generalizada. In. Raugé, B. (org). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**, Porto Alegre: Artmed, 2001.

SIBEMBERG, N. **A prescrição Médica na clínica dos Transtornos do desenvolvimento Infantil** – APOA ano VII, p. 45-50, Ago 1997.

STAINER, H. **Disruptive behavior disorders**. In: Sadock VJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Willins & Wilkins, 2000.

STELLIN, R.M.S. Conexões entre pediatria e psicanálise: apresentação de uma proposta de interdisciplinariedade. **Rev Pediatria**, v.8, n.1, p. 48-52, jun 2007.

STOPPELBEIN, L. *et al.* Factors Analysis of the Pediatric Symptom Checklist with a Chronically Ill Pediatric Population. **Dev Behav Pediatr**, v. 26, n. 5, p. 349-355, Oct 2005.

The DSM –IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico – Prevalence, Correlates, Service Use, and the Effects of Impairment **Arch Gen Psychiatry**, n. 61, p. 85-93, 2004.

VERHULST, F. C.; VANDER, E. J. Factors associated with child mental health service use in the community. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, n. 36, p. 901-909, 1997.

VERSIANI, N.; REIS, R. e FIGUEIRA, I. Diagnóstico do Transtorno Depressivo na Infância e Adolescência. **J Bras Psiquiatr**, v. 49, n. 10-12, p. 367-382, 2000.

VOELLER, K. K. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). **J Child Neurol**, Hamilton, v. 19, n. 10, p. 798-814, Oct 2004.

WHITE, J. Overcoming Generalized Anxiety Disorder: A Relaxation Cognitive Restructuring and Exposure – GAD – California: **Best Practices for Therapy**, 1999.

WIENER, J. M.; DULCAM, M. K. The American Psychiatric Publishing textbook of child and adolescent Psychiatry. 3 ed. Washington (DC) **Am. Psychr Publish**, 2004.

WILLIAMS, J. *et al.* Diagnosis and Treatment of Behavioral Health Disorders in Pediatric Practice. **J Pediatr**, v. 114, n. 3, p. 601-06, Sep 2004.

WOLRAICH, M. L. *et al.* Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, Chicago, v. 35, n.3, p. 319-24, Mar 1996.

WOO, B. S. C. *et al.* Emotional and behavioral problems in Singaporean children based on parent, teacher and child reports. **Singapore Med J**, v. 48, n. 12, p. 110-20, 2007.

WORLDHEALTH, O. Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. ICD10. Geneva, **World Health Organization**, 1992.

YUKO, I. *et al.* The cutoff score of the japanese version of the pediatric symptom checklist: screening of school – age children with psychosocial and psychosomatic disorders. **J Japan Pediatric Social**, v. 104, n. 8, p. 831-40, 2000.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – 1ª CARTA AOS PAIS



Serviço de Clínica Cirúrgica Pediátrica  
Subdivisão Neuropsiquiatria - CENP

Curitiba, maio de 2026

**Aos pais dos alunos da Escola Aline Pichet**

Está comprovado que problemas emocionais provocam prejuízos no aprendizado escolar e trazem consequências para a vida da criança e da família.

A escola Aline Pichet foi escolhida para um Projeto de Pesquisa realizado por Profissionais especializados no assunto, em convenio com o Centro de Neuropsiquiatria da Universidade Federal do Paraná.

É muito importante que pais ou responsáveis respondam, anonimamente, o questionário anexo e o entregue para a professora, o quanto antes.

As respostas vão indicar se seu filho tem indicativo de problemas emocionais ou psicológicos. Para esses o Projeto continuará, com os pais sendo convocados para uma reunião onde receberão orientações.

Obrigada.

**Sandra Regina Baggio Muzzolon**  
Psicóloga

## APÊNDICE 2 – 2ª CARTA AOS PAIS



Hospital de Clínicas  
UFPR

Serviço Ambulatório Clínico Psiquiátrico  
Ambulatório Neuropsiquiátrico - ANP

**Srs Pais,**

Estamos convidando os senhores(as) para a segunda chamada da reunião de **AValiação de PROBLEMAS EMOCIONAIS – PSICOSSOCIAIS** que ocorrerá com **TODAS** as crianças da Escola Estadual Aline Fichetti.

O Primeiro Questionário respondido pelos senhores mostrou que existe o número de crianças com algum tipo de problema emocional (Ansiedade, Depressão, Síndrome de Atenção/Hiperatividade, Agressividade, etc.).

Por isso estamos convidando a **TODOS** (independente de seu filho ter ou não uma dificuldade) a participarem do Projeto, que sem dúvida, trará resultados benéficos para o desenvolvimento de seu filho e para sua família.

Utilizaremos o que há de mais recente em pesquisas científicas para identificação dos problemas. Todas as crianças serão avaliadas e ao final desta os pais receberão os resultados individualmente.

Aqueles que tiverem problemas necessitando de ajuda serão atendidos conforme sua necessidade particular.

Local : Escola Aline Fichetti  
Data da reunião : 14 de junho de 2007 - sábado  
Hora : 8:00 – 11:00 (escolher um dos horários)

Atenciosamente

Sandra Regina Baggio Muzzolon  
Psicóloga

**APÊNDICE 3 – TABELA DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR PERCENTIS SEGUNDO O GÊNERO**

	TODOS (n = 145)	MENINOS (n = 84)	MENINAS (n = 61)	p
PSC total (média + DP)	21,5 + 11,4	22,2 + 11,0	20,6 + 11,98	0,4
PSC total (mediana e variação)	23,0 (0,0 – 51,0)	24,0 (0,0 – 42,0)	20,0 (2,0 – 51,0)	0,3
PSC total				
3° percentil	2,0	2,0	2,0	
10° percentil	6,0	6,0	5,0	
25° percentil	12,0	13,0	11,0	
50° percentil	23,0	24,0	20,0	
75° percentil	30,0	30,0	29,0	
90° percentil	35,0	34,0	35,0	
97° percentil	42,0	41,0	47,0	

**APÊNDICE 4 – TABELA DE DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS POR PERCENTIS SEGUNDO A IDADE**

	TODOS (n = 145)	< 10 ANOS (n = 88)	> 10 ANOS (n = 57)	p
PSC total (média + DP)	21,5 + 11,4	20,0 + 11,3	23,7 + 11,2	0,05
PSC total (mediana e variação)	23,0 (0,0 – 51,0)	23,0 (0,0 – 47,0)	24,0 (2,0 – 51,0)	0,07
PSC total				
3° percentil	2,0	2,0	3,0	
10° percentil	6,0	4,0	7,0	
25° percentil	12,0	9,5	16,0	
50° percentil	23,0	23,0	24,0	
75° percentil	30,0	28,0	32,0	
90° percentil	35,0	34,0	39,0	
97° percentil	42,0	40,0	42,0	

**APÊNDICE 5 – TABELA DE DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DA LSP ≥ 28 PONTOS POR PERCENTIS EM RELAÇÃO AO GÊNERO**

	TODOS (n = 145)	MENINOS (n = 84)	MENINAS (n = 61)	p
PSC total (média + DP)	33,8 + 5,3	33,0 + 4,4	35,2 + 6,6	0,15
PSC total (mediana e variação)	32,0 (28,0 – 51,0)	32,0 (28,0 – 42,0)	33,0 (28,0 – 51,0)	0,28
PSC total				
3° percentil	28,0	28,0	28,0	
10° percentil	28,0	28,0	29,0	
25° percentil	30,0	30,0	30,0	
50° percentil	32,0	32,0	33,0	
75° percentil	37,0	35,0	39,0	
90° percentil	42,0	40,0	47,0	
97° percentil	47,0	42,0	51,0	

**APÊNDICE 6 – TABELA DE DISTRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS DA LSP > 28 PONTOS POR PERCENTIS EM RELAÇÃO À FAIXA ETÁRIA**

	TODOS (n = 145)	< 10 ANOS (n = 88)	> 10 ANOS (n = 57)	p
PSC total (média + DP)	33,8 + 5,3	33,2 + 4,92	34,5 + 5,9	0,40
PSC total (mediana e variação)	32,0 (28,0 – 51,0)	32,00 (25,0 – 47,0)	32,0 (28,0 – 51,0)	0,50
PSC total				
3° percentil	28,0	28,0	28,0	
10° percentil	28,0	28,0	29,0	
25° percentil	30,0	29,0	30,0	
50° percentil	32,0	32,0	32,0	
75° percentil	37,0	35,0	39,0	
90° percentil	42,0	40,0	42,0	
97° percentil	42,0	47,0	51,0	

**APÊNDICE 7 - ANÁLISE DOS ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA LSP CONSIDERANDO O TOTAL DE PROBLEMAS CLÍNICO E NORMAL**

continua

PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 0	100,0 (94,2 - 100,0)	0,0 (0,0 - 6,0)
> 0	100,0 (94,2 - 100,0)	1,7 (0,3 - 9,0)
> 1	100,0 (94,2 - 100,0)	3,3 (0,5 - 11,6)
> 2	100,0 (94,2 - 100,0)	8,3 (2,8 - 18,4)
> 3	100,0 (94,2 - 100,0)	13,3 (6,0 - 24,6)
> 4	100,0 (94,2 - 100,0)	20,0 (10,8 - 32,3)
> 5	100,0 (94,2 - 100,0)	23,3 (13,4 - 36,0)
> 6	100,0 (94,2 - 100,0)	28,3 (17,5 - 41,4)
> 7	100,0 (94,2 - 100,0)	35,0 (23,1 - 48,4)
> 8	100,0 (94,2 - 100,0)	36,7 (24,6 - 50,1)
> 9	100,0 (94,2 - 100,0)	43,3 (30,6 - 56,8)
> 10	100,0 (94,2 - 100,0)	46,7 (33,7 - 60,0)
> 11	100,0 (94,2 - 100,0)	50,0 (36,8 - 63,2)
> 12	100,0 (94,2 - 100,0)	55,0 (41,6 - 67,9)
> 13	100,0 (94,2 - 100,0)	61,7 (48,2 - 73,9)
> 14	100,0 (94,2 - 100,0)	66,7 (53,3 - 78,3)
> 16	100,0 (94,2 - 100,0)	73,3 (60,3 - 83,9)
> 17	98,4 (91,3 - 99,7)	78,3 (65,8 - 87,9)
> 18	96,8 (88,8 - 99,5)	83,3 (71,5 - 91,7)
> 20	96,8 (88,8 - 99,5)	85,0 (73,4 - 92,9)
> 21 *	96,8 (88,8 - 99,5)	86,7 (75,4 - 94,0)
> 22	93,5 (84,3 - 98,2)	86,7 (75,4 - 94,0)
> 23	85,5 (74,2 - 93,1)	90,0 (79,5 - 96,2)
> 24	77,4 (65,0 - 87,1)	90,0 (79,5 - 96,2)
> 25	74,2 (61,5 - 84,5)	93,3 (83,8 - 98,1)
> 26	72,6 (59,8 - 83,1)	98,3 (91,0 - 99,7)
> 27	69,4 (56,3 - 80,4)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 28	64,5 (51,3 - 76,3)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 29	54,8 (41,7 - 67,5)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 30	46,8 (34,0 - 59,9)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 31	43,5 (31,0 - 56,7)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 32	33,9 (22,3 - 47,0)	100,0 (94,0 - 100,0)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 33	32,3 (20,9 -45,3)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 34	24,2 (14,2 -36,7)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 35	21,0 (11,7 -33,2)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 37	17,7 (9,2 -29,5)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 39	12,9 (5,8 - 23,9)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 40	9,7 (3,7 - 19,9)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 41	8,1 (2,7 - 17,8)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 42	4,8 (1,1 - 13,5)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 44	3,2 (0,5 - 11,2)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 47	1,6 (0,3 -8,7)	100,0 (94,0 – 100,0)
> 51	0,0 (0,0 -5,8)	100,0 (94,0 – 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

**APÊNDICE 8 – ANÁLISE DOS ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA LSP CONSIDERANDO O TOTAL DE PROBLEMAS CLÍNICO VERSUS NORMAL + LIMÍTROFE**

continua

PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 0	100,0 (94,2 - 100,0)	0,0 (0,0 – 4,4)
> 0	100,0 (94,2 - 100,0)	1,2 (0,2 – 6,6)
> 1	100,0 (94,2 - 100,0)	2,4 (0,4 – 8,5)
> 2	100,0 (94,2 - 100,0)	6,0 (2,0 – 13,5)
> 3	100,0 (94,2 - 100,0)	9,6 (4,3 – 18,1)
> 4	100,0 (94,2 - 100,0)	14,5 (7,7 – 23,9)
> 5	100,0 (94,2 - 100,0)	16,9 (9,5 – 26,7)
> 6	100,0 (94,2 - 100,0)	20,5 (12,4 – 30,8)
> 7	100,0 (94,2 - 100,0)	26,5 (17,4 – 37,3)
> 8	100,0 (94,2 - 100,0)	27,7 (18,4 – 38,6)
> 9	100,0 (94,2 - 100,0)	34,9 (24,8 – 46,2)
> 10	100,0 (94,2 - 100,0)	38,6 (28,1 – 49,9)
> 11	100,0 (94,2 - 100,0)	42,2 (31,4 – 53,5)
> 12	100,0 (94,2 - 100,0)	45,8 (34,8 – 57,1)
> 13	100,0 (94,2 - 100,0)	50,6 (39,4 – 61,8)
> 14	100,0 (94,2 - 100,0)	54,2 (42,9 – 65,2)
> 15	100,0 (94,2 - 100,0)	55,4 (44,1 – 66,3)
> 16	100,0 (94,2 - 100,0)	60,2 (48,9 – 70,8)
> 17	98,4 (91,3 -99,7)	66,3 (55,0 – 76,3)
> 18	96,8 (88,8 -99,5)	69,9 (58,8 – 79,5)
> 20	96,8 (88,8 -99,5)	74,7 (64,0 – 83,6)
> 21 *	96,8 (88,8 -99,5)	75,9 (65,3 – 84,6)
> 22	93,5 (84,3 -98,2)	75,9 (65,3 – 84,6)
> 23	85,5 (74,2 -93,1)	79,5 (69,2 – 87,6)
> 24	77,4 (65,0 -87,1)	81,9 (71,9 – 89,5)
> 25	74,2 (61,5 -84,5)	86,7 (77,5 - 93,2)
> 26	72,6 (59,8 -83,1)	90,4 (81,9- 95,7)
> 27	69,4 (56,3 -80,4)	92,8 (84,9 – 97,3)
> 28	64,5 (51,3 -76,3)	95,2 (88,1 - 98,6)
> 29	54,8 (41,7 -67,5)	95,2 (88,1 - 98,6)
> 30	46,8 (34,0 -59,9)	96,4 (89,8 - 99,2)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 31	43,5 (31,0 -56,7)	96,4 (89,8 - 99,2)
> 32	33,9 (22,3 -47,0)	98,8 (93,4 - 99,8)
> 33	32,3 (20,9 -45,3)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 34	24,2 (14,2 -36,7)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 35	21,0 (11,7 -33,2)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 37	17,7 (9,2 -29,5)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 39	12,9 (5,8 - 23,9)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 40	9,7 (3,7 - 19,9)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 41	8,1 (2,7 - 17,8)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 42	4,8 (1,1 - 13,5)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 44	3,2 (0,5 - 11,2)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 47	1,6 (0,3 -8,7)	100,0 (95,6 - 100,0)
> 51	0,0 (0,0 -5,8)	100,0 (95,6 - 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

**APÊNDICE 9 – ÍNDICES DA SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DA LSP CONSIDERANDO O TOTAL DE PROBLEMAS CLÍNICO + LIMÍTROFE VERSUS NORMAL**

continua

PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 0	100,0 (95,7 - 100,0)	0,0 (0,0 - 6,0)
> 0	100,0 (95,7 - 100,0)	1,7 (0,3 - 9,0)
> 1	100,0 (95,7 - 100,0)	3,3 (0,5 - 11,6)
> 2	100,0 (95,7 - 100,0)	8,3 (2,8 - 18,4)
> 3	100,0 (95,7 - 100,0)	13,3 (6,0 - 24,6)
> 4	100,0 (95,7 - 100,0)	20,0 (10,8 - 32,3)
> 5	100,0 (95,7 - 100,0)	23,3 (13,4 - 36,0)
> 6	100,0 (95,7 - 100,0)	28,3 (17,5 - 41,4)
> 7	98,8 (93,6 - 99,8)	35,0 (23,1 - 48,4)
> 8	98,8 (93,6 - 99,8)	36,7 (24,6 - 50,1)
> 9	96,5 (90,00 - 99,2)	43,3 (30,6 - 56,8)
> 10	95,3 (88,4 - 98,7)	46,7 (33,7 - 60,0)
> 11	94,1 (86,8 - 98,0)	50,0 (36,8 - 63,2)
> 12	94,1 (86,8 - 98,0)	55,0 (41,6 - 67,9)
> 13	94,1 (86,8 - 98,0)	61,7 (48,2 - 73,9)
> 14	94,1 (86,8 - 98,0)	66,7 (53,3 - 78,3)
> 15	92,9 (85,3 - 97,3)	66,7 (53,3 - 78,3)
> 16	92,9 (85,3 - 97,3)	73,3 (60,3 - 83,9)
> 17	89,4 (80,8 - 95,0)	78,3 (65,8 - 87,9)
> 18 *	88,2 (79,4 - 94,2)	83,3 (71,5 - 91,7)
> 20	84,7 (75,3 - 91,6)	85,0 (73,4 - 92,9)
> 21	84,7 (75,3 - 91,6)	86,7 (75,4 - 94,0)
> 22	82,4 (72,6 - 89,8)	86,7 (75,4 - 94,0)
> 23	75,3 (64,7 - 84,0)	90,0 (79,5 - 96,2)
> 24	67,1 (56,0 - 76,9)	90,0 (79,5 - 96,2)
> 25	62,4 (51,2 - 72,6)	93,3 (83,8 - 98,1)
> 26	61,2 (50,0 - 71,6)	98,3 (91,0 - 99,7)
> 27	57,6 (46,4 - 68,3)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 28	51,8 (40,7 - 62,7)	100,0 (94,0 - 100,0)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 29	44,7 (33,9 -55,9)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 30	37,6 (27,4 -48,8)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 31	35,3 (25,2 -46,4)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 32	25,9 (17,0 -36,5)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 33	23,5 (15,0 -34,0)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 34	17,6 (10,2 -27,4)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 35	15,3 (8,4 -24,7)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 37	12,9 (6,6 -22,0)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 39	9,4 (4,2 – 17,7)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 40	7,1 (2,7 – 14,7)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 41	5,9 (2,0 – 13,2)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 42	3,5 (0,8 – 10,0)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 44	2,4 (0,4 – 8,3)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 47	1,2 (0,2 -6,4)	100,0 (94,0 - 100,0)
> 51	0,0 (0,0 -4,3)	100,0 (94,0 - 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

**APÊNDICE 10 – ÍNDICES DE SENSIBILIDADE E  
ESPECIFICIDADE DA LSP PARA CRIANÇAS ≤  
10 ANOS DE IDADE**

continua

PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 0	100,0 (90,9 - 100,0)	0,0 (0,0 – 10,0)
> 0	100,0 (90,9 - 100,0)	2,9 (0,5 – 15,0)
> 1	100,0 (90,9 - 100,0)	5,7 (0,9 – 19,2)
> 2	100,0 (90,9 - 100,0)	11,4 (3,3 – 26,8)
> 3	100,0 (90,9 - 100,0)	17,1 (6,6 – 33,7)
> 4	100,0 (90,9 - 100,0)	28,6 (14,7 – 46,3)
> 5	100,0 (90,9 - 100,0)	34,3 (19,1 – 52,2)
> 6	100,0 (90,9 - 100,0)	40,0 (23,9 – 57,9)
> 7	100,0 (90,9 - 100,0)	45,7 (28,8 – 63,3)
> 8	100,0 (90,9 - 100,0)	48,6 (31,4 – 66,0)
> 9	100,0 (90,9 - 100,0)	57,1 (39,4 – 73,7)
> 10	97,4 (86,5 -99,6)	57,1 (39,4 – 73,7)
> 11	97,4 (86,5 -99,6)	62,9 (44,9 – 78,5)
> 12	97,4 (86,5 -99,6)	68,6 (50,7 – 83,1)
> 13	97,4 (86,5 -99,6)	71,4 (53,7 – 85,3)
> 14	97,4 (86,5 -99,6)	77,1 (59,9 – 89,5)
> 16	97,4 (86,5 -99,6)	80,0 (63,1 – 91,5)
> 17	92,3 (79,1 -98,3)	85,7 (69,7 – 95,1)
> 18	89,7 (75,8 -97,1)	85,7 (69,7 – 95,1)
> 20 *	89,7 (75,8 -97,1)	88,6 (73,2 – 96,7)
> 23	76,9 (60,7 -88,8)	88,6 (73,2 – 96,7)
> 24	69,2 (52,4 -83,0)	91,4 (76,9 – 98,1)
> 25	66,7 (49,8 -80,9)	94,3 (80,8 – 99,1)
> 26	64,1 (47,2 -78,8)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 27	59,0 (42,1 -74,4)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 28	51,3 (34,8 -67,6)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 29	43,6 (27,8 -60,4)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 30	41,0 (25,6 -57,9)	100,0 (89,9 - 100,0)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 31	35,9 (21,2 -52,8)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 32	28,2 (15,0 -44,9)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 33	25,6 (13,1 -42,1)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 34	17,9 (7,6 -33,5)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 35	12,8 (4,3 -27,4)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 37	10,3 (2,9 -24,2)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 39	7,7 (1,7 – 20,9)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 40	5,1 (0,8 – 17,4)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 44	2,6 (0,4 – 13,5)	100,0 (89,9 - 100,0)
> 47	0,0 (0,0 -9,1)	100,0 (89,9 - 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

**APÊNDICE 11 – ÍNDICES DE SENSIBILIDADE E  
ESPECIFICIDADE DA LSP PARA CRIANÇAS  
E/OU ADOLESCENTES > 10 ANOS DE IDADE**

continua

PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 2	100,0 (85,6 - 100,0)	0,0 (0,0 - 16,3)
> 2	100,0 (85,6 - 100,0)	4,8 (0,8 - 23,9)
> 3	100,0 (85,6 - 100,0)	9,5 (1,5 - 30,4)
> 6	100,0 (85,6 - 100,0)	14,3 (3,2 - 36,4)
> 7	100,0 (85,6 - 100,0)	23,8 (8,3 - 47,2)
> 9	95,8 (78,8 -99,3)	23,8 (8,3 - 47,2)
> 10	91,7 (73,0 -98,7)	28,6 (11,4 - 52,2)
> 11	91,7 (73,0 -98,7)	33,3 (14,6 - 57,0)
> 13	87,5 (67,6 -97,2)	38,1 (18,2 - 61,5)
> 14	87,5 (67,6 -97,2)	42,9 (21,9 - 66,0)
> 16	87,5 (67,6 -97,2)	47,6 (25,7 - 70,2)
> 17	87,5 (67,6 -97,2)	52,4 (29,8 - 74,3)
> 18	87,5 (67,6 -97,2)	57,1 (34,0 - 78,1)
> 20 *	83,3 (62,6 -95,2)	61,9 (38,5 - 81,8)
> 22	79,2 (57,8 -92,8)	61,9 (38,5 - 81,8)
> 23	75,0 (53,3 -90,2)	66,7 (43,0 - 85,4)
> 24	62,5 (40,6 -81,2)	66,7 (43,0 - 85,4)
> 25	58,3 (36,7 -77,9)	71,4 (47,8 - 88,6)
> 26	58,3 (36,7 -77,9)	76,2 (52,8- 91,7)
> 27	58,3 (36,7 -77,9)	81,0 (58,1 - 94,4)
> 28	58,3 (36,7 -77,9)	85,7 (63,6 - 96,8)
> 29	50,0 (29,1 -70,9)	85,7 (63,6 - 96,8)
> 30	45,8 (26,5 -67,2)	90,5 (69,6 - 98,5)
> 32	37,5 (18,8 -59,4)	95,2 (76,1 - 99,2)
> 33	37,5 (18,8 -59,4)	100,0 (83,7 - 100,0)
> 34	33,3 (15,7 -55,3)	100,0 (83,7 - 100,0)
> 37	29,2 (12,7 -51,1)	100,0 (83,7 - 100,0)
> 39	20,8 (7,2 - 42,2)	100,0 (83,7 - 100,0)
> 40	16,7 (4,8 - 37,4)	100,0 (83,7 - 100,0)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 41	12,5 (2,8 – 32,4)	100,0 (83,7 - 100,0)
> 42	4,2 (0,7 – 21,2)	100,0 (83,7 - 100,0)
> 51	0,0 (0,0 -14,4)	100,0 (83,7 - 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

**APÊNDICE 12 – INDICES DE SENSIBILIDADE E  
ESPECIFICIDADE DA LSP PARA PROBLEMAS  
INTERNALIZANTES**

continua

PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 0	100,0 (95,4 - 100,0)	0,0 (0,0 – 5,5)
> 0	100,0 (95,4 - 100,0)	1,5 (0,3 – 8,2)
> 1	100,0 (95,4 - 100,0)	3,0 (0,5 – 10,5)
> 2	100,0 (95,4 - 100,0)	7,6 (2,5 – 16,8)
> 3	100,0 (95,4 - 100,0)	12,1 (5,4 – 22,5)
> 4	100,0 (95,4 - 100,0)	18,2 (9,8 – 29,6)
> 5	100,0 (95,4 - 100,0)	21,2 (12,1 – 33,0)
> 6	100,0 (95,4 - 100,0)	25,8 (15,8 – 38,0)
> 7	97,5 (91,1 – 99,6)	30,3 (19,6 – 42,9)
> 8	97,5 (91,1 – 99,6)	31,8 (20,9 – 44,4)
> 9	94,9 (87,5 - 98,6)	37,9 (26,2 – 50,7)
> 10	92,4 (84,2 - 97,1)	39,4 (27,6 – 52,2)
> 11	92,4 (84,2 - 97,1)	43,9 (31,7 – 56,7)
> 12	91,1 (82,6 - 96,3)	47,0 (34,6 – 59,7)
> 13	88,6 (79,5 - 94,6)	50,0 (37,4 – 62,6)
> 14	87,3 (77,9 - 93,7)	53,0 (40,3 – 65,4)
> 15	86,1 (76,4 - 92,8)	53,0 (40,3 – 65,4)
> 16	82,3 (72,1 - 90,0)	54,5 (41,8 – 66,9)
> 17	78,5 (67,8 - 86,9)	59,1 (46,3 – 71,0)
> 18 *	77,2 (66,4 - 85,4)	63,6 (50,9 – 75,1)
> 20	73,4 (62,3 - 82,7)	65,2 (52,4 – 76,5)
> 21	73,4 (62,3 - 82,7)	66,7 (54,0 – 77,8)
> 22	72,2 (60,9 - 81,7)	68,2 (55,6 – 79,1)
> 23	65,8 (54,3 - 76,1)	72,7 (60,4 – 83,0)
> 24	57,0 (45,3 - 68,1)	72,7 (60,4 – 83,0)
> 25	53,2 (41,6 - 64,5)	77,3 (65,3 – 86,7)
> 26	51,9 (40,4 - 63,3)	81,8 (70,4 – 90,2)
> 27	49,4 (37,9 - 60,9)	84,8 (73,9 – 92,5)
> 28	44,3 (33,1 - 55,9)	86,4 (75,7 – 93,6)
> 29	38,0 (27,3 - 49,6)	87,9 (77,5 – 94,6)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 30	36,7 (26,1 - 48,3)	95,5 (87,3 - 99,0)
> 31	34,2 (23,9 - 45,7)	95,5 (87,3 - 99,0)
> 32	26,6 (17,3 - 37,7)	98,5 (91,8 - 99,7)
> 33	24,1 (15,1 - 35,0)	98,5 (91,8 - 99,7)
> 34	19,0 (11,0 - 29,4)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 35	16,5 (9,1 - 26,5)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 37	13,9 (7,2 - 23,6)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 39	10,1 (4,5 - 19,0)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 40	7,6 (2,9 - 15,8)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 41	6,3 (2,1 - 14,2)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 42	3,8 (0,8 - 10,7)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 44	2,5 (0,4 - 8,9)	100,0 (94,5 - 100,0)
> 47	1,3 (0,2 - 6,9)	100,0 (94,5 - 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

**APÊNDICE 13 - ÍNDICES DE SENSIBILIDADES E ESPECIFICIDADES DA LSP PARA PROBLEMAS EXTERNALIZANTES**

continua

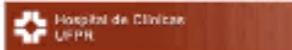
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
≥ 0	100,0 (95,2 - 100,0)	0,0 (0,0 – 5,3)
> 0	100,0 (95,2 - 100,0)	1,4 (0,2 – 7,8)
> 1	100,0 (95,2 - 100,0)	2,9 (0,4 – 10,1)
> 2	100,0 (95,2 - 100,0)	7,2 (2,4 – 16,1)
> 3	100,0 (95,2 - 100,0)	11,6 (5,2 – 21,6)
> 4	100,0 (95,2 - 100,0)	17,4 (9,3 – 28,4)
> 5	100,0 (95,2 - 100,0)	20,3 (11,6 – 31,7)
> 6	100,0 (95,2 - 100,0)	24,6 (15,1 – 36,5)
> 7	100,0 (95,2 - 100,0)	31,9 (21,2 – 44,2)
> 8	100,0 (95,2 - 100,0)	33,3 (22,4 – 45,7)
> 9	97,4 (90,8 - 99,6)	39,1 (27,6 – 51,6)
> 10	96,1 (88,9 - 99,1)	42,0 (30,2 – 54,5)
> 11	94,7 (87,1 - 98,5)	44,9 (32,9 – 57,4)
> 12	94,7 (87,1 - 98,5)	49,3 (37,0 – 61,6)
> 13	94,7 (87,1 - 98,5)	55,1 (42,6 – 67,1)
> 14	94,7 (87,1 - 98,5)	59,4 (46,9 – 71,1)
> 15	94,7 (87,1 - 98,5)	60,9 (48,4 – 72,4)
> 16	94,7 (87,1 - 98,5)	66,7 (54,3 – 77,6)
> 17	93,4 (85,3 - 97,8)	73,9 (61,9 – 83,7)
> 18 *	90,8 (81,9 - 96,2)	76,8 (65,1 – 86,1)
> 20	86,8 (77,1 - 93,5)	78,3 (66,7 – 87,3)
> 21	85,5 (75,6 - 92,5)	78,3 (66,7 – 87,3)
> 22	82,9 (72,5 - 90,6)	78,3 (66,7 – 87,3)
> 23	75,0 (63,7 - 84,2)	81,2 (69,9 – 89,6)
> 24	69,7 (58,1 - 79,8)	85,5 (75,0 – 92,8)
> 25	64,5 (52,7 - 75,1)	88,4 (78,4 – 94,8)

conclusão		
PONTUAÇÃO	SENSIBILIDADE (IC DE 95%)	ESPECIFICIDADE (IC DE 95%)
> 26	61,8 (50,0 - 72,8)	91,3 (82,0- 96,7)
> 27	57,9 (46,0 - 69,1)	92,8 (83,9 – 97,6)
> 28	52,6 (40,8 - 64,2)	94,2 (85,8 – 98,4)
> 29	44,7 (33,3 - 56,6)	94,2 (85,8 – 98,4)
> 30	36,8 (26,1 - 48,7)	94,2 (85,8 – 98,4)
> 31	34,2 (23,7 - 46,0)	94,2 (85,8 – 98,4)
> 32	27,6 (18,0 - 39,1)	98,6 (92,2 – 99,8)
> 33	25,0 (15,8 - 36,3)	98,6 (92,2 – 99,8)
> 34	18,4 (10,5 - 29,0)	98,6 (92,2 – 99,8)
> 35	15,8 (8,4 - 26,0)	98,6 (92,2 – 99,8)
> 37	14,5 (7,5 - 24,4)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 39	10,5 (4,7 – 19,7)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 40	7,9 (3,0 – 16,4)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 41	6,6 (2,2 – 14,7)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 42	3,9 (0,9 – 11,1)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 44	2,6 (0,4 – 9,2)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 47	1,3 (0,2 - 7,1)	100,0 (94,7 - 100,0)
> 51	0,0 (0,0 - 4,8)	100,0 (94,7 - 100,0)

Nota: \* Ponto de corte de maior sensibilidade e especificidade

ANEXOS

ANEXO 1 – 1ª LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS



Departamento de Pediatria  
Centro de Neuropsiquiatria UFRS

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Unidade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS - UFRS		Sim	Não	NS/NR
01	Queixa-se de dores, sem uma causa física			01
02	Fica sentado maior parte do tempo			02
03	Fica cansado com facilidade			03
04	É irrequieto, não para quieto			04
05	Tem problemas de relacionamento com os professores			05
06	Aparece-se pouco interessado em aprender			06
07	Age como se fosse muito mais "um motorzinho"			07
08	"Encha" muito durante o dia			08
09	Chora-se com facilidade			09
10	Tem medo de enfrentar novas situações.			10
11	Sente-se inferior ou inferior			11
12	Não demonstra sentimentos			12
13	Sente-se abandonado.			13
14	Tem problemas de concentração			14
15	Tem pouca interesse em ter amigos.			15
16	Brega com outros crianças			16
17	Falta as aulas de mãe/mãe.			17
18	Suas necessidades estão sendo atendidas.			18
19	Sente-se infeliz			19
20	Consciente-se de "ser as crianças, que nada entendem."			20
21	Tem dificuldades para dormir:			21
22	É uma criança "muito preocupada ou tensa."			22
23	Quer permanecer em "as pais" mais do que antes.			23
24	Sente-se como uma "criança ruim."			24
25	Assume responsos desmerecidas.			25
26	Machuca-se com frequência.			26
27	Tem pouco interesse alegre.			27
28	Age como se tivesse "menos idade."			28
29	Não obedecer regras.			29
30	Não se importa com os sentimentos dos outros.			30
31	Prezava, exceto cu malícia com os outros.			31
32	Culpa os outros por suas dificuldades.			32
33	"Fuga objetos que não lhe pertencem"			33
34	Recusa-se a compartilhar objetos.			34
35	É preta, imbecil.			35

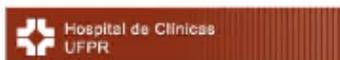
PARA USO EXCLUSIVO DO AVALIADOR - NÃO PREENCHA

TOTAL PARCIAL			
TOTAL			

Nº	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Nº																		
Nº	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Nº																		

Nº				
----	--	--	--	--

## ANEXO 2 – 2ª LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS



Departamento de Pediatria  
Centro de Neuropediatria - CENEP

Nome: \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS - LSP		Nunca	Às vezes	Frequentemente	
01	Queixa-se de dores, sem uma causa física.				01
02	Fica sozinho a maior parte do tempo.				02
03	Fica cansado com facilidade.				03
04	É irrequieto, não para quieto.				04
05	Tem problemas de relacionamento com os professores.				05
06	Apresenta pouco interesse em aprender.				06
07	Age como se fosse movido por um "motorzinho".				07
08	"Sonha" muito durante o dia.				08
09	Distai-se com facilidade.				09
10	Tem medo de enfrentar novas situações.				10
11	Sente-se triste ou infeliz.				11
12	Tem dificuldade em demonstrar seus próprios sentimentos.				12
13	Sente-se abandonado.				13
14	Tem problemas de concentração.				14
15	Tem pouco interesse em ter amigos.				15
16	Briga com outras crianças.				16
17	Falta às aulas sem motivo.				17
18	Suas notas escolares estão decaindo.				18
19	Sente-se inferiorizado.				19
20	Consulta-se com vários médicos, que nada encontram.				20
21	Tem dificuldades para dormir.				21
22	É uma criança muito preocupada ou tensa.				22
23	Quer permanecer com os pais, mais do que antes.				23
24	Sente-se como "uma criança ruim".				24
25	Assume riscos desnecessários.				25
26	Machuca-se com frequência.				26
27	Tem estado menos alegre.				27
28	Age como se tivesse menos idade.				28
29	Desobedece a regras.				29
30	Pouco se importa com os sentimentos dos outros.				30
31	Provoca, caçoa ou implica com os outros.				31
32	Culpa os outros por suas dificuldades.				32
33	Pega objetos que não lhe pertencem.				33
34	Recusa-se a compartilhar objetos.				34
35	É brabo, irritado.				35

**PARA USO EXCLUSIVO DO AVALIADOR – NÃO PREENCHA**

<b>TOTAL PARCIAL</b>	
<b>TOTAL</b>	

Nº	R	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
	AV																			
	S																			
Nº	R	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35		
	AV																			
	S																			

Case nº		Idade		Série	
---------	--	-------	--	-------	--

### ANEXO 3 – ESCALA CBCL: 6 A 18 ANOS



Departamento de Pediatria  
Centro de Neuropediatria - CENEP

#### CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18 - CBCL

INVENTARIO DOS COMPORTAMENTOS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS

ID: \_\_\_\_\_

NOME DA CRIANÇA: \_\_\_\_\_

Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Raça: _____	TIPO DE HABILIDADE DO TAMB, mesmo que não este a trabalhar no momento. (respostas possíveis - por exemplo: ausência de habilidades, profissões de ensino secundário, técnico, superior, universitário, etc.)
Estad. civil: _____	Data de início: Dia _____ Mês _____ Ano _____ Data da avaliação: Dia _____ Mês _____ Ano _____		tipo de trabalho: total: _____ tipo de trabalho: mãe: _____ Formação escolar: (previsão concluída) Sexo escolar: masculino _____ feminino _____ sua relação com a criança: <input type="checkbox"/> mãe <input type="checkbox"/> pai <input type="checkbox"/> biológico <input type="checkbox"/> adotado <input type="checkbox"/> adotado <input type="checkbox"/> avô <input type="checkbox"/> avó <input type="checkbox"/> irmão <input type="checkbox"/> adotivo <input type="checkbox"/> tutorado <input type="checkbox"/> outro (especificar): _____
Neofrequentador escolar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Formação: responda a este formulário de acordo com o modo como você vê o comporta-mento da criança, mesmo que outras pessoas possam não concordar, este é um teste para estabelecer que seque comentar as adicionais sobre o teste de cada questão e no espaço livre da página 2.		

<p>I. Por favor, marque o que se aplica a cada item (II) a menos que se diga o contrário. Por exemplo: variação, futebol, patinação, skate, andar de bicicleta, etc.</p> <p><b>C</b> - nenhuma</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <p>Não se aplica a média da média da média</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <p>Não se aplica a média da média da média</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>II. Por favor, marque se apresenta, em partes e jogos favoritos de seu filho que não são esportes. (Por exemplo: jogos de cartas, jogos de tabuleiro, jogos de computador, jogos de vídeo, etc., em geral.)</p> <p><b>C</b> - nenhuma</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <p>Não se aplica a média da média da média</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <p>Não se aplica a média da média da média</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>III. Por favor, marque se apresenta, em partes, dígitos, equívocos ou outros erros de seu filho(a) detente.</p> <p><b>C</b> - nenhuma</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>IV. Por favor, marque se apresenta em partes e trechos de seu filho(a) com erros de leitura, digitação, ortografia ou erros de escrita que não são erros de ortografia ou de digitação.</p> <p><b>C</b> - nenhuma</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>em que grau consegue se sair bem em cada item?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Não se aplica a média</td> <td>Dentro da média</td> <td>Mais que a média</td> </tr> <tr> <td>a)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média	a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
	Não se aplica a média	Dentro da média	Mais que a média																															
a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

Copyright 2001 T. Y. Achenbach, D. McConaughy, D. Howell, D. P. Rescorla, e M. J. Seeley

V.1. O seu filho tem aproximadamente quantos anos amigos (incluindo irmãos)? (preenchem)  1  2 ou 3  4 ou mais (não incluir irmãos e irmãs)

2. O seu filho(a) tem na vidua com os amigos(as) fora das portas da sala aproximadamente quantas vezes por semana? (não incluir irmãos e irmãs)  Menos que 1  1 ou 2  3 ou mais

VI. Em comparação com outras crianças da mesma idade, até que ponto

	Pouco	Próximo da média	Muito	<input type="checkbox"/> Não tem irmãos ou irmãs
a) consegue relacionar-se adequadamente com os seus pares irmãos ou irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) consegue obter um nível adequado de contacto com outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) consegue divertir-se e trabalhar sozinho (s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempenho em disciplinas escolares Não frequenta a escola por \_\_\_\_\_

	Muito resolvidos	Abstenção do mesmo	Dentro da média	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Outras matérias (por exemplo: computação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Língua estrangeira (Não inclui educação física)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Educação no âmbito, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho(a) apresenta algum outro problema ou condição de ensino especial?  Não  Sim - qual tipo de problema ou condição?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?  Não  Sim - qual e porque?

4. O seu filho(a) teve algum problema na escola de aprendizagem ou outro?  Não  Sim - Descreva-o, por favor.

Quando começaram esses problemas?

Os problemas mencionados já acabaram?  Não  Sim - Quando?

O seu filho(a) tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental?  Não  Sim - Descreva-o, por favor.

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho ou filha?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho ou filha.

Logo abaixo você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu(s) filho(s) *nessa momento ou nos últimos seis meses*, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é *muito verdadeira ou frequentemente verdadeira* em relação ao seu filho(s). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é *algumas vezes verdadeira* em relação ao seu filho(s). Se uma afirmação *não é verdadeira* em relação ao seu filho(s), trace um círculo à volta do 0. Por favor, lembre-se de todas as afirmações em relação ao que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho(s).

0= NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1= ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2= FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	1. Age tão facilmente muito "bravo" para a sua idade?	0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má
0 1 2	2. Parece habitualmente sem a aprovação dos pais (desacusa)?	0 1 2	32. Achos que deve ser perfeito (a)
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	33. Sente-se queixa-se de que ninguém gosta dele (a)
0 1 2	4. Não termina o que começou	0 1 2	34. Acha que os outros o perseguem
0 1 2	5. Há por vezes coisas que o faz doer	0 1 2	35. Sente-se pior que os outros
0 1 2	6. Faz seus comentários sobre o bem ou mal	0 1 2	36. Tem sentimentos com muita
0 1 2	7. É muito engraçado/gaba-se de si mesmo	0 1 2	37. Vole-se em muitas coisas
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo	0 1 2	38. As pessoas dizem dele
0 1 2	9. Não consegue tirar os olhos dos pensamentos na escola; obsessões (descreva-as)	0 1 2	39. Anda com crianças que se molem em coisas
0 1 2	10. Não consegue ficar sentado (a) e irrita a de (a) ou hiperativo (a)	0 1 2	40. Quase sempre ou vezes que não estão presentes (descreva-os)
0 1 2	11. Alguns de seus adultos ou é muito dependente	0 1 2	41. É impaciente ou age sem pensar
0 1 2	12. Parece de estar muito sozinho (s)	0 1 2	42. Costo de estar sozinho (s)
0 1 2	13. É ou confuso (a) ou parece ficar sem saber cada este	0 1 2	43. Volta
0 1 2	14. Observa muito	0 1 2	44. Não urban
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2	45. É nervoso (a), muito excitado (a) ou tenso (a)
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou malícia com os outros	0 1 2	46. Tem ideias ou atos novos e estranhos (descreva-os)
0 1 2	17. Sorria acordado (a) ou perde-se em seus pensamentos	0 1 2	47. Tem mesadelos
0 1 2	18. Já tentou se matar	0 1 2	48. As outras crianças não gostam dele (a)
0 1 2	19. Requer muita atenção	0 1 2	49. Tem medo de ventos
0 1 2	20. Destruói suas próprias coisas	0 1 2	50. Tem medo de tudo
0 1 2	21. Destruói objetos de sua família ou de outros crianças	0 1 2	51. Sente tentans
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2	52. Sente-se muito culpado
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2	53. Come muito
0 1 2	24. Não se sente bem	0 1 2	54. Cansa-se muito
0 1 2	25. Não se sente bem com outras crianças	0 1 2	55. Tem medo escuro
0 1 2	26. Não consegue sentir-se culpado (a) depois de se comportar mal		56. Tem problemas físicos sem causa conhecida de tanto de sua infância
0 1 2	27. Sente ciúme com facilidade	0 1 2	a) Sofrimentos ou dores
0 1 2	28. Quebra as regras em casa, na escola, ou em outros lugares	0 1 2	b) Dores de cabeça
0 1 2	29. Tem medo de determinadas animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os)	0 1 2	c) Baixo
0 1 2	30. Tem medo de ir à escola	0 1 2	d) Problemas com os olhos (descreva-os)
0 1 2		0 1 2	e) Problemas de pele
0 1 2		0 1 2	f) Lágras de castigo ou máculas
0 1 2		0 1 2	g) Vômitos
0 1 2		0 1 2	h) Outros (descreva-os)

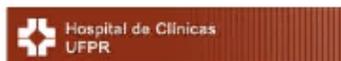
Por favor, verifique se que respostas estão em dia

0= NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1= ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2= FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva-os)
0 1 2	58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva-as)	0 1 2	85. Tem ideias estranhas (descreva-as)
0 1 2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	0 1 2	86. É teimoso (s), mal humorado (s) ou irritado
0 1 2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	0 1 2	87. Muda de humor repentinamente (alegre/triste)
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares estão fracos	0 1 2	88. Se aborrece com facilidade
0 1 2	62. É desastrado (s) ou tem falta de coordenação	0 1 2	89. É desconfiado (s)
0 1 2	63. Prefere brincar com crianças mais velhas	0 1 2	90. Fala palavras
0 1 2	64. Prefere brincar com crianças mais novas	0 1 2	91. Fala em dormir-se
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	92. Fala ou caminha quando está dormindo (descreva)
0 1 2	66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões (descreva-as)	0 1 2	93. Fala muito
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	94. Perturba os outros frequentemente
0 1 2	68. Cria muito	0 1 2	95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado
0 1 2	69. É reservado (s) e guarda as coisas para si mesmo (s)	0 1 2	96. Pensa muito em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as)	0 1 2	97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado (s)	0 1 2	98. Clunga o dedo
0 1 2	72. Provoca incêndios	0 1 2	99. Fuma, mastiga ou cheira tabaco
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva-os)	0 1 2	100. Tem problemas para dormir (descreva-os)
0 1 2	74. Gosta de se esconder, fazer palhaçadas	0 1 2	101. Falta à escola sem necessidade ("muito mais")
0 1 2	75. É tímido (s), ou envergonhado (s)	0 1 2	102. É pouco ativo (s), move-se com lentidão, tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças	0 1 2	103. É infeliz, triste ou deprimido (s)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite (descreva)	0 1 2	104. Fala muito alto
0 1 2	78. Desatento ou distrai-se facilmente	0 1 2	105. Usa drogas sem ser para fins medicinais (descreva-as)
0 1 2	79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os)	0 1 2	106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica de olhar parado	0 1 2	107. Urina-se durante o dia
0 1 2	81. Rouba coisas em casa	0 1 2	108. Urina na cama
0 1 2	82. Rouba coisas fora de casa	0 1 2	109. Anda sempre a choramingar
0 1 2	83. Acumula coisas que não precisa (descreva-as)	0 1 2	110. Deseja ser do sexo oposto
		0 1 2	111. Isola-se, não cria relações afetivas com os outros
		0 1 2	112. Preocupa-se muito
		0 1 2	113. Por favor, escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima:
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____
		0 1 2	_____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU TODAS AS QUESTÕES

## ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO



Hospital de Clínicas  
UFPR

Serviço Ambulatorio Clínica Pediátrica  
Ambulatorio Neurologia Pediátrica - CENEP

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

"Avaliação da efetividade do PSC (Pediatric Sympton Cheklist) como um instrumento de identificação precoce de Transtornos Mentais e sua prevalência numa população de crianças de 6 a 12 anos."

**Você e seu filho estão sendo convidados a participar de uma pesquisa coordenada por Médicos e Psicólogos do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.**

O objetivo desta pesquisa é identificar precocemente problemas emocionais e de aprendizagem em crianças de 6 a 12 anos.

Participarão todos os pais que tiverem filhos cursando da 1ª a 7ª séries do ensino fundamental da Escola Estadual Aline Picheth.

Os pais e seus filhos responderão questionários já padronizados e considerados capazes na identificação desses problemas.

As crianças que obtiverem pontuação positiva passarão para a segunda etapa da pesquisa que consiste em entrevista clínica com psicólogo e avaliação médica.

As informações serão utilizadas apenas por profissionais/professores da UFPR ligados ao estudo.

Todos os registros ocorrerão em forma de código, substituindo dessa forma os nomes.

Os dados poderão ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado.

Sua participação é voluntária, portanto não haverá custos.

Eu, li e discuti com o pesquisador este documento e entendi as informações apresentadas.

Entendo que sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento.

Eu concordo que os dados coletados sejam usados para o propósito acima.

Curitiba, ..... de ..... de 2007.

Nome da criança/adolescente \_\_\_\_\_

Assinaturas dos Pais e/ou Responsáveis \_\_\_\_\_

Nome do Investigador \_\_\_\_\_

**ANEXO 5 – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS - UFPR**

Curitiba, 30 de abril de 2008.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Sandra Regina Baggio Muzzolon**  
Neste

Prezada Pesquisadora:

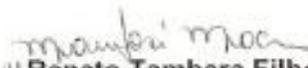
Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DO USO DA LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS COMO INSTRUMENTO PARA A TRIAGEM DE PROBLEMAS EMOCIONAIS E PSICOSOCIAIS EM UM ESCOLA PÚBLICA DE CURITIBA”, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, em reunião realizada no dia 29 de abril de 2008. O referido projeto atende aos aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

CAAE: 0056.0.208.000-08  
Registro CEP: 1638.055/2008-04

Conforme a Resolução 196/96, solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Data para entrega do primeiro relatório: 30 de outubro de 2008.

Atenciosamente,

  
#1 Renato Tambara Filho

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR

MEMBRO DO COMITÊ DE ÉTICA  
EM PESQUISA DO HCA/UFPR

## ANEXO 6 – REGISTRO DA PESQUISA NO BASPESQ – BANCO DE PESQUISAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ



Ministério da Educação  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Sistema de Banco de Pesquisas

08-ABR-2008 09:04:11

**Número da Pesquisa** 2008022562

**Nome do Pesquisador**

LUCIA HELENA COUTINHO DOS SANTOS

**Local da Pesquisa**

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

**Área do Conhecimento**

40101088 Pediatria

**Tipo do Projeto**

Tese de Mestrado

**Data de Início**

01/07/2008

**Data da aprovação no Depto**

21/02/2008

**Nome do Orientador**

LUCIA HELENA COUTINHO DOS SANTOS

**Fase atual da pesquisa**

Projeto Novo

**Horas semanais dedicadas**

2

**Data de inclusão no sistema**

26/03/2008

**Título**

Avaliação do uso da lista de sintomas pediátricos como instrumento para a triagem de problemas emocionais e psicossociais em uma escola pública de Curitiba.

**Ementa**

Avaliar o uso do Pediatric Symptom Checklist PSC, como um instrumento para triagem de problemas emocionais e psicossociais.

**Equipe de Colaboradores**

SANDRA REGINA BAGGIO MUZZOLON

Aluno de Pós-Graduação