

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

**PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM
POPULAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
INDÍGENAS *KARAJÁ* DA AMAZÔNIA BRASILEIRA.**



Goiânia

2012

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Prevalência de Problemas de Saúde Mental em População de Crianças e Adolescentes Indígenas *Karajá* da Amazônia Brasileira.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira
Caixeta

**Goiânia
2012**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
GPT/BC/UFG/mr**

A994p Azevêdo, Paulo Verlaine Borges e.
Prevalência de problemas de saúde mental em populações de crianças e adolescentes indígenas Karajá da Amazônia brasileira [manuscrito] / Paulo Verlaine Borges e Azevêdo. – 2012.
212 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, 2012.

Bibliografia.

1. Saúde mental – Criança – Karajá. 2. Saúde mental – Adolescente – Karajá. I. Título.

CDU:616.89-053.5/.6(=1-82)

**Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás**

**BANCA EXAMINADORA DA
TESE DE DOUTORADO**

Aluno (a): Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Orientador (a): Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta

Membros:

- 1. Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta**
- 2. Profa. Dra. Maria Conceição do Rosário**
- 3. Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo**
- 4. Prof. Dr. Manuel Ferreira Lima Filho**
- 5. Prof. Dr. João Bosco Siqueira Júnior**

Suplentes:

- 6. Prof. Dr. Gélcio Sisterolli de Carvalho**
- 7. Profa. Dra. Margareth Rocha Peixoto Giglio**

Data: 14/03/2012

Dedico este trabalho...

A todas as crianças e adolescentes indígenas brasileiras, aqui representadas por aquelas da etnia Karajá, porque são a razão do esforço dedicado a este trabalho que há muito se fazia necessário para que elas, assim como as nossas crianças tori (não indígenas), tenham direito à saúde mental, base essencial para o seu pleno desenvolvimento como futuros adultos a conduzirem a vida no mundo de amanhã que, porém, já teve início com o seu nascimento, e tanto temos negligenciado o que lhes é direito inalienável!

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados filhos Gabriel e Clara, e à minha eterna força e luz Tatiana, que juntos formam a minha verdadeira fonte de alegria, paz e energia para a caminhada da vida. Por terem renunciado ao que lhes era direito, sacrificando-se sempre, em pura compreensão e apoio incondicional, com as ausências que este trabalho me impôs. Não há como quantificar o quanto vos amo!

Aos meus amados pais Anatalia e Félix, e irmãos João Marcos, Larissa Saavedra e Ludmilla, por sempre estarem presentes e me auxiliando, facilitando-nos essa caminhada.

Ao meu querido avô Saulo Falcão Campelo, por ter sido, dentre todos, o que mais me incentivou a trilhar o caminho da pós-graduação, nunca me deixando esmorecer, mesmo diante dos inúmeros obstáculos que enfrentei ao longo dessa caminhada.

Ao Professor Dr. Francisco B. Assumpção Jr. (Instituto de Psicologia da USP), por ter sido quem sugeriu e incentivou-me o presente trabalho com a população indígena, com preciosas sugestões.

À Professora Dra. Ana Cárita (Professora Titular aposentada da Faculdade de Educação/UFG), pela oportunidade de nos apresentar a esse povo heroico que é o povo indígena Karajá.

Ao Professor Dr. Thomas M. Achenbach (University of Vermont, USA), por ter disponibilizado o direito a trabalhar com o ASEBA adaptado para a cultura indígena Karajá.

À minha grande e querida amiga Dra. Fabiana Gauy, por ter me auxiliado sempre com o seu conhecimento e a sua paciência, em muitos momentos que foram decisivos para a concretização deste trabalho e por ter me apresentado a Marina e a Professora Edwiges.

À Rosimeire Guimarães (UNIFESP) e à Marina Monzani (Instituto de Psicologia da USP), por dedicarem-se a me orientar nas questões técnicas essenciais acerca do ASEBA, sempre atenciosas para com as minhas importunações e dúvidas.

À Leila Maria Rosa Fonseca, diretora do DSEI Araguaia, pelo apoio imprescindível para que esse trabalho pudesse acontecer.

Ao Dr. Cláudio dos Santos Romero coordenador do grupo de pesquisas da FUNAI/MJ, por seu incondicional apoio e estímulo à realização deste trabalho.

À minha assistente de trabalho de campo, junto aos indígenas Karajá, Giane Reis (Enfermeira do DSEI Araguaia), que enfrentou todas as intempéries possíveis e mesmo inimagináveis, a fim de que o presente trabalho tivesse a consistência e seriedade almejadas. Ao Frederico (Farmacêutico do DSEI Araguaia), companheiro da Giane, que muito trabalhou e nos auxiliou na adequação dos instrumentos usados junto aos Karajá.

As Sras. Elisa e Luciana (Secretárias do PPG/IPq/FM/USP) Viviane (Secretária do PPG/Psiquiatria/EPM/UNIFESP), Valdecina e Raquel (Secretárias do PPG/Ciências da Saúde/FM/UFG) e Raquel (Bibliotecária da FM/UFG), que sempre me socorreram nos momentos delicados da burocracia a ser trilhada, bem como me encheram de ânimo na caminhada árdua que me propus realizar para que jamais desistisse da sua concretização.

À Professora Dra. Isabel A. S. Bordin (Departamento de Psiquiatria Social da Escola de Medicina da UNIFESP), por quem tenho um imenso carinho, por seus incentivos e sugestões que muito me auxiliaram, senão foram decisivos neste trabalho. Por sua prontidão para me ajudar, dispensando muito do seu precioso tempo pacientemente para me segurar a mão e mostrar-me caminhos mais seguros no trabalho. Às professoras Laura S. G. Andrade (Departamento de Psiquiatria da FM/USP) e Lee Fu I (Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP), que sempre me receberam com carinho e me

auxiliaram com sugestões e orientações fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Professor e amigo Dr. Leonardo Ferreira Caixeta (Prof. Dr. Adjunto do IPTSP/UFG) por me acompanhar e orientar com segurança e tranquilidade nessa caminhada, compartilhando os seus conhecimentos de forma desprendida, sendo mentor acadêmico e profissional. Agradeço pela confiança e pelo constante incentivo nessa empreitada.

À minha aluna, amiga, colega médica e docente Daniela Londe Rabelo Taveira (Departamento de Medicina da PUC-Goiás), por ter nos auxiliado com o seu trabalho na digitação dos dados e tabelas, bem como com a revisão final do texto.

À minha aluna e amiga Renata Vargas (Departamento de Medicina da PUC-Goiás), pelo auxílio com o mapa de localização dos Karajá.

À Professora Dra. Margareth Rocha Peixoto Giglio (Departamento de Medicina da PUC-Goiás), por ter sido fundamental na análise dos dados aqui apresentados, em todo o processo de revisão final dos resultados e da discussão, com preciosas correções que possibilitaram um trabalho de maior qualidade. Caso alguma incorreção tenha persistido, deve-se unicamente à minha pessoa.

À Professora Dra. Maria Conceição do Rosário (Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina/UNIFESP), pelo estímulo fraterno na execução deste trabalho, bem como por participar da banca de defesa e nos brindar com sugestões preciosas para a melhoria do produto final deste trabalho.

Aos indígenas da etnia Karajá, em especial ao Sr. Daniel Coxini, pelo apoio decisivo à realização deste trabalho, bem como pelas sugestões preciosas na condução deste.

A todos (as) os (as) agentes indígenas de saúde (AIS) e professores (as) das escolas das aldeias Karajá participantes, pelo tempo e apoio que me dispensaram, sempre dispostos (as) a auxiliar desprendidamente.

Ao Professor e amigo Edmilson M. Chagas, por sempre ter-nos socorrido quando preciso nas traduções do Português para o Inglês.

Aos Professores Drs. Alexandre C. Taleb (Faculdade de Medicina/UFG) e Luis Eduardo Siqueira Gomes (Departamento de Medicina/PUC-Goiás), pelas sugestões valiosas durante o processo de qualificação desta tese. Aos Professores Drs. Manuel Ferreira Lima Filho (Departamento de Antropologia/UFG) e Paulo Dalgalarondo (FCM-UNICAMP), por terem participado da Banca de Defesa deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Gélcio Sisteroli de Carvalho (Departamento de Medicina/PUC-Goiás), colega e amigo, pela disposição para sugerir preciosas correções na fase final de redação deste trabalho.

Ao Dr. Marcelo Ferreira Caixeta (Associação de Saúde Mental Infantil de Goiânia – ASMIGO), meu primeiro e inesquecível mestre, que tanto me ensinou e compartilhou dos seus profundos conhecimentos dentro da Psiquiatria, em especial da Psiquiatria Infantil, quando eu ainda dava os primeiros passos nesse campo deslumbrante que é o do psiquismo humano. Por todo o apoio e incentivo que sempre demonstrou para comigo, na busca de me tornar sempre melhor, como profissional e pessoa, o meu muito obrigado e a minha eterna gratidão!

A todos e todas que me auxiliaram e que foram tantos que o espaço não comportaria nominá-los a minha gratidão, principalmente pelo auxílio desprendido que me deram.

Por fim, o meu agradecimento a todas as crianças e adolescentes da etnia indígena Karajá que fizeram parte da pesquisa de campo, bem como aos seus pais/responsáveis e professores, que tão gentilmente nos cederam o seu tempo para que este trabalho pudesse ser concretizado.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Considerações sobre a epidemiologia em saúde mental na infância e na adolescência.....	18
1.2 Considerações sobre a psiquiatria transcultural.....	20
1.3 Considerações sobre os indígenas da etnia <i>Karajá</i>	21
1.3.1 A criança indígena e o sistema educacional bilíngue.....	33
1.4 Os instrumentos de coleta de dados.....	35
1.5 Considerações sobre a importância deste estudo.....	37
2. OBJETIVOS.....	38
3. MÉTODOS.....	39
3.1. Desenho de estudo.....	39
3.2. Obtenção da Anuência e Registro do TCLE.....	39
3.3. População estudada.....	40
3.4. Tamanho da amostra.....	41
3.5. A Adequação dos instrumentos de coleta de dados.....	42
3.6. Coleta de dados.....	44
3.7. Armazenamento e análise dos dados.....	44
3.8. Validação estatística dos resultados.....	45
4. RESULTADOS.....	47
5. DISCUSSÃO.....	62
6. CONCLUSÃO.....	70
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
8. ANEXOS.....	82

TABELAS E FIGURAS

Tabelas

- Tabela 1 - Características epidemiológicas de crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009..... 47
- Tabela 2 - Diferenças nas prevalências de problemas mentais segundo os questionários CBCL e TRF, em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, no ano de 2009..... 48
- Tabela 3 – Prevalências de problemas mentais em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por sexo, conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com os questionários CBCL e TRF, no ano de 2009..... 49
- Tabela 4 – Prevalências de problemas mentais em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por faixa etária, conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com os questionários CBCL e TRF, no ano de 2009.50
- Tabela 5 – Prevalências de problemas mentais em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por escolaridade, conforme as escalas síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com os questionários CBCL e TRF, no ano de 2009..... 51
- Tabela 6 – Fatores associados à ocorrência de Ansiedade/Depressão em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por escolaridade, conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o questionário CBCL..... 52
- Tabela 7 – Fatores associados à ocorrência de Isolamento/Depressão em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por escolaridade conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o questionário CBCL..... 53
- Tabela 8 – Fatores associados à ocorrência de Preocupações Somáticas segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009..... 53
- Tabela 9 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Sociais, segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.....54
-

Tabela 10 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Pensamento segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	54
Tabela 11 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Atenção segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	55
Tabela 12 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento De Quebra de Regras segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	55
Tabela 13 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento Agressivo segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	55
Tabela 14 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Internalizantes segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	56
Tabela 15 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Externalizantes segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	56
Tabela 16 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Totais segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	56
Tabela 17 – Fatores associados à ocorrência de Ansiedade/Depressão segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	57
Tabela 18 – Fatores associados à ocorrência de Isolamento/Depressão segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	58
Tabela 19 – Fatores associados à ocorrência de Preocupações Somáticas segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	58
Tabela 20 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Sociais segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	58
Tabela 21 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Pensamento segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	59
Tabela 22 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Atenção segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	59
Tabela 23 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento De Quebra de Regras segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	59

Tabela 24 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento Agressivo segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	60
Tabela 25 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Internalizantes segundo o questionário TRF, em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	60
Tabela 26 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Externalizantes segundo o questionário TRF, em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	60
Tabela 27 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Totais segundo o questionário TRF, em crianças e adolescentes de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	61

Figuras

Figura 1 – Ilha do Bananal, a maior ilha fluvial do mundo, onde os <i>Karajá</i> vivem. Acima, mapa com a localização da ilha na região norte do Brasil (Bacia Amazônica). Abaixo uma aldeia indígena <i>Karajá</i> , em visão aérea da Ilha do Bananal (localizada no Estado do Tocantins, na região Norte do Brasil), com o Rio Araguaia separando-a do Estado de Mato Grosso (Centro-Oeste do Brasil). Fonte: Instituto Socioambiental, 2009.	23
Figura 2 – Avó <i>Karajá</i> cuidando da criança pequena (à esquerda). Artesanato em argila produzido pelas mulheres <i>Karajá</i> (à direita). Fotos de Giane Reis (2008).....	26
Figura 3 – Adolescentes indígenas da etnia <i>Karajá</i> , com aproximadamente 12 anos de idade, no ritual de iniciação masculina <i>Hetohoky</i> (esquerda) e com as pinturas e plumários típicos do ritual (direita). Casa Grande, ao fundo (Foto da esquerda). Fotos de Wendel Reis (2008).	27
Figura 4 – Indígena <i>Karajá</i> adulto com a veste típica para o ritual da dança de <i>Aruanã</i> (esquerda) e adolescente preparada para o ritual, notando-se os círculos desenhados nas faces ao invés da <i>omarura</i> tradicional (direita). Fotos de Giane Reis (2008).	28
Figura 5 – Menina <i>Karajá</i> cuidando do irmão mais novo (esquerda) e lavando roupas no Rio Araguaia (direita). Fotos de Giane Reis (2008).....	28
Figura 6 – Crianças indígenas <i>Karajá</i> brincando de subir em árvore (esquerda)... E de pular e nadar no Rio Araguaia (direita). Fotos de Giane Reis (2008).....	29
Figura 7 – Uma aula ao ar livre, na escola de uma aldeia indígena <i>Karajá</i> (esquerda) e crianças estudando do lado de fora da sala de aula (direita). Fotos de Giane Reis (2008).	29
Figura 8 – Indígenas <i>Karajá</i> em atividade de pesca (esquerda) e peixes sendo assados para a alimentação da população (direita). Fotos de Giane Reis (2008).....	32
Figura 9 – Fluxograma da formação da amostra de crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias <i>Karajá</i> , no ano de 2009.....	42

ANEXOS

8.1 – Anexo 1 – parecer da CONEP/CNS/MS.....	83
8.2 – Anexo 2 – parecer da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ).....	88
8.3 – Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	92
8.4 – Anexo 4.1 – Normas de publicação dos periódicos: Arquivos de Neuro- Psiquiatria (B3).....	95
8.4.2 Anexo 4.2 – Revista <i>Dementia & Neuropsychologia</i> (B3).....	103
8.4.3 Anexo 4.3 – Revista Brasileira de Neurologia (B5).....	106
8.4.4 Anexo 4.4 – Bulletin of the World Health Organization (A1).....	108
8.5 – Artigos.....	111
8.5.1 – Artigo 1 (publicado).....	112
8.5.2 – Artigo 2 (publicado).....	117
8.5.3 – Artigo 3 (publicado).....	121
8.5.4 – Artigo 4 (em via de submissão).....	128
8.5.5 – Artigo 5 (em via de submissão).....	145
Anexo 6 – Termo de Autorização para a adaptação e uso em pesquisa dos instrumentos CBCL/6-18; TRF/6-18 e YSR/11-18, por parte do autor <i>Thomas M. Achenbach</i>	164
Anexo 7 – Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos – versão brasileira do “ <i>Child Behavior Checklist for ages 6-18</i> ” (CBCL/6-18).....	171
Anexo 8 – Inventário de comportamentos referidos pelo professor para alunos de 6 a 18 anos – versão brasileira do “ <i>Teacher’s Report Form for ages 6 to 18</i> ” (TRF/6-18).....	179
Anexo 9 – CBCL/6-18 adaptado para a população de indígenas da etnia <i>Karajá</i> – Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos – versão brasileira do “ <i>Child Behavior CheckList for ages 6-18</i> ” (CBCL/6-18).....	185
Anexo 10 – TRF/6-18 adaptado para a população de indígenas da etnia <i>Karajá</i> – Inventário de comportamentos referidos pelo professor para alunos de 6 a 18 anos – versão brasileira do “ <i>Teacher’s Report Form for ages 6-18</i> ” (TRF/6-18).....	192
Anexo 11 – Explicações das modificações realizadas nos instrumentos usados (CBCL e TRF), comparando-se os quatro anexos anteriores, sendo os pares formados entre a versão brasileira e a versão adaptada para os indígenas da etnia <i>Karajá</i>	198

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

- ADHD* – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, do inglês “*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*”
- AfD* – Transtornos Afetivos, do inglês “*Affective Disorders*”
- AxD* – Transtornos de Ansiedade, do inglês “*Anxiety Disorders*”
- APA* – Associação Psiquiátrica Americana, do inglês “*American Psychiatric Association*”
- ASEBA* – Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach, do inglês “*Assessment System Empirically Based of Achenbach*”
- CBCL/6-18* – Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira), do inglês “*Child Behavior Checklist for ages 6 to 18*”
- CD* – Transtorno de Conduta, do inglês “*Conduct Disorder*”
- CEPMHA/HC/UFG – Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás
- CGEP – Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas
- CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição, da Organização Mundial de Saúde
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CONEP/CNS/MS – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde
- DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena
- DSM-IV-TR* – Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, Quarta Edição, Texto Revisado, da Associação Psiquiátrica Americana
- FUNAI – Fundação Nacional do Índio
- FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
-

IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

K – índice ‘*kappa*’ de concordância

LDB – Lei de Diretrizes Básicas

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

ODD – Transtorno de Oposição Desafiante, do inglês “*Oppositional Defiant Disorder*”

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – Razão de Chances, do inglês “*Odds Ratio*”

p – significância estatística (< 0,05)

SPSS 18.0 – Pacote Estatístico para Ciências Sociais, do inglês “*Statistical Package for Social Sciences 18.0*”

TC – Transtorno de Conduta

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOD – Transtorno Opositor Desafiante

TRF/6-18 – Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira), do inglês “*Teacher Report Form for ages 6 to 18*”

χ^2 – teste estatístico do qui-quadrado

WGS84 – Sistema Geodésico Mundial de 1984, do inglês “*World Geodetic System 1984*”

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de problemas mentais em crianças e adolescentes de uma população indígena vivendo isolada em tribos na Amazônia Brasileira. **Métodos:** Estudo de prevalência analítico em amostra de 192 crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, entre os 07 e 14 anos de idade. As prevalências foram determinadas pelas escalas síndromes de problemas de saúde mental de acordo com os questionários do *ASEBA*. Foram utilizados para detecção desses problemas os Inventários de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (*CBCL*) e de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (*TRF*). Foi avaliada a diferença entre as prevalências encontradas nos dois questionários e a associação de risco entre o sexo e a escolaridade e os problemas de saúde mental. **Resultados:** Foi encontrada uma prevalência de problemas totais de 34,38% com o *CBCL* e de 23,44% com o *TRF* ($p < 0,00$). Houve associação entre a ocorrência de problemas mentais e o sexo e a escolaridade, com maior ocorrência desses problemas nos sujeitos cursando a segunda fase do ensino fundamental. **Conclusão:** A prevalência de problemas de saúde mental encontrada foi alta comparada aos estudos com outras culturas ao redor do mundo. Observou-se que mesmo em populações humanas que preservam os aspectos culturais primordiais dos seus ancestrais que viveram há 10.000 anos, existem problemas psiquiátricos com apresentações clínicas similares às encontradas em sociedades modernas civilizadas, podendo o contexto cultural influenciar nas manifestações desses.

Palavras Chave: Psiquiatria Transcultural; população indígena; psiquiatria de criança e adolescente; prevalência; Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes; Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of mental disorders in children and adolescents from an indigenous population living in isolated tribes in the Brazilian Amazon. **Methods:** This is an analytical prevalence study in a sample of 192 indigenous children and adolescents from *Karajá* ethnicity, aged between 7 and 14 years old. The prevalence were determined using the syndrome scales of mental health problems according to the ASEBA questionnaires. The Child Behavior Checklist 6-18 (CBCL) and the Teacher Report Form 6-18 (TRF) were used for the screening of these problems. The difference among the prevalence found in the two questionnaires as well as the risk association between gender and schooling and mental health problems were evaluated. **Results:** A total prevalence of problems of 34.38% with the CBCL and of 23.44% with the TRF was found ($p < 0.00$). There was an association between the occurrence of these problems in the subjects attending the second phase of fundamental school (6th to 9th year of formal education). **Conclusion:** The prevalence of mental health problems found was high when compared to studies with other cultures around the world. It was observed that even in human populations who preserve the primordial cultural aspects of their ancestors who lived 10.000 years ago, psychiatric problems exist and have clinical presentations that are similar to those found in modern civilized societies, in which the cultural context may influence the manifestations of such problems.

Key Words: Cross-cultural psychiatry; indigenous people; child and adolescent psychiatry; prevalence; Child Behavior Checklist; Teacher Report Form.

1. INTRODUÇÃO

“... mesmo frente aos muitos desafios, trilha-se no Brasil uma bem-sucedida trajetória de incluir os ‘indígenas’ nas estatísticas nacionais e, com isso, reduzir sua ‘invisibilidade’ sociodemográfica, com implicações importantes para fins de políticas públicas, inclusive na área da saúde” (SANTOS e TEIXEIRA, 2011).

1.1 Considerações sobre a epidemiologia em saúde mental na infância e na adolescência

A epidemiologia em saúde mental na infância, dentre outras atribuições, ocupa-se do estudo das taxas de ocorrência dos transtornos mentais na criança e no adolescente em amostras representativas da população geral, bem como dos fatores de risco e de proteção para tais problemas. O conhecimento da distribuição de tais transtornos tem sido alvo crescente de estudos no mundo e no Brasil, porém, ainda insuficientes para se ter um retrato preciso da saúde mental e seus problemas nessa faixa etária (FLEITLICH-BILYK e GOODMAN, 2004; COSTELLO, EGGER e ANGOLD, 2005). Nosso conhecimento é ainda mais limitado sobre a epidemiologia dos problemas de saúde mental em populações especiais de crianças e adolescentes, como no caso das indígenas (COHEN, 1999; COHEN, 2002).

Os estudos epidemiológicos já realizados (GIEL, DE ARANGO, CLIMENT *et al.*, 1981; MELTZER, GATWARD, GOODMAN *et al.*, 2003; COSTELLO, EGGER e ANGOLD, 2005) têm demonstrado claramente que os problemas mentais em crianças e adolescentes são bastante comuns, com repercussões negativas na vida familiar, escolar e social, geralmente persistindo por toda a vida desses indivíduos, uma vez que não são detectados

e nem tratados na sua grande maioria (FLEITLICH-BILYK e GOODMAN, 2004; GOODMAN, FLEITLICH-BILYK, PATEL *et al.*, 2007; ANSEMI, FLEITLICH-BILYK, MENEZES *et al.*, 2010). Na vida adulta, por extensão, observa-se a presença de problemas mentais e uma queda substancial na qualidade de vida geral, com situações tais como aumentos no desemprego, no uso de álcool e drogas, na criminalidade, das dificuldades na educação dos filhos e das taxas de suicídio (FOMBONNE, WOSTEAR, COOPER *et al.*, 2001a; b; GOODMAN, FLEITLICH-BILYK, PATEL *et al.*, 2007). A importância de cuidar da saúde mental na infância fica, assim, evidenciada para o poder público responsável pelas políticas de atenção à saúde (GOODMAN, FLEITLICH-BILYK, PATEL *et al.*, 2007; KRIEGER, ALEGRIA, ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2010; COPELAND, SHANAHAN, COSTELLO *et al.*, 2011).

Nos países em desenvolvimento tem-se uma escassez de dados precisos, no que tange ao número de estudos sobre a prevalência de problemas de saúde mental, o conhecimento dos fatores de risco e de proteção e as peculiaridades das minorias étnicas quanto a estas questões, o que impede uma adequada estruturação de serviços e estratégias preventivas nesta área (KRIEGER, ALEGRIA, ALMEIDA-FILHO *et al.*, 2010). Para que se tenha um conhecimento adequado destas questões, os estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento e de culturas diferentes devem levar em consideração a validade dos conceitos e categorias diagnósticas importadas dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento (NIKAPOTA, 2009).

Após a adequação da metodologia para a pesquisa epidemiológica em psiquiatria infantil no Brasil, deve-se, lembrando as dimensões continentais que o país possui e, conseqüentemente, toda sua riqueza sociocultural, proceder a investigações das taxas de prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes (FLEITLICH-BILYK e GOODMAN, 2004; GOODMAN, NEVES DOS SANTOS, ROBATTO NUNES *et al.*, 2005). Neste estudo nos propusemos a realizar tal trabalho, focando uma população de crianças e adolescentes indígenas. No Brasil contamos apenas com um único estudo sobre a saúde mental nesta população, sendo este de caráter apenas observacional e sobre um transtorno específico, que é o transtorno de déficit de atenção e

hiperatividade (TDAH), realizado como projeto de mestrado do mesmo grupo do projeto atual (AZEVEDO, CAIXETA, ANDRADE *et al.*, 2010).

1.2 Considerações sobre a psiquiatria transcultural

Cultura tem sido definida como o conjunto de significados, valores, práticas e normas de comportamento, adotados pelos membros de uma sociedade particular (KLEINMAN e BENSON, 2006). Ela seria a visão de mundo ímpar dessa sociedade. Como tal, informa profundamente sobre todos os aspectos da vida e da saúde, bem como do adoecer e da morte. Tal conhecimento é fundamental, atualmente, em função de sermos compelidos a lidar no campo da saúde mental com a crescente diversidade étnica das sociedades contemporâneas (CANINO e ALEGRÍA, 2008; MEZZICH, CARACCI, FABREGA *et al.*, 2009).

O atendimento na área da saúde mental tem exigido o que hoje denomina como “competência cultural” (FOX, 2005; KLEINMAN e BENSON, 2006), indispensável na otimização do cuidado clínico, porque os fatores culturais têm um papel central na utilidade e validade do diagnóstico realizado. Assim, a importância de se prestar atenção ao significado e à implicação social da experiência da psicopatologia vivida pelo indivíduo, torna-se indispensável para o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente (MEZZICH, CARACCI, FABREGA *et al.*, 2009).

Atualmente, não existe consenso quanto à universalidade dos transtornos e das síndromes psiquiátricas nas diversas culturas. Também não há consenso sobre o quanto os fatores e contextos culturais influenciam na apresentação dos sinais e sintomas dos problemas mentais. Podemos afirmar que tal situação persiste devido à ausência de marcadores biológicos e instrumentos precisos de avaliação que possibilitem a validação da maioria dos problemas de saúde mental. A validade transcultural desses transtornos pode variar drasticamente dependendo do transtorno. Existe, portanto, a necessidade de realizar estudos que investiguem a extensão da interação entre fatores biológicos e socioambientais no surgimento destes transtornos/síndromes nas várias culturas. Finalmente, os clínicos precisam urgentemente considerar o contexto cultural na forma de apresentação do

quadro psicopatológico em uma criança, independentemente das suas visões pessoais (CANINO e ALEGRÍA, 2008).

1.3 Considerações sobre os indígenas da etnia *Karajá*

No Brasil vivem aproximadamente 230 etnias indígenas, o que nos torna uma das maiores sociodiversidades das Américas. Ao mesmo tempo, a população indígena representa aproximadamente 0,4% da população total brasileira. Segundo o último censo do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), realizado em 2010, a população indígena total do país é de 818 mil indivíduos. A população indígena brasileira, da mesma forma que a maioria das outras populações indígenas na América Latina, apresenta uma marcante condição de vulnerabilidade, com os piores indicadores de saúde (MONTENEGRO e STEPHENS, 2006; SANTOS e TEIXEIRA, 2011).

Os *Karajá* representam uma das 230 etnias indígenas existentes no Brasil. Habitam uma extensa região do vale do Rio Araguaia, abrangendo os estados de Goiás, Tocantins e Mato Grosso, sendo que a maioria das aldeias está na Ilha do Bananal (Estado do Tocantins) (Figura 1). A Ilha do Bananal é a maior ilha fluvial do mundo, com 300 quilômetros de extensão e cerca de 20 mil Km² de área com forma elíptica, fazendo parte da Amazônia Legal (Figura 1).

A população total de *Karajá* no ano de 2007 (FUNASA) era de 2486 indivíduos, considerando-se as aldeias constituídas apenas de indígenas *Karajá*. Esse número aumenta para 2859 indígenas se forem consideradas as aldeias mestiças entre *Karajá* e *Tapirapé* ou *Karajá* e *Guarani*. As demais aldeias, menores em número de habitantes (entre 24 a 92 indígenas cada uma delas), são originadas na grande maioria das aldeias participantes desse estudo (Aldeias de *Wataú* e JK, originárias de Santa Isabel do Morro; e Aldeia Lagoa Grande, originária de Macaúba).

As aldeias indígenas *Karajá* que fizeram parte deste estudo, com os seus respectivos nomes na língua nativa e os seus significados, foram: a aldeia de Santa Isabel do Morro, chamada de *Hãwalo Mahãdu*, que quer dizer “povo do morro alto”; a aldeia de Fontoura, chamada de *Bõiry Mahãdu*, que quer dizer “o povo do caminho do peixe”; a aldeia de Macaúba, chamada de *Heryri Mahãdu*, que quer dizer “o povo do lugar da Macaúba”; e a aldeia de São

Domingos, chamada de *Ere Hawa Mahãdu*, que quer dizer “povo da morada do martim-pescador”. Os *Karajá* dividem a Ilha do Bananal no centro por uma linha imaginária. Acima desta linha está o *Ibòò Mahãdu*, que quer dizer o “povo de cima”, onde está a aldeia de Santa Isabel do Morro; e abaixo estão todas as aldeias que pertencem ao “povo de baixo”, *Iraru Mahãdu*, que são as outras três aldeias estudadas. Além das aldeias estudadas existem várias outras menores que fazem parte do povo de baixo e do povo de cima (LIMA-FILHO, 1994c).

Apesar do contato com a sociedade nacional, tem-se registrado um crescimento populacional dos *Karajá*, que permanecem no seu território tradicional. Assim, por exemplo, se em 1969 as aldeias de Santa Isabel do Morro e Fontoura (TO) tinham 470 indivíduos (sendo 237 homens e 233 mulheres) (BARUZZI e PAGLIARO, 2002), em 2002 já eram 1031 (518 homens e 513 mulheres) (FUNASA, 2002) e hoje, conforme senso da FUNASA (2007), comportam 1266 indígenas.

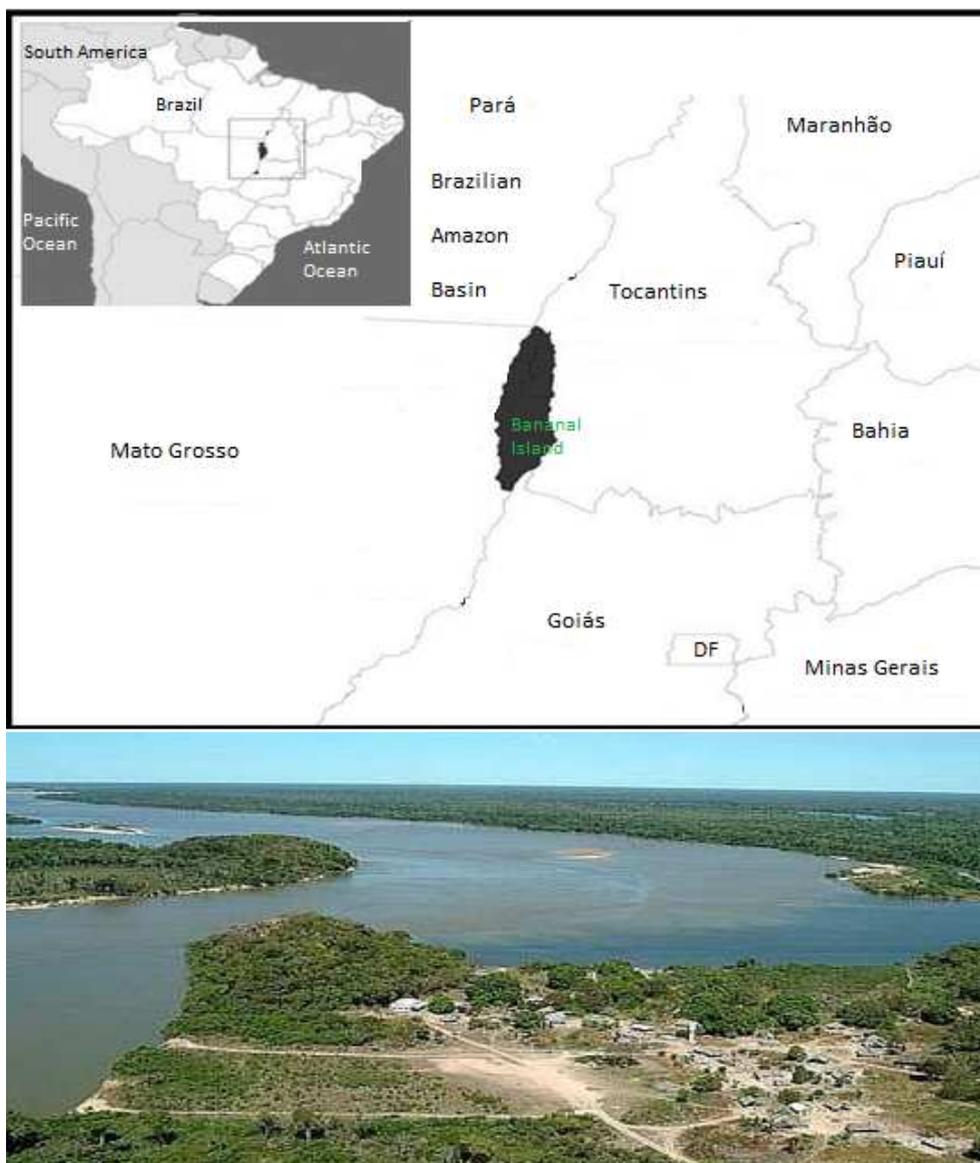


Figura 1 – Ilha do Bananal, a maior ilha fluvial do mundo, onde os Karajá vivem. Acima, mapa com a localização da ilha na região norte do Brasil (Bacia Amazônica). Abaixo uma aldeia indígena Karajá, em visão aérea da Ilha do Bananal (localizada no Estado do Tocantins, na região Norte do Brasil), com o Rio Araguaia separando-a do Estado de Mato Grosso (Centro-Oeste do Brasil). Fonte: Instituto Socioambiental, 2009.

A despeito da convivência próxima com a sociedade não indígena, os *Karajá* preservaram muitos dos seus costumes tradicionais, tais como a língua, os rituais (Figuras 3 e 4), as pescarias familiares (Figura 8), o artesanato (cestaria com palha de buriti e bonecas de cerâmica – Figura 2), e as pinturas corporais (Figuras 3 e 4), tais como os dois círculos nas faces (Figura 4), característicos dessa etnia (LIMA-FILHO, 1994b).

Desde o nascimento até a época em que começa a engatinhar, um *Karajá* tanto do sexo masculino quanto do feminino passa por quatro categorias de idade, a saber: *tohousa* (recém-nascido), *wyodu* (senta-se no colo), *n̄ybidu* (senta-se sozinho) e *tiradu* (engatinha) (LIMA-FILHO, 1994a).

Quando começam a andar, os *Karajá* são classificados em categorias de idades distintas de acordo com o sexo. Até a idade de seis anos o menino é reconhecido como *weryry riòre* (menino pequeno). Entre a faixa de idade de seis a doze anos o menino é tido como *weryry h̄yk̄y* (menino grande). Quando *weryry*, os meninos ficam a maior parte do tempo com as mães (*nadi*) ou avós (*wylahi*), em geral a avó materna (Figura 2). Desde cedo os meninos aprendem a se tornar independentes quanto aos seus pertences: animais de estimação (cachorros), brinquedos, roupas ou mesmo uma árvore frutífera dada por algum parente *brotyre* (parentes de outras aldeias). Os *weryry h̄yk̄y* brincam em grupos e gostam de imitar os adultos, jogando futebol ou, munidos de pequenas máscaras, imitam a dança dos *Aruanãs*, além de jogar bola de gude, brincam de *ijesu* (a luta ritual) na parte rasa do Rio Araguaia e de *hãlòe* (onça). É no início da faixa de idade dos *weryry h̄yk̄y* (aos 06 anos) que ocorre a furação do lábio inferior, com o uso de um dente de guariba (uma espécie de macaco da região, o *Alluata caraya*) (LIMA-FILHO, 1994b; a).

Quando um *weryry h̄yk̄y* atinge a idade de doze anos, aproximadamente, os pais normalmente procuram o *ix̄ȳdinodu* (chefe de rituais) da aldeia para combinarem a realização da festa do *Hetohok̄y*, que é um ritual de iniciação masculina (Figura 3) (LIMA-FILHO, 1994a). Porém, embora seja o modo ideal de iniciar os meninos na concepção dos *Karajá*, nem todos passam por este rito. A realização do *Hetohok̄y* requer muito trabalho em termos de preparo de alimentos que devem ser plantados, pescados e caçados, bem como comprados na cidade de São Félix do Araguaia (MT). Por esta razão, se o menino é órfão de pai e nenhum outro homem *Karajá* o assumiu, sua iniciação ocorre com os *jyre* levando-o até a Casa de *Aruanã* onde ele terá o seu primeiro contato com as máscaras de *Aruanã* e, através de uma saudação em grito dos demais meninos, se transforma também em um *jyre* (ariranha), nome da categoria de idade dos meninos recém - iniciados. Uma vez *jyre*, os meninos permanecerão nesta categoria por um ou dois anos (LIMA-FILHO, 1994a).

Quando tem cortado pela segunda vez os cabelos após o *Hetohokÿ* (momento no qual ocorreu o primeiro corte de cabelos dos meninos iniciados), um rapaz de 13 ou 14 anos passa a ser reconhecido como *bodu*. Os *bodu* já estão mais integrados no espaço ritual e estão mais distanciados do grupo doméstico do que os *kyre*. Os *bodu* gradativamente passam a se interessar pelas relações amorosas com as moças da aldeia, e mesmo com as mulheres públicas, chamadas pelos *Karajá* de “raparigas” (LIMA-FILHO, 1994a).

Por volta dos quinze anos, quando os cabelos chegam aos ombros, os *bodu* passam para a categoria dos *weryrybò*. Agora completamente integrados aos assuntos rituais, passam a maior parte do tempo na Casa de *Aruaná*, nas pescarias e no cerrado. Os *weryrybò* não têm obrigação de fazer roças ou de sustentar suas casas. Eles são fascinados pelas aventuras noturnas, quando marcam encontros amorosos com as mulheres da aldeia em lugares escondidos. Apesar de completa independência nas ações, os *weryrybò* são afetivamente dependentes da mãe, com a qual ora se relacionam serenamente ora agressivamente se sob o efeito de bebidas alcoólicas. Quando brigam ou ficam expostos a situações embaraçosas na aldeia como, por exemplo, se forem obrigados a se casar pela família de uma moça que os surpreendeu namorando, comportam-se como crianças emocionalmente frágeis em busca de colo (LIMA-FILHO, 1994a).

Ao casar, o *weryrybò* passa a ser chamado de *hãbu* (homem casado). Ele deixa a casa materna e vai morar na casa do sogro. Com o casamento vem a obrigação de sustentar a sua própria família e a casa da sogra. O *hãbu*, portanto, deve fazer a sua roça, pescar com frequência e vender peças de artesanato. O casamento normalmente ocorre aos 15 ou 16 anos e, atingidos os 20 anos e não estando casados, passam a ser alvo de comentários na aldeia (LIMA-FILHO, 1994b).

Com o nascimento do primeiro filho, o homem *Karajá* ganha prestígio social e todos passam a reconhecê-lo como *hãbu ijoityhy* e a chamá-lo de “pai de seu filho”, pela regra da tecnomínia (LIPKIND, 1948b). Quanto mais filhos, maior será o número de irmãos que oferecerão proteção e apoio político ao pai e entre si, mesmo quando tais filhos, pelo casamento, vão morar na casa de seus sogros (LIMA-FILHO, 1994a).

Com a chegada do primeiro neto, o homem *Karajá* entra na categoria de idade dos *uladu labie* (avô de criança) e, com o passar dos anos, a velhice os eleva à categoria de *matuari*. Os *matuari* no *Hetohokÿ* são valorizados e se agrupam no *Mahãdu Mahãdu* (que é um grupo ritual especial) (LIMA-FILHO, 1994a).



Figura 2 – Avó Karajá cuidando da criança pequena (à esquerda). Artesanato em argila produzido pelas mulheres Karajá (à direita). Fotos de Giane Reis (2008).



Figura 3 – Adolescentes indígenas da etnia Karajá, com aproximadamente 12 anos de idade, no ritual de iniciação masculina Hetohoky (esquerda) e com as pinturas e plumários típicos do ritual (direita). Casa Grande, ao fundo (Foto da esquerda). Fotos de Wendel Reis (2008).

A menina, por sua vez, tem como faixas etárias e suas designações: de 0 a 3 anos, *ulado*; dos 4 aos 7, *hirari*; dos 8 aos 12 anos, *hirarihyky*; dos 12 aos 15 anos, *ijadoma*; dos 16 aos 17 anos, *hawyy* (TORAL, 1992). Assim que ocorre a menarca a menina é policiada pela avó materna com a qual têm uma ligação afetiva forte, e também fica isolada, só aparecendo em público por ocasião da dança com os *Aruanãs*, igualmente com o corpo enfeitado com pinturas e plumagens (Figura 4). Desde criança, a menina já inicia atividades tais como cuidar de um irmão menor e auxiliar a mãe nas atividades domésticas, tais como lavar roupas (Figura 5). Não existe um rito específico de iniciação da menina (TORAL, 1992; LIMA-FILHO, 1994a).

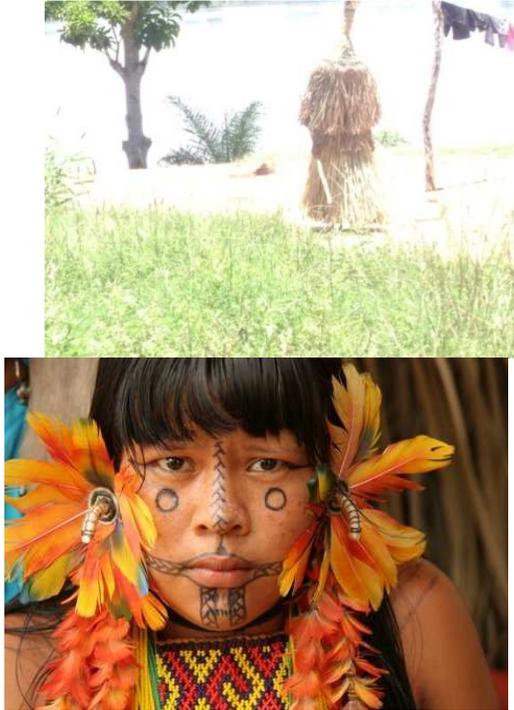


Figura 4 – Indígena Karajá adulto com a veste típica para o ritual da dança de Aruanã (esquerda) e adolescente preparada para o ritual, notando-se os círculos desenhados nas faces ao invés da omarura tradicional (direita). Fotos de Giane Reis (2008).

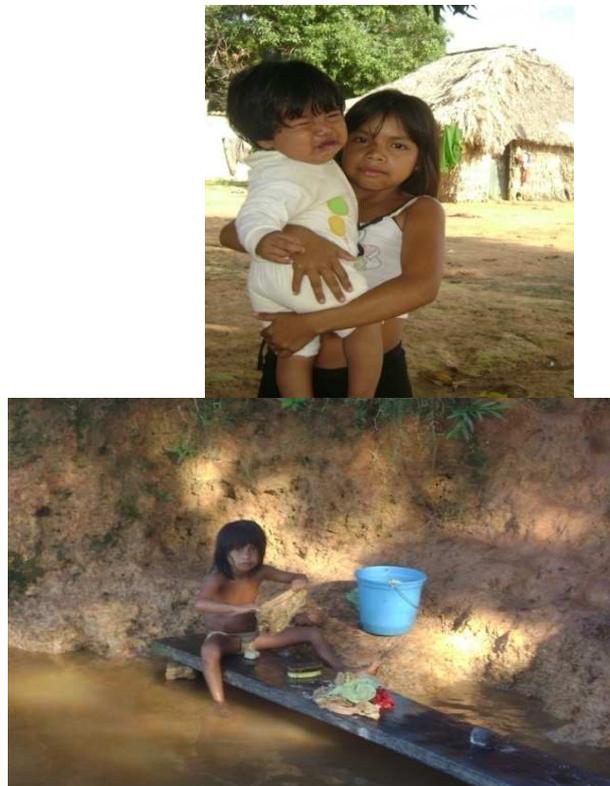


Figura 5 – Menina Karajá cuidando do irmão mais novo (esquerda) e lavando roupas no Rio Araguaia (direita). Fotos de Giane Reis (2008).

As crianças, tanto as meninas quanto os meninos, têm no rio e na natureza que os cercam uma fonte de lazer constante (Figuras 6). Na atualidade, a educação formal ocorre em escolas dentro das próprias aldeias (Figura 7), sendo que normalmente inicia aos sete anos de idade e muitos, aos 14 anos, por já estarem casados, acabam abandonando-a para que possam cuidar dos afazeres domésticos e dos filhos.



Figura 6 – Crianças indígenas Karajá brincando de subir em árvore (esquerda)... E de pular e nadar no Rio Araguaia (direita). Fotos de Giane Reis (2008).



Figura 7 – Uma aula ao ar livre, na escola de uma aldeia indígena Karajá (esquerda) e crianças estudando do lado de fora da sala de aula (direita). Fotos de Giane Reis (2008).

Os casamentos, preferencialmente arranjados pelas avós dos noivos e dentro da mesma aldeia, ocorrem quando a menina e o menino estão em condições de iniciar a vida sexual. Observa-se, mais comumente, o casamento

decorrendo da ida do rapaz para a casa da jovem que aí permanece pela regra matrilocal. Observamos, durante o trabalho de campo, meninos e meninas de 12 ou 13 anos casados e alguns já com seus próprios filhos. Apesar da busca da prática de exogamia, esta na verdade está inserida em uma perspectiva endogâmica. Há uma permuta de pessoas entre os diversos grupos domésticos numa mesma aldeia. No caso *Karajá* pode-se dizer que há um reforço nesta perspectiva endogâmica, uma vez que os casamentos ocorrem em grande porcentagem entre os habitantes da mesma aldeia. Nos casos de falta de opção, a aldeia mais próxima é preferida. Antes de procurarem um casamento fora de seu grupo local, os *Karajá* tiram proveito de situações comuns nas aldeias, tais como os casamentos desfeitos e a viuvez (LIMA-FILHO, 1994a).

Aos homens cabe defender o território, preparar as roças, pescar, construir as casas, cuidar da vida política que se dá na Casa de *Aruanã* (também chamada de praça dos homens), proceder ao intercâmbio com os não indígenas e coordenar os rituais principais (LIMA-FILHO, 1994b; a; 1999).

Às mulheres cabe a educação dos filhos, sendo dos meninos até o ritual de iniciação (Figura 3) e das meninas por toda a vida. São também da responsabilidade delas as atividades domésticas, a colheita das roças, o artesanato de bonecas de cerâmica (Figura 2), o preparo de todos para os rituais da aldeia utilizando pinturas e ornamentação, e a providência dos casamentos dos filhos (LIMA-FILHO, 1994b; a; 1999).

No plano ritual, os homens são considerados como pertencentes simbolicamente à categoria dos mortos (*Worÿsÿ*). Os *Worÿsÿ* são os mortos que moram nas aldeias existentes nos cemitérios e que sempre acompanham os homens nas suas atividades (pescarias, caçadas, roças e nas guerras com outras etnias no passado) sendo representados por eles nas ações, nos cantos e nas danças (LIMA-FILHO, 1994b; a).

As mulheres são responsáveis pelo preparo dos alimentos para as festas e pelo choro ritual, principalmente quando um membro da comunidade adoece ou morre. Quando um indígena morre, este é colocado numa esteira no fundo de uma vala com os seus pertences e coberto com varas à semelhança de uma casa (LIMA-FILHO, 1994a; 1999). Por ocasião da morte de algum membro da aldeia, esta ficava fechada para a entrada dos não indígenas (na linguagem *Karajá*, os chamados *tori*, que quer dizer homem branco) por uma

semana, tendo este fato sido presenciado pela nossa equipe durante o trabalho de campo.

A família é um importante referencial na vida dos *Karajá*. Os *Karajá* são, assim como a sociedade não indígena brasileira, monogâmicos. A família elementar é constituída por um homem, uma mulher e seus filhos. Geralmente todos os produtos cultivados, comprados ou ganhos por um homem, são distribuídos por ele entre a família elementar. Como a regra de residência é uxorilocal, ou seja, o marido mora na mesma casa da sogra, normalmente os gêneros alimentícios são também distribuídos entre os demais moradores da casa. Contudo, cada família tem o seu próprio espaço na casa para guardar os seus pertences e para realizar as refeições (LIMA-FILHO, 1994a; 1999).

Quando o grupo doméstico aumenta, é muito comum ver os genros construírem suas casas ao lado da casa da sogra, abrigando novos arranjos de famílias elementares. Neste caso, passam a dormir e a preparar os alimentos na nova casa. A ligação com a casa original se restringe, assim, ao campo afetivo. Aqui se tem o que é chamado de família extensa (LIMA-FILHO, 1994a).

Os indígenas *Karajá* têm a aldeia como unidade básica dos pontos de vista da organização social e política, com as decisões sendo tomadas pelos homens das famílias extensas. Os contatos políticos externos (com organizações não indígenas) são realizados pelo cacique da aldeia (LIMA-FILHO, 1994a; 1999).

Mesmo com a existência de divergências entre as aldeias, do ponto de vista político, os *Karajá* buscam reforçar o espírito de solidariedade entre eles nos encontros para a celebração dos rituais (Figuras 3 e 4). Em tempos passados se uniam contra outras etnias e no presente pela luta comum em defesa dos seus territórios a serem demarcados (LIMA-FILHO, 1999).

A subsistência vem da pesca (Figura 8) e da cultura do milho, da mandioca, da banana e da melancia, bem como da coleta de frutos do cerrado (pequi, p. ex.) e do mel silvestre (LIMA-FILHO, 1999).



Figura 8 – Indígenas Karajá em atividade de pesca (esquerda) e peixes sendo assados para a alimentação da população (direita). Fotos de Giane Reis (2008).

Uma importante fonte de renda para os *Karajá* é a atividade de artesanato com cerâmica (potes, pratos, bonecas – Figura 2) e palha de buriti (cestaria). A primeira é atividade exclusiva das mulheres e a cestaria é feita, também, por homens. Além de servir como renda extra, as bonecas têm um papel lúdico para as crianças, “sendo que para as meninas servem a uma função de socialização, com a dramatização de acontecimentos da vida cotidiana” (LIMA-FILHO, 1999).

Ainda hoje a pintura corporal tem grande significação para esta etnia (Figuras 3 e 4), embora se processe em alguns casos de forma diferente ao passado, quando os púberes eram submetidos à aplicação da *omarura*, que constitui nos dois círculos tatuados nas faces, sendo que inicialmente estas eram cortadas com o dente do peixe-cachorra e, em seguida, recebiam a aplicação de uma mistura de tinta de jenipapo com carvão. No presente, em função do preconceito das populações das cidades ribeirinhas, tal costume consiste em desenhar os dois círculos por ocasião dos rituais (Figura 4). As demais pinturas são, em geral, faixas pretas nas pernas e nos braços,

realizadas de acordo com cada faixa etária (Figuras 3 e 4) (LIMA-FILHO, 1999). A arte plumária tem-se reduzido a alguns adereços, muito elaborados, como o *lori lori* e o *raheto*, usados no ritual de iniciação dos meninos (Figura 3). O primeiro adereço é usado na cabeça de mulheres, que se preparam para fazer uma contradança com os *Aruanãs*, e cobre os cabelos com penachos de arara vermelha e amarela presos a uma touca trançada de fibras de buriti. O segundo adereço é um enfeite plumário *Karajá* grande colocado na cabeça, no preparo dos homens para o ritual do *Hetohokÿ* (LIMA-FILHO, 1994b; a; 1999).

Os mitos do povo *Karajá* abordam temas muito variados: a origem, o extermínio e o recomeço dos *Karajá*; a origem da agricultura, o veado e o fumo; a origem da chuva, do sol e da lua; o mito dos *Aruanãs*, das mulheres guerreiras; a origem do homem branco, entre outros (LIMA-FILHO, 1999). Assim, o mito da origem diz que os *Karajá* surgiram do fundo do rio, de onde um jovem curioso em conhecer a superfície encontrou um caminho para a Ilha do Bananal. Chamou consigo outros jovens, deslumbrados com as riquezas, encontraram as doenças e a morte e, ao tentarem regressar ao fundo do rio, a passagem estava fechada, sendo então obrigados a viver onde hoje vivem.

Quanto aos rituais, dois são referências: o de iniciação masculina, o *Hetohoky* (Figura 3); e a Festa de *Aruanã* (Figura 4) que apresentam ciclos anuais, baseando-se na subida e descida do Rio Araguaia (LIMA-FILHO, 1994b; a; 1999).

1.3.1 A criança indígena e o sistema educacional bilíngue

Segundo Leitão (1999) a educação escolar indígena no Brasil pode ser dividida em três fases históricas, direcionadas pela política oficial segundo os princípios assimilacionistas, integracionistas e pluralistas. A fase assimilacionista compreende meados do século XVIII, a partir da implantação da política pombalina (1750-77), com a proibição do uso das línguas indígenas ao instituir o português como única língua oficial, sendo função da educação civilizar os índios (sendo que as línguas maternas e culturas diversas representavam obstáculos a serem superados), o objetivo era substituir as identidades naturais pela dos “cidadãos civilizados”. No império, com o decreto 426 de 1845, objetivou-se minimizar os conflitos nas áreas da colonização,

propondo para tal fim a sedentarização e conversão ao cristianismo pelas ações missionárias.

Com o advento da República e inspiração dos ideais positivistas, inicia-se a fase integracionista, visando eliminar os “obstáculos” para dar continuidade ao “progresso” da nação, em outras palavras, suprimir a resistência indígena à penetração econômica em seus territórios. Neste momento foi criado o Serviço de Proteção ao Índio – SPI (1910), responsável por definir os rumos da educação segundo a ideia de manutenção da língua nativa durante um período transitório. Mesmo no ensino bilíngue apresentado na década de 1970, a linha de orientação foi a mesma, uma vez que a língua materna serviria apenas como uma espécie de atalho para a língua nacional (Português) que depois de usada deveria ser descartada. A criação da Fundação Nacional do Índio – FUNAI (1967), inclusa no contexto da ditadura militar, não modificou a situação, sendo mesmo causadora de grande dependência por parte dos “grupos étnicos”. A fase pluralista iniciou com os avanços advindos com a Constituição de 1988, e especificamente na educação, a Lei de Diretrizes Básicas (LDB) nº 9394/96 (além do Decreto 26-04/02/91, da Portaria 559-16/04/01, Resolução do Conselho Nacional da Educação) (SILVA, 2002), superando assim a premissa integracionista e abrindo espaço para uma possível autonomia étnica.

A condução da educação indígena, sendo produto de cada fenômeno cultural, não se dá de forma semelhante entre as etnias. Segundo Silva (2002), porém, há certos aspectos em comum, sendo estas

“... algumas das características gerais da educação indígena: aprende-se a viver dentro da vida cotidiana; adquire-se os conhecimentos necessários para a vida, com o pai, a mãe e a comunidade; aprende-se pelo exemplo e pela experimentação; a tradição cultural dos antepassados é valor fundamental e base do trabalho pedagógico; preserva-se a tradição da oralidade; valoriza-se o trabalho, como meio educativo e como inserção na vida do grupo; o valor fundamental da terra é afirmado constantemente; aprende-se a conhecer e respeitar a natureza. Destacam-se, como princípios, a alegria e o prazer de viver” (SILVA, 2002).

A criança indígena da etnia *Karajá* aprende a língua materna com sua família e, ao entrar na escola, é alfabetizada inicialmente também em *Karajá*.

Somente depois é realizada a transição para a língua Portuguesa, quando aos 8 ou 9 anos de idade ela começa a aprender inicialmente a falar e somente depois a escrevê-la. A educação é então bilíngue a partir desta idade. Dessa forma, os sujeitos que nosso estudo contemplou na faixa etária dos 7 aos 10 anos de idade, na sua grande maioria, falavam apenas a língua materna. Já as crianças e adolescentes na faixa etária dos 11 aos 14 anos dominavam ambas as línguas: *Karajá* e Português.

1.4 Os instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados usados foram os questionários de rastreamento pertencentes ao grupo do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de *Achenbach* (*ASEBA*), que têm demonstrado ser bastante sensíveis para os prováveis casos de problemas de saúde mental. Foram utilizados os questionários CBCL/6-18 (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos – Versão Brasileira do “*Child Behavior Checklist for Ages 6 to 18*” – Anexos 7 e 9) e o TRF/6-18 (Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos – Versão Brasileira do “*Teacher’s Report Form for Ages 6-18*” – Anexos 8 e 10) (ACHENBACH, HOWELL, QUAY *et al.*, 1991; BORDIN, MARI e CAEIRO, 1995; ACHENBACH e RUFFLE, 2000; ACHENBACH e RESCORLA, 2001).

O CBCL (e de forma similar o TRF) obtém os registros dos problemas comportamentais e emocionais, bem como das competências das crianças e dos adolescentes (entre 6 e 18 anos) por parte dos pais/responsáveis (e professores, no caso do TRF). Escores são obtidos para (a) 118 itens de problemas específicos e dois itens de questões abertas/fechadas; (b) oito síndromes empiricamente baseadas, derivadas do uso de análise fatorial (as síndromes são designadas como “Ansiedade/Depressão”, “Isolamento/Depressão”, “Preocupações Somáticas”, “Problemas Sociais”, “Problemas do Pensamento”, “Problemas de Atenção”, “Comportamentos de Quebra de Regras”, e “Comportamentos Agressivos”); (c) duas escalas derivadas das oito síndromes através de análise fatorial de segunda ordem, sendo uma chamada de problemas internalizantes e compreendendo as síndromes de Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e de

Preocupações Somáticas; e outra escala sendo chamada de problemas externalizantes e compreendendo as síndromes de Comportamentos De Quebra de Regras e de Comportamentos Agressivos; e (d) Problemas Totais, que consistem na soma dos escores dos 120 itens de problemas.

Cada um dos instrumentos (CBCL e TRF) acessa um amplo espectro de problemas de comportamento, emocionais e sociais, através da escolha de um dentre três itens possíveis para cada questão: 0 = não verdadeiro, 1 = às vezes verdadeiro, e 2 = frequentemente verdadeiro, com relação ao indivíduo (criança ou adolescente) no intervalo dos últimos seis meses (CBCL) ou dois meses (TRF). Esses instrumentos possibilitam o reconhecimento das oito síndromes para a faixa etária dos 6 aos 18 anos de idade. Pontos de corte a partir da somatória dos escores obtidos classificam as crianças em três categorias: clínica (>63), limítrofe (≥ 60 e ≤ 63), e não clínica (<60) (ACHENBACH, BECKER, DOPFNER *et al.*, 2008; ACHENBACH, 2010).

Escolheu-se o CBCL e TRF por serem instrumentos com alto valor preditivo positivo no rastreamento de problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes de diferentes culturas (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1997; 1999; CRIJNEN, BENGI-ARSLAN e VERHULST, 2000; ACHENBACH, BECKER, DOPFNER *et al.*, 2008; ACHENBACH, 2010), sendo esse conjunto de instrumentos o mais amplamente utilizado e aceito no mundo para estudos desta ordem (BORDIN, MARI e CAEIRO, 1995; ACHENBACH e DUMENCI, 2001; ACHENBACH, DUMENCI e RESCORLA, 2003; ACHENBACH e RESCORLA, 2007; ACHENBACH, BECKER, DOPFNER *et al.*, 2008; ACHENBACH, 2010; BRASIL e BORDIN, 2010). Esses instrumentos já foram utilizados em mais de 85 sociedades e grupos culturais diferentes, com seus resultados reportados em mais de 7.000 publicações em todo o mundo, o que garante a possibilidade de comparação dos dados encontrados com outros das mais diversas culturas. Outro aspecto a ser considerado é que esses instrumentos são de fácil manejo, podendo ser autoaplicáveis ou administrados por entrevistadores leigos aos respondentes que não estejam aptos a completá-los independentemente (ACHENBACH, BECKER, DOPFNER *et al.*, 2008; ACHENBACH, 2010).

1.5 Considerações sobre a importância deste estudo

Como bem estabelecido na literatura internacional e na introdução deste estudo, os aspectos culturais podem influenciar o diagnóstico psiquiátrico de várias maneiras, por exemplo, definindo e criando fontes específicas de estresse e disfunção; ou determinando a maneira pela qual as pessoas interpretam e valorizam os sintomas (MEZZICH, 1995; BERGANZA, MEZZICH, OTERO-OJEDA *et al.*, 2001; MEZZICH, 2002). Tais aspectos parecem ser ainda mais importantes quando tratamos da saúde mental da população infantil. A apresentação de um problema mental na criança é influenciada de forma crucial pela qualidade do ambiente, que atua moldando a expressão da vulnerabilidade biológica do transtorno (ROHDE, LUIS AUGUSTO, SZOBOT, CLÁUDIA, POLANCZYK, GUILHERME *et al.*, 2005; LANGLEY, HOLMANS, VAN DEN BREE *et al.*, 2007; BROOKES, NEALE, XU *et al.*, 2008).

Pesquisas epidemiológicas com minorias étnicas, com amostras representativas de suas populações e usando instrumentos e metodologias adequados, ainda são escassas e necessárias. Tais estudos, com uma população de crianças e adolescentes indígenas aldeadas e isoladas na bacia amazônica brasileira; que mantém intactos muitos aspectos da cultura dos seus ancestrais, como é o caso da etnia *Karajá*, são ainda mais raros (COHEN, 1999; COHEN, PATEL, THARA *et al.*, 2008; NIKAPOTA, 2009).

As autoridades indígenas de uma forma geral, e as da etnia *Karajá* em especial, têm clamado pela atenção do poder público aos problemas que os afligem na esfera da saúde mental, tais como o uso abusivo de bebidas alcoólicas, drogas e suicídios, principalmente entre os mais jovens. Sabidamente os problemas de saúde mental se relacionam intimamente com todas estas situações. É fundamental, pois, a realização de estudos que esclareçam sobre a prevalência destes problemas que possam, por sua vez, vir a ser combatidos de forma eficaz e minimizar tais acontecimentos que colocam em risco a própria existência desta etnia.

2. OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico e determinar a prevalência dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, com a detecção de prováveis fatores de risco associados.

Como objetivos específicos:

1. Descrever o perfil epidemiológico (sexo, idade e escolaridade) das crianças e adolescentes *Karajá* das aldeias estudadas (em conjunto).
 2. Determinar a prevalência dos problemas de saúde mental nas quatro maiores aldeias *Karajá* em conjunto (Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos), de um total de nove aldeias.
 3. Determinar os fatores associados aos problemas de saúde mental: sexo, faixa de idade (dos 07 aos 10 anos e dos 11 aos 15 anos de idade) e faixa de escolaridade (até a 4ª série e da 5ª até a 8ª séries, atualmente até o 5º ano e do 6º ao 9º ano do ensino fundamental brasileiro, respectivamente).
-

3. MÉTODOS

3.1. Desenho de estudo

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo epidemiológico analítico.

3.2. Obtenção da Anuência e Registro do TCLE

Uma carta de anuência da comunidade indígena da etnia *Karajá* foi obtida, após explicação detalhada do projeto por parte do investigador principal, em reunião do Conselho Indígena da Comunidade *Karajá* (que se reúne mensalmente na cidade de São Félix do Araguaia – MT). O projeto foi entregue no mês de Novembro/2005 para a diretora do Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia (DSEI), membro do Conselho, para prévia análise dos integrantes indígenas e não indígenas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtido dos pais ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes, pelos pesquisadores do estudo, sendo apresentado da forma mais simplificada possível, sem, no entanto, deixar de contemplar as informações exigidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 1996). O TCLE foi traduzido no momento da entrevista por um acompanhante indígena *Karajá*, agente de saúde no posto local da aldeia, ou por um professor da criança ou adolescente, quando o local da entrevista foi na escola da aldeia. Isso se deveu ao fato de que a população indígena da etnia *Karajá* ainda apresenta certa dificuldade na compreensão da língua portuguesa.

O projeto de estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEPMHA/HC/UFG), sob o registro 058/2006, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) sob o Protocolo de Pesquisa Registro CONEP

13093, Processo 25000.094785/2006-06 (parecer 761/2006, do dia 25 de julho de 2006 e parecer de emenda 004/2008, do dia 14 de maio de 2008).

O projeto ainda foi apreciado e aprovado pela Fundação Nacional do Índio do Ministério da Justiça (FUNAI/MJ), Processo 1918/06, junto à Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas (Ofício 116/CGEP/06), com liberação de ingresso nas referidas terras indígenas do dia 18 de dezembro de 2006 a 18 de dezembro de 2007, com prorrogação da autorização (Ofício 156/CGEP/07) para o período compreendido entre 03 de novembro de 2007 e 03 de novembro de 2009.

3.3. População estudada

A população de estudo foi constituída por crianças e adolescentes, na faixa etária entre os 7 anos completos e os 15 anos incompletos, residentes nas aldeias de Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos. A população total desse grupo de aldeias foi constituída por 1905 índios (Santa Isabel do Morro com 643, Fontoura com 623, Macaúba com 449 e São Domingos com 190 índios), dos quais 450 (242 do sexo masculino e 208 do sexo feminino) eram crianças e adolescentes na faixa etária do estudo.

Essas aldeias foram escolhidas por serem as maiores, localizarem-se relativamente longe de centros urbanos e apresentarem vias de acesso mais fáceis. Assim, foram excluídas do estudo as pequenas aldeias, as de difícil acesso, as de etnias miscigenadas e as localizadas muito próximas a centros urbanos não indígenas, como por exemplo, a aldeia de *Buridina* inserida na cidade de *Aruanã*, em Goiás (GO). As aldeias de Santa Isabel do Morro e Fontoura localizam-se na margem do rio Araguaia do lado da Ilha do Bananal no Estado do Tocantins (TO) e as de São Domingos e Macaúba na margem do rio do lado do Estado de Mato Grosso (MT), com localização em termos de coordenadas geográficas em graus, minutos e segundos (WGS84) de $-8^{\circ}35'00''$ de latitude e de $-49^{\circ}28'00''$ de longitude (Figura 01).

Como critérios de inclusão foram considerados: crianças com idade entre os 07 anos completos e os 15 anos incompletos; com pelo menos um dos pais sendo indígena da etnia *Karajá*; residentes em uma das quatro aldeias

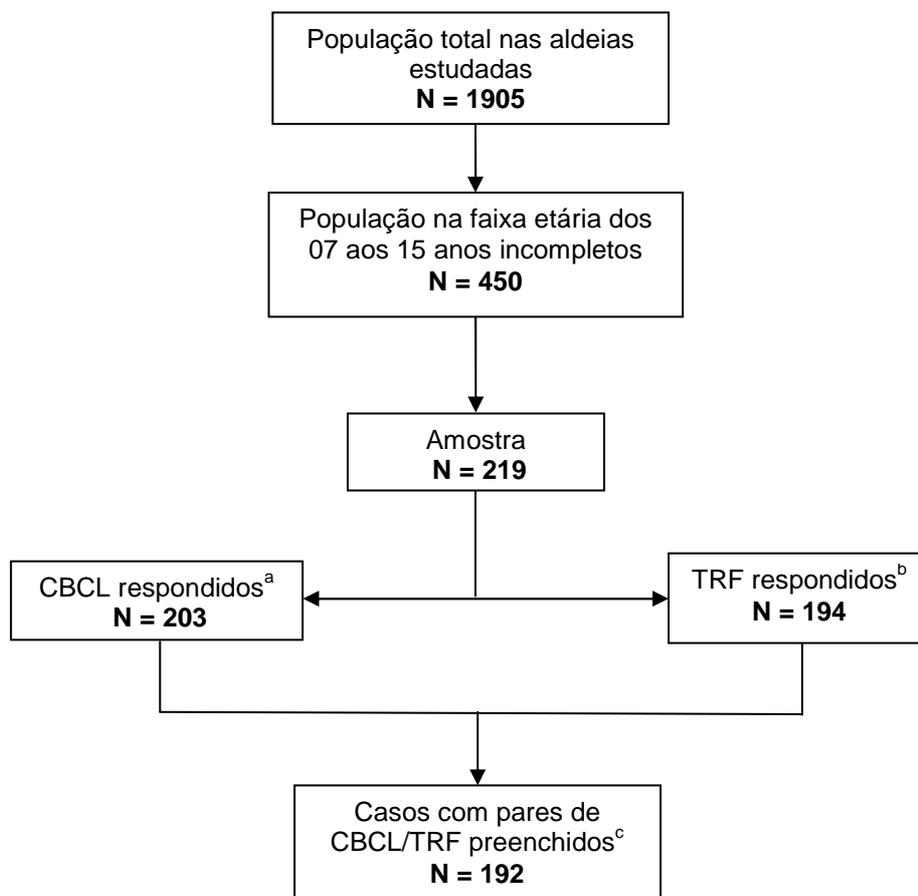
acima mencionadas; cujos pais/responsáveis e professores assinassem o TCLE.

3.4. Tamanho da amostra

Das 450 crianças e adolescentes que constituíram a população de estudo, foi selecionada uma amostra de 219 sujeitos para pesquisa, escolhidos de forma proporcional em cada uma das aldeias estudadas. Essa amostra foi calculada tendo como parâmetro uma prevalência de 20% de problemas mentais nessa faixa etária. Essa tem sido a prevalência desses problemas encontrada em outras populações indígenas, já que não havia na literatura essa informação sobre a população indígena brasileira. Com estimativa de erro de 5% em torno da média da prevalência de 20%, com intervalos de confiança de 95%, nível de significância de 5% ($p = 0,05$) e prevendo-se 10% de perdas foram selecionados 219 sujeitos que, com as perdas, resultou numa amostra constituída por 192 participantes para o estudo (Figura 9).

Os casos foram sorteados na população de crianças e adolescentes da faixa etária selecionada, obedecendo-se a lista de nomes da planilha do censo populacional mais recente (até julho de 2007), sendo escolhida uma criança e um adolescente, na razão de 1:1, conforme o nome surgia no senso. Assim, seguindo-se a ordem do censo, uma criança da lista era escolhida, a seguinte não e assim por diante, até alcançar a quota de indivíduos para cada extrato etário, conforme o sexo e aldeia.

Foram excluídos da amostra os casos que tiveram apenas uma das fontes de informação preenchida, CBCL ou TRF ($n = 27$; 12,3% dos sujeitos). Optou-se por tal critério uma vez que, na avaliação de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes torna-se imprescindível mais do que uma fonte de informação, sendo as mais importantes a família e a escola. Abaixo mostramos o fluxograma da formação da amostra que analisamos no estudo (Figura 9).



Perdas: ^a 16 (7,3%), ^b 25 (11,4%), ^c 27(12,3%)

Figura 9. Fluxograma da formação da amostra de crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

3.5. A Adequação dos instrumentos de coleta de dados

Apesar do CBCL já ter sido traduzido para o Português e possuir validação prévia no Brasil, embora para as crianças e adolescentes não indígenas (BORDIN, MARI e CAEIRO, 1995; BRASIL e BORDIN, 2010), foi realizado um procedimento para adequação dos instrumentos de rastreamento (ASEBA). Os questionários CBCL e TRF foram submetidos a uma adequação semântica e cultural do Português para o Português/*Karajá* falado pela população alvo da investigação. Tal procedimento se fez necessário porque,

embora falem a língua portuguesa, em algumas situações não existiam correspondentes nessa da língua materna *Karajá*. Esse trabalho se processou com a autorização do autor dos instrumentos, o Dr. *Thomas M. Achenbach*, sob o nº #304-8-04-08 (anexo 6).

A adequação tanto cultural quanto semântica dos instrumentos de coleta de dados foi realizada para esta pesquisa, em um primeiro momento entrevistando-se indivíduos de diferentes níveis sociais da comunidade indígena *Karajá*, tais como ex – lideranças e lideranças (caciques), funcionários indígenas a serviço da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FUNASA/MS) e da Fundação Nacional do Índio do Ministério da Justiça (FUNAI/MJ), e os indígenas das aldeias que apresentavam o nível de compreensão geral da maioria da população. Em etapas seguintes, os questionários com modificações foram avaliados em pré-testes, até se observar uma completa compreensão por parte da população a ser estudada.

As modificações que foram realizadas no TRF, direcionado aos professores, foram muito similares àquelas realizadas no CBCL (anexos 7, 8, 9 e 10). Deve-se ressaltar que as modificações ocorreram, essencialmente, na substituição de palavras da língua portuguesa que lhes eram muito complexas e desconhecidas (por exemplo: frequentemente, demais, desempenho, cruel, etc.) por expressões mais simples e conhecidas (como: muitas vezes; muito, como se sai, mau, etc., respectivamente). Percebeu-se também que, em inúmeras questões havia geralmente uma e somente uma palavra para representar vários significados, assim, a palavra ‘nervoso’ aparece tanto para representar o indivíduo ansioso, agitado e com raiva. Nestas situações recorreu-se à complementação com outras palavras que, na língua portuguesa ou materna, os auxiliavam na compreensão correta do sentido da questão. Em alguns momentos foram usadas também palavras da língua materna (por exemplo: *koha* = álcool, *buxo* = fezes, *tiburere* = maldade/crueldade), para melhor compreensão dos indígenas *Karajá*. Nos anexos 7, 8, 9, 10 e 11, encontram-se as versões na língua portuguesa validadas para o Brasil e as adaptadas para o presente trabalho. Manteve-se o mesmo significado em cada uma das questões formuladas nos questionários.

Esse trabalho de adequação durou cerca de um semestre, durante o período de Julho a Dezembro de 2007, quando foram realizados inúmeros pré-

testes no trabalho de campo, até que se chegasse ao resultado exibido nos anexos mencionados (anexos 8 e 10).

3.6. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada, após a obtenção do termo de consentimento livre e informado (TCLE), no período compreendido entre os meses de Agosto de 2008 e Maio de 2009, por um grupo de profissionais constituído pelo psiquiatra responsável pelo estudo e por dois pesquisadores previamente treinados: um farmacêutico e uma enfermeira, ambos habituados ao trabalho com essa população indígena, funcionários da FUNASA no DSEI Araguaia.

Os questionários foram aplicados em forma de entrevista, numa primeira etapa aos professores das crianças e adolescentes nas escolas das aldeias, e num segundo momento, os mesmos foram aplicados aos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes também nas escolas, seguindo ordem agendada para o comparecimento daqueles. Nesse segundo momento o pesquisador responsável e os pesquisadores auxiliares fizeram-se acompanhados por um professor ou agente de saúde da própria comunidade, com bom domínio da língua portuguesa, que auxiliaram voluntariamente na pesquisa de campo.

A opção da entrevista ao invés da autoaplicação dos questionários foi adotada pelo fato de que a grande maioria dos pais e responsáveis pelas crianças era analfabeta. Por uma questão de uniformização das informações, também os professores foram entrevistados ao invés de responderem por conta própria ao TRF.

3.7. Armazenamento e análise dos dados

Os dados colhidos nos dois questionários foram armazenados em um Banco de Dados construído no programa SPSS 18.0 (*Statistical Package for Social Sciences* 18.0), no qual cada um dos casos estudados foi constituído por informações dos dois questionários (CBCL e TRF).

Para a avaliação descritiva da amostra, foram estudadas as variáveis epidemiológicas: idade, sexo e escolaridade. As variáveis idade e escolaridade foram classificadas em duas categorias. A primeira em uma faixa etária de 7 a 10 anos e outra dos 11 aos 14 anos e, a segunda, em escolaridade até a 4ª série e outra da 5ª à 8ª série (atualmente correspondentes às faixas de escolaridade até o 5º ano e do 6º ao 9º anos do ensino fundamental brasileiro, respectivamente).

Para a determinação da prevalência das grandes síndromes escalas e dos problemas internalizantes, externalizantes e totais, foram somadas as notas de cada uma das respostas, obtendo-se, assim, um escore final de cada caso. As somatórias das variáveis investigadas foram realizadas para cada questionário isoladamente e, depois, agrupadas. Os escores foram agrupados em duas categorias: normais (escore < 60) e alterados (casos clínicos somados aos casos limítrofes, escore ≥ 60).

Foram realizadas comparações da prevalência das síndromes escalas com relação ao sexo masculino e feminino, as categorias de faixa etária e da escolaridade e, também, entre as grandes síndromes escalas obtidas pelo CBCL e TRF.

Foram investigadas em análises univariadas as associações entre sexo e escolaridade (variáveis independentes) e os riscos para os problemas de saúde mental estudados (variáveis dependentes). A associação entre a idade e os problemas de saúde mental não foi estudada porque, na coleta dos dados, houve homogeneização da amostra pela faixa etária, o que resultou numa distribuição não normal para essa variável.

3.8. Validação estatística dos resultados

Para a validação estatística dos resultados encontrados na comparação da prevalência dos problemas de saúde mental entre os grupos foram realizados os testes de Qui-quadrado (χ^2), com as correções de *Yates* e o Teste exato de *Fisher*, quando as amostras a serem analisadas eram pequenas, ambos com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Para as associações entre o sexo e a escolaridade (variáveis independentes) com o risco para os problemas de saúde mental estudados (variáveis dependentes), foram calculados o *Odds Ratio* (*OR*), com intervalos de confiança (IC) a 95% e $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

A tabela 1 mostra a distribuição das variáveis, sexo, idade e escolaridade, na amostra estudada, com homogeneidade em relação ao sexo e faixa etária. Em relação à escolaridade, mais de 3/4 apresentavam nível escolar até a 4ª série.

Tabela 1 - Características epidemiológicas de crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias Karajá, no ano de 2009.

	N	%
Sexo		
Feminino	89	46,4
Masculino	103	53,6
Total	192	100,0
Idade (anos)		
07 a 10	96	50,0
11 a 14	96	50,0
Total	192	100,0
Escolaridade		
Até a 4ª série	150	78,1
5ª à 8ª série	42	21,9
Total	192	100,0

†p<0,00

Na tabela 2 estão os resultados comparativos entre as prevalências dos problemas mentais, nas crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá* da amostra estudada, conforme as 8 síndromes e também a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, colhidos com o CBCL e o TRF. Os resultados mostram diferenças nas respostas dadas pelos pais/responsáveis com relação aos professores, apenas quanto às escalas síndromes de “ansiedade/depressão” ($p < 0,00$), “preocupações somáticas” ($p < 0,00$) e “comportamento agressivo” ($p < 0,00$), com maior detecção pelos primeiros. Também há diferença estatística entre os respondedores com relação aos “problemas internalizantes” e “totais”, com maior prevalência quando os pais/responsáveis opinam do que quando professores ($p < 0,00$ em ambos).

Tabela 2 - Diferenças nas prevalências de problemas mentais segundo os questionários CBCL e TRF, em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, no ano de 2009.

Síndromes / Problemas	CBCL		TRF		p
	N	%	N	%	
Ansiedade/Depressão	40	20,83	11	5,73	0,00 [†]
Isolamento/Depressão	16	8,33	13	6,77	0,38
Preocupações Somáticas	12	6,25	4	2,08	0,00 [†]
Problemas Sociais	12	6,25	8	4,17	0,17
Problemas de Pensamento	9	4,69	4	2,08	0,06
Problemas de Atenção	25	13,02	20	10,42	0,22
Quebra de Regras	39	20,31	30	15,63	0,07
Comportamento Agressivo	46	23,96	19	9,90	0,00 [†]
Problemas Internalizantes	58	30,21	32	16,67	0,00 [†]
Problemas Externalizantes	48	25,00	44	22,92	0,41
Problemas Totais	66	34,38	45	23,44	0,00 [†]

[†]p<0,00

Na Tabela 3 estão os resultados encontrados quando avaliadas as diferenças das prevalências de problemas mentais quanto ao sexo, quando os respondedores são os pais/responsáveis (CBCL) ou os professores (TRF). Segundo os pais/responsáveis os meninos apresentam mais problemas de comportamento agressivo ($p = 0,02$), internalizantes ($p = 0,04$), externalizantes ($p < 0,00$) e totais ($p < 0,00$) do que as meninas. Observa-se que quando os professores opinam, já são as meninas que apresentam maiores chances de problemas internalizantes do que os meninos ($p = 0,04$).

Na Tabela 4 estão as prevalências dos problemas mentais segundo a faixa etária. Constata-se, ao analisar os dados pelo CBCL, que há diferença estatística apenas quanto aos comportamentos agressivos ($p < 0,00$) e problemas externalizantes ($p < 0,00$), mais prevalentes nas crianças mais novas (7 a 10 anos de idade) do que nas mais velhas (11 a 14 anos de idade). Nas respostas dos professores (TRF) encontra-se diferença estatística quanto às síndromes de problemas sociais ($p = 0,04$) e comportamento agressivo ($p < 0,00$), bem como na ocorrência maior de problemas externalizantes ($p = 0,04$), todos ocorrendo mais nas crianças mais jovens.

Tabela 3 – Prevalências de problemas mentais em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por sexo, conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com os questionários CBCL e TRF, no ano de 2009.

Síndromes / Problemas	CBCL				p	TRF				p
	Feminino (N=89)		Masculino (N=103)			Feminino (N=89)		Masculino (N=103)		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ansiedade/Depressão	13	14,6	27	26,2	0,02*	3	3,4	8	7,8	0,19
Isolamento/Depressão	8	9,0	8	7,8	0,98	9	10,1	4	3,9	0,14
Preocupações Somáticas	6	6,7	6	5,8	0,95	1	1,1	3	2,9	0,71
Problemas Sociais	4	4,5	8	7,8	0,35	5	5,6	8	7,8	0,35
Problemas de Pensamento	5	5,6	4	3,9	0,88	1	1,1	3	2,9	0,71
Problemas de Atenção	12	13,5	13	12,6	0,96	8	8,9	12	11,7	0,38
Quebra de Regras	16	17,9	23	22,3	0,19	18	20,2	12	11,7	0,38
Comportamento Agressivo	16	17,9	30	29,1	0,02*	9	10,1	10	9,7	0,86
Internalizantes	22	24,7	36	34,9	0,04*	21	23,6	11	10,7	0,04*
Externalizantes	16	17,9	32	31,1	0,00 [†]	25	28,1	19	18,5	0,37
Problemas Totais	24	26,9	42	40,8	0,00 [†]	27	30,3	18	17,5	0,15

*p<0,05 e [†]p<0,00

Tabela 4 – Prevalências de problemas mentais em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por faixa etária, conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com os questionários CBCL e TRF, no ano de 2009.

Síndromes / Problemas	CBCL					TRF				
	Faixa etária (anos)				p	Faixa etária (anos)				p
	7 a 10 (N=96)		11 a 14 (N=96)			7 a 10 (N=96)		11 a 14 (N=96)		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ansiedade/Depressão	24	25,3	16	16,7	0,14	6	6,2	5	5,2	0,75
Isolamento/Depressão	7	7,4	9	9,3	1,00	6	6,2	7	7,3	0,77
Preocupações Somáticas	5	5,3	7	7,2	0,55	2	2,9	2	2,1	1,00
Problemas Sociais	5	5,3	7	7,2	0,55	10	10,4	3	3,1	0,04*
Problemas Pensamento	5	5,3	4	4,1	1,00	3	3,1	1	1,0	0,61
Problemas de Atenção	16	16,8	9	9,3	0,19	13	13,5	7	7,3	0,22
Quebra de Regras	24	25,3	15	15,5	0,09	20	20,8	10	10,4	0,07
Comportamento Agressivo	32	33,7	14	14,4	0,00 [†]	16	16,7	3	3,1	0,00 [†]
Internalizantes	34	35,8	24	24,7	0,11	17	17,7	15	15,6	0,70
Externalizantes	32	33,7	16	16,5	0,00 [†]	28	29,2	16	16,7	0,04*
Problemas Totais	38	40,0	28	28,9	0,16	28	29,2	17	17,7	0,06

* $p < 0,05$ e $^{\dagger} p < 0,00$

Na Tabela 5 estão os dados referentes às prevalências dos problemas mentais conforme a escolaridade da criança/adolescente. Dessa maneira, quando os pais/responsáveis respondem o questionário (CBCL), observa-se que os sujeitos cursando entre a 5^a e 8^a séries (atuais 6^o e 9^o anos, respectivamente) apresentam mais problemas internalizantes ($p = 0,00$) e totais ($p = 0,05$) do que aqueles nas séries iniciais (até a 4^a série, atual 5^o ano do ensino fundamental). Analisando as respostas dos professores (TRF) existem diferenças estatísticas para as síndromes de isolamento/depressão ($p = 0,02$), problemas somáticos ($p = 0,01$), problemas do pensamento ($p = 0,01$) e para os problemas internalizantes ($p = 0,01$), todos com maior prevalência nos sujeitos estudando da 5^a à 8^a séries (atualmente 6^o e 9^o anos do ensino fundamental, respectivamente).

Tabela 5 – Prevalências de problemas mentais em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por escolaridade, conforme as escalas síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com os questionários CBCL e TRF, no ano de 2009.

Síndromes / Problemas	CBCL					TRF				
	Escolaridade									
	≤ 4 ^a série (N = 150)		5 ^a à 8 ^a série (N = 42)		p	≤ 4 ^a série (N = 150)		5 ^a à 8 ^a série (N = 42)		p
	N	%	N	%		N	%	N	%	
Ansiedade/Depressão	14	9,3	26	61,9	0,06	4	2,7	7	16,7	0,66
Isolamento/Depressão	4	2,7	12	28,6	0,11	2	4,8	11	26,2	0,02*
Preocupações Somáticas	3	2,0	9	21,4	0,13	2	1,3	2	4,8	0,01*
Problemas Sociais	4	2,7	8	19,0	0,66	8	5,3	5	11,9	0,70
Problemas Pensamento	5	3,3	4	9,5	0,82	2	1,3	2	4,8	0,01*
Problemas de Atenção	8	5,3	17	40,5	0,17	11	7,3	9	21,4	0,94
Quebra de Regras	15	10,0	24	57,1	0,16	16	10,7	14	33,3	0,78
Comportamento Agressivo	21	14,0	25	59,5	0,73	12	8,0	7	16,7	0,42
Internalizantes	18	12,0	40	95,2	0,00 [†]	9	6,0	23	54,8	0,01*
Externalizantes	20	13,3	28	66,7	0,23	18	12,0	26	61,9	0,23
Problemas Totais	25	16,7	41	97,6	0,05*	19	12,7	26	61,9	0,28

* $p < 0,05$ e [†] $p < 0,00$

Nas tabelas 6 a 16 estão os resultados das análises quanto aos fatores de risco segundo as variáveis independentes (sexo, idade e escolaridade) para as variáveis dependentes (8 escalas síndromes e problemas internalizantes, externalizantes e totais) quando os pais ou responsáveis foram entrevistados. Nas tabelas 17 a 27 estão os resultados das mesmas análises quando os professores foram os entrevistados.

Levando-se em consideração a associação entre o sexo e os problemas de saúde mental, não houve significância estatística para nenhuma das escalas síndromes ou problemas internalizantes, externalizantes ou totais quando os pais foram os respondentes (tabelas 2 a 12). No entanto, ocorreu significância clínica na amostra: ser do sexo feminino aumentou o risco de apresentar as síndromes de isolamento/depressão (OR = 1,17), preocupações somáticas (OR = 1,16), problemas de pensamento (OR = 1,47) e problemas de atenção (OR =

1,08). Ser do sexo masculino aumentou o risco de apresentação das síndromes de ansiedade/depressão (OR = 2,08), problemas sociais (OR = 1,79), comportamentos de quebra de regras (OR = 1,31) e agressivo (OR = 1,88); assim como os problemas internalizantes (OR = 1,64), externalizantes (OR = 2,06) e totais (OR = 1,86).

Levando-se em consideração a associação entre a escolaridade e os problemas de saúde mental, quando os pais ou responsáveis foram os entrevistados nota-se que estar na segunda fase do ensino fundamental (da 5ª à 8ª séries) teve significância estatística para a apresentação dos problemas de saúde mental representados por 7 síndromes e para todas as escalas de problemas internalizantes, externalizantes e totais (todos com $p < 0,00$), exceto para a síndrome de preocupações somáticas (Tabela 4).

Tabela 6 – Fatores associados à ocorrência de Ansiedade/Depressão em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias Karajá por escolaridade, conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o questionário CBCL.

Fatores	ANSIEDADE/DEPRESSÃO				OR	IC 95%	P (Yates)
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	13	14,6	76	85,4	2,08	(0,94-4,62)	0,07
Masculino	27	26,2	76	73,8			
Idade (anos)							
7 a 10	24	25,3	72	74,7	1,67	(0,78-3,59)	0,21
11 a 14	16	16,5	80	83,5			
Escolaridade (série)							
≤ 4ª	14	9,3	136	90,7	15,79	(6,39-39,7)	0,00 [†]
5ª à 8ª	26	61,9	16	38,1			

[†] $p < 0,00$

Tabela 7 – Fatores associados à ocorrência de Isolamento/Depressão em crianças e adolescentes indígenas de quatro aldeias *Karajá* por escolaridade conforme as síndromes e a divisão em problemas internalizantes, externalizantes e totais, de acordo com o questionário CBCL.

Fatores	ISOLAMENTO/DEPRESSÃO						p
	Sim		Não		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	8	9,0	81	91,0	1,17	(0,38-3,63)	0,96
Masculino	8	7,8	95	92,2			
Idade (anos)							
7 a 10	7	7,4	89	92,6	1,32	(0,42-4,13)	0,79
11 a 14	9	9,3	87	90,7			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	4	2,7	146	97,3	14,6	(3,99-58,18)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	12	28,6	30	71,4			

[†]p<0,00

Tabela 8 – Fatores associados à ocorrência de Preocupações Somáticas segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PREOCUPAÇÕES SOMÁTICAS						p
	Sim		Não		OR	IC 95%	
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	6	6,7	83	93,3	1,16	(0,32-4,23)	0,95
Masculino	6	5,8	97	94,2			
Idade (anos)							
7 a 10	5	5,3	91	94,7	1,40	(0,38-5,29)	0,79
11 a 14	7	7,2	89	92,8			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	3	2,0	147	98,0	2,38	(0,27-18,3)	0,31
5 ^a à 8 ^a	2	21,4	40	78,6			

[†]p<0,00

Tabela 9 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Sociais, segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS SOCIAIS						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	4	4,5	85	95,5	1,79	(0,47-7,36)	0,52
Masculino	8	7,8	95	92,2			
Idade (anos)							
7 a 10	5	5,3	91	94,7	1,43	(0,39-5,43)	0,76
11 a 14	7	7,2	89	92,8			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	4	2,7	146	97,3	8,59	(2,17-36,4)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	8	19,0	34	81			

[†]p<0,00

Tabela 10 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Pensamento segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS DE PENSAMENTO						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	5	5,6	84	94,4	1,47	(0,33-6,79)	0,73
Masculino	4	3,9	99	96,1			
Idade (anos)							
7 a 10	5	5,3	91	94,7	1,26	(0,28-5,82)	1,00
11 a 14	4	4,1	92	95,9			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	8	5,3	142	94,7	12,07	(4,33-34,6)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	17	40,5	25	59,5			

[†]p<0,00

Tabela 11 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Atenção segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS DE ATENÇÃO				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	12	13,5	77	86,5	1,08	(0,43-2,70)	0,97
Masculino	13	12,6	90	87,4			
Idade (anos)							
7 a 10	16	16,8	80	83,2	1,93	(0,75-5,05)	0,20
11 a 14	9	9,3	87	90,7			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	8	5,3	142	94,7	12,07	(4,33-34,6)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	17	40,5	25	59,5			

[†]p<0,00

Tabela 12 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento De Quebra de Regras segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	COMPORTAMENTO DE QUEBRA DE REGRAS				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	16	17,9	73	82,1	1,31	(0,61-2,84)	0,57
Masculino	23	22,3	80	77,7			
Idade (anos)							
7 a 10	24	25,3	72	74,7	1,80	(0,83-3,93)	0,15
11 a 14	15	15,5	81	84,5			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	15	10,0	135	90,0	12	(4,97-29,4)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	24	57,1	18	42,9			

[†]p<0,00

Tabela 13 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento Agressivo segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	COMPORTAMENTO AGRESSIVO				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	16	17,9	73	82,1	1,88	(0,90-3,95)	0,10
Masculino	30	29,1	73	70,9			
Idade (anos)							
7 a 10	32	33,7	64	66,3	2,93	(1,37-6,33)	0,00 [†]
11 a 14	14	14,4	82	85,6			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	21	14,0	129	86,0	9,03	(3,92-21,0)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	25	59,5	17	40,5			

[†]p<0,00

Tabela 14 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Internalizantes segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS INTERNALIZANTES						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	22	24,7	67	75,3	1,64	(0,83-3,22)	0,17
Masculino	36	34,9	67	65,1			
Idade (anos)							
7 a 10	34	35,8	62	64,2	1,65	(0,84-3,22)	0,16
11 a 14	24	24,7	72	75,3			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	18	12,0	132	88,0	146,6	(30,5-962,7)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	40	95,2	2	4,8			

[†]p<0,00

Tabela 15 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Externalizantes segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS EXTERNALIZANTES						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	16	17,9	73	82,1	2,06	(0,99-4,31)	0,054
Masculino	32	31,1	71	68,9			
Idade (anos)							
7 a 10	32	33,7	64	66,3	2,5	(1,20-5,25)	0,012*
11 a 14	16	16,5	80	83,5			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	20	13,3	130	86,7	13	(5,48-31,3)	0,000 [†]
5 ^a à 8 ^a	28	66,7	14	33,3			

*p<0,05 e [†]p<0,00

Tabela 16 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Totais segundo o questionário CBCL em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS TOTAIS						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	24	26,9	65	73,1	1,86	(0,97-3,60)	0,06
Masculino	42	40,8	61	59,2			
Idade (anos)							
7 a 10	38	40,0	58	60,0	1,59	(0,84-3,04)	0,17
11 a 14	28	28,9	68	71,1			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	25	16,7	125	83,3	205	(27,9-**)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	41	97,6	1	2,4			

** Valor não acurado

Os resultados da associação entre sexo e problemas de saúde mental quando os professores foram entrevistados (tabelas 17 a 27) mostram significância estatística apenas para ser do sexo feminino e apresentar problemas internalizantes ($p = 0,03$; OR = 2,58 e IC 95% 1,10-6,17) (tabela 25) e totais ($p = 0,05$; OR = 2 e IC 95% 0,99-4,3) (tabela 23). Existe significância clínica na amostra em todas as outras associações. Assim, ser do sexo feminino aumentou o risco de apresentar as síndromes de isolamento/depressão (OR = 2,78), comportamentos de quebra de regras (OR = 1,82) e agressivo (OR = 1,05); bem como para apresentar os problemas internalizantes (OR = 2,58), externalizantes (OR = 1,73) e totais (OR = 2).

Os resultados da associação entre escolaridade e problemas de saúde mental quando os professores foram entrevistados (tabelas 17 a 27) mostram significância estatística ($p < 0,00$) nas síndromes de ansiedade/depressão (OR = 7,3), isolamento/depressão (OR = 26,26), problemas de atenção (OR = 3,45) e comportamento de quebra de regras (OR = 4,19), bem como para os problemas internalizantes (OR = 18,9), externalizantes (OR = 11,9) e totais (OR = 11,2), todos ocorrendo mais nos sujeitos cursando entre a 5ª e 8ª séries (atuais 6º e 9º anos do ensino fundamental). Em todas as demais associações houve significância clínica na amostra, com aumento de risco de problemas de saúde mental nos sujeitos dessa mesma faixa de escolaridade.

Tabela 17 – Fatores associados à ocorrência de Ansiedade/Depressão segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	ANSIEDADE/DEPRESSÃO				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	3	3,4	86	96,6	2,41	(0,56-11,9)	0,31
Masculino	8	7,8	95	92,2			
Idade (anos)							
7 a 10	6	6,2	90	93,8	1,21	(0,31-4,78)	1,00
11 a 14	5	5,2	91	94,8			
Escolaridade (série)							
≤ 4ª	4	2,7	146	146	7,3	(1,78-31,75)	0,00 [†]
5ª à 8ª	7	16,7	35	35			

[†] $p < 0,00$

Tabela 18 – Fatores associados à ocorrência de Isolamento/Depressão segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	ISOLAMENTO/DEPRESSÃO						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	9	10,1	80	89,9	2,78	(0,75-11,21)	0,15
Masculino	4	3,9	99	96,1			
Idade (anos)							
7 a 10	6	6,2	90	93,8	1,18	(0,34-4,15)	1,00
11 a 14	7	7,3	89	92,7			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	2	4,8	148	95,2	26,26	(5,09-181,2)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	11	26,2	31	73,8			

[†]p<0,00

Tabela 19 – Fatores associados à ocorrência de Preocupações Somáticas segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PREOCUPAÇÕES SOMÁTICAS						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	1	1,1	88	98,9	2,64	(0,24-67,09)	0,62
Masculino	3	2,9	100	97,1			
Idade (anos)							
7 a 10	2	2,1	94	97,9	1,0		1,00
11 a 14	2	2,1	94	97,9			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	2	1,3	148	98,7	3,74	(0,36-38,2)	0,21
5 ^a à 8 ^a	2	4,8	40	95,2			

Tabela 20 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Sociais segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS SOCIAIS						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	5	5,6	84	94,4	1,41	(0,40-5,21)	0,76
Masculino	8	7,8	95	92,2			
Idade (anos)							
7 a 10	10	10,4	86	89,6	3,6	(0,87-17,1)	0,08
11 a 14	3	3,1	93	96,9			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	8	5,3	142	94,7	2,4	(0,6-8,74)	0,16
5 ^a à 8 ^a	5	11,9	37	88,1			

Tabela 21 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Pensamento segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS DE PENSAMENTO						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	1	1,1	88	98,9	2,64	(0,24-67,01)	0,62
Masculino	3	2,9	100	97,1			
Idade (anos)							
7 a 10	3	3,1	93	96,9	3,06	(0,28-77,8)	0,62
11 a 14	1	1,0	95	99,0			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	2	1,3	148	98,7	3,7	(0,36-38,2)	0,29
5 ^a à 8 ^a	2	4,8	40	95,2			

Tabela 22 – Fatores associados à ocorrência de Problemas de Atenção segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS DE ATENÇÃO						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	8	8,9	81	91,1	1,2	(0,43-3,41)	0,9
Masculino	12	11,7	101	88,3			
Idade (anos)							
7 a 10	13	13,5	83	86,5	1,99	(0,70-5,84)	0,24
11 a 14	7	7,3	89	92,7			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	11	7,3	139	92,7	3,45	(1,19-9,91)	0,01*
5 ^a à 8 ^a	9	21,4	33	78,6			

*p<0,05

Tabela 23 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento De Quebra de Regras segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	COMPORTAMENTO DE QUEBRA DE REGRAS						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	18	20,2	71	79,8	1,92	(0,81-4,58)	0,15
Masculino	12	11,7	91	88,3			
Idade (anos)							
7 a 10	20	20,8	76	79,2	2,26	(0,93-5,57)	0,07
11 a 14	10	10,4	86	89,6			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	16	10,7	134	89,3	4,19	(1,7-10,34)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	14	33,3	28	66,7			

[†]p<0,00

Tabela 24 – Fatores associados à ocorrência de Comportamento Agressivo segundo o questionário TRF em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	COMPORTAMENTO AGRESSIVO				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	9	10,1	80	89,9	1,05	(0,31-2,96)	0,88
Masculino	10	9,7	93	90,3			
Idade (anos)							
7 a 10	16	16,7	80	98,3	6,20	(1,62-27,8)	0,00 [†]
11 a 14	3	3,1	93	96,9			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	12	8,0	138	92	2,3	(0,75-6,9)	0,14
5 ^a à 8 ^a	7	16,7	35	83,3			

[†]p<0,00

Tabela 25 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Internalizantes segundo o questionário TRF, em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS INTERNALIZANTES				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	21	23,6	68	76,4	2,58	(1,10-6,17)	0,03*
Masculino	11	10,7	92	89,3			
Idade (anos)							
7 a 10	17	17,7	79	82,3	1,16	(0,51-2,65)	0,84
11 a 14	15	15,6	81	84,4			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	9	6,0	141	94	18,9	(7,06-52,4)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	23	54,8	19	45,2			

*p<0,05 e [†]p<0,00

Tabela 26 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Externalizantes segundo o questionário TRF, em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS EXTERNALIZANTES				OR	IC 95%	p
	Sim		Não				
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	25	28,1	64	71,9	1,73	(0,83-3,68)	0,15
Masculino	19	18,5	84	81,5			
Idade (anos)							
7 a 10	28	29,2	68	70,8	2	(0,98-4,37)	0,06
11 a 14	16	16,7	80	83,3			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	18	12,0	132	88,0	11,9	(5,03-28,6)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	26	61,9	16	38,1			

[†]p<0,00

Tabela 27 – Fatores associados à ocorrência de Problemas Totais segundo o questionário TRF, em crianças e adolescentes de quatro aldeias *Karajá*, no ano de 2009.

Fatores	PROBLEMAS TOTAIS						
	Sim		Não		OR	IC 95%	p
	N	%	N	%			
Sexo							
Feminino	27	30,3	62	69,7	2	(0,99-4,3)	0,05*
Masculino	18	17,5	85	82,5			
Idade (anos)							
7 a 10	28	29,2	68	70,8	1,91	(0,92-4,02)	0,09
11 a 14	17	17,7	79	82,3			
Escolaridade (série)							
≤ 4 ^a	19	12,7	131	87,3	11,2	(4,71-26,7)	0,00 [†]
5 ^a à 8 ^a	26	61,9	16	38,1			

*p<0,05 e [†]p<0,00

5. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de prevalência das grandes síndromes de alterações comportamentais e emocionais em crianças de etnia indígena no Brasil, e um dos poucos sobre o assunto (em população indígena) no mundo (COHEN, 1999; COHEN, 2002; WHITBECK, YU, JOHNSON *et al.*, 2008; LEHTI, NIEMELÄ, HOVEN *et al.*, 2009). Constatamos a presença de alterações comportamentais e emocionais na população de crianças e adolescentes entre os 07 anos e os 14 anos de idade da etnia indígena *Karajá*, uma dentre as 230 etnias indígenas existentes no Brasil (AZEVEDO, CAIXETA, ANDRADE *et al.*, 2010). Tal descoberta nos remete à reflexão acerca da conhecida e bem debatida questão, porém ainda não conclusiva, entre as influências da biologia (fatores constitucionais, genético-hereditários) versus as influências ambientais (do inglês: *Nature vs. Nurture*) (RUTTER, MACDONALD, LE COUTEUR *et al.*, 1990; RUTTER e SILBERG, 2002; RUTTER e O'CONNOR, 2004; RUTTER, 2008; RUTTER, THAPAR e PICKLES, 2009; RUTTER, 2010; 2011). Apesar de se tratar de crianças que vivem isoladas em suas aldeias, residindo em uma ilha (Ilha do Bananal), com um grande rio no lugar de ruas asfaltadas e tendo no quintal de suas casas um vasto cerrado; mesmo apresentando toda a liberdade que a grande maioria das crianças brasileiras não possui, residentes dos grandes centros urbanos do país e enclausuradas dentro de suas casas ou escolas, com a exigência de comportamentos adultomorfos; as crianças indígenas não deixam de apresentar problemas psíquicos assim como a população infanto-juvenil de todo o mundo, seja este mundo branco ocidental ou bem diverso deste. A contribuição mais importante do nosso estudo foi mostrar que os indígenas, assim como outros povos, também têm problemas mentais apesar de viverem ainda numa situação bem primitiva, semelhante aos seus antepassados.

Os instrumentos usados (CBCL e TRF) no nosso estudo foram escolhidos por serem os mais amplamente empregados em estudos similares ao redor do mundo (ACHENBACH, BECKER, DOPFNER *et al.*, 2008; ABAIED e RUDOLPH, 2010; ACHENBACH, 2010; BÉRUBÉ e ACHENBACH, 2010). Além do mais, tais questionários foram adequados dentro do melhor possível

para a cultura indígena *Karajá*. Com o aval do autor dos instrumentos (Dr. *Thomas M. Achenbach*, vide anexo 6) foram feitas modificações que possibilitaram a melhor compreensão das questões, seja com o uso de palavras mais simples em Português, seja pela inclusão de vocábulos da língua materna deles que tivessem uma equivalência maior com o significado da questão proposta (vide anexos 7,8,9,10 e 11).

O nosso objetivo geral de investigar a existência e prevalência de problemas de saúde mental em uma população culturalmente bastante distinta da maioria das outras existentes ao redor do mundo foi atingido, assim como os objetivos específicos foram alcançados na sua totalidade. Dessa forma, passamos a discutir os resultados encontrados.

Inicialmente constatamos a alta prevalência de problemas totais na nossa amostra (Tabela 2), tanto quando os pais/responsáveis são os inquiridos (34,38%), quanto quando os professores o são (23,44%). Semelhante ao que ocorre com praticamente todas as culturas ao redor do mundo (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1999; RESCORLA, ACHENBACH, GINZBURG *et al.*, 2007; PETOT, PETOT e ACHENBACH, 2008), observamos diferença estatística entre os respondentes, com os familiares indicando maior taxa de ocorrência de problemas totais do que os educadores ($p < 0,00$). As taxas altas de prevalência de problemas de saúde mental podem ser justificadas pela igualmente taxa elevada de endogamia existente entre os *Karajá*.

De forma congruente com os estudos epidemiológicos realizados com inúmeras outras culturas (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1999; RESCORLA, ACHENBACH, GINZBURG *et al.*, 2007; PETOT, PETOT e ACHENBACH, 2008), os pais/responsáveis indicaram maior ocorrência de problemas nas escalas síndromes de ansiedade/depressão ($p < 0,00$) e preocupações somáticas ($p < 0,00$) do que os professores acusaram. Como essas duas escalas entram no somatório dos problemas agrupados sob a sigla de problemas internalizantes, também parece que contribuíram para estes serem mais prevalentes quando os pais opinaram ($p < 0,00$). Observamos que, apesar das estimativas de prevalências terem sido todas acima da média encontrada em outras culturas, as características essenciais foram mantidas. Assim, os pais/responsáveis são os melhores informantes quanto aos sintomas emocionais ou internalizantes dos jovens. Os pais/responsáveis foram também

os que mais indicaram sintomas externalizantes como os comportamentos agressivos ($p < 0,00$).

Nas avaliações seguintes levamos em consideração a ocorrência dos problemas de saúde mental com relação às variáveis: sexo, faixa etária e escolaridade. Avaliamos separadamente a opinião dos pais/responsáveis e a dos professores. Não incluímos a variável nível socioeconômico (do Inglês: *socio economic status - SES*) nas análises, porque simplesmente toda a população indígena *Karajá* se encontra praticamente dentro do mesmo nível, sendo este inferior ao das populações não indígenas mais carentes do Brasil.

Quando analisamos as prevalências dos problemas de saúde mental em relação à variável sexo (Tabela 3), encontramos similitudes e distinções com os estudos em inúmeras outras culturas (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1999; RESCORLA, ACHENBACH, GINZBURG *et al.*, 2007; PETOT, PETOT e ACHENBACH, 2008). Assim, os pais/responsáveis indicaram que os meninos apresentam mais a síndrome de ansiedade/depressão do que as meninas ($p = 0,02$), com uma razão de chance duas vezes maior de serem acometidos (OR = 2,08; IC 95% 0,94-4,62) (Tabela 6), bem como mais problemas internalizantes como um todo ($p = 0,04$; OR = 1,64 com IC 95% 0,83-3,22) o que diverge das demais culturas, onde as meninas é que são mais afetadas por sintomas ansiosos e depressivos. Ainda na opinião dos pais, os meninos apresentam mais problemas externalizantes ($p < 0,00$; OR = 2,06 com IC 95% 0,99-4,31) e totais ($p < 0,00$; OR = 1,86 com IC 95% 0,97-3,60) do que as meninas, já condizente com a maioria dos estudos realizados com outras culturas (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1999; RESCORLA, ACHENBACH, GINZBURG *et al.*, 2007; PETOT, PETOT e ACHENBACH, 2008). Quando foram os professores a opinarem sobre as diferenças entre os sexos, as meninas apresentaram mais problemas internalizantes ($p = 0,04$; OR = 2,58 com IC 95% 1,10-6,17) do que os meninos. Tais achados também são similares aos encontrados em inúmeros outros estudos pelo mundo afora (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1999; RESCORLA, ACHENBACH, GINZBURG *et al.*, 2007; PETOT, PETOT e ACHENBACH, 2008).

Quanto à maior taxa de problemas internalizantes apontados pelos pais/responsáveis nos meninos e não nas meninas, podemos refletir sobre as questões culturais interferindo neste achado. Assim, as meninas *Karajá* desde

bastante jovens já vão sendo inseridas no mundo de atividades que a sociedade lhe exigirá ao longo da sua vida, tais como o cuidado com as crianças (como pudemos observar várias meninas cuidando dos irmãos mais jovens do que elas), as obrigações domésticas: lavar roupas e cuidar da limpeza da casa. Já os meninos, não recebem nenhuma cobrança até praticamente os seus 14 ou 15 anos de idade, gozando de ampla liberdade. Porém, uma vez estabelecendo um relacionamento sexual e sendo chamados a assumir as obrigações de um homem adulto na cultura *Karajá*, quais sejam as relacionadas ao sustento da recém-formada família elementar (esposa e filhos) e também da família da sogra (família estendida), tendo que pescar e caçar, trabalhar na própria roça, fabricar e vender artesanato nas cidades não indígenas; passam a vivenciar situações claramente causadoras de maior nível de estresse e de forma contínua, com as quais até então não estavam habituados. Percebemos que aparentemente a situação vivida pelos jovens adolescentes da etnia *Karajá* se assemelha ao nível de estresse e cobranças recebidos nas sociedades não indígenas (como a sociedade brasileira) pelas meninas e mulheres de um modo geral, que acabam tendo que assumir uma dupla jornada de trabalho, fora e dentro das suas casas. Aqui claramente podemos perceber a interação dos aspectos biológicos (como a alta taxa de endogamia) com os aspectos culturais que atuam como deflagradores dos problemas de saúde mental com aspectos particulares na população de crianças e adolescentes indígenas *Karajá*.

Ao analisarmos a ocorrência de problemas de saúde mental quanto à faixa etária (Tabela 3), encontramos maior ocorrência de comportamentos agressivos e externalizantes nas crianças mais jovens (7 a 10 anos) do que nas crianças mais velhas e nos adolescentes (11 a 14 anos), tanto na opinião dos pais/responsáveis ($p < 0,00$ em ambas as comparações), quanto na dos professores (respectivamente com $p < 0,00$ e $p = 0,04$). Problemas sociais também foram mais observados nas crianças menores do que nas maiores pelos professores ($p = 0,04$). Talvez aqui possamos dizer que os comportamentos externalizantes (agressividade e quebra de regras) e a própria categoria assim definida (problemas externalizantes) tenham suas ocorrências maiores nas crianças mais jovens por razões culturais. Assim, a aceitação de tais comportamentos por parte da cultura indígena *Karajá* nas crianças mais

jovens e a maior censura quando na adolescência, nos levaria ao encontro desses resultados aqui apontados. Porém, no caso desses comportamentos serem mais aceitos nas crianças mais novas, não deveríamos encontrá-los indicados como problemas nos instrumentos de rastreamento. Podemos pensar que tais problemas realmente existem e não são corrigidos nas crianças *Karajá* mais novas, mas já o são nos adolescentes por questões culturais. Outra possível explicação para a redução das taxas dos problemas externalizantes nas crianças mais velhas e nos adolescentes seria a própria evolução destes problemas. Entre os problemas externalizantes podem estar sujeitos com TDAH, que apresentam maturação neuronal ao longo do tempo e que em até 50% dos casos acabam tendo remissão dos sintomas na adolescência ou idade adulta.

Mais uma vez podemos observar a interação dos fatores biológicos e culturais contribuindo para o encontrado neste estudo em termos de problemas externalizantes na população indígena *Karajá*. Como exemplo dos primeiros, temos a imaturidade frontal nas crianças mais jovens; como exemplo dos outros observamos a maior permissividade da sociedade *Karajá* aos comportamentos disruptivos nas crianças mais jovens. Importante enfatizar que tais aspectos são também encontrados na maioria dos estudos com outras culturas pelo mundo afora.

Por fim, ao analisarmos os resultados quanto às prevalências de problemas de saúde mental com relação à escolaridade (até a 4ª série e da 5ª até a 8ª série, atualmente até o 5º ano e do 6º até o 9º ano do ensino fundamental, respectivamente), encontramos maiores taxas nas séries mais adiantadas (segunda fase do ensino fundamental), tanto na opinião dos pais/responsáveis quanto na dos professores. Os pais indicaram maior acometimento em todas as escalas síndromes e também para os problemas internalizantes, externalizantes e totais ($p < 0,00$), salvo para a síndrome de preocupações somáticas que, porém, apresentou significância clínica (OR = 2,38; IC 95% 0,27-18,3). Os professores apontaram maiores prevalências nos sujeitos das séries mais adiantadas nas síndromes: ansiedade/depressão ($p < 0,00$), isolamento/depressão ($p < 0,00$), problemas de atenção ($p = 0,01$) e comportamentos de quebra de regras ($p < 0,00$), bem como para os problemas internalizantes ($p < 0,00$), externalizantes ($p < 0,00$) e totais ($p < 0,00$). Nossos

achados demonstram que nas séries mais adiantadas (da 5ª à 8ª séries, atualmente 6º e 9º anos do ensino fundamental), onde provavelmente encontraremos sujeitos com mais idade também, os problemas de saúde mental são mais prevalentes. Isso está de acordo com o encontrado nas demais culturas pelo mundo afora, onde observamos o aumento de problemas de saúde mental com o tempo (CRIJNEN, ACHENBACH e VERHULST, 1999; RESCORLA, ACHENBACH, GINZBURG *et al.*, 2007; PETOT, PETOT e ACHENBACH, 2008).

Do ponto de vista dos aspectos culturais, é oportuno mencionar que à medida que o contato com a cultura não indígena vai aumentando, como no caso das crianças e adolescentes que cursam a segunda fase do ensino fundamental, aumenta a prevalência dos problemas de saúde mental de forma geral. Outra explicação, do ponto de vista cultural, poderia ser em função da exigência crescente sobre os adolescentes de responsabilidades para com a sua comunidade, aumentando-se assim os fatores psicoambientais próprios da cultura causadores de estresse para esses indivíduos e, por conseguinte, deflagradores dos problemas de saúde mental naqueles sujeitos com predisposição biológica. Mais uma vez aqui observamos a provável importância das altas taxas de endogamia na população indígena *Karajá* como substrato biológico responsável pelas altas taxas de problemas de saúde mental. De qualquer maneira, sabidamente na maioria absoluta das várias culturas ao redor do mundo, o que se observa é um crescimento dos problemas de saúde mental à medida que as crianças e adolescentes avançam nos seus anos escolares.

A literatura tem reportado ao longo das décadas o início precoce de sintomas internalizantes e externalizantes entre as crianças indígenas (WHITBECK, YU, JOHNSON *et al.*, 2008). Porém, tais estudos referem-se às populações indígenas de alguns poucos países, tais como dos Estados Unidos (WHITBECK, YU, JOHNSON *et al.*, 2008), do Canadá (WHITBECK, YU, JOHNSON *et al.*, 2008) e da Austrália (NAGEL e THOMPSON, 2006; NAGEL, ROBINSON, CONDON *et al.*, 2009) ou da Nova Zelândia (BUCHANAN e MALCOLM, 2010). Além do mais, mesmo focando populações ainda residentes em reservas e tribos indígenas, nenhum deles foi realizado com um grupo de indígenas com tantos aspectos culturais preservados como no nosso estudo. A

população indígena da etnia *Karajá* é uma rara representante de populações que vivem praticamente como viveram os seus ancestrais há 10.000 anos. Ou seja, nosso estudo tem a oportunidade de retratar como provavelmente apresentar-se-iam muitos dos problemas de saúde mental de uma população humana tão antiga quanto aquela pré-histórica.

O nosso estudo constatou que, de um quarto a um terço da população de crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá* entre os 7 e os 14 anos de idade apresenta indícios de problemas de saúde mental, conforme os entrevistados sejam os professores (23,44%) ou os pais/responsáveis (34,38%), respectivamente. Apesar de elevadas, tais taxas são similares às encontradas em diferentes populações também indígenas de outras partes do mundo, embora com o uso de instrumentos diferentes dos que aqui usamos (WHITBECK, YU, JOHNSON *et al.*, 2008; LEHTI, NIEMELÄ, HOVEN *et al.*, 2009). Não sabemos ao certo como a presença das síndromes seria equiparada aos critérios diagnósticos do DSM-IV ou V, sendo necessários estudos específicos para tal elucidação. Porém, alguns problemas apontados pelas escalas de síndromes já são bastante vinculados a prováveis diagnósticos na DSM como, por exemplo, a correlação entre a síndrome de “problemas de atenção” e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (CHEN, W. J., FARAONE, S. V., BIEDERMAN, J. *et al.*, 1994). Outras correlações bastante aproximadas entre as escalas síndromes e prováveis diagnósticos pela DSM incluem: as síndromes de “comportamentos de quebra de regras” e de “comportamentos agressivos” e os diagnósticos de transtornos de oposição desafiante (TOD) e de conduta (TC). Da mesma forma há forte correlação entre as escalas de “ansiedade/depressão” e de “isolamento/depressão” e os transtornos de humor e ansiedade pela DSM, embora não de forma específica (EDELROCK e COSTELLO, 1988).

Devemos ressaltar que para essas crianças e adolescentes, a oportunidade de crescerem nas aldeias que se encontram exatamente no mesmo lugar de séculos atrás, bem como mantendo muito da cultura original do seu povo, é uma oportunidade única no contexto do desenvolvimento deles. No entanto, sabemos que ainda assim suas tribos estão em um território bem menor do que o que lhes era originário. Na atualidade tais reservas estão em grande desvantagem econômica em comparação às demais populações não

indígenas vizinhas. Viver nas tribos isoladas pode representar, pelo menos, um refúgio da discriminação e como símbolo de uma cultura viva e vibrante.

Por um lado, os sujeitos do nosso estudo foram crianças e adolescentes expostos a fatores de risco bem conhecidos em associação com a desvantagem econômica. Por outro lado, observamos no trabalho de campo que são detentores de fatores culturais protetores únicos. Assim, a espiritualidade, o suporte da família estendida (extensa) e da própria comunidade, e a experiência ofertada dos mais velhos aos mais jovens, são fatores positivos na vida mental desses sujeitos. Esse ainda é um contexto cultural ímpar, que nós pesquisadores e clínicos ainda não conhecemos minimamente e que é negligenciado nos estudos de prevalência de problemas de saúde mental em minorias étnicas da nossa sociedade. Aliás, no Brasil não encontramos nenhum estudo que investigasse mais atentamente os problemas de saúde mental nas populações de crianças e adolescentes indígenas de qualquer uma das 230 etnias que vivem no nosso país.

Nosso estudo aponta a existência de altas taxas de problemas de saúde mental em uma população de crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, que vive na Bacia Amazônica Brasileira. Mesmo que não tenhamos levado em consideração os prejuízos/disfunções gerados por tais problemas, sabemos agora que eles existem e é inegável a urgência na realização de mais trabalhos que possam identificar e compreender adequadamente a interface entre os fatores de risco e de proteção culturalmente específicos. A partir destes estudos é que poderemos desenvolver guias terapêuticos e intervenções protetoras para uma população como a que estudamos. Não há dúvidas de que tais estudos necessitam ser conduzidos, preferencialmente, com cada uma das etnias indígenas que vivem no Brasil.

No Brasil existe uma carência significativa em termos de assistência na área da saúde mental infantil. Em se tratando das crianças e adolescentes indígenas essa carência é total e inadmissível ao nosso modo de ver. Percebemos a necessidade de que políticas públicas de saúde passem a contemplar tais populações.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo nos possibilitou chegar às seguintes conclusões:

1. Existe uma alta prevalência de problemas de saúde mental entre as crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, residentes na região da Bacia Amazônica Brasileira;
 2. A prevalência de problemas de saúde mental na amostra estudada foi de 34,38% quando os pais/responsáveis foram entrevistados (CBCL) e de 23,44% quando os professores responderam ao instrumento de rastreamento (TRF);
 3. Similarmente ao observado em diferentes culturas, neste estudo os pais indicaram maiores prevalências de problemas totais e internalizantes nas crianças e adolescentes do que os professores apontaram;
 4. Existem semelhanças nos problemas de saúde mental encontrados na população alvo deste estudo com o que é encontrado em diferentes culturas ao redor do mundo, assim: existem diferenças significativas na ocorrência de muitos problemas de saúde mental entre os sexos; prevalência maior de comportamentos externalizantes em crianças mais jovens (7 aos 10 anos de idade) do que nas mais velhas (11 a 14 anos de idade) e ocorrem mais problemas de saúde mental em crianças/adolescentes cursando os anos mais adiantados do ensino fundamental (5^a à 8^a séries, atuais 6^o ao 9^o anos);
 5. Existem diferenças nos problemas de saúde mental encontrados na população estudada, com relação ao encontrado na maioria das diferentes culturas pelo mundo afora, assim: neste estudo encontrou-se maior prevalência na ocorrência de síndrome de ansiedade/depressão no sexo masculino do que no feminino, o que talvez possa ser explicado por questões culturais;
 6. Não existe dúvida quanto à existência de problemas de saúde mental na população de crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, vivendo em tribos na Bacia Amazônica Brasileira, o que exige a atenção urgente das autoridades públicas e de toda a sociedade brasileira para esta realidade.
-

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAIED, J. L.; RUDOLPH, K. D. Mothers as a resource in times of stress: Interactive contributions of socialization of coping and stress to youth psychopathology. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 38, n. 2, p. 273-289, 2010.

ACHENBACH, T. M. Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. **Transcult Psychiatry**, v. 47, n. 5, p. 707-26, Nov 2010.

ACHENBACH, T. M.; BECKER, A.; DOPFNER, M.; HEIERVANG, E. et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 251-75, Mar 2008.

ACHENBACH, T. M.; DUMENCI, L. Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sadowksi, Friedrich, and Fischer (2001). **J Consult Clin Psychol**, v. 69, n. 4, p. 699-702, Aug 2001.

ACHENBACH, T. M.; DUMENCI, L.; RESCORLA, L. A. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. **J Abnorm Child Psychol**, v. 31, n. 1, p. 1-11, Feb 2003.

ACHENBACH, T. M.; HOWELL, C. T.; QUAY, H. C.; CONNERS, C. K. National survey of problems and competencies among four- to sixteen-year-olds: parents' reports for normative and clinical samples. **Monogr Soc Res Child Dev**, v. 56, n. 3, p. 1-131, 1991.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles**. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families 2001.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment. 2007.

ACHENBACH, T. M.; RUFFLE, T. M. The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. **Pediatr Rev**, v. 21, n. 8, p. 265-71, Aug 2000.

ALI, O. Childhood hyperactivity. **Lancet**, v. 348, n. 9031, p. 895-6, Sep 28 1996.

ANDERSON, J. C. Is childhood hyperactivity the product of western culture? **Lancet**, v. 348, n. 9020, p. 73-4, Jul 13 1996.

ANSEMI, L.; FLEITLICH-BILYK, B.; MENEZES, A. M.; ARAUJO, C. L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 45, n. 1, p. 135-42, Jan 2010.

APA. **American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4th. Washington (DC): American Psychiatry Association; 1994,

AZEVEDO, P. V.; CAIXETA, L.; ANDRADE, L. H.; BORDIN, I. A. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 68, n. 4, p. 541-4, Aug 2010.

BARUZZI, R. G.; PAGLIARO, H. **Os índios Karajá das Aldeias de Santa Isabel do Morro e Fontoura, Ilha do Bananal: dados populacionais dos anos de 1969 e 2002**. Ouro Preto, MG, Brasil: XIII Encontro da Associação Brasileira de estudos Populacionais 2002.

BAUERMEISTER, J. J.; CANINO, G.; POLANCZYK, G.; ROHDE, L. A. ADHD across cultures: is there evidence for a bidimensional organization of symptoms? **J Clin Child Adolesc Psychol**, v. 39, n. 3, p. 362-72, May 2010.

BAUGHMAN, F. A., JR. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. **Pediatrics**, v. 107, n. 5, p. 1239, May 2001.

BAYDALA, L.; SHERMAN, J.; RASMUSSEN, C.; WIKMAN, E. et al. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. **J Atten Disord**, v. 9, n. 4, p. 642-7, May 2006.

BERGANZA, C. E.; MEZZICH, J. E.; OTERO-OJEDA, A. A.; JORGE, M. R. et al. The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. **Psychiatr Clin North Am**, v. 24, n. 3, p. 433-46, Sep 2001.

BÉRUBÉ, R. L.; ACHENBACH, T. M. **Bibliography of published studies using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): 2010 edition**. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2010.

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

BRASIL, H. H.; BORDIN, I. A. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. **BMC Psychiatry**, v. 10, p. 83, 2010.

BREGGIN, P. R. MTA Study has flaws. **Arch Gen Psychiatry**, v. 58, n. 12, p. 1184; author reply 1185-7, Dec 2001a.

_____. Questioning the treatment for ADHD. **Science**, v. 291, n. 5504, p. 595, Jan 26 2001b.

BROOKES, K. J.; NEALE, B.; XU, X.; THAPAR, A. et al. Differential dopamine receptor D4 allele association with ADHD dependent of proband season of

birth. **Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet**, v. 147B, n. 1, p. 94-9, Jan 5 2008.

BUCHANAN, L.; MALCOLM, J. The challenge of providing child health care in the Indigenous population of New Zealand. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v. 46, n. 9, p. 471-474, 2010.

CANINO, G.; ALEGRÍA, M. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? **Journal of Child Psychology & Psychiatry**, v. 49, n. 3, p. 237-250, 2008.

CHEN, W. J.; FARAONE, S. V.; BIEDERMAN, J.; TSUANG, M. T. Diagnostic accuracy of the Child Behavior Checklist scales for attention-deficit hyperactivity disorder: a receiver-operating characteristic analysis. **J Consult Clin Psychol**, v. 62, n. 5, p. 1017-25, Oct 1994.

CHEN, W. J.; FARAONE, S. V.; BIEDERMAN, J.; TSUANG, M. T. Diagnostic Accuracy of the Child Behavior Checklist Scales for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Receiver-Operating Characteristic Analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n. 5, p. 1017-1025, 1994.

COHEN, A. **The mental health of indigenous peoples - An international overview**. Geneva: WHO 1999.

COHEN, A. [Mental health among indigenous population. An international view]. **Epidemiol Psichiatr Soc**, v. 11, n. 1 Suppl, p. 1-70, Jan-Mar 2002.

COHEN, A.; PATEL, V.; THARA, R.; GUREJE, O. Questioning an Axiom: Better Prognosis for Schizophrenia in the Developing World? **Schizophrenia Bulletin**, v. 34, n. 2, p. 229-244, March 1, 2008 2008.

COPELAND, W.; SHANAHAN, L.; COSTELLO, E. J.; ANGOLD, A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort

analysis from the Great Smoky Mountains Study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 252-61, Mar 2011.

COSTELLO, E. J.; EGGER, H.; ANGOLD, A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 44, n. 10, p. 972-86, Oct 2005.

CRIJNEN, A. A.; ACHENBACH, T. M.; VERHULST, F. C. Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 36, n. 9, p. 1269-77, Sep 1997.

_____. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. **Am J Psychiatry**, v. 156, n. 4, p. 569-74, Apr 1999.

CRIJNEN, A. A. M.; BENGI-ARSLAN, L.; VERHULST, F. C. Teacher-reported problem behaviour in Turkish immigrant and Dutch children: A cross-cultural comparison. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 102, n. 6, p. 439-444, 2000.

DILLER, L. ADHD in the college student: is anyone else worried? **J Atten Disord**, v. 14, n. 1, p. 3-6, Jul 2010.

DILLER, L. H. Attention-deficit-hyperactivity disorder. **N Engl J Med**, v. 340, n. 22, p. 1766; author reply 1767, Jun 3 1999.

EDELBROCK, C.; COSTELLO, A. J. Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. **J Abnorm Child Psychol**, v. 16, n. 2, p. 219-31, Apr 1988.

FARAONE, S. V. The scientific foundation for understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 1-10, Feb 2005.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727-734, 2004.

FOMBONNE, E.; WOSTEAR, G.; COOPER, V.; HARRINGTON, R. et al. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. **Br J Psychiatry**, v. 179, p. 210-7, Sep 2001a.

_____. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. **Br J Psychiatry**, v. 179, p. 218-23, Sep 2001b.

FOX, R. C. Cultural Competence and the Culture of Medicine. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 13, p. 1316-1319, 2005.

FUNASA. **MINISTÉRIO DA SAÚDE - FUNASA - DSEI - Araguaia, Relatório Anual**. Brasil 2002.

_____. **MINISTÉRIO DA SAÚDE - FUNASA - DSEI - Araguaia, Relatório Anual**. Brasil 2007.

GIEL, R.; DE ARANGO, M. V.; CLIMENT, C. E.; HARDING, T. W. et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. **Pediatrics**, v. 68, n. 5, p. 677-83, Nov 1981.

GOODMAN, A.; FLEITLICH-BILYK, B.; PATEL, V.; GOODMAN, R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 46, n. 4, p. 448-56, Apr 2007.

GOODMAN, R.; NEVES DOS SANTOS, D.; ROBATTO NUNES, A. P.; PEREIRA DE MIRANDA, D. et al. The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 40, n. 1, p. 11-7, Jan 2005.

KLEINMAN, A.; BENSON, P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. **PLoS Med**, v. 3, n. 10, p. e294, Oct 2006.

KRIEGER, N.; ALEGRIA, M.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARBOSA DA SILVA, J. et al. Who, and what, causes health inequities? Reflections on emerging debates from an exploratory Latin American/North American workshop. **J Epidemiol Community Health**, v. 64, n. 9, p. 747-9, Sep 2010.

LANGLEY, K.; HOLMANS, P. A.; VAN DEN BREE, M. B.; THAPAR, A. Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample. **BMC Psychiatry**, v. 7, p. 26, 2007.

LEHTI, V.; NIEMELÄ, S.; HOVEN, C.; MANDELL, D. et al. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: A systematic review. **Social Science and Medicine**, v. 69, n. 8, p. 1194-1203, 2009.

LEITÃO, R. M. **Educação e tradição: o significado da educação escolar para o povo Karajá de Santa Isabel do Morro, Ilha do Bananal.** Cadernos de Educação. Goiânia: UFG 1999.

LIMA-FILHO, M. F. Hetohokÿ e as relações sociais Karajá. In: (Ed.). **HETOHOKY um rito Karajá**. Goiânia: Editora UCG, 1994a. cap. 3, p.113-138.

_____. Hetohokÿ: a grande casa da ariranha. In: (Ed.). **HETOHOKY um rito Karajá**. Goiânia: Editora UCG, 1994b. cap. 2, p.33-112.

_____. O cenário Karajá. In: (Ed.). **HETOHOKY um rito karajá**. Goiânia: Editora UCG, 1994c. cap. 1, p.19-31.

_____. **Karajá. Povos Indígenas no Brasil**. São Paulo: Instituto Socioambiental 1999.

LIPKIND, W. **The Caraja**. Washington: 1948a. 179-91

_____. **The Carajá**. Handbook of South American Indians. STEWARD, J. H. Washington, D.C.: Bureau of American Ethnology Bulletin 3: 179-191 p. 1948b.

MCCUBBIN, M.; COHEN, D. Empirical, ethical, and political perspectives on the use of methylphenidate. **Ethical Hum Sci Serv**, v. 1, n. 1, p. 81-101, Spring 1999.

MELTZER, H.; GATWARD, R.; GOODMAN, R.; FORD, T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. **Int Rev Psychiatry**, v. 15, n. 1-2, p. 185-7, Feb-May 2003.

MEZZICH, J. E. Cultural formulation and comprehensive diagnosis. Clinical and research perspectives. **Psychiatr Clin North Am**, v. 18, n. 3, p. 649-57, Sep 1995.

_____. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. **Psychopathology**, v. 35, n. 2-3, p. 72-5, Mar-Jun 2002.

MEZZICH, J. E.; CARACCI, G.; FABREGA, H., JR.; KIRMAYER, L. J. Cultural formulation guidelines. **Transcult Psychiatry**, v. 46, n. 3, p. 383-405, Sep 2009.

MONTENEGRO, R. A.; STEPHENS, C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. **Lancet**, v. 367, n. 9525, p. 1859-69, Jun 3 2006.

NAGEL, T.; ROBINSON, G.; CONDON, J.; TRAUER, T. Approach to treatment of mental illness and substance dependence in remote Indigenous communities: Results of a mixed methods study. **Australian Journal of Rural Health**, v. 17, n. 4, p. 174-182, 2009.

NAGEL, T.; THOMPSON, C. Aboriginal mental health workers and the improving Indigenous mental health service delivery model in the 'Top End'. **Australasian Psychiatry**, v. 14, n. 3, p. 291-294, 2006.

NIKAPOTA, A. Cultural issues in child assessment. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 14, n. 4, p. 200-206, 2009.

PETOT, D.; PETOT, J. M.; ACHENBACH, T. M. Behavioral and emotional problems of Algerian children and adolescents as reported by parents. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 17, n. 4, p. 200-8, Jun 2008.

POLANCZYK, G.; DE LIMA, M. S.; HORTA, B. L.; BIEDERMAN, J. et al. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. **Am J Psychiatry**, v. 164, n. 6, p. 942-8, Jun 2007.

POLANCZYK, G.; ROHDE, L. A. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. **Curr Opin Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 386-92, Jul 2007.

RESCORLA, L. A.; ACHENBACH, T. M.; GINZBURG, S.; IVANOVA, M. et al. Consistency of Teacher-Reported problems for students in 21 countries. **School Psychology Review**, v. 36, n. 1, p. 91-110, 2007.

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

ROHDE, L. A.; SZOBOT, C.; POLANCZYK, G.; SCHMITZ, M. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? **Biol Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1436-41, Jun 1 2005.

ROHDE, L. A.; SZOBOT, C.; POLANCZYK, G.; SCHMITZ, M. et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder? **Biological Psychiatry**, v. 57, n. 11, p. 1436-1441, 2005.

RUTTER, M. Biological implications of gene-environment interaction. **J Abnorm Child Psychol**, v. 36, n. 7, p. 969-75, Oct 2008.

_____. Gene-environment interplay. **Depress Anxiety**, v. 27, n. 1, p. 1-4, 2010.

_____. Commentary: Revisiting the dismissal of shared environmental influences as argued by Burt et al. (2011). **J Child Psychol Psychiatry**, Mar 25 2011.

RUTTER, M.; MACDONALD, H.; LE COUTEUR, A.; HARRINGTON, R. et al. Genetic factors in child psychiatric disorders--II. Empirical findings. **J Child Psychol Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 39-83, Jan 1990.

RUTTER, M.; O'CONNOR, T. G. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. **Dev Psychol**, v. 40, n. 1, p. 81-94, Jan 2004.

RUTTER, M.; SILBERG, J. Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. **Annu Rev Psychol**, v. 53, p. 463-90, 2002.

RUTTER, M.; THAPAR, A.; PICKLES, A. Gene-environment interactions: biologically valid pathway or artifact? **Arch Gen Psychiatry**, v. 66, n. 12, p. 1287-9, Dec 2009.

SANTOS, R. V.; TEIXEIRA, P. The "indigenous" category in the 2010 Brazilian National Census. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 6, p. 1048, Jun 2011.

SILVA, R. H. D. D. Afinal, quem educa os educadores indígenas? In: GOMES, N. L. e SILVA, P. B. G. (Ed.). **Experiências étnico-culturais para a formação de professores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002. p.109-133. (Col Trajetória).

SOUZA, I.; PINHEIRO, M. A.; DENARDIN, D.; MATTOS, P. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 13, n. 4, p. 243-8, Aug 2004.

TIMIMI, S.; TAYLOR, E. ADHD is best understood as a cultural construct. **Br J Psychiatry**, v. 184, p. 8-9, Jan 2004.

TORAL, A. A. D. **Cosmologia e Sociedade Karajá**. 1992. 280 (Dissertação de Mestrado). Museu Nacional, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

WHITBECK, L. B.; YU, M.; JOHNSON, K. D.; HOYT, D. R. et al. Diagnostic prevalence rates from early to mid-adolescence among indigenous adolescents: first results from a longitudinal study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 47, n. 8, p. 890-900, Aug 2008.

8. ANEXOS

8.1 – Anexo 1 – parecer da CONEP/CNS/MS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 761/2006

Registro CONEP: 13093 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 058/2006

Processo nº 25000.094785/2006-06

Projeto de Pesquisa: *"Estudo sobre as principais apresentações psicopatológicas em uma população de crianças e adolescentes índias (07 a 14 anos) da etnia Karajá".*

Pesquisador Responsável: Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: Não se aplica

Objetivos:

Investigar a presença ou não de transtornos mentais na população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá; estimar a prevalência dos transtornos mentais, eventualmente encontrados, nesta população; descrever as diferenças na apresentação psicopatológica dos transtornos mentais, eventualmente encontrados, entre as etnias indígena e não-indígena, investigando as raízes culturais para tal dissociação, caso ela ocorra.

Resumo:

O estudo será desenvolvido junto às crianças e adolescentes índios da etnia Karajá, aldeados, residentes na Aldeia de Santa Izabel do Morro, localizada na ilha do Bananal, em Tocantins. O estudo prevê a participação de 150 indivíduos, dos quais 80 são meninos e 70 meninas.

A justificativa de serem crianças e adolescentes da etnia Karajá está relacionada às informações colhidas junto à comunidade de que é crescente o uso e abuso de álcool e outras drogas por muitos índios da comunidade, começando a afetar os jovens.

O desenho do estudo propõe o desenvolvimento de um estudo epidemiológico, de caráter descritivo, tipo transversal. Será utilizado um instrumento de rastreamento, na população geral de crianças e adolescentes, para problemas mentais (Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ). O SDQ prediz o risco para transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes, como também qual o tipo de transtorno mais provável de ser. De acordo com o pesquisador, o questionário é de fácil aplicação sob a forma de entrevista, uma vez que a grande maioria da população alvo do estudo é analfabeta ou semi-analfabeta.

O pesquisador informa que "uma vez detectado algum problema mental em alguma criança ou adolescente, poder-se-á proceder ao encaminhamento para tratamento adequado destes, sob os auspícios da FUNASA/MS, órgão responsável pela assistência em saúde da população indígena".

O investigador informa que a população em tela, apesar de falar o português, ainda tem certa dificuldade para tanto. Assim o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - será traduzido verbalmente e explicado no momento da

Parecer CONEP 761/2006.

entrevista por um acompanhante índio Karajá, preferencialmente agente de saúde no posto local da aldeia, ou por professor da criança ou adolescente, quando o local da entrevista for na escola da aldeia.

O estudo será custeado pelo próprio pesquisador responsável.

No protocolo consta declaração das autoridades indígenas da etnia Karajá autorizando a realização do projeto de pesquisa, desde que aprovado por CEP, CONEP e FUNAI.

Comentários/Considerações:

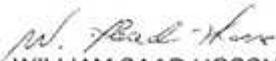
1. Na página 10 do protocolo consta a informação de que "escolheu-se a sub-população de crianças e adolescentes compreendida entre os sete anos completos e 15 anos incompletos, meninos e meninas" contudo, na página 14 é informado que o "SDQ apresenta três versões: para pais ou responsáveis, para professores e para jovens com 11 anos ou mais. Desta maneira, proceder-se-á à aplicação das respectivas entrevistas ao pais, professores e jovens acima dos 11 anos de idade". Solicita-se esclarecer se os sujeitos de pesquisa que participarão do estudo são somente crianças e adolescentes ou se inclui, também, pais e professores.
2. O TCLE deve ser personalizado, conter nome e telefone do pesquisador, da instituição e do CEP, para contato do sujeito de pesquisa em caso de necessidade e/ou de eventos adversos relacionados a participação na pesquisa.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto com a seguinte recomendação cujo atendimento deve ser acompanhado pelo CEP, antes do início da pesquisa:

- Que sejam atendidos os itens acima.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação

Brasília, 25 de julho de 2006.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS

058/06

ENVIADO POR: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

NO. REL: 61 3315 2150

29 MAI. 2008 15:04 P1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER DE EMENDA Nº 004/2008

Documentos Analisados: : Relatório comunicando alterações no estudo: a) Inclusão de dois colaboradores na aplicação dos instrumentos de rastreamento para transtornos mentais (com a justificativa e os currículos dos mesmos); b) questionários modificados (com justificativa); c) aumento do prazo na condução da pesquisa (com justificativa e autorização da FUNAI); d) aumento da amostra (com justificativa), do **Protocolo de Pesquisa Registro CONEP 13093**

Registro CEP: 058/2006

Processo nº 25000.094785/2006-06

Projeto de Pesquisa: *"Estudo sobre as principais apresentações psicopatológicas em uma população de crianças e adolescentes índias (07 a 14 anos) da etnia Karajá".*

Pesquisador Responsável: Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: Não se aplica

1. Sumário Geral e Considerações

O pesquisador responsável, médico com formação em psiquiatria e pós-graduação (Mestrado) em Psicologia, considerando-se que a pesquisa de campo demonstrou-se muito lenta e, ainda, visando ampliar a população a ser estudada, atendendo a demanda nesse sentido das lideranças indígenas, solicita as seguintes alterações no estudo:

1) Inclusão de dois colaboradores na aplicação dos instrumentos de rastreamento para transtornos mentais: Frederico dos Santos Farias, Farmacêutico/Bioquímico e Giane Divina de Souza Reis, Enfermeira. Apresentou-se currículos destes, demonstrando estes inserção e experiência em trabalhos com as populações indígenas, alvo da pesquisa.

2) Inclusão de novos instrumentos de rastreamento de problemas mentais em geral, inventários amplos, com adequações semântica e cultural, que detectam possíveis portadores de algum tipo de transtorno. Em casos suspeitos o pesquisador responsável fará pessoalmente uma abordagem direta para uma avaliação clínica e fenomenológica, com vistas ao encaminhamento devido.

3) Aumento do prazo, de um para dois anos, já tendo obtido para tanto autorização da FUNAI.

4) Ampliação da amostra com inclusão de indivíduos das 10 aldeias de etnia Karajá

Continuação do Parecer de Emenda nº 003/2008

nos casos suspeitosos, a ampliação da amostra pode representar benefício para a população da etnia enquanto maior abrangência no aspecto epidemiológico.

Considerações/comentários

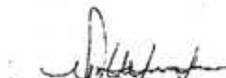
Considerando-se aceitáveis as alterações propostas a presente pesquisa amplia sua proposta, adquirindo metodologia e objetivos similares ao Protocolo CONEP n. 13092 que difere desta por incluir o aspecto da análise do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

A CONEP entende que as alterações propostas podem ser APROVADAS.

Emenda : Relatório comunicando alterações no estudo do Projeto Registro CONEP 13093

SITUAÇÃO: APROVADA.-

Brasília, 14 maio de 2008.



Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

8.2. Anexo 2 – parecer da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)



Fundação Nacional do Índio
Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisas
SEPS 702/902, bloco A, sala 102, Brasília - DF CEP70390-025
TELEFAX (61) 3321-0613/ 3313-3606 E-mail: cgep@funai.gov.br

Ofício nº 471 /CGEP/06

Brasília, 19 de dezembro de 2006.

Ao Senhor
DR. Paulo Verlaine Borges e Azevedo
Rua SB 21, Qd. 11, Lt. 22
Condomínio Residencial Portal do Sol I
Goiânia - GO
CEP: 74.884-608

Assunto: pesquisa em terra indígena (Proc. nº. 1918/06)

1. Cumprimentando-o, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº 471/CGEP/06, concedida a Vossa Senhoria para ingressar na TI Parque do Araguaia, com o objetivo de desenvolver os projetos de pesquisas intitulados "Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá" e "Estudo sobre as principais apresentações psicopatológicas em uma população de crianças e adolescentes índias (07 a 14 anos) da etnia Karajá".

Atenciosamente,

Cláudio dos Santos Romero
Coordenador Geral de Estudos e Pesquisas



Fundação Nacional do Índio
Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisas
SEPS 702/902, bloco A, sala 102. Brasília – DF CEP70390-025
TELEFAX (61) 3321-0613/ 3313-3606 E-mail: cgep@funai.gov.br

Ofício nº 380 /CGEP/07

Brasília, 07 de dezembro de 2007.

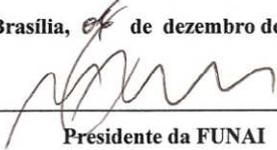
Ao Senhor
Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevedo
Rua SB 21, Qd. 11, Lt. 22
Condomínio Residencial Portal do Sol 1
74.884-608 Goiânia – GO

Assunto: ingresso em terra indígena (Proc. n.º.1918/06)

1. Cumprimentando-o, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena n.º. 156 /CGEP/07 (em anexo), concedida a Vossa Senhoria e equipe, para ingressar na TI Parque do Araguaia, com o objetivo de dar continuidade aos projetos de pesquisa intitulados “Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá” e “Estudo sobre as Principais Apresentações Psicopatológicas em um População de Crianças e Adolescentes Índias (07 a 14 anos) da Etnia Karajá”, condicionada ao consentimento prévio dos Karajá, através dos representantes das aldeias onde serão desenvolvidos os projetos de pesquisa.

Atenciosamente,

Cláudio dos Santos Romero
Coordenador-Geral de Estudos e Pesquisas

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO		
AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA		Nº: <i>156</i> /CGEP/07
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Paulo Verlaine Borges e Azevedo		Processo: nº.1918/06
Nacionalidade: brasileira	Identidade: RG nº.1789.190 SSP GO	
Instituição/Entidade: Universidade Federal de Goiás – Hospital das Clínicas		
Patrocinador:		
OBJETIVO DO INGRESSO		
<p>Dar continuidade aos projetos de pesquisas científicas intituladas “Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá” e “Estudo sobre as Principais Apresentações Psicopatológicas em uma População de Crianças e Adolescentes Índias (07 a 14 anos) da Etnia Karajá”.</p>		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Identidade
Giane Divina de Souza Reis ***** brasileira ***** RG nº.36731527-0 SSP SP Frederico dos Santos Faria ***** brasileira ***** RG nº.4251978 DGPC GO ***** *****		
Terra Indígena: Parque do Araguaia.		Etnia: Karajá
Administração Regional: Araguaia	Posto Indígena: Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba, São Domingos	
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO		
Início: 03 de novembro de 2007		Término: 03 de novembro de 2009
OBSERVAÇÕES		
<p>* Esta Autorização está condicionada ao consentimento prévio dos Karajá, através dos representantes das aldeias onde serão desenvolvidas as pesquisas, a ser encaminhado à Funai/CGEP pelos pesquisadores.</p> <p>* Remeter à Funai/CGEP duas cópias da monografia, relatórios, artigos e outras produções oriundas dos estudos realizados.</p> <p>* Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem acesso a conhecimentos tradicionais associados a biodiversidade.</p>		
Autorizo:		
Brasília, <i>07</i> de dezembro de 2007.  Presidente da FUNAI		
Alcysio Antonio Castelo Guapindaia Presidente da Funai, Substituto		

8.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Meu nome é Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, sou o pesquisador responsável e minha área de atuação é a da Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (como psiquiatra). Após ler (ou ter traduzido pelo (a) índio (a) da comunidade, que te acompanha) com atenção este documento, e ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Dr Paulo Verlaine nos telefones: (62) 30928083 ou 84033961. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, no telefone: (62) 32698338 (com a Sra Marlene).

“Estudo Sobre as Principais Apresentações Psicopatológicas em Crianças e Adolescentes (07 a 14 anos) Índias da Etnia Karajá”

O objetivo deste estudo é o de verificar se existe ou não problemas de saúde mental em crianças e adolescentes índias Karajá. Esses são problemas médicos que podem ser responsáveis por dificuldades na convivência familiar e social; atrapalhar nos estudos e no trabalho; levar a pessoa a fazer uso exagerado de bebidas alcoólicas e outras drogas; deixá-la muito triste, nervosa e até agressiva.

Esta pesquisa será feita através de questionários (perguntas) para o cuidador, o professor e o adolescente (entre 11 e 14 anos) e consulta médica, na qual serão feitas várias perguntas sobre o problema que a criança ou o adolescente pareçam ter, sendo que se houver algum problema de saúde mental ela poderá ser adequadamente encaminhada para receber tratamento médico. O tempo de duração, desta entrevista, deverá ser de mais ou menos uma hora.

A participação no estudo é voluntária e não haverá qualquer pagamento pela participação na pesquisa. Não há qualquer risco para você. Caso resolva desistir de participar, poderá fazer isso a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você, bem como isso não implicará em perda do direito de assistência médica, caso a deseje.

Para a comunidade indígena Karajá o benefício de se fazer este estudo é porque, assim, as pessoas que tiverem problemas (como o do álcool e das drogas, por exemplo), poderão receber tratamento adequado, vivendo melhor, bem como a sua família e toda a comunidade.

Os dados serão usados apenas com finalidade científica, para este estudo e não para outros no futuro, sem revelar a identidade dos participantes.

Esse estudo foi aprovado pelo conselho indígena Karajá, bem como por um conselho de ética em pesquisa.

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

_____, _____ de _____ de 2008.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

8.4. Anexo 4.1 – Normas de publicação dos periódicos: Arquivos de Neuro-Psiquiatria (B3)

**ISSN 0004-
282X printed version**
**ISSN 1678-
4227 online version**

Purpose and objectives

ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUIATRIA (*Arq Neuropsiquiatr - ISSN 0004-282X*) is the official journal of the Brazilian Academy of Neurology. Volume is annual with quarterly numbers in March, June, September and December.

The aim of **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** is to publish original scientific-technological articles in the field of Neurology and Applied Neurosciences. The texts must be unpublished, clear and concise in English. However, consensus, standardization or validation of diagnostic tests may be in Portuguese.

TYPES OF CONTRIBUTION – The following topics will be accepted for review:

- (1) *Articles*: original research related to the study of causes, mechanisms, diagnosis, development, treatment and prevention of diseases.
 - (2) *Clinical or technical notes*: clinical reports of
-

interest (rare cases, atypical presentations or outcome, unexpected effects of treatment, use of new techniques).

(3) *Historical notes*: history of neurology, detailed sign descriptions, neurological diseases or syndromes.

(4) *Views and Review articles*: critical analysis on actual topics by invitation.

(5) *Theses abstracts*: abstract reproduction of the theses.

(6) *Letters to the editors*: comments on published articles, up to 400 words and 5 references in English.

(7) *Book analysis*: critical analysis of publications in neuroscience, up to 400 words.

Form of articles

Arquivos de Neuro-Psiquiatria adopts the editorial standards of the International Committee of Medical Journal Editors: ICMJE uniform requirements submitted to biomedical journals October 2005 update (www.icmje.org). The authors should refer to the original word-processor WORD, source 12 (Arial or Times New Roman). The text should include, in this order:

(a) **Presentation (cover page)**: (a) Title synthetic and precise, up to 100 characters; (b) Author: name and, on behalf, as if desired for

indexing; (c) Additional information: name of the institution where the study was made, city and country; grade and position of the author; declaration of conflict of interest; financing; postal address and e-mail.

(b) **Abstract:** (a) Articles: up to 150 words, containing structured information on: objective and purpose of the study, method, results, conclusion; (b) Clinical, technical and/or historical notes: do not have abstract; (c) Review articles: up to 200 words. Title and Abstract in Portuguese should follow the English abstract.

(c) **Key Words:** (a) Articles and review articles: in English and in Portuguese, after the abstract, following the Descriptors of Health Science (<http://decs.bvs.br/>); (b) Clinical, technical, historical notes, theses abstracts and letters to the editor: do not have Key Words.

(d) **Text:** (a) Articles: up to 3000 words, excluding the references, including: introduction and purpose; method (subjects and procedures, explicit reference regarding compliance with the applicable ethical standards, including the name of the Ethics Commission which approved the study and the agreement of patients or their relatives); (d) results; discussion; acknowledgments; references. Do not repeat in the text the data from tables and illustrations. (b) clinical, technical and historical notes, the text should not exceed 1000 words, excluding

the references; (c) review articles: up to 5000 words, not counting the references, including analysis of data of other authors or meta-analyses, critical evaluation of the data from the literature and considerations based on personal experience.

(e) **Tables:** (a) Articles and review articles: up to 5, submitted on separate pages, with: order number, title and legend. Do not use bars to separate rows or columns; (b) clinical, technical and historical notes: up to 2, with format similar to that described for the articles.

(f) **Illustrations:** (a) Article and review articles: up to 3, graphics or photos of good quality with subtitles in separate pages. Reproduction of published illustrations: attach authorization of publishing and author; (b) Clinical, technical, and historical notes: up to 2, with format similar to that described for the items above. Illustrations in color: costs will be sent to the author.

(g) **References:** (a) articles: up to 30, restricted to those essential to the content of the article; (b) clinical, technical and historical notes: up to 10; (c) review articles: up to 60. The references must be: (1) numbered consecutively in the order of their citation along the text; (2) follow the pattern of the Index Medicus; (3) include all authors when up to 6; when 7 or more, list the first 3 followed by "et al."

Prepare references according to the following norms: (a) Articles: author (s). Title. Journal year; volume: initial-final pages (with all digits); (b) Books: Author(s) or Editor(s). Title. Edition, if not the first. Translator(s), if any. City publication: publisher, year: initial-final pages; (c) Chapters of books: Author(s). Title. Editor(s) of the book and the other data on it, as in previous item; (d) Summaries: Author(s). Title, followed by (abstr.). Publication year; Volume (Supplement and its number, if applicable): page(s). When it is not published in a journal: Title of publication. City where publishing was, year: page(s); (e) Textbook or text online: author(s). Title. Available at www... (Name of the site). Accessed (month, day, year); (f) Personal communications should only be mentioned in the text, in brackets.

References appearing on papers of this number are useful examples.

Article's submission

Articles must be submitted online to the Editorial Board: www.scielo.br/anp with a letter signed by all authors. E-mail: arq.neuropsiquiatria@terra.com.br ;address: ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUIATRIA - Praça Amadeu Amaral 47/33 - 01327-010 - S. Paulo -

SP - Brasil.

Upon receipt, the Editorial Board members:

- (a) check the article if it is within the context of the journal, refuse it if it does not meet this condition;
- (b) send the elected articles for the analysis to at least two researchers in the area of the subject of the article, within the system of arbitration by peers (peer-review) that, within 30 days, must assess the content and form of the text;
- (c) receive and analyze referees opinions, rejecting the articles judged unsatisfactory;
- (d) provide knowledge of the opinions of the referees and suggestions of the authors, along with their suggestions on content, structure, and writing the text;
- (e) within 30 days, receive the revised text of the authors;
- (f) within 30 days, verify if the new text of the article includes the recommended changes and suggestions and, if necessary, send the new text to the authors for additional corrections;
- (g) accepts or rejects the article for publication.

ACCEPT OF THE ARTICLE - The manuscripts will be accepted by chronological order, after conclusion of the processing steps. All manuscripts will be submitted to a reviewer in English language with experience in the neurological area, with cost running on account

of the authors.

PUBLICATION OF THE ARTICLE - It is understood that the authors agree with: (a) publishing the article in this journal exclusively; (b) the automatical transference of rights and pemiissions for publisher of this journal. The authors assume the responsibility for the intellectual and legal considerations and the results presented.

[\[Home\]](#) [\[About this journal\]](#) [\[Editorial board\]](#) [\[Subscription\]](#)



All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons License](#)

R. Vergueiro, 1421 sl. 804 - Ed. Top Tower Office Torre Sul

04101-000 São Paulo SP - Brasil

Tel.: +55 11 3884.2042 / 3287.6600

Fax: +55 11 2369.9721 / 3289.8879



arq.neuropsiquiatria@terra.com.br

8.4.2 Anexo 4.2 – Revista *Dementia & Neuropsychologia* (B3)

Brief Information for Authors

Dementia & Neuropsychologia is a journal that follows the guidelines of the ICMJE, (International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals editors October 2005 update; www.icmje.org). Brief information for authors is also available on line (abneuro.org).

Follow these instructions:

TITLE PAGE - Include article's title and authors' names. Title should be concise and descriptive, with essential information on the article's content. Name of the author should include the first name. At the bottom of that page indicate: the name of the department and institution, city and country in which the study was done; the graduate degree of each author and their institutional affiliation; grant supports acknowledged; name and address (postal and electronic) for mail.

ABSTRACT - Abstract of original papers or short communications should be structured and should contain these items: background, objective(s), methods, results and conclusions. Abstracts may contain up to 250 words. Abstracts of case reports or reviews may be unstructured and may contain up to 150 words.

KEY WORDS - Following the Descriptors for Health Sciences (<http://decs.bvs.br/>), add key words or short phrases after the abstract.

Title, abstract and key words must be also provided in a Portuguese version (for those who do not write in Portuguese, the editorial office will translate these items).

TEXT - Up to 3,000 words containing: introduction and objectives; methods (material and/or subjects; statistical methods; bioethical approach with the name of the Ethics Committee that approved the study and the patients' Informed Consent); results; discussion (which should include the conclusions); acknowledgements. Data presented in the tables and illustrations should not be repeated in the text. Observations: Short communication and case report: up to 1500 words for text; reviews up to 5000 words.

REFERENCES - Up to 50 for original papers, numbered consecutively as they are cited. For case reports or short communications up to 30, and for reviews up to 100. The references should follow the standard Index Medicus. List all authors when there are six or less; when there are seven or more, list the first three then "et al.":

Articles: Author(s). Title. Journal year; volume: pages initial-final.

Books: Author(s) or editor(s). Title. Edition, if not the first. City where published: publisher; year: pages initial-final.

Chapter on a book: Author(s). Title. Book editor(s) title and the other data on the book as above. Abstracts: Author(s). Title, followed by (Abstr). Journal year; volume (Supplement and its number, if necessary): page(s) or, in case of abstracts not published in journals: Title of the publication. City where published: publisher, year: page(s).

TABLES - Up to 5 in original papers (up to 2 in short communication or case report), each presented in a separate sheet, with its title, legend and sequence number. Vertical lines should not be used for separating data within the table. Type or print out each table double spaced on a separate sheet. Do not submit tables as photographs. Number tables consecutively in the order of their first citation in the text and supply a brief title for each. Give each column a short or abbreviated heading. Place explanatory matter in footnotes, not in the heading. Explain in footnotes all nonstandard abbreviations that are used in each table. For footnotes use the following symbols, in this sequence: *, t,:j:, §, ll,~, **, tt,:j::j:, etc. The editor, on accepting a paper, may recommend that additional tables containing important backup data too extensive to publish be deposited with an archival service, such as the site of the Brazilian Academy of Neurology, or be made available by the authors. **In** that event an appropriate statement will be added to the text. Submit such tables for consideration with the paper.

IIIUSTRATIONS - Up to 3 figures, graphics or photos, with their title and legend in separate sheets (up to 2 illustrations in short communication or case report).

ATTENTION: Before sending the manuscript, please fill the Author's checklist and the Authorship, non-financial, and financial disclosure form, available online at www.abneuro.org (in the home page, access Dementia & Neuropsychologia)

8.4.3 Anexo 4.3 – Revista Brasileira de Neurologia (B5)

INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES

A Revista Brasileira de Neurologia (RBN) é o órgão oficial do Instituto de Neurologia Deolindo Couto da UFRJ.

Tem como objetivo publicar artigos técnico-científicos na área das neurociências básicas e clínicas, oferecendo aos profissionais interessados, de variados graus de experiência, material que possibilite seu aperfeiçoamento e/ou educação continuada.

Serão aceitos para análise os seguintes tipos de manuscritos:

- (i) revisões e atualizações
- (ii) análises, opiniões, comunicações breves, relatos de casos, imagens
- (iii) artigos originais (trabalhos de pesquisa básica e/ou clínica)

Os textos devem ser preferencialmente em português, sendo também aceitos em espanhol e em inglês.

O autor deve encaminhar, juntamente com o manuscrito, uma carta de autorização assinada por todos, transferindo os direitos de publicação do artigo, assegurando que o mesmo é inédito e não está sendo avaliado por outro periódico.

Acordo para publicação fica entendido que o trabalho torna-se propriedade permanente da Revista Brasileira de Neurologia, que reserva os direitos autorais do artigo publicado, permitindo entretanto sua posterior reprodução como transcrição, com a devida citação da fonte, mediante autorização prévia por escrito.

Os manuscritos serão analisados pela comissão editorial para verificar a adequação do tema ao periódico, encaminhados para revisão e posteriormente, quando necessário, reenviados aos autores para as devidas modificações. O manuscrito poderá ser aceito ou recusado, decisão tomada pela comissão editorial e parecer dos revisores.

Estrutura do manuscrito

Os manuscritos devem apresentar estrutura de acordo com a norma da ABNT/NBR 6022/2003 (http://www.sibi.ufrj.br/publicacoes_ufrj.html), digitados em Word 12 (Arial ou Times New Roman), com todas as páginas numeradas, sendo indicado na primeira o total de páginas.

A primeira página deve conter título do trabalho completo (e um resumo), os nomes completos dos autores, filiação científico-acadêmica, apoio financeiro quando presente e o e-mail do autor correspondente.

O resumo deve ser apresentado em português e inglês, com no máximo 300 palavras, devendo conter os seguintes itens: fundamentos, objetivos,

métodos, resultados e conclusão. As palavras-chave 3 a 5, devem ser apresentadas nos 2 idiomas, devendo ser utilizados os "Descritores em Ciências da Saúde" da BIREME (<http://decs.bvs.br/>) ou o "Medical Subject Headings" (Index Medicus), respectivamente.

O texto deverá conter introdução e objetivos, material e métodos, resultados, discussão, conclusão e referências. A extensão poderá ser de até 5 mil palavras para revisões e atualizações (com até 150 referências), até 3 mil palavras para artigos originais (com até 75 referências) e até 1,5 mil palavras para relatos de caso (com até 30 referências). Outras modalidades devem ser baseadas em modelos publicados previamente. As tabelas (até 4) e as figuras (até 6) devem estar numeradas e apresentadas em folhas separadas, com as respectivas legendas. As figuras em cores são cobradas em separado dos autores. Os locais para inserção das tabelas e das figuras deverão ser indicados no texto. As referências (ABNT/NBR6022/2003) devem ser numeradas em ordem alfabética e citadas pelos números no texto. Os eventuais conflitos de interesses e os financiamentos, assim como os agradecimentos deverão ser mencionados antes das referências.

As correções ortográficas serão feitas visando manter a homogeneidade e a qualidade da publicação, respeitando, porém, o estilo do autor. Recomenda-se que o texto em inglês seja previamente encaminhado a um revisor técnico especialista no idioma.

Responsabilidades

Autores. Estudos envolvendo seres humanos devem conter menção da aprovação por Comissão de Ética e do consentimento informado de cada participante ou de seus responsáveis legais. Os conduzidos com animais experimentais deverão também conter aprovação ética adequada.

Os autores assumem plena responsabilidade intelectual e legal pelo conteúdo do artigo, incluindo texto, tabelas e figuras.

Assinista. O conteúdo dos anúncios publicados na Revista Brasileira de Neurologia é de responsabilidade exclusiva da Empresa anunciante, devendo seguir as normas da ANVISA.

Os manuscritos devem ser enviados em CD, acompanhados por cópia impressa, para o

Instituto de Neurologia Deolindo Couto
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Av. Venceslau Brás, 95 – Botafogo
CEP: 22290-140/Rio de Janeiro - RJ

ou, preferencialmente, pelo e-mail
bibli@indc.ufrj.br

8.4.4 Anexo 4.4 – Bulletin of the World Health Organization (A1)

1. Scope and editorial policy

1.1 Content

The mission of the *Bulletin of the World Health Organization* is "to publish and disseminate scientifically rigorous public health information of international significance that enables policy-makers, researchers and practitioners to be more effective; it aims to improve health, particularly among disadvantaged populations".

The *Bulletin* welcomes a variety of unsolicited manuscripts (see below, 1.1.1.). These are initially screened in house for originality, relevance to an international public health audience and scientific rigour. If they pass the initial screening, they are sent to peer reviewers whose opinions are taken into account by the journal's editorial advisers when they decide whether to accept a manuscript for publication. Accepted papers are subject to editorial revision, which may involve shortening or restructuring the text and deleting superfluous tables and figures. The word limits given for each type of contribution do not include the abstract (where applicable), tables, boxes, figures and references or appendices, if any. The principal types of manuscripts are outlined below.

1.1.1. Unsolicited manuscripts

We welcome unsolicited submissions to the Research, Systematic reviews, Policy & practice, Lessons from the field and Perspectives sections of the *Bulletin*. All manuscripts destined for the first four of these sections must include two paragraphs indicating what they add to the literature. The paragraphs should briefly explain:

- what was already known about the topic concerned;
- what new knowledge the manuscript contributes.

Research

Primary research, methodologically rigorous, of relevance to international public health. Formal scientific presentations having not more than 3000 words and 50 references, plus a structured abstract (see below, 2.7); peer reviewed. The reporting of results of studies should follow best practices as prescribed in standard reporting guidelines for various types of experimental and observational studies. A full list of such guidelines is available

on the EQUATOR Network web site, at: <http://www.equator-network.org/about-equator/equator-publications0/equator-network-publications-2010>. Intervention trials as defined by WHO (i.e. "any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes") require registration in a public trials registry acceptable to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) before submission, and the registration number must be provided at the end of the abstract. Acceptable registries are listed at: http://www.icmje.org/faq_clinical.html. Web publication constitutes prior publication. This includes institutional web sites that are open to the general public.

Systematic reviews

Exhaustive, critical assessments of published and unpublished studies (grey literature) on research questions concerning public health policy or practice, with meta-analysis when feasible. Not more than 3000 words and 50 references, plus a structured abstract (see below, 2.7); peer reviewed. How studies were included and excluded should be illustrated in a flow diagram. Authors should strictly follow the reporting guidelines for systematic reviews and meta-analyses available at: <http://www.equator-network.org/about-equator/equator-publications0/equator-network-publications-2010>.

Policy & practice

Analytical assessments, debates or hypothesis-generating papers; not more than 3000 words and 50 references, plus a non-structured abstract (see below, 2.7); peer reviewed.

Lessons from the field

Papers that capture experiences and practice gained in solving specific public health problems in developing countries. Convincing evidence of effect should be provided. Not more than 1500 words and 15 references, plus a structured abstract (see below, 2.7); not more than one table and one figure; peer reviewed (see: <http://www.who.int/bulletin/volumes/84/1/3.pdf>).

Perspectives

Views, hypotheses or discussions (with a clear message) surrounding an issue of public health interest; up to 1500 words, no more than six references; peer reviewed.

1.1.2. Commissioned manuscripts

The categories of articles shown below are normally commissioned by the editors. Authors wishing to submit an unsolicited manuscript for one of these categories should first contact the editorial office (see below, 2.1).

Editorials

Authoritative reviews, analyses or views of an important topic related to a theme or to one or more papers published in a given issue; not more than 800 words, maximum 12 references.

Commentaries

Explanatory or critical analyses of individual articles; not more than 800 words and 12 references.

Round tables

A base paper on a controversial current topic in public health (not more than 2000 words and an abstract) is the core of a debate by several discussants invited to contribute not more than 500 words each.

1.2 Ethical issues

The World Health Organization (WHO) publishes the results of research involving human subjects only if fully compliant with ethical principles, including the provisions of the World Medical Association Declaration of Helsinki (as amended by the 59th General Assembly, Seoul, the Republic of Korea, October 2008; available at: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>) and with the additional requirements, if any, of the country in which the research was carried out. Any manuscript describing the results of such research must contain a clear statement to this effect and should specify that the free and informed consent of the subjects or their legal guardians was obtained and that the relevant institutional or national ethics review board approved the investigation. The *Bulletin* is a member of the Committee on Publication Ethics (COPE; see: <http://publicationethics.org>). Issues involving publication ethics may be referred to this committee by the editors. WHO Ethics Review Committee clearance is required for papers that report research supported by WHO or that are authored or co-authored by someone who was a WHO staff member while the research was conducted.

1.3 Competing interests

A competing interest arises when a professional judgement concerning a primary interest (such as patients' welfare or the validity of research) may be influenced by a secondary interest (such as financial gain or personal rivalry). We ask all authors to disclose at the time of submission any competing interests that they may have. Examples of competing interests may be found at: <http://www.icmje.org>. Further information on competing interests is available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/645.pdf>.

1.4 Funding

Authors should identify the sources that funded the work undertaken, affirm not having entered into an agreement with the funder that may have limited their ability to complete the research as planned, and indicate that they have had full control of all primary data.

1.5 Appeals process

Authors of rejected papers can appeal against the decision by following the procedures outlined in an editorial published in the *Bulletin* (see: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/645.pdf>).

2. Preparation and submission of manuscripts

2.1 Correspondence

Manuscripts should be submitted to the *Bulletin* via our submissions web site (<http://submit.bwho.org>), where full instructions are given. Queries about online submissions should be sent to: bulletin.submit.ask@who.int. Authors requiring assistance with online submission can contact the editorial office.

2.2 Uniform requirements

Manuscripts should be prepared in accordance with the *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* issued by the Vancouver Group (ICMJE). The complete document, updated in April 2010, is available at: http://www.icmje.org/urm_main.html.

2.3 Languages

Manuscripts should be submitted in English and will be published in that

language in the *Bulletin*; the abstracts are translated into Arabic, Chinese, French, Russian and Spanish. Authors who have difficulty in preparing their manuscripts in English should contact the editorial office for advice.

2.4 Authorship

On the manuscript's title page authors should give their full names and the name, city and country of their institutions. The corresponding author must also provide a full postal address, which will be published with the e-mail address unless otherwise requested. Academic titles and the names of departments and subdepartments are unnecessary and are discouraged for reasons of space. If an author has several affiliations, only the most important one should be provided. The criteria for authorship described in the *Uniform requirements* (see above, 2.2) must be rigorously observed. Each author should have participated sufficiently in the work being reported to take public responsibility for the paper's content and should describe in detail on the online submission system (not within the manuscript itself) his or her particular contribution. The *Bulletin* encourages submissions from authors in developing countries, and in line with this policy at least one author should have a professional affiliation in the country where the study was conducted.

2.5 Licence for publication

If a manuscript is accepted for publication, the author(s) will be asked to sign a statement granting exclusive licence for publication (not copyright) to the WHO. A copy of the statement is available at: <http://submit.bwho.org/journals/bullwho/forms/licence.pdf>. Authors are responsible for obtaining permission to reproduce in their articles any material enjoying copyright protection. They should send the letter granting such permission to the editorial office when they submit their papers.

2.6 Figures, tables and boxes

These should be used only to enhance the understanding of the text, not to repeat what can be clearly communicated within the text. All tables, figures and boxes should be numbered consecutively (e.g. Fig. 1, Table 1 and Box 1).

2.7 Abstracts

Abstracts should highlight the text's most important points and should be provided for the following types of papers: Research, Systematic reviews, Policy & practice, base papers for Round tables and Lessons from the field. The abstract should not exceed 250 words. It appears in English at the beginning of the paper and in Arabic, Chinese, French, Russian and Spanish between the end of the text and the reference list. Structured abstracts are required for Research papers and Systematic reviews (Objective, Methods, Findings, Conclusion) and for Lessons from the field papers (Problem, Approach, Local setting, Relevant changes, Lessons learnt).

2.8 Bibliographic references

The accuracy of all references is the authors' responsibility and should be verified at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>, the web site of the National Center for Biotechnology Information of the National Library of Medicine, United States of America. Authors should not provide digital object identifiers (dois) or PubMed identifiers (PMIDs) for the references; they are added by the *Bulletin*. Authors are responsible, however, for making certain that all URLs in the reference list are active when they submit their papers; they will be asked to update any obsolete URLs when they receive their edited papers for approval. References should be numbered consecutively as they occur in the text.

2.9 Maps

Papers should contain no maps unless an important finding cannot be conveyed without them or unless they are needed to make an essential point. Maps that show international borders, partially or in full, must be created from one of the following sources, approved by the United Nations: <http://www.un.org/Depts/Cartographic/english/htmain.htm>, <http://www.unsalb.org> or <http://apps.who.int/tools/geoserver> and the vectorial EPS (Encapsulated PostScript) file must be submitted. ■

8.5 – Artigos

8.5.1 – Artigo 1 (publicado)

Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo¹, Leonardo Caixeta²,
Laura Helena Silveira Andrade³, Isabel A. Bordin⁴

ABSTRACT

The clinical constructs of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have been described in several cultures worldwide. Yet this symptomatic presentation still remains to be assessed in remote population groups. **Objective:** To explore the possibility of the existence of ADHD symptoms among settlement-dwelling indigenous children of the Karajá ethnic group in the Brazilian Amazon and to estimate the rate of ADHD symptoms among 7-16-year-olds. **Method:** All parents/caretakers of 7-16-year olds from all (N=5) most populated indigenous groups were invited to participate, if they were worried about their children emotional/behavioural problems. Fifty three parents spontaneously came for a psychiatric interview (DSM-IV criteria applied), individually conducted at the settlement's health post by a child psychiatrist. **Results:** The estimated rate of ADHD symptoms in problematic indigenous children aged 7-16 years was 24.5% (95% CI: 13.6-35.4) since 13 out of 53 parents/caretakers reported the classical triad of ADHD symptoms (inattentiveness, hyperactivity, impulsiveness). **Conclusion:** ADHD is a clinically relevant construct in the Karajá indigenous population, representing a major concern among parents/caretakers of children and adolescents from this ethnic group.

Key words: attention deficit disorder with hyperactivity, mental health, child psychiatry, indigenous health.

Sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças indígenas da Amazônia Brasileira

RESUMO

Os construtos clínicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) têm sido descritos em várias culturas ao redor do mundo, entretanto esta apresentação sintomatológica ainda tem sido pouco investigada em grupos populacionais mais isolados. **Objetivo:** Explorar a possibilidade da existência de sintomas do TDAH entre crianças índias da etnia Karajá na Amazônia Legal Brasileira e estimar a prevalência dos sintomas do TDAH entre aquelas com 7-16 anos de idade. **Método:** Todos os pais-cuidadores das crianças entre os 7-16 anos de idade, das cinco aldeias mais populosas foram convidados a participar se houvesse qualquer preocupação acerca de problemas de comportamento e emocionais com suas crianças. Cinquenta e três pais compareceram espontaneamente para a entrevista psiquiátrica (aplicando-se os critérios do DSM-IV), individualmente conduzida no posto de saúde da aldeia por um psiquiatra infantil. **Resultados:** A taxa de

Correspondence

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo
Rua SB 21 Quadra 11 Lote 22
Condomínio Residencial Portal do Sol I
Bairro Jardim Sta Bárbara
74884-608 Goiânia GO - Brasil
E-mail: pvlazevedo@gmail.com

Received 12 November 2009
Received in final form 23 December 2009
Accepted 7 January 2010

School of Medicine Federal University of Goiás, Goiânia GO, Brazil; ¹MD, School of Medicine, PUC-Goiás, Goiânia GO, Brazil; ²MD, PhD, School of Medicine, Federal University of Goiás, Goiânia GO, Brazil; ³MD, PhD, Section of Psychiatric Epidemiology - LIM 23, Department and Institute of Psychiatry, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo SP, Brazil; ⁴MD, PhD, Department of Psychiatry, Federal University of São Paulo, Paulista School of Medicine, São Paulo SP, Brazil.

prevalência estimada dos sintomas do TDAH nas crianças entre os 7-16 anos de idade, naquelas que apresentaram problemas foi de 24,5% (IC 95% 13,6-35,4), desde que 13 dos 53 pais-cuidadores referiram a tríade sintomatológica clássica do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade). **Conclusão:** O TDAH é um construto clinicamente relevante na população indígena Karajá, representando uma grande preocupação entre os pais ou cuidadores das crianças e adolescentes desse grupo étnico.

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, saúde mental, psiquiatria infantil, saúde indígena.

Of the world's entire population, 4% to 5% are indigenous representatives (approximately 250 million individuals). The Karajá indigenous group account for a rare part of natives who still live in isolated settlements in remote regions of the Amazon, centre-west Brazil. According to a report from the World Health Organization (WHO)¹, socioeconomic and cultural aspects can not be dissociated from any eventual mental disorder without the risk of envisaging something which, in fact, does not exist within this type of human population. Epidemiological investigations into mental disorders and behavioural problems within indigenous populations are scarce and even if they do exist, methodological problems give rise to questions regarding their accuracy¹. The anthropological component thus becomes vital as it tests the validity of western diagnostic categories about different cultures under study².

The study objectives are: to explore the possibility of the existence of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among settlement-dwelling indigenous children of the Karajá ethnic group in the Brazilian Amazon, to estimate the rate of ADHD symptoms among 7-16-year olds (according to parents/caretakers symptoms reports and observation of children during a psychiatric interview), and to generate hypothesis to explain the presence of symptoms suggestive of ADHD.

METHOD

An experienced child psychiatrist conducted clinical interviews with 53 parents/caretakers (child-rearing adults) of indigenous children from the Karajá ethnic group living in the Bananal Island, in the Legal Amazon, Brazil. All parents/caretakers from the five most populated settlements of the Karajá ethnic group (10 settlements in total) were invited to participate in the study. Eligibility criteria included: having at least one child aged 7-16 years, and having worries or complaints about the behaviour of their children. All parents/caretakers from the five selected settlements (Santa Isabel do Morro, Fontoura, São Domingos, JK and Wataú) with worries/complaints regarding their children's mental health that spontaneously came for a psychiatric interview (N=53) accepted to participate in the study. From an estimated popula-

tion of 457 Karajá children aged 7-16 years living in the selected five settlements, 53 children (one child per family) representing 11.6% of children in this age range were included in the study.

The mental health of children was assessed based on spontaneous reports by family members (parents/caretakers). Parents/caretakers were asked to take their problematic children to psychiatric examination (parents/caretakers were interviewed, and children were observed regarding their behaviour). In order to elicit subjective reports of the main problems they suffered with regard to their youngsters' behaviours, interviews were individually conducted at the settlements' health post by a child psychiatrist with the help of a native health worker proficient in the local language and Portuguese. The interviews were preceded by statements as: 'Tell us about situations related to the behaviour(s) of your child which are creating worries for the family, school, community and/or your child.' Verbatim accounts of reported problems were recorded. Open-ended questions were asked to assess frequency and impairment due to symptoms and behaviours reported: 'Do these behaviours occur very frequently or sporadically?' 'Have these behaviors interfered with learning or class work?' 'Have these difficulties put a burden on the child or the family as a whole?' 'Do they affect personal and social relations?' 'Do they occur in more than one environment (home and school, for example)?' 'Did they start before 7 years of age?' 'Do they present additional behavioural problems?' Assessment of family psychiatric history and child psychomotor development were also performed.

The research was approved by the ethic committee of Universidade Federal de Goiás (UFG) and by the Brazilian Foundation for the Protection of Indigenous Populations (FUNAI). Written informed consent was obtained before each interview. Children with symptoms suggestive of mental disorders were referred to specialized medical-psychological treatment.

RESULTS

Of the total of 53 children evaluated (32 males and 21 females), no one was free of psychiatric disorders and 13

presented symptoms and behaviours coherent with the construct of ADHD, with hyperactivity as the main complaint. Parents/caretakers who reported ADHD symptoms also mentioned an impaired functioning of their children when considering family relationships and school performance. The rate of ADHD symptoms among 7-16-year olds with emotional/behavioural problems from the five selected settlements was 24.5% (95% CI: 13.6-35.4), since 13 out of 53 children presented the classical triad of ADHD symptoms (inattentiveness, hyperactivity, impulsiveness). Rates of ADHD symptoms for disordered boys [21.9% (95% CI 8.5-35.3)] and disordered girls [28.6% (95% CI 10.2-46.9)] did not differ ($p=0.58$).

One case description is presented below to illustrate parental reports suggestive of ADHD symptoms in the studied population. In addition, parental alcohol and/or drug abuse and domestic violence are examples of environmental factors frequently reported by parents/caretakers of the studied sample.

Case: boy, 7 years old

The mother reports that since the first year of life, the child has been quite restless, disobedient and does not seem to listen when talked to. The child shows no respect for anybody. He can not sit still at school for not even an instant and he is also "slow" to learn leading to several school complaints regarding his deficient learning, compared to his classmates. He blinks excessively and has a restless sleep and reduced appetite. He was born after a full 9-month problem-free pregnancy. No developmental delays. Vaccinations completed. No cranial-encephalic traumas, central nervous system (CNS) infections, epileptic seizures or chronic medical problems. In mother's opinion, he is intelligent and affectionate. The mother smoked 20 cigarettes a day during pregnancy.

DISCUSSION

Psychiatric clinical interviews with parents/caretakers revealed that ADHD-related symptoms represent a major concern regarding indigenous children and adolescents' mental health in the Karajá ethnic group. The classical triad of ADHD symptoms, namely inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness³ was spontaneously reported by 24.5% (95% CI: 13.6-35.4) of all participant parents/caretakers that were worried about their children's emotional/behavioural problems in the five selected settlements.

Estimates of ADHD prevalence rates for children and adolescents vary worldwide depending on study methods such as sample characteristics (age of subjects, percentage of males, general population or clinical sample), and instruments applied (screening or diagnostic interview, edition of DSM⁴ criteria, requirement of impairment for diagnosis, parental report or combined

informants)³⁻⁵. Therefore, our findings must be compared to results of studies that used similar methods. However, one may hypothesize that not all indigenous parents/caretakers worried about their children's mental health came to the health post to be interviewed. In this case, the prevalence rates of ADHD symptoms and of emotional/behavioural problems overall among Karajá children would be even higher than the rate expected in the Brazilian general population. This fact is in accordance with international studies. For instance, in Canada, Baydala et al.⁹ found a high number of Aboriginal children with symptoms associated with ADHD, which was significantly higher than the number expected based on prevalence rates in the general population. According to the authors, these findings suggest either a high prevalence of ADHD in Aboriginal children or unique learning and behavioural patterns in Aboriginal children that may erroneously lead to a diagnosis of ADHD if screening questionnaires are used. Considering our findings, we agree with the hypothesis that indigenous children may present high rates of ADHD symptoms, but we disagree that it may represent a unique learning and behavioral patterns in this ethnic group. In our study, parents/caretakers spontaneously reported inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness in their children with the perception of the existence of a disorder or disturbance since these behaviours were not expected in normal indigenous children from their community. However, what is not clear is the role of environmental factors such as domestic violence, and substance abuse by parents, also frequent in the studied community. According to Isaacs¹⁰, it is important to consider variations in ADHD symptoms due to environmental context, in terms of the influence of the child's family and school, since the incidence of ADHD increases with social disadvantage.

This is the first description of ADHD related symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. However, there are some important study limitations that must be recognized. First, the sample was restricted to children and adolescents whose parents believed had behavioral problems, a sample characteristic that may have overestimated the prevalence of ADHD symptoms. Second, the assessment of ADHD symptoms was based on parental reports and child clinical observations, but did not include teachers as informants. Finally, DSM-IV diagnoses were made without using a structured psychiatric interview since there is no valid version in the local language.

In conclusion, ADHD symptoms reported by parents/caretakers of children from the Karajá ethnic group in the Brazilian Amazon are in accordance with DSM-IV⁵ criteria, and support the transcultural validation of essential symptoms of the psychiatric diagnostic category ADHD. ADHD symptoms represent a major concern for indige-

nous parents/caretakers. Because ADHD symptoms tend to increase with social disadvantage, family stressors frequently noted in the studied sample (e.g. parental alcohol/drug abuse, domestic violence) may have contributed to the high rate observed.

REFERENCES

1. Cohen A. The mental health of indigenous peoples: an international overview. Geneva: World Health Organization (WHO), 1999.
2. Lewis-Fernández R, Kleinman A. Cultural psychiatry: theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:433-448.
3. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl 2):57-511.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Ed. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1994.
5. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003; 2:104-113.
6. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:386-392.
7. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-948.
8. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:245-260.
9. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *J Atten Disord* 2006; 9:642-647.
10. Isaacs D. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we medicating for social disadvantage?. *J Paediatr Child Health* 2006;42:544-547.

8.5 – Artigo 2 (publicado)

Do attention deficit/hyperactivity disorder symptoms exist among Brazilian indigenous children?

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo¹, Leonardo Ferreira Caixeta²

Abstract – The validity of the clinical constructs of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been generalized for all human populations of different cultures worldwide. Yet important population groups have yet to be adequately studied so as to definitively confirm this generalization. **Objective:** To investigate the presence of symptoms of ADHD in children living within an indigenous community. **Methods:** We performed interviews in a bid to screen for symptoms of ADHD among settlement-dwelling indigenous children of the Karajá ethnic group in the Brazilian Amazonian Region. **Results:** Three narratives are presented highlighting the classical symptomatological triad of ADHD: inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness. **Conclusions:** Some of ADHD's major characteristics, described in the most common disease classification worldwide, are clearly described by children of this population. We concluded that ADHD symptoms are present in this population which diverges greatly in cultural issues compared to the Western world.

Key words: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity, mental health, child psychiatry, indigenous health.

Sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade existem em crianças índias brasileiras?

Resumo – A validade dos construtos clínicos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) tem sido generalizados para todas as populações humanas de diferentes culturas pelo mundo afora. Ainda importantes grupos populacionais continuam exigindo estudos adequados de forma a confirmar definitivamente tal generalização. **Objetivo:** Investigar a presença de sintomas do TDAH entre crianças de comunidade indígena. **Métodos:** Realizamos entrevistas nas quais se explora a possibilidade da existência de sintomas do TDAH entre crianças indígenas da etnia Karajá, aldeiadas, na região da Amazônia Brasileira. **Resultados:** Três narrativas são apresentadas e evidenciam a tríade sintomatológica clássica do TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. **Conclusões:** Alguns dos sintomas característicos do TDAH, descritos nas classificações de doenças mais utilizadas no mundo, são claramente referidos por crianças dessa população. Concluímos que existem sintomas do TDAH nessa população, tão distinta culturalmente do mundo ocidental.

Palavras-chave: Transtorno da Falta de Atenção com Hiperatividade, saúde mental, psiquiatria infantil, saúde indígena.

Approximately 4% to 5% of the world's population is made up by indigenous peoples (approximately 250 million individuals). According to a WHO report, socio-economic-cultural aspects cannot be dissociated from any mental disorder without running the risk of envisaging conditions which do not actually exist within this type of human population.^{1,2} Our objective was to describe the presence of symptoms of ADHD in this specific population of youngsters aged no older than 16 years through collecting spon-

taneous reports by family members concerning their most frequent concerns. Subsequently, based on the gathered data from spontaneous reports, we evaluated whether there were presentations suggestive of what is known by other populations worldwide as symptoms of the clinical construct of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD),^{3,4} a condition that may be questioned as simply having been imported from Western populations, and thus bearing no validity among other groups such as indigenous peoples.^{1,2}

¹School of Medicine, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brasil. ²School of Medicine, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo – Rua SB 21 Quadra 11 Lote 22 / Condomínio Residencial Portal do Sol I / Bairro Jardim Sta Bárbara - 74884-608 Goiânia GO - Brazil. E-mail: pvbazevedo@gmail.com

Disclosure: The authors reports no conflicts of interest.

Received January 2, 2009. Accepted in final form February 18, 2009.

The Karajá Indians represent a rare group of natives who still live in settlements which are in relative isolation from Western culture.

Methods

We conducted in-depth clinical and phenomenological interviews in 53 children of the Karajá ethnic group from Bananal Island, the planet's largest fluvial island, located in the Legal Amazon region of Brazil. From an estimated population of 457 Karajá children aged 7–16 years living in the selected five settlements, 53 children (one child per family) representing 11.6% of children in this age range, were included in the study. These individuals represented all subjects that visited the health service over a period of one month (July, 2005) seeking assistance for mental complaints. Of the total of 53 children evaluated (32 males and 21 females), 13 presented symptoms and behaviors compatible with the construct of ADHD. Both parents and teachers were interviewed to check information on impairment.

The reports were produced using the Indian language through the help of health workers in charge of translation, as well as the Karajá Indians. The interviews were preceded by explanations such as, 'Tell us about situations related to the behavior(s) of your child/children which are creating concern for the family, school, community and the child him/herself because we could seek, within the bounds of available resources, aid for their improvement, since a large number of these problems might have an associated medical component and as such, the use of medication and/or psychological interventions could be important in relieving the problems'. Open-ended questions were, 'Does this behaviour occur very frequently or sporadically?' 'Does it affect academic performance?' 'Does it affect personal and social relations?' 'Do they occur in more than one environment (home and school, for example)?' 'Did they start when the child was very young (under 7 years of age)?' 'Do they present additional behavioural problems?' 'What is the family pathological background?' 'What are the child's neurological, psychological and motor conditions like?'

The present research was approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Goiás (UFG) and by the Brazilian Foundation for the Protection of Indigenous Populations (FUNAI). Parental informed consent was obtained before each interview. Children with symptoms suggestive of mental disorders were referred for specialized medical-psychological treatment.

Results

From the 13 cases that presented symptoms and behaviors coherent with the construct of ADHD, three narratives

are presented below to illustrate the reports which are suggestive of the presence of symptoms of ADHD.

Case 1: 7 year-old boy

The mother reported that since the first year of life, the child has been quite restless, disobedient and does not seem to listen when talked to. He shows no respect for anybody and cannot sit still at school for a moment and is also a "slow learner" leading to several complaints regarding his poor learning compared to his classmates. He blinks excessively and has restless sleep and reduced appetite. He was born after a full 9-month problem-free pregnancy.

His Newborn Screening Test and vaccination were normal. He was able to walk at 1.5 years of age and to talk at the age of two. He presented no cranial-encephalic traumas, CNS infections, epileptic seizures or any other systemic medical problems. In the child's mother's words, he is intelligent and affectionate. She is a heavy smoker who smoked 20 cigarettes a day during the pregnancy.

Case 2: 9 year-old girl

The mother reports that the child is far more restless and inattentive than her sister and the other children in the settlement. She is predominantly uninterested in school, and has difficulty learning. The mother described her as an intelligent and affectionate child. At school she "does not listen" to what her teachers say, keeps leaving the classroom and goes to the toilet "too often". She sleeps well, but has poor appetite. She was a full term infant from a normal problem-free home delivery. She was breast fed up to the age of 2. She has normal vaccination. She was able to walk and speak at the age of 2. She presented no cranial-encephalic traumas, CNS infections, epileptic seizures or any other systemic medical problem. The mother used to abuse alcohol when single, is depressed most of the time and has always been "distracted" and had similar difficulties learning at school as her daughter. The father abuses alcohol and cigarettes and has used illegal substances (marijuana), is very irritable and physically and verbally assaults the child's mother. Several of his relatives also have alcohol and cigarette-related problems.

Case 3: 11 year-old boy

The child's father reports that he has always been the 'most restless', who is 'unable to wait for his turn' and who 'answers without thinking first' and would always 'meddle in other children's play'. He has always been 'inattentive and spaced out'. At the age of five, as a direct result of being so agitated, he was involved in an accident in which 'a brick wall fell on him'. Since then, he has become even more agitated, edgy and aggressive towards other children and

animals alike. 'He is unable to learn anything at school'. He presented no cranial-encephalic traumas, CNS infections, epileptic seizures or any other systemic medical problem. He was able to walk at the normal age and to talk just at the age of 3.5 years. The father is an alcoholic, a smoker and 'very irritable', also being very restless and 'finding it difficult to pay attention'.

Discussion

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has a prevalence of between 3% and 6% in different cultures.³⁻⁴ Studies among indigenous Indians are scarce, while studies among settlement-dwelling indigenous Indians are non-existent.

Epidemiological investigations into mental disorders and behavioural problems within Indigenous populations are scarce and when available present methodological problems which give rise to questions regarding their accuracy.^{1,2}

The anthropological component becomes vital as it tests the validity of Western diagnostic categories concerning diverse cultures under study^{1,2}. This study described findings of detailed clinical interviews performed in three native children that complain of symptoms of ADHD. Most notably, the classical symptomatological triad of ADHD, namely inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness³⁻⁴ was spontaneously reported by the families, as was compromised performance amid family and school settings. We do not agree with the hypothesis put forth by Baydala et al.⁹ which claims that the unique behavioural and learning characteristics among indigenous children could mistakenly lead to the diagnosis, given their siblings and school-mates present differentiated behaviour. Moreover, there is also the perception of the existence of a disorder as reported by individuals belonging to the community (mothers and teachers). We believe that these observations point to

transcultural validation of at least the cardinal symptoms associated with the diagnostic category of ADHD.³⁻⁴ We suggest further research involving this population in order to elucidate the question over the presence or otherwise of ADHD, a disease detected among non-indigenous children and adolescents worldwide and in Canadian indigenous peoples.

References

1. Cohen A. The mental health of indigenous peoples – An international overview. Geneva: World Health Organization (WHO);1999.
2. Lewis-Fernández R, Kleinman A. Cultural psychiatry – Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatr Clin North Am* 1995;18:433-448.
3. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry* 2003;2:104-113.
4. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl II):7-11.
5. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:386-392.
6. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164:942-948.
7. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008;17:245-60, vii.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. Washington (DC): American Psychiatric Association;1994.
9. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *J Atten Disord* 2006;9:642-647.

8.5.3 – Artigo 3 (publicado)

Estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil com ênfase no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Epidemiologic studies in childhood neuropsychiatry with emphasis on Attention Deficit Disorder with Hyperactivity

Paulo Verlaime Borges e Azevedo, M.D.^{1,2*}
Leonardo Ferreira Caixeta, M.D.; PhD,^{1,2}
Giuliana Macedo Mendes, M.D.; Ms^{1,2}

Resumo

As estimativas de prevalência mundial em neuropsiquiatria infantil são muito heterogêneas. As razões desta discrepância permanecem mal compreendidas. Localização geográfica desempenha um papel limitado nas razões da grande variabilidade nas prevalências mundiais de transtornos em neuropsiquiatria infantil. Em vez disso, esta variabilidade parece ser explicada principalmente pelas características metodológicas dos estudos. Estimativas da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e da taxa de persistência dos sintomas em toda a vida são heterogêneas, o que levanta dúvidas sobre a validade do diagnóstico. As melhores estimativas disponíveis sobre a prevalência de TDAH é de cerca de 5,29% para crianças e adolescentes. As estimativas de prevalência e taxa de TDAH parecem ser muito afetadas pelas características metodológicas dos estudos.

Palavras-chave: epidemiologia; neuropsiquiatria infantil; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; TDAH.

Abstract

The worldwide prevalence estimates of neuropsychiatric disorders in childhood are highly heterogeneous. The reasons for this discrepancy remain poorly understood. Geographic location plays a limited role in the reasons for the large variability of neuropsychiatric disorders prevalence in childhood estimates worldwide. Instead, this variability seems to be explained primarily by the methodological characteristics of studies. Prevalence estimates of the attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and the rate of persistence of symptoms across the lifespan are heterogeneous, raising questions about the validity of the diagnosis. The best available estimates of ADHD prevalence are around 5.29% for children and adolescents. Estimates of ADHD prevalence seem to be highly affected by methodological characteristics of the studies.

Keywords: epidemiology; child neuropsychiatry; attention deficit hyperactivity disorder; ADHD.

¹Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

²Departamento de Medicina da Universidade Católica de Goiás

*Contato com o autor principal: pvbazevedo@gmail.com

Azevêdo PMB, Gaixeta LF, Mendes GM

Epidemiologia em neuropsiquiatria na infância e adolescência

O estudo das taxas de ocorrência dos transtornos neuropsiquiátricos na criança e no adolescente em amostras representativas da população geral, bem como dos fatores de risco e de proteção para tais problemas, constituem os objetos de interesse da epidemiologia neuropsiquiátrica infantil^{21,22,24,27,28}. Embora crescentes, as pesquisas nesta área são ainda insuficientes para um completo conhecimento dos problemas neuropsiquiátricos em crianças e adolescentes.

Os estudos epidemiológicos já realizados^{8,9,21,22,31,42} têm demonstrado claramente que os problemas neuropsiquiátricos em crianças e adolescentes são bastante comuns, com repercussões negativas na vida familiar, escolar e social, geralmente persistindo por toda a vida desses indivíduos, uma vez que não são detectados e nem tratados na sua grande maioria^{26,27,28}. Na vida adulta, por extensão, observa-se a presença de transtornos neuropsiquiátricos e uma queda substancial na qualidade de vida geral, com situações tais como desemprego, uso de álcool e drogas, criminalidade e dificuldades na educação dos filhos, fechando-se assim um ciclo vicioso. Tais estudos, portanto, possibilitam evidenciar ao poder público a necessidade de se cuidar da saúde neuropsiquiátrica na infância, tanto profilática quanto curativamente^{21,22,24,27,28}.

A intervenção nos níveis de prevenção e de tratamento pode ser possibilitada com a detecção, respectivamente, dos fatores de risco e de proteção ligados aos transtornos neuropsiquiátricos na infância^{26,27,28}. Dentre os fatores de risco mais pesquisados têm-se o histórico de transtornos neuropsiquiátricos nos pais, características sócio-econômicas, desarmonia intrafamiliar³² e a presença de doenças físicas limitantes em crianças³².

Os estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil têm demonstrado que 90% a 100% das crianças têm pelo menos alguns sintomas de problemas neuropsiquiátricos, com 30% a 50% destas preenchendo critérios diagnósticos, mas apenas 5% a 15% efetivamente apresentando comprometimento funcional em suas vidas, com sofrimento psíquico³².

Outros estudos epidemiológicos indicaram que, durante o curso de um ano, 5% a 15% das crianças entre 9 e 10 anos apresentaram transtornos emocionais ou de comportamento com prejuízo funcional^{21,22,18}.

Na Inglaterra, 10.500 famílias foram entrevistadas,

evidenciando-se 10% de transtornos neuropsiquiátricos na infância³⁴. Na Índia, um país com características culturais diferentes das do Ocidente, um estudo apontou uma taxa de prevalência de 9,4% e a associação dos transtornos com fatores de risco similares à encontrada nos países desenvolvidos³⁴. Um estudo realizado nos anos de 1977 e 1978 (na Colômbia, Índia, Filipinas e Sudão) com a participação de pesquisadores do Brasil e Egito, utilizando apenas questionários de rastreamento, identificou taxas de transtornos neuropsiquiátricos em crianças semelhantes às encontradas nos países desenvolvidos. Essas taxas variaram de 12% a 29% nas diversas áreas estudadas, sendo que as mais elevadas foram identificadas na América do Sul⁸.

Nos países em desenvolvimento tem-se uma escassez de dados precisos sobre a saúde neuropsiquiátrica infantil, o que impede uma adequada estruturação de serviços e estratégias preventivas nesta área³².

No Brasil, especificamente, são poucos os estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil. Um questionário de rastreamento (o QMPI – Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil) desenvolvido na década de 1980, adequado à realidade brasileira, foi aplicado a 829 crianças entre 5 e 14 anos, residentes na cidade de Salvador/BA, região nordeste do Brasil. Num segundo momento, entrevistas clínicas apontaram 15% de transtornos neuropsiquiátricos na população estudada⁹. Outro estudo, com o mesmo QMPI, demonstrou a associação entre problemas neuropsiquiátricos na infância e problemas de transtornos neuropsiquiátricos nas mães, também realizado na cidade de Salvador na Bahia^{8,5,17}.

No Brasil, mais recentemente, tem-se executado estudos epidemiológicos sobre transtornos neuropsiquiátricos, como o de Andrade et al.¹¹, mas estes são eminentemente com populações acima dos 18 anos de idade. A importância destes estudos, mesmo não sendo com relação à população infanto-juvenil, é que reiteradamente confirmam a alta prevalência destes transtornos na comunidade geral, similarmente aos achados de outros países¹¹.

Estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento e de culturas diferentes devem levar em consideração, antes de mais nada, a validade dos conceitos e categorias diagnósticas importadas dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento³².

Após a adequação da metodologia para a pesquisa epidemiológica em neuropsiquiatria infantil no Brasil devemos, lembrando as dimensões continentais que o país possui e, conseqüentemente, toda sua riqueza sócio-cultural, proceder a investigações das taxas de prevalência destes transtornos em crianças e adolescentes. Assim, estaremos documentando a necessidade da estruturação de serviços e de programas de prevenção em neuropsiquiatria infantil no nosso país^{30,37,38}.

No Brasil, Fleitlich-Bilyk^{26,27,28} realizou, duas décadas após o estudo pioneiro de Almeida-Filho⁸, o primeiro estudo epidemiológico sobre a prevalência de transtornos neuropsiquiátricos em uma população de 1251 crianças da cidade de Taubaté, no Estado de São Paulo, Sudeste do Brasil, com bases metodológicas bem definidas. No referido estudo, a autora encontrou uma prevalência total de transtornos neuropsiquiátricos em torno de 5,9% na população urbana afluyente, de 11,4% na população rural e de 13,7% na população urbana pobre. A taxa geral de transtornos neuropsiquiátricos encontrada foi de 12,5%, comparada com a de 9,5% na Grã-Bretanha usando-se instrumentos de medição comparáveis^{27,28}.

É fundamental, ainda, lembrar que existem subgrupos da população infantil (crianças em situação de rua, menores infratores, portadoras de doenças crônicas, índias, etc.) que, por suas peculiaridades do ponto de vista neuropsiquiátrico, merecem uma investigação individualizada²⁶.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Polanczyk e Jensen⁴⁴, em um artigo de revisão sistemática e atualização sobre aspectos epidemiológicos do TDAH, encontraram 71 estudos conduzidos em todos os continentes na última década (1997-2007). Tais estudos mostraram uma ampla variação nas estimativas de prevalência do transtorno, que indicaram desde taxas extremamente baixas de 0,2%²⁵; 0,4%⁴⁰; 0,7%³⁴; e 0,9%^{24,32,38,37,34} até taxas muito elevadas de 17,9%³⁵; 19,8%³⁹; 20,4%³⁰; 22,7%¹²; 23,4%³⁶; e 27%³³.

Estudos nacionais e internacionais, realizados eminentemente com crianças em idade escolar, têm indicado que 5,29%^{45,46} da população infantil, em média, apresentam o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, segundo a classificação norte-americana de transtornos mentais, DSM-IV¹⁰ (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, Quarta

Edição, da Associação Psiquiátrica Americana – APA) ou transtornos hipercinéticos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, na sua décima edição, da Organização Mundial de Saúde^{43,51}. Considerando-se os prejuízos funcionais nos âmbitos familiar, acadêmico, profissional e social, com custos tanto financeiros quanto emocionais para os portadores e suas famílias, pode-se deduzir que se trata de um transtorno neuropsiquiátrico com enorme impacto negativo na sociedade. Além do mais, através dos estudos epidemiológicos tem-se observado um risco aumentado destas crianças e adolescentes apresentarem outros transtornos neuropsiquiátricos, tanto no presente quanto na vida adulta^{15,16}.

O quadro clínico apresenta a tríade sintomatológica clássica da síndrome caracterizada por desatenção, hiperatividade e impulsividade. A desatenção pode ser identificada pelos seguintes sintomas: dificuldade de prestar atenção a detalhes ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho; dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; não seguir instruções e não terminar tarefas escolares, domésticas ou deveres profissionais; dificuldade em organizar tarefas e atividades; evitar, ou relutar, em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante; perder coisas necessárias para tarefas ou atividades; ser facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa e apresentar esquecimentos em atividades diárias. A hiperatividade se caracteriza pela presença freqüente dos seguintes aspectos: agitar as mãos ou os pés ou se mexer na cadeira; abandonar sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado; correr ou escalar em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado; pela dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer; estar freqüentemente 'a mil' ou muitas vezes agir como se estivesse 'a todo vapor'; e falar em demasia. Os sintomas de impulsividade são: freqüentemente dar respostas precipitadas antes das perguntas terem sido concluídas; com freqüência ter dificuldade em esperar a sua vez; e freqüentemente interromper ou se meter e

O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico, exigindo-se que pelo menos seis dos sintomas de desatenção e/ou seis dos sintomas de hiperatividade/impulsividade descritos acima estejam presentes freqüentemente na vida da criança; que tais sintomas persistam ao longo do tempo e em pelo menos dois

Azevêdo PMB, Gaieta IF, Mendes GM

ambientes diferentes, tais como a escola e a casa da criança; que o prejuízo funcional na vida da criança seja significativo; e que tal problema tenha se iniciado antes dos sete anos de idade. Em pesquisa realizada no Brasil encontrou-se indicativos da adequação dos critérios propostos pelo DSM-IV¹⁰, reforçando-se a aplicabilidade dos mesmos na nossa cultura⁴⁵.

Segundo o DSM-IV¹⁰ o TDAH é subdividido em três tipos: a) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção, mais freqüente no sexo feminino e com maior taxa de prejuízo acadêmico; b) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, mais freqüente no sexo masculino e levando seus portadores a serem mais agressivos e com altas taxas de impopularidade e rejeição entre os colegas; e c) TDAH combinado, no qual sintomas de oposição e desafio, e de conduta ocorrem comumente, bem como um prejuízo no funcionamento global muito maior do que nos dois tipos anteriores⁴⁹.

Dentre os problemas comórbidos com o TDAH, tem-se observado: 30% a 50% com transtorno de oposição e desafio, e transtorno de conduta (os chamados transtornos de comportamento disruptivo)^{15,16}; depressão (15% a 20%); transtornos de ansiedade (25%); transtornos da aprendizagem (10% a 25%)^{15,16}. No Brasil Rodhe et al.⁵⁰ encontraram uma taxa de comorbidade de 47,8% com transtornos disruptivos em adolescentes com o TDAH. Vários estudos têm demonstrado uma alta taxa de comorbidade entre o TDAH e o abuso ou dependência de drogas na adolescência e, principalmente, na idade adulta (9% a 40%), mas discute-se se, na verdade, o fator de risco não seria o TDAH em si, mas sim a comorbidade com transtornos de conduta⁴⁹.

Tabela 1. Algumas estimativas de prevalência do TDAH em diferentes países do mundo.

- EUA – 2,6% (Angold et al., 2002)
- EUA – 11,8% (Bussing et al., 2002)
- Finlândia – 7,1% (Almqvist et al., 1999)
- Porto Rico – 3,7% (Camino et al., 2004)
- Colômbia – 16,1% (Pineda et al., 1999)
- África do Sul – 19,2% (Meyer et al., 2004)
- Canadá – 4,0% (Breton et al., 1999)

Tabela 2. Prevalências estimadas do TDAH encontradas em diferentes estudos realizados no Brasil.

- Fleitlich-Báyk e Goodman (2004) † 1,8%
- Rodhe et al. (1999) † 5,8%
- Fontana et al. (2007) † 13%
- Guardiola et al. (2000) † 17,9%
- Vasconcelos et al. (2003) † 26,8%

Instrumentos de pesquisa do TDAH

Geralmente são usadas escalas de comportamento na detecção do transtorno, com valiosas informações sendo adquiridas²³. Existem inúmeros instrumentos utilizados pelo mundo afora para detectar o TDAH. Assim, mencionam-se Conners' Parent and Teacher Rating Scales – CRS-R¹⁹; Conners/Wells' Adolescent Self-Report of Symptoms – CASS¹⁹; ADHD-IV Rating Scale⁴⁷; SNAP-IV⁵⁷; Assessment of Hyperactivity and Attention – AHA⁴¹; Attention Deficits Disorders Evaluation Scale – ADDES³⁹; a Brown ADD scales¹⁸; The Wender Utah Rating Scale – WURS⁵⁴; a ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale⁵⁴; a Attention Problem scale of the Child Behavior Checklist – Parent and Teacher versions^{1,2,3,4,5,6,7,13,14,35}.

Conforme o objetivo: maior ou menor amplitude de detecção do transtorno (sintomatologia mais ampla ou específica do TDAH), o tipo de respondente ou informante que se deseja (pais, professores ou o adolescente e a criança), o estágio de desenvolvimento (crianças, adolescentes ou adultos), e o propósito (rastreamento, diagnóstico, monitoração do tratamento, etc.), pode-se optar por um ou outro dentre os vários instrumentos disponíveis³⁷.

Referências

1. Achenbach TM, Rescorla LA. Mental Health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (4th Ed.) Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families; 2004.
2. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991a.
3. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist Teacher Report Form. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991b.
4. Achenbach TM, Dumenci L. Advances in empirically based assessment: Revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSRs, and TRF: Comment on Lengua, Sandowski, Friedrich, and Fisher.

Estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil com ênfase no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

- Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001; 69(4):699-702.
5. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
 6. Achenbach TM, McConaughy SH. School-based practitioner's guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (4a. ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2004.
 7. Achenbach TM, Pecora PJ, Wetherbee KM. Child and family service workers' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) (3a. ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2003.
 8. Almeida-Filho N. Development and assessment of the QMPE: a Brazilian children's behaviour questionnaire for completion by parents. *Soc Psychiatry* 1981; 16:205-12.
 9. Almeida-Filho N. Family variables and child mental disorders in a Third World urban area (Bahia, Brazil). *Soc Psychiatry* (1984); 19:23-30.
 10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
 11. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 Jul;37(7): 316-25.
 12. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *J Atten Disord.* 2006; 9(4):642-7.
 13. Biederman J, Faraone SV, Doyle A, Lehman BK, Kraus I, Ferrin J, et al. Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview-based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1993;34,1241-1251.
 14. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Moore P, Lelon E. Child behavior checklist findings further support comorbidity between ADHD and major depression in a referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996; 35,734-742.
 15. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 36 (10 Suppl):85S-121S.
 16. Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148(5):564-77.
 17. Brito GN, Pinto RC, Lins MF. A behavioral assessment scale for attention deficit disorder in Brazilian children base don DSM-III-R criteria. *J Abnorm Child Psychol* 1995;4:509-21.
 18. Brown T. Brown Attention Deficit Disorder Scales. San Antonio: The Psychological Corporation; 1995.
 19. Conners CK. Conners' Rating Scales Revised (CRS-R). Toronto, Canada: Multi-Health Systems; 2000.
 20. Cornejo JW, Osio O, Sanchez Y, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colombia children and teenagers. *Rev Neurol* 2005;40(12):716-22.
 21. Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:836-41.
 22. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44(10):972-86.
 23. Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36(Suppl.), 85S-121S.
 24. Eapen V, Jakka ME, Abou-Saleh MI. Children with psychiatric disorders: the Al Ain Community Psychiatric Survey. *Can J Psychiatry* 2003;48(6):402-7.
 25. Essau CA, Groen G, Conradt J, et al. Frequency, comorbidity and psychosocial correlates of attention-deficit/hyperactivity disorder. Results of a Bremen adolescent study. *Fortschr Neurol Psychiatr* 1999;67(7):296-305.
 26. Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. *Rev ABP-APAL*. 2000; 22(Supl II):2-6.
 27. Fleitlich-Bilyk BW. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the South East of Brazil. London. 261p. Tese (PhD) – Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry Kings College London, University of London; 2002.
 28. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Adolesc Psychiatry*. 2004; 43(6):727-34.
 29. Fontana RS, Vasconcelos VM, Werner JJr, et al. ADHD prevalence in four Brazilian public schools. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(1):134-7.
 30. Gadow KD, Nolan EE, Litcher L, et al. Comparison of attention-deficit/hyperactivity disorder symptom subtypes in Ukrainian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39(12):1520-7.
 31. Giel R, Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HHA, Ladriceo-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatr* 1981; 68: 677-83.
 32. Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, 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*. 2005;40(1):11-7.
 33. Guardiola A, Fuchs FD, Rotta NT. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2B):401-7.
 34. Hackett R, Hackett I, Bhakta P, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(5):801-7.

Azevêdo PVB, Caxeta LF, Mendes GM

35. Jellinek M, Little M, Murphy JM, Pagano M. The Pediatric Symptom Checklist: Support for a role in a managed care environment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1995; 149: 740-746.
36. Kurlan R, Como PG, Miller B, et al. The behavioral spectrum of tic disorders: a community-based study. *Neurology* 2002;59(3):414-20.
37. Lampert TL, Polanczyk G, Tramontina S, Mardini V, Rohde LA. Diagnostic performance of the CBCL-Attention Problem Scale as a screening measure in a sample of Brazilian children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2004; 8(2):63-71.
38. Malhotra S, Kohli A, Arun P. Prevalence of psychiatric disorders in school children in Chandigarh, India. *Indian J Med Res* 2002;116:21-8.
39. McCamey SR. *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale-Home Version*. Columbia: Harcourt Educational Services; 1989.
40. McKelvey RS, Sang DI, Baldassar J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among Vietnamese children and adolescents. *Med J Aust* 2002;177(8):413-7.
41. Mchringer AM, Downey KK, Schuh LM, Pomerleau CS, Snedecor SM, Schubiner H. The Assessment of Hyperactivity and Attention (AHA): Development and preliminary validation of a brief self-assessment of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders* 2002; 5, 223-231.
42. Meltzer G, Gatward R, Goodman R, Ford T. *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: Office for National Statistics, Government of Statistical Services, The Stationary Office; 2000.
43. Organização Mundial de Saúde. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.
44. Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008; 17(2):245-60, vii.
45. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Meta-regression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6):942-8.
46. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(4):386-92.
47. Reid R, Dupaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Rogers-Adkinson D, Noll MB, et al. Assessing culturally different students for attention deficit hyperactivity disorder using behavior rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998; 26, 187-198.
48. Roberts RF, Attkisson CC, Roscblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998;155:715-25.
49. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatria* 2000;22(Supl 1):7-11.
50. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38(6): 716-22.
51. Rohde LA, Busnello EA, Chachamovich F, Vieira GM, Pinzon V, Ketzler CR. Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Rev ABP-APAL* 1998; 20(4):166-78.
52. Rutter M, Tizard J, Whitmore K. *Education, health and behaviour: psychological and medical study of childhood development*. London: Longman Group; 1970.
53. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP, Arnold LE, Conners CK, Abiloff HR, et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2001; 40, 168-179.
54. Ullman RK, Slesator EK, Sprague RL. *ADD-H: Comprehensive Teacher's Rating Scale. 2nd Edition (ACTeRS)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
55. Vasconcelos MM, Werner J Jr, Malheiros AF, et al. Attention deficit/hyperactivity disorders prevalence in an inner city elementary school. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(1):67-73.
56. Wender PH. *Attention-Deficit Disorder in Adults*. New York: Oxford University Press; 1995.
57. West P, Sweeting H, Der G, et al. Voice-DISC identified DSM-IV disorders among 15-year-olds in the west of Scotland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42(8):941-9.
58. Yoo HJ, Cho SC, Kim BN, et al. Psychiatric morbidity of second and third grade primary school children in Korea. *Child Psychiatry Hum Dev* 2005;36(2):215-25.

8.5.4 – Artigo 4 (em via de submissão)

The prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) symptoms and comorbidities in isolated indigenous children and adolescents living in tribes in the Brazilian Amazon Basin

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, M.D., PhD.¹

Leonardo Ferreira Caixeta, M.D., PhD.²

Daniela Londe Rabelo Taveira, M.D.¹

Cláudio Henrique Ribeiro Reimer, M.D.¹

Margareth Rocha Peixoto Giglio, M.D., PhD.³

Maria Conceição do Rosário, M.D., PhD.⁴

¹ Professor of Psychiatry of the School of Medicine of the Catholic Pontifical University of Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, Goiás, Brazil.

² Professor of Medicine of the Federal University of Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brazil.

³ Professor of the School of Medicine of the Catholic Pontifical University of Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, Goiás, Brazil.

⁴ Professor of Psychiatry of the Federal University of São Paulo (UNIFESP), São Paulo, São Paulo, Brazil.

Abstract

Background: There is no study about the prevalence of ADHD symptoms among isolated indigenous peoples living in tribes in order to investigate the biological versus cultural affiliation of ADHD constructs. **Objective:** Assess the existence and estimated prevalence of ADHD symptoms among the isolated indigenous populations. **Methods:** A sample of 144 subjects of a total population of 350 children and adolescents of *Karajá* ethnic group was collected. The sample was randomly collected and stratified according to the age bands and gender. Both the CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist for ages 6 to 18) and the TRF (Teacher's Report Form for ages 6 to 18) were used as instruments of epidemiological tracking of behavioral and emotional problems. **Results:** A prevalence of 10.4% (95% CI 6.6-14.2) when the respondents are either the parents or the guardians and 2.8% (95% CI 0.7-4.8) when the

respondents are the teachers were found. Thirty subjects had ADHD symptoms and comorbidities were 86.7% (95% CI 74.5-98.8) for conduct disorders, 86.7% (95% CI 74.5-98.8) for oppositional defiant disorders, 83.3% (95% CI 70.0-96.7) for anxiety disorders and 60% (95% CI 42.5-77.5) for affective disorders. **Conclusion:** ADHD symptoms exist in a population so culturally diverse from that of the east white and have a high prevalence rate and the comorbidities routinely found in all populations of children from a number of diverse cultures around the globe. Our findings support the idea that ADHD is not a cultural construct.

Keywords: cross-cultural psychiatry, attention deficit/hyperactivity disorder, indigenous, child, adolescent

Introduction

Inaccurate beliefs about the validity of ADHD hinder the clinical care of many ADHD patients and lead to confusion about the need to seek out or accept treatment.(1) In addition, the debate whether the disorder is best conceptualized as a cultural construct or a more stable construct with strong neurobiological correlates continues in the medical literature.(2-4)

As well established, cultural aspects can influence psychiatric diagnosis by several ways, for example defining and creating specific sources of distress and impairment, or determining the way people interpret and value the symptoms.(5-7) These aspects seem to be even more important for the majority of child mental health disorders in which the quality of the environment is crucial in shaping the expression of the biological vulnerability to the disorder.(8-10) Moreover, consideration of cultural aspects may provide a more thorough characterization of experiencing a mental disorder and its treatment, with potential benefits in improving provision of care.

The clinical constructs of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) have been described in several cultures worldwide.(11, 12) Yet this symptomatic presentation still remains to be assessed in remote population groups, like indigenous people.(13, 14) The *Karajá* indigenous group account for a rare part of natives who still live in isolated settlements in remote regions of the Brazilian Amazon Basin.(13) Our hypothesis is that similar data to those found in different cultures will emerge when similar methodology is applied. If this were the

case, the cross-culture or external validity of ADHD would be higher, not supporting the notion of a disorder with a cultural construct.

Methods

This study aims to assess the prevalence of ADHD symptoms and its comorbidities in indigenous children and adolescents of the *Karajá* ethnic group from the Brazilian Amazon basin.(13) They live in the world's largest river island (*Bananal* Island) in central-west Brazil (Figure 1). Total population is more or less 2,800 people and the group we studied is accounted by 350 individuals. A sample of 144 subjects was collected among isolated settlement-dwelling indigenous children aged 7 – 14 years old. The sample was randomly collected and stratified according to the age bands and gender, proportionally to the size of each participating settlements. All of the four major tribes of this ethnic group were included in the study.

The chosen instruments were the Achenbach Screening Empirical Based Assessment (ASEBA),(15) specifically the Child Behavior Check-List for ages 6 to 18 (CBCL/6-18) and the Teacher Report Form for ages 6 to 18 (TRF/6-18). The Attention Problems scale assesses a hyperactivity and inattention dimension of child behavior. Studies show the association between the Attention Problems scale and the diagnoses of ADHD.(16-18) With the purpose of making the questionnaires more culturally sensitive, minor changes regarding the inclusion of native key words from the *Karajá* language were made. However, the overall meaning of the questions was not affected.

The collected clinical data were analyzed through SPSS 18.0 (Statistic Package for Social Science 18.0), in which the descriptive information of the investigated sample was extracted and tabled. The information collected with CBCL and TRF was initially isolated and then grouped. The prevalence of ADHD symptoms was estimated by dividing the cases according to the possible inventories: normal, borderline and clinical. For the comparisons across sex, age and schooling, both intra- and inter-respondents (parents/surrogates and teachers), an option was made towards the use of the analysis in two categories only: normal and altered (the latter being the addition of both the borderline and the clinical cases). From the statistical point of view, it was used in the comparisons the chi-square (χ^2) with Yates corrections and Fisher's Exact Test when the samples to be analyzed were very small. We

calculated the p value by these equations to check the level of statistical significance between the findings, and we have established significant if $p < 0.05$.

The research was approved by the Ethics committee of the Federal University of Goiás (UFG) and by the Brazilian Foundation for the Protection of Indigenous Populations (FUNAI). Written informed consent was obtained before each interview.

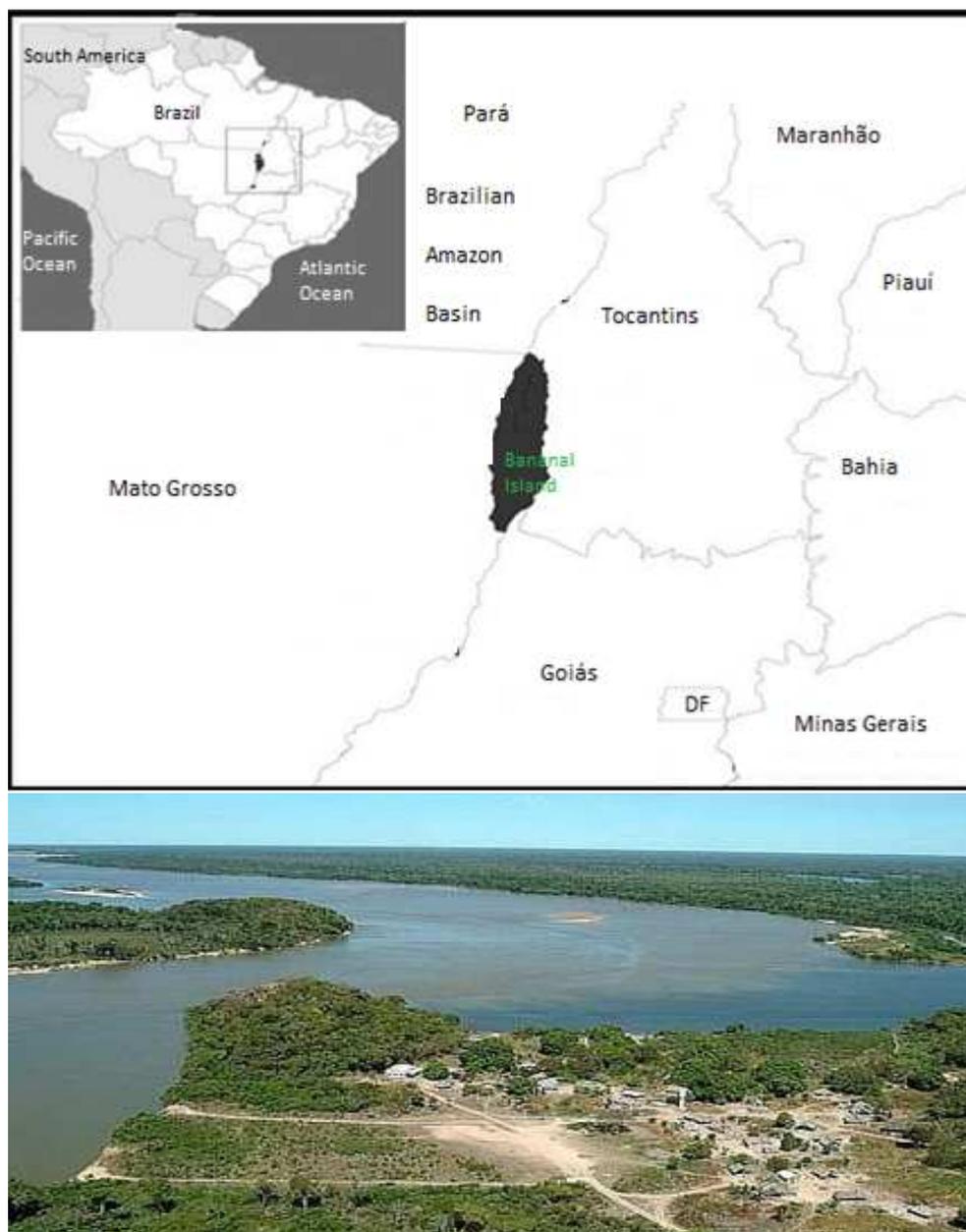


Figure 1 – *Bananal* Island, the world’s largest river island, where the *Karajá* live.

Source: *Instituto Socioambiental do Brasil* (Socioenvironmental Institute of Brazil), 2009.

Results

The ASEBA screening questionnaires were applied to a total of 155 subjects (children and adolescents), of which 154 respondents were parents or surrogates and 145 were teachers. As the sample under study comprised 175 subjects, but two only were replied by the two common sources to 144 subjects, there was a sample loss of 17.7%. The answer rate was

then 82.3%. The distribution according to the gender of the child/adolescent, pooled age band (from 7 to 10 years of age and from 11 to 14 years of age), schooling (with bands comprising until 4th grade and from 5th grade to 8th grade of junior high school) can be found below (Table 1).

Table 1 – General characteristics of the collected sample (N = 144) of indigenous children and adolescents pertaining to the *Karajá* ethnicity according to gender (male or female), age band (7 to 10 years of age or 11 to 14 years of age) and schooling (until 4th grade or from 5th to 8th grade).

Factor	N	%
Gender		
Female	67	46.5
Male	77	53.5
Total	144	100.0
Age		
7 to 10	74	51.4
11 to 14	70	48.6
Total	144	100.0
Schooling		
Until 4 th grade	41	28.5
5 th to 8 th grade	103	71.5
Total	144	100.0

A sample loss of 17.7% (n = 31) constituted mainly of the subjects who had recently become school dropouts as well as the migration between the settlements, a fairly common situation among the *Karajá*. Most of those who were not found were due to the latter reason.

A 10.4% (95% CI 6.6-14.2) estimated prevalence of the symptoms of ADHD among indigenous children and adolescents of the *Karajá* ethnicity was found when respondents were

parents or surrogates. When investigated through teachers, the estimated prevalence found was of 2.8% (95% CI 0.7-4.8) (Table 2).

Table 2 – Estimated prevalence of ADHD symptoms found in the sample (N = 144), when investigated through parents and caregivers (CBCL) and through teachers (TRF) in the *Karajá* children and adolescents aged between 7 and 14 years old. Listed below are the percentages of positive screening cases for the disorder (Clinical) as well as borderline cases and normal cases (Non-clinical).

ADHD	n	% (95% CI)
CBCL		
Non-clinical	124	86.1 (81.8-90.5)
Borderline	5	3.5 (1.2-5.8)
<i>Clinical</i>	15	10.4* (6.6-14.2)
TRF		
Non-clinical	127	88.2 (84.1-92.2)
Borderline	13	9.0 (5.4-12.6)
<i>Clinical</i>	4	2.8* (0.7-4.8)

CBCL – Child Behavior Checklist for ages 6 to 18

TRF – Teacher Report Form for ages 6 to 18

*ADHD positive screening cases.

Table 3 - Table 3 – Comparisons across the estimated prevalence of ADHD symptoms found through CBCL (parents or surrogates) and through TRF (teachers), individually made and grouped (CBCL/TRF), according to gender, age band (7 to 10 or 11 to 14 years of age) and schooling (until 4th grade or from 5th to 8th grade).

Factor	CBCL/TRF				CBCL				TRF			
	n	%	95% CI	p	n	%	95% CI	P	n	%	95% CI	P
Gender												
Female	14	20.9	12.1-29.7	0.986	11	16.4	8.4-24.4	0.413	5	7.5	1.8-13.2	0.123
Male	16	20.8	12.8-28.8		9	11.7	5.4-18.0		12	15.6	8.4-22.8	
Age (years)												
7 to 10	21	28.4	19.3-37.5	0.022*	12	16.2	8.7-23.7	0.406	14	18.9	11.0-26.8	0.007*
11 to 14	9	11.4	4.7-18.1		8	11.4	4.7-18.1		3	4.3	0.1-8.5	
Schooling (grade)												
Until 4th	16	39.0	25.0-53.0	0.001 [†]	8	19.5	8.1-30.9	0.218	12	29.3	16.2-42.4	<0.001 [†]
5th to 8th	14	13.6	8.0-19.2		12	11.7	6.5-16.9		5	4.9	1.4-8.4	

*p<0.05; [†]p<0.001

As seen in Table 3, no statistically significant differences were found among the estimated prevalence of ADHD symptoms with regard to gender, age and schooling when the data were collected through the use of the CBCL. When the instrument used was the TRF, a significant difference was observed between the age bands ($p = 0.007$) and schooling ($p < 0.001$). The same occurred when the two screening instruments (CBCL and TRF) were used together (with $p = 0.022$ and 0.001 , respectively).

Figure 2 below shows the results found regarding the presence of ADHD comorbidities. The analyzed data, obtained from the combination of the two screening instruments (CBCL/TRF), indicate that the individuals with positive screening for ADHD showed higher comorbidities rates ($p < 0.001$) with Affective Disorder, Anxiety Disorder, Defiant Oppositional Disorder and Conduct Disorder symptoms than the normal individuals.

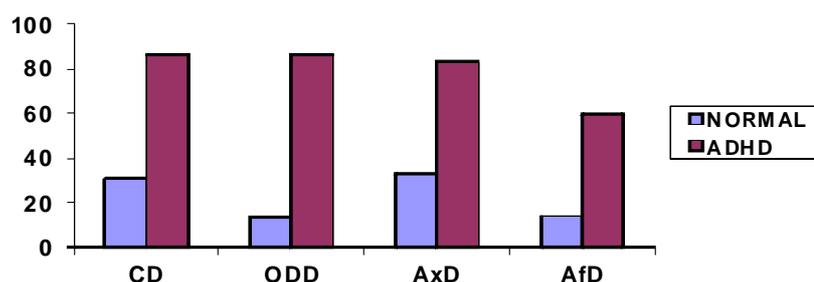


Figure 2 – Estimated prevalence of comorbid disorders in ADHD, according to pooled data collected from parents or surrogates (CBCL) and teachers (TRF) of children and adolescents of the *Karajá* ethnicity. In purple are the estimated prevalence when the child has ADHD symptoms; the estimated prevalence of the same disorders in those who do not have ADHD symptoms (NORMAL) are shown in violet. Statistical significant differences were found in all situations ($p < 0.001$).

ODD – Oppositional Defiant Disorder' symptoms

CD – Conduct Disorder' symptoms

AxD – Anxiety Disorders' symptoms

AfD – Affective Disorders' symptoms

The comparison of the concordance level between respondents (CBCL and TRF), regarding the estimated prevalence of ADHD symptoms in indigenous children and adolescents of the *Karajá* ethnicity, using *Kappa* index (κ) indicated low concordance ($\kappa = 0.287$), with $p < 0.001$.

From 30 individuals with symptoms suggestive of the presence of ADHD 53.3% ($n = 16$) were boys and 46.7% ($n = 14$) were girls; 70.0% ($n = 21$) were 7-10 year-olds and 30.0% ($n = 9$) were 11-14 year-olds; 53.3% ($n = 16$) were until 4th grade, and 46.7% ($n = 14$) were 5th to 8th grade.

The DSM-IV questions related to the indication of the presence of ADHD are the same both in the CBCL and the TRF. If these questions only are extracted from the inventories, a statistically significant difference is found only regarding the items “is restless, can't sit still” between the genders when answered by teachers (girls: $n = 4 / 28.6\%$ versus boys: $n = 14 / 87.5\%$; $p = 0.029$); and “fails to finish things he/she starts” between the age bands when answered by parents or guardians (7-10 years old: $n = 12 / 57.1\%$ versus 11-14 years old: $n = 9 / 100\%$, $p = 0.029$). Taking into account the numbering (in the CBCL and in the TRF), we have: 4 = ‘fails to finish things he/she starts’; 8 = ‘can't concentrate, can't pay attention for long’; ‘is

restless, can't sit still'; 41 = 'impulsive, acts without thinking'; 78 = 'inattentive, easily distracted'; 93 = 'talks too much'; and 104 = 'unusually loud'.

Discussion

This is the first study of the prevalence of the symptoms of ADHD in indigenous children in Brazil, and one of the few on the subject (in an indigenous population) undertaken worldwide.(14) The presence of ADHD symptoms was ascertained in the population of children and adolescents between the ages of 7 and 14 years old of the *Karajá* indigenous ethnicity (one of the 230 existing indigenous ethnicities in Brazil). Such finding compels us to a reflection on the well known, broadly discussed but not yet conclusive issue between the biological influences (constitutional factors) *versus* environmental influences (Nature *vs.* Nurture). As can be seen from this study, although these children and adolescents are settlement dwellers who live on a remote island, they, similar to non-indigenous populations, also present signs and symptoms of ADHD.

Critics claim that ADHD, rather than being a disorder, is a diagnosis used to label an extreme of normal variation(19) caused by normal childhood energy, boring classrooms and ineffective teaching practices, or overstressed parents and teachers.(20-22) Others claim that ADHD, far from having a biological basis, is caused by placing high demands on children and families to perform well in highly competitive environments.(23, 24) The Indigenous environment in the *Karajá* settings, however, does not fulfill these descriptions. Theirs is a stress-free way of life and their egalitarian society is characterized by great intimacy, sharing and equality. Social life is organized around the collective sharing of food and other needed items. Social partners equally disengaged from property relate to one another in a way which creates neither competition nor dependency. Such non-reciprocal relations produces a sense of collectivity in which givers never become creditors, nor do receivers become debtors. Any binding relationship of domination or dependence is evaded.(25)

The divergence found among respondents (parents/surrogates and teachers) is the same commonly found in studies with several cultures.(12, 15, 26) In this study, a low *kappa* concordance index was found ($\kappa = 0,287$). What this study brings as new and interesting is that

in other cultures, when ADHD is investigated, teachers are traditionally the ones who indicate an estimated prevalence rate that is higher than that given by parents and caregivers, knowingly due to the lower tolerance of the former in relation to the latter when it comes to disruptive behaviors,(27) as is the case with ADHD and its comorbidities with such other disruptive behavior disorders as oppositional defiant disorder and conduct disorder. In this study, a statistically significant difference ($p < 0.001$) was found among the respondents, but with a higher prevalence estimate when the parents were interviewed (10.4% vs. 2.8%).

The higher prevalence of the symptoms of ADHD when the parents were the respondents to the detriment of the assessment performed by the teachers differs from what is commonly found in most similar studies. Perhaps such difference owes to a memory bias on the teachers' part once the children who presented the symptoms of the disorder had often already quit school. In this way, the teachers would probably not have a full recollection of these children's behaviors, which minimized the presence of symptoms in this group. Another probable reason for a diminished perception by the teachers (all from the *Karajá* ethnicity) as far as the presence of ADHD symptoms is concerned might be understandable if cultural aspects are taken into account. The *Karajá* culture finds it natural and tolerates children rising from their seats and walking around the classroom during a lesson. Only in situations when children left the classroom and did not return did the teachers demonstrate concern.

Still, what explains the fact that the highest estimated prevalence was found when the children's and adolescents' parents or surrogates, not the teachers, were interviewed? It should be considered that the parents of the indigenous children and adolescents are probably better at detecting the symptoms of ADHD (positive screening cases) because when their offspring drop out of school, they spend most of their time under the care and supervision of family members, and not the contrary, a situation which is commonly found in the non-indigenous Brazilian culture. In other words, the problem is more easily detected if the parents and caregivers of the indigenous *Karajá* children and adolescents have more time to observe them. Among non-indigenous, however, especially owing to the fact that Brazilian policies prohibit minors from leaving school (a practice which the government does not demand from indigenous populations), the teachers end up having a larger amount of time which is enough to detect those likely to have the problem.

Hyperactivity is well tolerated in indigenous children and adolescents, who do not have to stay at school. However, the difficulty to keep on their daily tasks is something which bears direct implications in this population's cultural values. Thus, if on the one hand, teachers do not show any concern or even remember the children who quit school, on the other hand, their families, whose contact with them takes place on a daily basis, perceive the problem and worry about their failure to perform their duties in the settlement. This might be one of the main reasons why the rate of ADHD symptoms is higher when the respondents are the parents or surrogates rather than the teachers.

In order to add weight to this consideration, it suffices to seek the results obtained regarding the ADHD symptomatology compatible with its diagnosis through DSM-IV.(28) In this way, it is observed that while the symptom "agitation" was, from a statistical point of view, significantly more marked in males than in females as observed by teachers, with $p = 0.002$ (28.6% ♀ vs. 87.5% ♂), parents and caregivers indicated "unable to finish the things they start" as the most prevalent symptom among adolescents (11 to 14 years of age) to the detriment of smaller children (7 to 10 years of age), with $p = 0.029$. Therefore, if the child is small and agitated, this is quite comprehensible and well tolerated in the *Karajá* culture, something which is, when extrapolated, pointed out even by the teachers, according to the results in Table 3.

As far as the symptom "unable to finish the things they start" is concerned, which is observed by parents and caregivers and presents a statistical difference significantly higher among adolescents, it is demonstrated how worrying and noticeable the inability to perform their duties becomes for the *Karajá* society. Here, among adolescents (11 to 14 years of age), the abilities which are hindered by ADHD become evident and start to be much more demanded. Although these adolescents are not attending school, such inadequacy is perceived in their community by their families.

An issue is raised regarding the greater ADHD rates when comparing our data with those of other Brazilian non-indigenous studies.(27, 29, 30) First of all, the methodology chosen in our research (ASEBA) can be too sensitive to indigenous samples. Secondly, the greater prevalence might hypothetically be associated with consanguineous marriages, a very common behavior in this small ethnic group. Third, because the *Karajá* particular environment and way of life create only low demands to some frontal executive functions. For example, they are based

on an 'economy of procurement' (distinguishable from both foraging and production) based on disinvestment from future-oriented actions or lack of concern with storage and minimal amount of material property.

Conclusions

Attention-deficit/hyperactivity disorder is a psychiatric syndrome of high prevalence in indigenous children and adolescents of the *Karajá* ethnicity. The disorder presents a high rate of comorbidities, especially, but not limiting to, other disruptive behavior disorders (conduct disorder and oppositional defiant disorder), in addition to affective and anxiety disorders.

The validity of a diagnosis emerges from the converging evidence provided by many studies that examine the disorder from different perspectives, including the cultural one. According to this perspective, a disease with a strong biological basis should be present in any culture, irrespective of its idiosyncrasy. Our data support the idea that ADHD is a valid diagnostic category, since it occurs even in remote societies in the Amazon Forest, isolated from the paradigms and customs of the modern societies, but with prevalence rates similar to those of the latter society.

References:

1. Faraone SV. The scientific foundation for understanding attention-deficit/hyperactivity disorder as a valid psychiatric disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14(1):1-10. Epub 2005/03/10.
 2. Anderson JC. Is childhood hyperactivity the product of western culture? *Lancet*. 1996;348(9020):73-4. Epub 1996/07/13.
 3. Timimi S, Taylor E. ADHD is best understood as a cultural construct. *Br J Psychiatry*. 2004;184:8-9. Epub 2004/01/02.
 4. Ali O. Childhood hyperactivity. *Lancet*. 1996;348(9031):895-6. Epub 1996/09/28.
 5. Mezzich JE. Cultural formulation and comprehensive diagnosis. Clinical and research perspectives. *The Psychiatric clinics of North America*. 1995;18(3):649-57. Epub 1995/09/01.
-

6. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology*. 2002;35(2-3):72-5. Epub 2002/07/30.
 7. Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villasenor-Bayardo SJ, Rojas-Malpica C. The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. *The Psychiatric clinics of North America*. 2001;24(3):433-46. Epub 2001/10/12.
 8. Rohde LA, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Culture: Do Research and Clinical Findings Support the Notion of a Cultural Construct for the Disorder? *Biological Psychiatry*. 2005;57(11):1436-41.
 9. Langley K, Holmans PA, van den Bree MB, Thapar A. Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample. *BMC psychiatry*. 2007;7:26. Epub 2007/06/23.
 10. Brookes KJ, Neale B, Xu X, Thapar A, Gill M, Langley K, et al. Differential dopamine receptor D4 allele association with ADHD dependent of proband season of birth. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2008;147B(1):94-9. Epub 2007/05/26.
 11. Bauermeister JJ, Canino G, Polanczyk G, Rohde LA. ADHD across cultures: is there evidence for a bidimensional organization of symptoms? *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2010;39(3):362-72. Epub 2010/04/27.
 12. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):942-8. Epub 2007/06/02.
 13. Azevedo PV, Caixeta L, Andrade LH, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2010;68(4):541-4. Epub 2010/08/24.
 14. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *J Atten Disord*. 2006;9(4):642-7. Epub 2006/05/02.
 15. Achenbach TM. Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. *Transcult Psychiatry*. 2010;47(5):707-26. Epub 2010/11/20.
-

16. Chen WJ, Faraone SV, Biederman J, Tsuang MT. Diagnostic Accuracy of the Child Behavior Checklist Scales for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Receiver-Operating Characteristic Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1994;62(5):1017-25.
 17. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;44(10):972-86. Epub 2005/09/22.
 18. Edelbrock C, Costello AJ. Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of abnormal child psychology*. 1988;16(2):219-31. Epub 1988/04/01.
 19. Baughman FA, Jr. Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2001;107(5):1239. Epub 2001/06/05.
 20. Breggin PR. MTA Study has flaws. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(12):1184; author reply 5-7. Epub 2001/12/26.
 21. Breggin PR. Questioning the treatment for ADHD. *Science*. 2001;291(5504):595. Epub 2001/03/07.
 22. McCubbin M, Cohen D. Empirical, ethical, and political perspectives on the use of methylphenidate. *Ethical Hum Sci Serv*. 1999;1(1):81-101. Epub 2004/07/29.
 23. Diller LH. Attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 1999;340(22):1766; author reply 7. Epub 1999/06/05.
 24. Diller L. ADHD in the college student: is anyone else worried? *J Atten Disord*. 2010;14(1):3-6. Epub 2010/06/26.
 25. Lipkind W. *The Caraja*. Washington 1948. 179-91 p.
 26. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(4):386-92. Epub 2007/06/07.
 27. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, et al. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):716-22. Epub 1999/06/11.
 28. APA. American Psychiatry Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatry Association; 1994.
-

29. Souza I, Pinheiro MA, Denardin D, Mattos P, Rohde LA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbidity in Brazil: comparisons between two referred samples. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13(4):243-8. Epub 2004/09/15.
 30. Rohde LA, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biol Psychiatry*. 2005;57(11):1436-41. Epub 2005/06/14.
-

8.5.5 – Artigo 5 (em via de submissão)

Prevalence of mental health problems among indigenous children and adolescents

Karajá from Brazilian Amazon Basin

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, M.D., PhD.¹

Leonardo Ferreira Caixeta, M.D., PhD.²

Daniela Londe Rabelo Taveira, M.D.¹

Cláudio Henrique Ribeiro Reimer, M.D.¹

Margareth Rocha Peixoto Giglio, M.D., PhD.³

Maria Conceição do Rosário, M.D., PhD.⁴

¹ Professor of Psychiatry of the School of Medicine of the Catholic Pontifical University of Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, Goiás, Brazil.

² Professor of Medicine of the Federal University of Goiás (UFG), Goiânia, Goiás, Brazil.

³ Professor of the School of Medicine of the Catholic Pontifical University of Goiás (PUC-Goiás), Goiânia, Goiás, Brazil.

⁴ Professor of Psychiatry of the Federal University of São Paulo (UNIFESP), São Paulo, São Paulo, Brazil.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of mental health problems in children and adolescents from indigenous people living in isolated tribes in the Brazilian Amazon Basin. **Method:** Cross-sectional study. **Participants:** sample of 192 subjects ranging from 7-14 year-olds children and adolescents (attrition rate: 12.3%). **Measurement:** clinical mental health problems in children and adolescents using the Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18) and Teacher Report Form for ages 6-18 (TRF/6-18). **Results:** Prevalence of mental health problems (Total problems) in children and adolescents: 34.38% from CBCL and 23.44% from TRF ($p < 0.00$). Differences were found between genders, similarly worldwide but not exactly in all the same way, with males been more anxious/depressed than females. Children and adolescents studying in classes from 5th to 8th grades were more affected by all kinds of mental health

problems than those who attended classes up to 4th grade. **Conclusion:** The prevalence of mental health problems was significant, suggesting that, even in an ancestral culture that maintains prehistorically habits from over 10,000 years psychiatric problems exist with the same presentation that is found in modern societies. There are mental health problems in such ethnic distinguished populations as in populations worldwide, although cultural context may influence its manifestations.

Keywords culture, psychiatry, psychopathology, child, adolescent, indigenous population.

Introduction

The assessment of the mental health needs of children and adolescents is complex, encompassing data gathering and comparisons of data from different areas. Knowledge of the prevalence of mental health problems is often a first step to determine the magnitude of the problem.(1, 2) Despite little research, epidemiological studies of the prevalence of childhood and adolescence mental health problems in low-income and middle-income countries show that such problems are common. One systematic review showed prevalence of about 10-20% worldwide.(3)

Despite their relevance as a leading cause of disability in this age group and their long-lasting effects throughout life (1, 2, 4-8), the mental health needs of children and adolescents are neglected, especially within ethnic minorities.(9) Recent data suggest that indigenous groups remain some of the most marginalized in every country in the Latin America and the Caribbean.(10)

Brazil has approximately 230 indigenous ethnic groups, which thus display one of the American continent's broadest social diversities, even while the proportion of indigenous people in the country's total population is one of the lowest (less than 0.5%).(10, 11) We present a study about mental health problems' prevalence among indigenous children and adolescents from one of the most culturally preserved ethnic groups from Brazilian Amazon Basin, even worldwide.

Methods

This study aims to assess the prevalence of mental health problems in indigenous children and adolescents of the *Karajá* ethnic group from the Brazilian Amazon Basin.⁽¹²⁾ They live in the world's largest river island (*Bananal* Island) in center-west Brazil (Figure 1). Total population is approximately 2,800 people and the group we studied accounts for 450 individuals. A sample of 192 subjects (attrition rate 12.3%) was collected among isolated settlement-dwelling indigenous children, ages 7 – 14 years old. The sample was randomly collected and stratified according to age and gender, proportionally to the size of each participating settlements. All four major tribes of this ethnic group were included in the study.

For the detection of mental health problems in children and adolescents, we used the Brazilian versions⁽¹³⁾ of the Child Behavior Check-List for ages 6-18 (CBCL/6-18)⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ and of the Teacher Report Form for ages 6-18 (TRF/6-18).⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ The CBCL/6-18 obtains parents' reports of children's behavioral and emotional problems and competencies. Scores are obtained for: (a) 118 specific problem items plus 2 open-ended items; (b) eight empirically based syndromes, derived using factor analysis;⁽¹⁷⁾ (c) two scales derived from second-order factor analyses of the eight syndromes, one labeled: Internalizing and comprising the Anxious/Depressed, Withdrawn/Depressed, and Somatic Complaints syndromes, and the other labeled: Externalizing and comprising the Rule-Breaking Behavior and Aggressive Behavior syndromes; and (d) Total Problems, which consists of the sum of ratings on all 120 problem items.⁽¹⁷⁾

Multicultural robustness is established through systematic research demonstrating that an instrument performs similarly across many societies in terms of features such as reliability, internal consistency, factor structure, scale scores, and associations of scores with age and gender.^(16, 20, 21) Preliminary validation data from the Brazilian version of the CBCL (1991 version) showed 80.4% sensitivity when administered to mothers with a low educational level by a trained lay interviewer.⁽¹³⁾ High sensitivity (78.7%) was also verified in a more recent study comparing the results of the CBCL to results of the Brazilian version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).⁽²²⁾ Finally, CBCL has been used for many epidemiological tracking in Brazil successfully.⁽²³⁻²⁶⁾ With the purpose of making the questionnaires more culturally sensitive,

minor changes regarding the inclusion of native key words from the *Karajá* language were made. However, the overall meaning of the questions was not affected.

One nurse, trained in administering the instruments and under the supervision of the main researcher (PV) carried out interviews at the neighborhoods' Primary Care Unit with children/adolescents' mothers, fathers or surrogates. The same nurse carried out interviews at tribe's schools with the teachers of the selected children and adolescents.

The collected clinical data were analyzed through SPSS 18.0 (Statistic Package for Social Science 18.0), in which the descriptive information of the investigated sample was extracted and tabled (Table 1). Cut-off points (T scores) classify children/adolescents into three categories: clinical (>63), borderline (≥ 60 and ≤ 63), and non-clinical (<60). For the comparisons we chose to use analysis in two categories only: non-clinical or normal (<60) and altered (≥ 60) (the latter being the addition of both the borderline and the clinical cases). From the statistical point of view, it was used in the comparisons the chi-square (χ^2) with Yates corrections and Fisher's Exact Test when the samples to be analyzed were very small. We calculated the p value by these equations to check the level of statistical significance between the findings, and established significance at $p < 0.05$ or greater.

The research protocol was approved by the Ethics committee of the Federal University of Goiás (UFG) and by the Brazilian Foundation for the Protection of Indigenous Populations (FUNAI). Written informed consent was obtained before each interview.

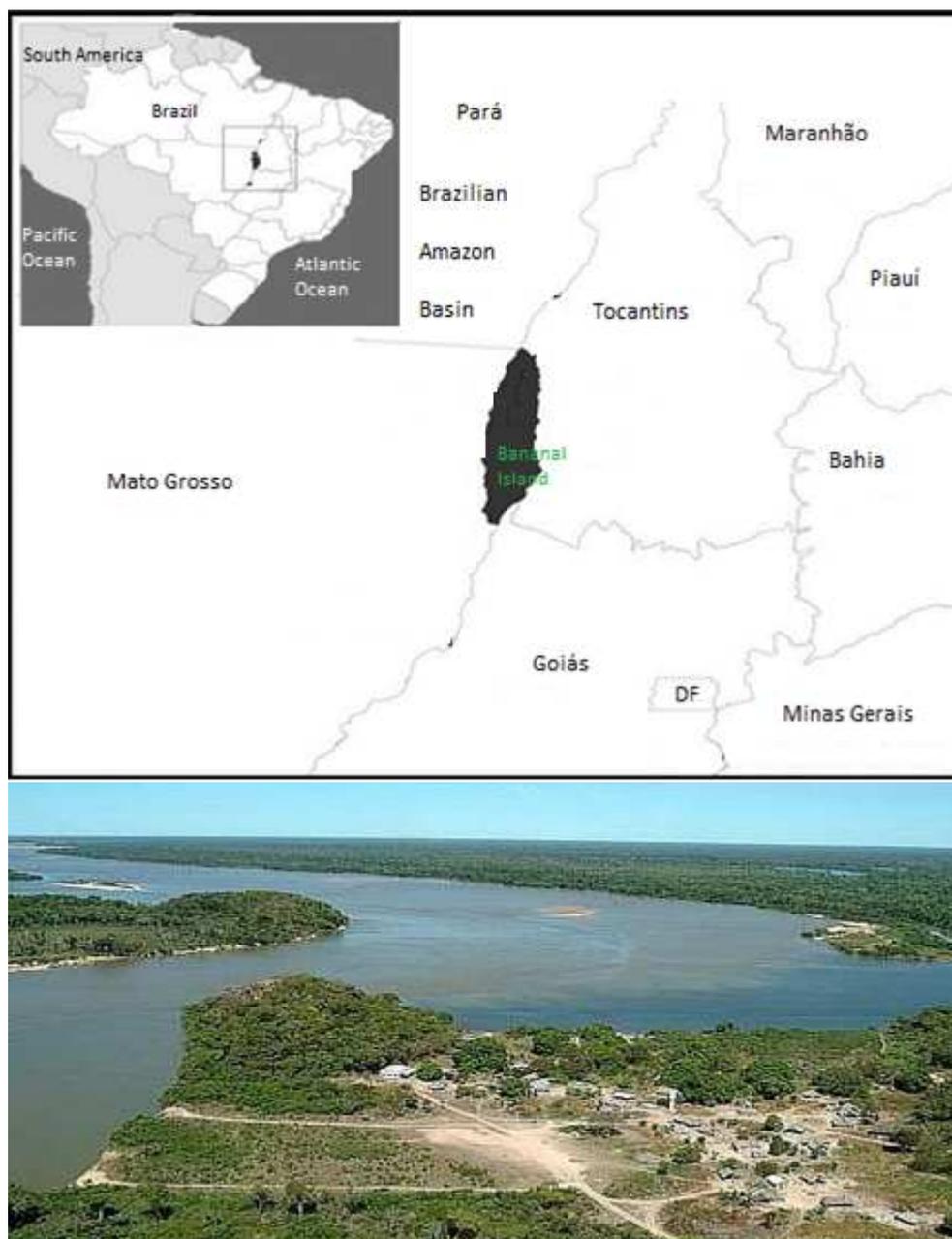


Figure 1 – *Bananal* Island, the world’s largest river island, where the *Karajá* live. Source: Instituto Socioambiental do Brasil (Socioenvironmental Institute of Brazil), 2009.

Results

The screening questionnaires (CBCL and TRF) were applied to a total of 219 subjects (children and adolescents), but only 192 subjects (attrition rate = 12.3%) were replied by the two

common sources (CBCL and TRF). The distribution according to the gender of the child/adolescent, pooled age band (7-10 and 11-14 years of age) and schooling band (until 4th grade and from 5th to 8th grade) can be found below (Table 1).

Table 1 – General characteristics of the collected sample (N = 192) of indigenous children and adolescents pertaining to the *Karajá* ethnicity according to gender (male or female), age band (7 to 10 years of age and 11 to 14 years of age) and schooling band (until 4th grade and from 5th to 8th grade). Data collected in 2009.

	N	%
Gender		
Female	89	46.4
Male	103	53.6
Total	192	100.0
Age (years)		
7 to 10	96	50.0
11 to 14	96	50.0
Total	192	100.0
Schooling (grade)		
Until 4 th	150	78.1
From 5 th to 8 th	42	21.9
Total	192	100.0

Table 2 – Estimated prevalence of mental health problems found in the sample (N = 192), when investigated through parents and caregivers (CBCL) and through teachers (TRF) in the *Karajá* children and adolescents aged between 7 and 14 years old. Listed below are the percentages of borderline and clinical criteria together. Comparisons made by CBCL and TRF. Data collected in 2009.

	CBCL		TRF		p
	n	%	n	%	
Anxious/depressed	40	20.83	11	5.73	0.00*
Withdrawn/depressed	16	8.33	13	6.77	0.38
Somatic complaints	12	6.25	4	2.08	0.00*
Social problems	12	6.25	8	4.17	0.17
Thought problems	9	4.69	4	2.08	0.06
Attention problems	25	13.02	20	10.42	0.22
Rule breaking behavior	39	20.31	30	15.63	0.07
Aggressive behavior	46	23.96	19	9.90	0.00*
Internalizing	58	30.21	32	16.67	0.00*
Externalizing	48	25.00	44	22.92	0.41
Total problems	66	34.38	45	23.44	0.00*

* $p < 0.00$.

In Table 2 we note that the results show differences in the responses given by parents/guardians in relation to teachers, only about the "anxious/depressed" ($p < 0.00$), "somatic complaints" ($p < 0.00$) and "aggressive behavior" ($p < 0.00$) syndromes scales, more frequently detected by the first. We also observed a statistical difference between respondents with respect to "internalizing problems" and "total", also with a higher prevalence estimate when parents/guardians opine that when the teachers ($p < 0.00$ for both).

Table 3 shows that there was statistical difference in the gender of the child in relation to anxious/depressed syndrome when parents/guardians are the ones who respond, and this difference ($p = 0.02$) demonstrated a greater probability of male children to present problem.

Even when parents/guardians opine, there is a greater chance of occurrence of externalizing problems ($p = 0.03$) and total problems ($p = 0.04$) in boys than in girls. When teachers are the ones to opine, that girls are more likely to present internalizing ($p = 0.01$) and total problems ($p = 0.03$) than boys.

In Table 4 we see that when we analyze the data for statistical difference CBCL is only about the aggressive behavior, and these are more common in younger children (7 to 10 years old) than in older (11 to 14 years old) $p < 0.00$. Consistent with previous data, we also observe more externalizing problems in young children than in older ones ($p < 0.00$).

In analyzing the responses of teachers, significant statistically difference was found concerning social problems ($p = 0.04$) and aggressive behavior syndromes ($p < 0.00$), as well as higher frequency of externalizing problems ($p = 0.04$) all occurring in younger children.

Table 3 – Estimated prevalence of mental health problems found in the sample (N = 192) when investigated through parents and caregivers (CBCL) and through teachers (TRF) in the *Karajá* children and adolescents aged between 7 and 14 years old, according to gender. Data collected in 2009.

	CBCL (N = 192/100.0%)				p	TRF (N = 192/100.0%)				P
	<i>Female</i>		<i>Male</i>			<i>Female</i>		<i>Male</i>		
	(n=89/46.4%)		(n=103/53.6%)			(n=89/46.4%)		(n=103/53.6%)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Anxious/depressed	13	14.6	27	26.2	0.02*	3	3.4	8	7.8	0.19
Withdrawn/depressed	8	9.0	8	7.8	0.98	9	10.1	4	3.9	0.14
Somatic complaints	6	6.7	6	5.8	0.95	1	1.1	3	2.9	0.71
Social problems	4	4.5	8	7.8	0.35	5	5.6	8	7.8	0.35
Thought problems	5	5.6	4	3.9	0.88	1	1.1	3	2.9	0.71
Attention problems	12	13.5	13	12.6	0.96	8	8.9	12	11.7	0.38
Rule breaking behavior	16	17.98	23	22.33	0.45	18	20.22	12	11.65	0.10
Aggressive behavior	16	17.98	30	29.13	0.07	9	10.11	10	9.71	0.92
Internalizing	22	24.72	36	34.95	0.12	21	23.60	11	10.68	0.01*
Externalizing	16	17.98	32	31.07	0.03*	25	28.09	19	18.45	0.11
Total problems	24	26.97	42	40.78	0.04*	27	30.34	18	17.48	0.03*

* p < 0.05

Table 4 – Estimated prevalence of mental health problems found in the sample (N = 192) when investigated through parents and caregivers (CBCL) and through teachers (TRF) in the *Karajá* children and adolescents aged between 7 and 14 years old, according to age band (7 to 10 and 11 to 14 years of age). Data collected in 2009. * p < 0.05; † p < 0.00.

	CBCL (N = 192/100.0%)				p	TRF (N = 192/100.0%)				p
	7 to 10 (n=96)		11 to 14 (n=96)			7 to 10 (n=96)		11 to 14 (n=96)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Anxious/depressed	24	25.3	16	16.7	0.14	6	6.2	5	5.2	0.75
Withdrawn/depressed	7	7.4	9	9.3	1.00	6	6.2	7	7.3	0.77
Somatic complaints	5	5.3	7	7.2	0.55	2	2.9	2	2.1	1.00
Social problems	5	5.3	7	7.2	0.55	10	10.4	3	3.1	0.04*
Thought problems	5	5.3	4	4.1	1.00	3	3.1	1	1.0	0.61
Attention problems	16	16.8	9	9.3	0.19	13	13.5	7	7.3	0.22
Rule breaking behavior	24	25.3	15	15.5	0.09	20	20.8	10	10.4	0.07
Aggressive behavior	32	33.7	14	14.4	0.00 [†]	16	16.7	3	3.1	0.00
Internalizing	34	35.8	24	24.7	0.11	17	17.7	15	15.6	0.70
Externalizing	32	33.7	16	16.5	0.00 [†]	28	29.2	16	16.7	0.04*
Total problems	38	40.0	28	28.9	0.16	28	29.2	17	17.7	0.06

* p<0.05; † p<0.00

Table 5 – Estimated prevalence of mental health problems found in the sample (N = 192), when investigated through parents and caregivers (CBCL) and through teachers (TRF) in the *Karajá* children and adolescents aged between 7 and 14 years old, according to schooling band (until 4th grade and from 5th to 8th grade). Data collected in 2009.

	CBCL					TRF				
	≤ 4 th grade		5 th to 8 th grade		p	≤ 4 th grade		5 th to 8 th grade		p
	(N = 150)		(N = 42)			(N = 150)		(N = 42)		
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Anxious/depressed	14	9.3	26	61.9	0.06	4	2.7	7	16.7	0.66
Withdrawn/depressed	4	2.7	12	28.6	0.11	2	4.8	11	26.2	0.02*
Somatic complaints	3	2.0	9	21.4	0.13	2	1.3	2	4.8	0.01*
Social problems	4	2.7	8	19.0	0.66	8	5.3	5	11.9	0.70
Thought problems	5	3.3	4	9.5	0.82	2	1.3	2	4.8	0.01*
Attention problems	8	5.3	17	40.5	0.17	11	7.3	9	21.4	0.94
Rule breaking behavior	15	10.0	24	57.1	0.16	16	10.7	14	33.3	0.78
Aggressive behavior	21	14.0	25	59.5	0.73	12	8.0	7	16.7	0.42
Internalizing	18	12.0	40	95.2	0.00 [†]	9	6.0	23	54.8	0.01*
Externalizing	20	13.3	28	66.7	0.23	18	12.0	26	61.9	0.23
Total problems	25	16.7	41	97.6	0.05*	19	12.7	26	61.9	0.28

* p<0.05; † p<0.00

Discussion

This is the first study of the prevalence of mental health problems in indigenous children in Brazil, and one of the few on the subject (in an indigenous population) undertaken worldwide.(9, 27, 28) The presence of mental health problems was ascertained in the population of children and adolescents between the ages of 7 and 14 years old of the *Karajá* indigenous

ethnicity. Such findings compel us to a reflection on the well known, broadly discussed but not yet conclusive issue between the biological influences (constitutional factors) versus environmental influences (Nature vs. Nurture).(29-32) These children are settlement dwellers who live on a remote island (Figure 1) which has a large river rather than paved roads, and the forest as a backyard. It can be observed from this study that, similarly to non-indigenous populations, indigenous children and adolescents also present high rates of mental health problems.(33)

The Indigenous environment in the *Karajá* settings is a stress-free way of life and their egalitarian society is characterized by great intimacy, sharing and equality. Social life is organized around the collective sharing of food and other needed items. Social partners equally disengaged from property relate to one another in a way which creates neither competition nor dependency. Such non-reciprocal relations produces a sense of collectivity in which givers never become creditors, nor do receivers become debtors. Any binding relationship of domination or dependence is evaded.(34, 35)

Our study was conducted with a representative sample of the target population of the study (450), it accounted for approximately 50% of this (N = 219). Even with the attrition rate (12.3%) our sample remained highly representative (N = 192; 87.3% response rate). The instruments used (CBCL/6-18 and TRF/6-18) were chosen for being the most widely used in similar studies around the world.(14, 15, 36, 37) Still, these questionnaires were adequate as best as possible for the indigenous culture *Karajá*. With the support of the instruments' author (Dr. Thomas M. Achenbach) modifications were made which allowed a better understanding of the issues, either by the use of simple words in Portuguese (national Brazilian language), or by the inclusion of words of the tribes' mother language that were equivalent and had greater meaning with the issue proposed. Our overall goal of investigating the existence, or not, of mental health problems in a population culturally quite distinct from most other existing around the world was made, as the specific objective were achieved in full. Thus, we began to discuss the results.

Initially we found a high prevalence of problems in our total sample (Table 2), both when parents/guardians are the respondents (34.38%), and when teachers are responding (23.44%). However, as also occurs with virtually all cultures around the world, we observed statistical

differences among respondents, with family members indicating a higher occurrence rate of total problems than educators ($p < 0.00$).

Also congruent with epidemiological studies of many other cultures, parents/guardians have indicated a higher occurrence of problems in the "anxious/depressed" ($p < 0.00$) and "somatic complaints" ($p < 0.00$) syndrome scales than teachers indicated. Because these two scales enter the sum of problems grouped under the acronym of "internalizing", it also seems to have contributed for those to have a greater prevalence when parents gave their opinions ($p < 0.00$). We note that despite the prevalence estimates were all above the average found in other cultures, the essential features are maintained. Thus, parents/guardians are the best informants about the emotional or internalizing symptoms. However, unlike other cultures, here the parents/guardians were also the ones who indicated the most reported externalizing symptoms such as aggressive behavior ($p < 0.00$).

In the following evaluations, we considered the occurrence of mental health problems compared with the variables age and gender. We evaluated separately the parents'/guardians' and teachers' opinion. We did not include the socioeconomic status (SES) variable in the analysis because almost all of the indigenous population *Karajá* is within the same level, unfortunately low level compared with their non-indigenous counterparts in Brazil.

When we analyzed the prevalence estimates of mental health problems in relation to gender (Table 3), we find similarities and differences with studies in many other cultures. Parents/guardians indicated that boys were more likely to present with symptoms of anxious/depressed syndrome than girls ($p = 0.02$), which differs from other cultures, where girls are the ones who are more affected by symptoms of anxious/depressed problems.(33, 38) Still, according to parents, boys have more externalizing ($p = 0.03$) and total problems ($p = 0.04$) than girls, which is consistent with most studies of other cultures.(33, 39) When teachers expressed their opinions about the differences between the genders, females presented more internalizing ($p = 0.01$) and total ($p = 0.03$) problems than boys. The first finding is similar to those found in many other studies around the world but, the second one is exactly the opposite.(40)

Analyzing the occurrence of mental health problems in relation to age band (Table 4), we found a higher incidence of aggressive behavior and externalizing problems in younger children (7 to 10 years) than in older children/adolescents (11 to 14 years), both according to parents/guardians ($p < 0.00$ for both), and to the teachers ($p < 0.00$ and $p = 0.04$, respectively). Social problems were also seen more frequently in younger children by teachers ($p = 0.04$). Perhaps here we can say that the aggressive behavior and the well-defined category of externalizing problems have their highest occurrence in younger children for cultural reasons. Thus, the acceptance of such behavior on the part of *Karajá* indigenous culture for younger children, and greater censorship when a teenager would show the results indicated here. However, if these behaviors are more acceptable in younger children, we should not find them listed as problems in the screening instruments. Probably they really exist and are not corrected in younger *Karajá* children, but are in teenagers for cultural reasons. Another explanation is that between externalized problems we can see the Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and, as the child grows up, the maturation of frontal lobe can be responsible for at least 50% decreasing of this problem after childhood.

Conclusion

The prevalence of mental health problems was significant among indigenous children and adolescents *Karajá* from Brazilian Amazon Basin, suggesting that, even in an ancestral culture that maintains prehistorically habits from over 10,000 years, psychiatric problems exists with the same presentation that is found in modern societies.

Unlike the findings in most population studies with children and adolescents, mental health problems were more common in younger than the older, but like worldwide there were gender differences, with boys affected more by internalizing problems than girls. Finally, despite some unexpected outcomes, there is no doubt that the interaction of “nature and nurture” factors make mental health problems in indigenous population a reality that needs to be faced by public authorities and all in our society.

References

1. Costello EJ, Foley DL, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(1):8-25. Epub 2005/12/06.
 2. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(10):972-86. Epub 2005/09/22.
 3. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011;378(9801):1515-25. Epub 2011/10/20.
 4. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998;4(11):1241-3. Epub 1998/11/11.
 5. Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I, Verhulst F, van der Ende J. Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;120(3):230-8. Epub 2009/06/16.
 6. Fichter M, Kohlboeck G, Quadflieg N, Wyschkon A, Esser G. From childhood to adult age: 18-year longitudinal results and prediction of the course of mental disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009;44(9):792-803.
 7. Copeland W, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(3):252-61. Epub 2011/02/22.
 8. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):764-72. Epub 2009/07/08.
 9. Whitbeck LB, Yu M, Johnson KD, Hoyt DR, Walls ML. Diagnostic prevalence rates from early to mid-adolescence among indigenous adolescents: first results from a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;47(8):890-900. Epub 2008/07/04.
-

10. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006;367(9525):1859-69. Epub 2006/06/07.
 11. Santos RV, Teixeira P. The "indigenous" category in the 2010 Brazilian National Census. *Cad Saude Publica*. 2011;27(6):1048. Epub 2011/06/29.
 12. Azevedo PV, Caixeta L, Andrade LH, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2010;68(4):541-4. Epub 2010/08/24.
 13. Bordin IA, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. . *Rev ABP/APAL*. 1995;17(2):55-66.
 14. Achenbach TM. Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. *Transcult Psychiatry*. 2010;47(5):707-26. Epub 2010/11/20.
 15. Achenbach TM, Becker A, Dopfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen HC, et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(3):251-75. Epub 2008/03/13.
 16. Achenbach TM, Rescorla LA. *Multicultural Understanding of Child and Adolescent Psychopathology: Implications for Mental Health Assessment*. 2007.
 17. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2001.
 18. Humphrey N, Kalambouka A, Wigelsworth M, Lendrum A, Lennie C, Farrell P. *New Beginnings: Evaluation of a short social-emotional intervention for primary-aged children*. *Educational Psychology*. 2010;30(5):513-32.
 19. Achenbach TM, Rescorla LA. *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. 2007.
 20. Ivanova MY, Dobrean A, Dopfner M, Erol N, Fombonne E, Fonseca AC, et al. Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007;36(3):405-17. Epub 2007/07/31.
-

21. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Behavioral and Emotional Problems Reported by Parents of Children Ages 6 to 16 in 31 Societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2007;15(3):130-42.
 22. Brasil HH, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. *BMC Psychiatry*. 2010;10:83. Epub 2010/10/20.
 23. Curto BM, Paula CS, do Nascimento R, Murray J, Bordin IA. Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010. Epub 2010/10/12.
 24. Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87(5):336-44. Epub 2009/06/25.
 25. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IA, Barros MG, D'Antino ME, Mercadante MT. [Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of Sao Paulo]. *Rev Saude Publica*. 2008;42(3):524-8. Epub 2008/05/08. Saude mental e violencia entre estudantes da sexta serie de um municipio paulista.
 26. Paula CS, Duarte CS, Bordin IA. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):11-7. Epub 2007/04/17.
 27. Cohen A. The mental health of indigenous peoples - An international overview. Geneva: WHO; 1999.
 28. Lehti V, Niemelä S, Hoven C, Mandell D, Sourander A. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: A systematic review. *Social Science and Medicine*. 2009;69(8):1194-203.
 29. Rutter M. Commentary: Revisiting the dismissal of shared environmental influences as argued by Burt et al. (2011). *J Child Psychol Psychiatry*. 2011. Epub 2011/03/29.
 30. Rutter M. Gene-environment interplay. *Depress Anxiety*. 2010;27(1):1-4. Epub 2010/01/01.
-

31. Nikapota A. Cultural issues in child assessment. *Child and Adolescent Mental Health*. 2009;14(4):200-6.
 32. Rutter M, Thapar A, Pickles A. Gene-environment interactions: biologically valid pathway or artifact? *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(12):1287-9. Epub 2009/12/10.
 33. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*. 2007;15(3):130-42.
 34. Lipkind W. *The Caraja*. Washington 1948. 179-91 p.
 35. Lima-Filho MF. *Hetohoky um rito Karajá*. Goiânia: Editora UCG; 1994. 180 e il. p.
 36. Abaied JL, Rudolph KD. Mothers as a resource in times of stress: Interactive contributions of socialization of coping and stress to youth psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2010;38(2):273-89.
 37. Bérubé RL, Achenbach TM. *Bibliography of published studies using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): 2010 edition*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2010.
 38. Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. *Am J Psychiatry*. 1999;156(4):569-74. Epub 1999/04/14.
 39. Petot D, Petot JM, Achenbach TM. Behavioral and emotional problems of Algerian children and adolescents as reported by parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(4):200-8. Epub 2007/09/27.
 40. Rescorla LA, Achenbach TM, Ginzburg S, Ivanova M, Dumenci L, Almqvist F, et al. Consistency of Teacher-Reported problems for students in 21 countries. *School Psychology Review*. 2007;36(1):91-110.
-

8.6. Anexo 6 – Termo de Autorização para a adaptação e uso em pesquisa dos instrumentos CBCL/6-18; TRF/6-18 e YSR/11-18, por parte do autor *Thomas M. Achenbach*

The University of Vermont

ASEBA

Research Center for Children, Youth & Families, Inc.

A Non-Profit Corporation

1 South Prospect Street, St Joseph's Wing (Room #3207), Burlington, VT 05401

Telephone: (802)656-5130 / Fax: (802)656-5131

Email: mail@aseba.org / Website: <http://www.aseba.org>



License Agreement to Permit Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, M.D., to Translate the Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18), the Teacher Report Form (TRF) and the Youth Self-Report (YSR) into Portuguese and Karajá Mixed

This License Agreement (the "Agreement") is entered into by and between Thomas M. Achenbach (Professor at the University of Vermont), at 1 South Prospect Street, Burlington, Vermont ("Licensor"), and Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, M.D., ("Licensee"), and shall be effective on the date ("Effective Date") when a fully signed copy of this agreement has been received at the ASEBA offices. The parties agree to the following terms and conditions:

1. License #304-8-04-08

In accordance with the terms herein, Licensor grants to Licensee a non-exclusive and non-transferable license to translate the CBCL/6-18, TRF, and YSR into Portuguese and Karajá mixed and to use the translations in his research and clinical work.

2. Licensee Obligations

Licensee acknowledges that in addition to its other obligations under this Agreement, Isabel Bordin, M.D., Ph.D., shall serve as Licensed Site Manager who shall be responsible, directly or by designee, for:

- (a) Ensuring the accuracy of the translations via back translations and pilot testing with informants for whom the translations are designed.
-

(b) Ensuring the Licensed Forms are used only in accordance with professional psychological assessment standards.

(c) Ensuring that all copies of the Licensed Forms bear the following statement:

Copyright T.M. Achenbach. Reproduced under License #304-8-04-08.

(d) **Upon completion of the translations, sending a paper copy and electronic file of the translated forms to T.M. Achenbach.**

(e) **Upon completion or reports of use of the translations, sending a copy of the reports to T.M. Achenbach.**

Address is: Rua Botucatu 572, cj 101, São Paulo, SP, Brazil 04023-061; e-mail:

fbordin@dialdata.com.br; telephone: 55-11-59043638.

3. Title to Licensed Forms and Confidentiality

The Licensed Forms, and all copies thereof, are proprietary to Licensor and title thereto remains in Licensor. All applicable rights to patents, copyrights, trademarks and trade secrets in the Licensed Forms or any modifications thereto made at Licensee's request, are and shall remain in Licensor. Licensee shall not sell, transfer, publish, disclose, display or otherwise make available the Licensed Forms, or copies thereof, to anyone other than employees, consultants and contractors of Licensee.

Licensee agrees to secure and protect the Licensed Forms, and copies thereof, in a manner that ensures they are used only in accordance with the rights licensed herein. Licensee also agrees to take appropriate action by instruction or agreement with its employees, consultants and contractors who are permitted access to the Licensed Forms to ensure they are only used in accordance with the rights licensed herein.

4. Use and Training

Licensee shall limit the use of the Licensed Forms to its employees who have been appropriately trained.

5. Warranty

(a) Licensor warrants that the Licensed Forms will conform, as to all substantial

features, to the documentation provided in the 2001 *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*.

(B) THE LICENSEE MUST NOTIFY LICENSOR IN WRITING, WITHIN NINETY (90) DAYS OF THE EFFECTIVE DATE OF THIS AGREEMENT, OF ITS CLAIM OF ANY DEFECT. IF THE LICENSED FORMS ARE FOUND DEFECTIVE BY LICENSOR, LICENSOR'S SOLE OBLIGATION UNDER THIS WARRANTY IS TO REMEDY SUCH DEFECT IN A MANNER CONSISTENT WITH LICENSOR'S REGULAR BUSINESS PRACTICES.

(c) THE ABOVE IS A LIMITED WARRANTY AND IT IS THE ONLY WARRANTY MADE BY LICENSOR. LICENSOR MAKES AND LICENSEE RECEIVES NO WARRANTY EXPRESS OR IMPLIED AND THERE ARE EXPRESSLY EXCLUDED ALL WARRANTIES OF MERCHANTABILITY AND FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE. LICENSOR SHALL HAVE NO LIABILITY WITH RESPECT TO ITS OBLIGATIONS UNDER THIS AGREEMENT FOR CONSEQUENTIAL, EXEMPLARY, OR INCIDENTAL DAMAGES EVEN IF IT HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. THE STATED EXPRESS WARRANTY IS IN LIEU OF ALL LIABILITIES OR OBLIGATIONS OF LICENSOR FOR DAMAGES ARISING OUT OF OR IN CONNECTION WITH THE DELIVERY, USE, OR PERFORMANCE OF THE LICENSED FORMS.

(d) Licensee agrees that Licensor's liability arising out of contract, negligence, strict liability in tort or warranty shall not exceed any amounts payable by Licensee for the Licensed materials identified above.

6. Termination

Licensor shall have the right to terminate this agreement and license granted herein:

(a) Upon thirty (30) days' written notice in the event that Licensee, its officers or employees, violate any material provision of this License Agreement, including but not

limited to, the confidentiality provisions and use restrictions in the license grant, and is unable to cure such breach during such thirty (30) day period; or

(b) In the event Licensee (i) terminates or suspends its business; (ii) becomes subject to any bankruptcy or insolvency proceeding under Federal or state statute or (iii) becomes insolvent or becomes subject to direct control by a trustee, receiver or similar authority.

In the event of termination by reason of the Licensee's failure to comply with any part of this agreement, or upon any act which shall give rise to Licensor's right to terminate, Licensor shall have the right, at any time, to terminate the license and take immediate possession of the Licensed Forms and all copies wherever located, without demand or notice. Within five (5) days after termination of the license, Licensee will return to Licensor the Licensed Forms, and all copies. Termination under this paragraph shall not relieve Licensee of its obligations regarding confidentiality of the Licensed Forms. Termination of the license shall be in addition to and not in lieu of any equitable remedies available to Licensor.

7. General

(a) **Each party acknowledges that it has read this Agreement, it understands it, and agrees to be bound by its terms, and further agrees that this is the complete and exclusive statement of the Agreement between the parties, which supersedes and merges all prior proposals, understandings and all other agreements, oral and written, between the parties relating to this Agreement. This Agreement may not be modified or altered except by written instrument duly executed by both parties.**

(b) **Dates or times by which Licensor is required to make performance under this license shall be postponed automatically to the extent that Licensor is prevented from meeting them by causes beyond its reasonable control.**

(c) **This Agreement and performance hereunder shall be governed by the laws of the State of Vermont.**

(d) No action, regardless of form, arising out of this Agreement may be brought by Licensee more than two years after the cause of action has arisen.

(e) If any provision of this Agreement is invalid under any applicable statute or rule of law, it is to the extent to be deemed omitted.

(f) The Licensee may not assign or sub-license, without the prior written consent of Licensor, its rights, duties or obligations under this Agreement to any person or entity, in whole or in part.

(g) Licensor shall have the right to collect from Licensee its reasonable expenses incurred in enforcing this agreement, including attorney's fees.

(h) The waiver or failure of Licensor to exercise in any respect any right provided for herein shall not be deemed a waiver of any further right hereunder.

Accepted and Agreed to:

Accepted and Agreed to:

LICENSOR:

LICENSEE:

Thomas M. Achenbach, Ph.D.

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, M.D.

Signature: _____

Signature: _____

Title: Professor

Print name: Paulo Verlaine B. e Azevêdo

Title: Professor/Psychiatrist

Date: _____

Address: Rua Botucatu 572, cj 101 São

Paulo SP Brazil Zip: 04023-061

For License # 304-8-04-08

Date: August, 04th 2008

3

7. General

(a) Each party acknowledges that it has read this Agreement, it understands it, and agrees to be bound by its terms, and further agrees that this is the complete and exclusive statement of the Agreement between the parties, which supersedes and merges all prior proposals, understandings and all other agreements, oral and written, between the parties relating to this Agreement. This Agreement may not be modified or altered except by written instrument duly executed by both parties.

(b) Dates or times by which Licensor is required to make performance under this license shall be postponed automatically to the extent that Licensor is prevented from meeting them by causes beyond its reasonable control.

(c) This Agreement and performance hereunder shall be governed by the laws of the State of Vermont.

(d) No action, regardless of form, arising out of this Agreement may be brought by Licensee more than two years after the cause of action has arisen.

(e) If any provision of this Agreement is invalid under any applicable statute or rule of law, it is to the extent to be deemed omitted.

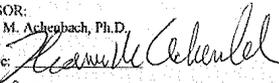
(f) The Licensee may not assign or sub-license, without the prior written consent of Licensor, its rights, duties or obligations under this Agreement to any person or entity, in whole or in part.

(g) Licensor shall have the right to collect from Licensee its reasonable expenses incurred in enforcing this agreement, including attorney's fees.

(h) The waiver or failure of Licensor to exercise in any respect any right provided for herein shall not be deemed a waiver of any further right hereunder.

Accepted and Agreed to:

LICENSOR:
Thomas M. Ashenbach, Ph.D.

Signature: 

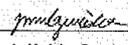
Title: Professor

Date: August 14, 2008

For License # 301-8-01-08

Accepted and Agreed to:

LICENSEE:
Paulo Verlaime Borges e Azevêdo, M.D.

Signature: 

Print name: Paulo Verlaime B. e Azevêdo

Title: Professor/Psychiatrist

Address: Rua Botucatu 572, cj. 101, São Paulo SP
Brazil. Zip: 04023-061

Date: August 04th 2008

Anexo 7 – Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos – versão brasileira do “*Child Behavior Checklist for ages 6-18*” (CBCL/6-18)

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS
VERSÃO BRASILEIRA DO “CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18”
(CBCL/6-18) - PAIS

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE: _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual): _____

() NÃO FREQUENTA ESCOLA:

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

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

() Pai/Mãe Biológico () Padrasto/Madrasta () Avô/Avó () Pai/Mãe Adotivo(a) () Outro
(especificar): _____

FAVOR PREENCHER ESSE QUESTIONÁRIO DE ACORDO COM SEU PONTO DE VISTA SOBRE O COMPORTAMENTO DE SEU FILHO, MESMO QUE OUTRAS PESSOAS NÃO CONCORDEM. COMENTÁRIOS ADICIONAIS SÃO BEM-VINDOS E PODEM SER ANOTADOS AO LADO DE CADA ITEM E NO FINAL DO QUESTIONÁRIO. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Copyright 2001. T. Achenbach, University of Vermont, 1 S Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 USA.
www.ASEBA.org Versão brasileira: I.A.S. Bordin, R. Nascimento, C.S. Duarte, C.S. Paula – Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil.

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

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um desses esportes?

a. () Menos () Igual () Mais () Não sei

b. () Menos () Igual () Mais () Não sei

c. () Menos () Igual () Mais () Não sei

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um desses esportes?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, computador, vídeo game, etc.

(Incluir brincadeiras em grupo)

(Não incluir rádio e TV)

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma dessas atividades?

a. () Menos () Igual () Mais () Não sei

b. () Menos () Igual () Mais () Não sei

c. () Menos () Igual () Mais () Não sei

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas atividades?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

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

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

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

- a. () Menor () Igual () Maior () Não sei
 b. () Menor () Igual () Maior () Não sei
 c. () Menor () Igual () Maior () Não sei

IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: office boy, ajudante em feira, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc.

(Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento)

() Nenhum

- a. _____
 b. _____
 c. _____

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas funções?

- a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei
 b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei
 c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

() Nenhum () 1 () 2 ou 3 () 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

() menos que 1 () 1 ou 2 () 3 ou mais

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

a. Se dá com seus irmãos e irmãs?

() pior () igual () melhor () não tem irmãos ou irmãs

b. Se dá com outras crianças ou adolescentes?

() pior () igual () melhor () não tem contato com outras crianças ou adolescentes

c. Se comporta em relação aos pais?

() pior () igual () melhor

d. Brinca ou trabalha sozinho?

() pior () igual () melhor

VII. 1. Desempenho nas matérias escolares (esse item não se aplica às crianças que não iniciaram o ensino fundamental) Se a criança ou adolescente não estiver frequentando a escola, favor especificar o motivo:

Comparando com outros da mesma idade, como é o desempenho de seu filho nas matérias escolares?
(Só deixe em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

- a. Português ou Literatura () insuficiente () pior () igual () melhor
 b. História ou Estudos Sociais () insuficiente () pior () igual () melhor
 c. Matemática () insuficiente () pior () igual () melhor
 d. Ciências () insuficiente () pior () igual () melhor

Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, biologia, sociologia, etc.) **Não** incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.

- e. _____ () insuficiente () pior () igual () melhor
 f. _____ () insuficiente () pior () igual () melhor
 g. _____ () insuficiente () pior () igual () melhor

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

() Não () Sim – Se sim, especifique o tipo de classe ou escola: _____

3. Seu filho já repetiu de ano?

() Não () Sim – Se sim, especifique as séries e os motivos: _____

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

() Não () Sim – Se sim, descreva os problemas: _____

Quando começaram esses problemas? _____

Esses problemas já se resolveram?

() Não () Sim – Quando? _____

Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

() Não () Sim – Descreva _____

Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

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

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento frequentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo os que parecerem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

- | | |
|---|---|
| 1. 0 1 2 Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade. | 21. 0 1 2 Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas. |
| 2. 0 1 2 Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais. Descreva qual bebida: _____ | 22. 0 1 2 É desobediente em casa |
| 3. 0 1 2 Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça) | 23. 0 1 2 É desobediente na escola |
| 4. 0 1 2 Não consegue terminar as coisas que | 24. 0 1 2 É difícil para comer (não quer se alimentar direito) |
| 5. 0 1 2 Há poucas coisas que lhe dão prazer | 25. 0 1 2 Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes |
| 6. 0 1 2 Faz coco na calça ou fora do vaso sanitário/ penico | 26. 0 1 2 Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal. Descreva: _____ |
| 7. 0 1 2 É convencido, conta vantagem. | 27. 0 1 2 Fica com ciúmes facilmente |
| 8. 0 1 2 Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo. | 28. 0 1 2 Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares. |
| 9. 0 1 2 Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões). Descreva: _____ | 29. 0 1 2 Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola). Descreva: _____ |
| 10. 0 1 2 É agitado, não para quieto. | 30. 0 1 2 Tem medo da escola. Descreva: _____ |
| 11. 0 1 2 Fica grudado nos adultos, é muito dependente. | 31. 0 1 2 Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros) |
| 12. 0 1 2 Queixa-se de solidão | 32. 0 1 2 Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho. |
| 13. 0 1 2 Parece estar confuso, atordoado. | 33. 0 1 2 Acha que ninguém gosta dele |
| 14. 0 1 2 Chora muito | 34. 0 1 2 Acha que os outros o perseguem |
| 15. 0 1 2 É maldoso com os animais | 35. 0 1 2 Sente-se desvalorizado, inferior. |
| 16. 0 1 2 É maldoso com as pessoas | 36. 0 1 2 Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes. |
| 17. 0 1 2 É muito distraído, perdido nos próprios pensamentos. | 37. 0 1 2 Entra em muitas brigas |
| 18. 0 1 2 Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se | 38. 0 1 2 É alvo de gozações frequentemente |
| 19. 0 1 2 Exige que prestem atenção nele | 39. 0 1 2 Anda em más companhias |
| 20. 0 1 2 Destrói as próprias coisas | 40. 0 1 2 Escuta sons ou vozes que não existem. Descreva _____ |
-

- 41.0 1 2 É impulsivo, age sem pensar.
- 42.0 1 2 Prefere ficar sozinho que na companhia de outros
- 43.0 1 2 Mentira ou engana os outros
- 44.0 1 2 Rói unhas
- 45.0 1 2 É nervoso ou tenso
- 46.0 1 2 Tem (alguma mania) "tique nervoso", cacoete.
Descreva: _____
- 47.0 1 2 Tem pesadelos
- 48.0 1 2 As outras crianças ou adolescentes não gostam dele
- 49.0 1 2 Tem intestino preso (não consegue defecar frequentemente)
- 50.0 1 2 É apreensivo, aflito ou ansioso demais.
- 51.0 1 2 Tem tonturas
- 52.0 1 2 Sente-se excessivamente culpado
- 53.0 1 2 Come muito
- 54.0 1 2 Sente-se cansado demais sem motivo
- 55.0 1 2 Está gordo demais
- 56.0 1 2 Em sua opinião apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- 0 1 2 Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
 - 0 1 2 Dores de cabeça.
 - 0 1 2 Vontade de vomitar, enjoos.
 - 0 1 2 Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos).
Descreva: _____
 - 0 1 2 Problemas de pele
 - 0 1 2 Dores de estômago ou de barriga
 - 0 1 2 Vômitos
 - 0 1 2 Outras queixas.
Descreva: _____
- 57.0 1 2 Ataca fisicamente as pessoas
- 58.0 1 2 Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo.
Descreva: _____
- 59.0 1 2 Mexe nas partes íntimas em público
- 60.0 1 2 Mexe demais nas partes íntimas
- 61.0 1 2 Não vai bem na escola
- 62.0 1 2 É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora).
- 63.0 1 2 Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos
- 64.0 1 2 Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos
- 65.0 1 2 Recusa-se a falar
- 66.0 1 2 Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões):
Descreva: _____
- 67.0 1 2 Foge de casa
- 68.0 1 2 Grita muito
- 69.0 1 2 É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém.
- 70.0 1 2 Vê coisas que não existem.
Descreva: _____
- 71.0 1 2 Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele.
- 72.0 1 2 Põe fogo nas coisas
- 73.0 1 2 Tem problemas sexuais.
Descreva: _____
- 74.0 1 2 Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
- 75.0 1 2 É muito tímido (vergonhoso)
- 76.0 1 2 Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes
- 77.0 1 2 Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou noite.
Descreva: _____
- 78.0 1 2 É desatento, distrai-se com facilidade.
- 79.0 1 2 Tem problemas de fala.
Descreva: _____
- 80.0 1 2 Fica com o olhar parado, "olhando o vazio".
- 81.0 1 2 Rouba em casa
- 82.0 1 2 Rouba fora de casa
- 83.0 1 2 Ajunta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.
Descreva: _____
- 84.0 1 2 Tem comportamento estranho.
Descreva: _____
-

85.0 1 2 Tem ideias estranhas.
 Descreva: _____

86.0 1 2 É mal humorado, irrita-se com facilidade.

87.0 1 2 Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

88.0 1 2 Fica emburrado facilmente

89.0 1 2 É desconfiado

90.0 1 2 Xinga ou fala palavrões

91.0 1 2 Fala que vai se matar

92.0 1 2 Fala ou anda dormindo.

Descreva: _____

93.0 1 2 Fala demais

94.0 1 2 Gosta de "gozar da cara" dos outros (rir dos outros)

95.0 1 2 É esquentado, tem acessos de raiva

96.0 1 2 Pensa demais em sexo

97.0 1 2 Ameaça as pessoas

98.0 1 2 Chupa o dedo

99.0 1 2 Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco.

Descreva: _____

100.0 1 2 Seu (sua) filho (a) tem dificuldades para dormir.

Descreva: _____

101.0 1 2 Mata aula

102.0 1 2 É pouco ativo, movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia.

103.0 1 2 É infeliz, triste ou deprimido.

104.0 1 2 É barulhento demais

105.0 1 2 Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco).

Descreva: _____

106.0 1 2 Estraga ou destrói coisas públicas na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde).

107.0 1 2 Faz xixi na roupa durante o dia

108.0 1 2 Faz xixi na cama

109.0 1 2 Fica choramingando, fazendo manha.

110.0 1 2 Gostaria de ser do sexo oposto

111.0 1 2 É retraído, não se relaciona com os outros.

112.0 1 2 É muito preocupado

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

a. 0 1 2 _____

b. 0 1 2 _____

c. 0 1 2 _____

**CONFIRA SUAS RESPOSTAS PARA
 CERTIFICAR-SE DE TER RESPONDIDO
 TODOS OS ITENS.**

Anexo 8 – Inventário de comportamentos referidos pelo professor para alunos de 6 a 18 anos – versão brasileira do “*Teacher’s Report Form for ages 6 to 18*” (TRF/6-18)

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO PROFESSOR
PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS VERSÃO BRASILEIRA DO “TEACHER’S
REPORT FORM FOR AGES 6-18” (TRF/6-18)

Número de identificação: _____

Suas respostas serão usadas para comparar seu aluno com alunos de outros professores que preencheram questionários semelhantes. A informação desse questionário também será comparada com outras informações sobre esse aluno. Por favor, responda o melhor que puder, mesmo que você não tenha todas as informações. As pontuações obtidas em itens individuais serão combinadas para identificar padrões gerais de comportamento. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário.

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME DO ALUNO (completo): _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual): _____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL (Mesmo que não estejam trabalhando no momento. **Por favor especificar o tipo de ocupação** – por exemplo: mecânico de automóveis, professor do segundo grau, dona de casa, pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército.

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Sua função na escola: () Professor () Auxiliar do professor () Professor substituto () Coordenador ou Diretor () Outro (especificar): _____

Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento do aluno, mesmo que outras pessoas não concordem. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

Copyright 2001. T. Achenbach, University of Vermont, 1 S Prospect St., Burlington, VT 05401-3456 USA.
www.ASEBA.org Versão brasileira: I.A.S. Bordin, R. Nascimento, C.S. Duarte, C.S. Paula – Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 740, São Paulo, SP, 04023-062, Brasil.

I. Há quantos meses você conhece esse aluno? _____ meses.

II. Você o conhece bem? () Não () Mais ou menos bem () Muito bem

III. Quanto tempo por semana ele tem aula com você ou fica a seus cuidados?

IV. Que tipo de aula você dá ou qual é o serviço que você presta junto a ele? (Seja específico, por exemplo: todas as aulas da 4ª série, aula de matemática na 7ª série, orientador pedagógico, etc.)

V. Esse aluno já foi encaminhado para classe especial, programas especiais ou reforço escolar?

() Não sei () Não () Sim – Se sim, qual foi o tipo de encaminhamento e quando ocorreu?

VI. Ele já repetiu de ano? () Não sei () Não () Sim – Se sim, quais séries e por que motivos?

VII. Como é o desempenho desse aluno nas matérias escolares? (Liste as matérias e assinale o nível de desempenho em relação à média exigida pela escola)

1. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

2. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

3. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

4. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

5. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

6. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

VIII. Comparando com outros alunos da mesma idade:

1. Quanto ele está se dedicando aos estudos?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

2. Quão apropriado está o comportamento dele?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

3. Quanto ele está aprendendo?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

4. Quão feliz ele está?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

IX. Pontuação em testes de desempenho aplicados recentemente (opcional)

Nome do teste

Matéria

Data

Nota ou nível de
desempenho

X. Testes de QI, prontidão e aptidão (opcional)

Nome do teste

Data

QI ou pontuação equivalente

Esse aluno tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

() Não () Sim – Se sim, descreva: _____

Quais suas maiores preocupações em relação a esse aluno?

Descreva as qualidades, os pontos positivos desse aluno.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de alunos. Considere seu aluno **ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 2 MESES** e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item **FALSO** ou comportamento ausente.

Marque 1 se item **MAIS OU MENOS VERDADEIRO** ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item **BASTANTE VERDADEIRO** ou comportamento frequentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento deste aluno.

- | | |
|--|---|
| 1. 0 1 2 Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade. | 5. 0 1 2 Há poucas coisas que lhe dão prazer |
| 2. 0 1 2 Faz sons com a boca ou outros barulhos estranhos durante a aula | 6. 0 1 2 Desafia, "responde" às pessoas que trabalham na escola. |
| 3. 0 1 2 Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça) | 7. 0 1 2 É convencido, conta vantagem. |
| 4. 0 1 2 Não consegue terminar as coisas que começa | 8. 0 1 2 Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo. |
| | 9. 0 1 2 Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões). |

- Descreva: _____

10. **0 1 2** É agitado, não para quieto.
11. **0 1 2** Fica grudado nos adultos, é muito dependente.
12. **0 1 2** Queixa-se de solidão
13. **0 1 2** Parece estar confuso, atordoado.
14. **0 1 2** Chora muito
15. **0 1 2** Fica fazendo pequenos movimentos, mostrando-se inquieto.
16. **0 1 2** É cruel, maltrata as pessoas.
17. **0 1 2** Fica no 'mundo da lua', perdido nos próprios pensamentos (devaneios).
18. **0 1 2** Machuca-se de propósito, ou já tentou suicidar-se.
19. **0 1 2** Exige que prestem atenção nele
20. **0 1 2** Destrói coisas dos outros
21. **0 1 2** Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas
22. **0 1 2** Tem dificuldade para obedecer ordens ou seguir instruções.
23. **0 1 2** É desobediente na escola
24. **0 1 2** Atrapalha os colegas
25. **0 1 2** Não se dá bem com os colegas
26. **0 1 2** Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.
 Descreva: _____

27. **0 1 2** Fica com ciúmes facilmente
28. **0 1 2** Desrespeita regras da escola
29. **0 1 2** Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola).
 Descreva: _____

30. **0 1 2** Tem medo da escola.
 Descreva: _____

31. **0 1 2** Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)
32. **0 1 2** Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho.
33. **0 1 2** Acha que ninguém gosta dele
34. **0 1 2** Acha que os outros o perseguem
35. **0 1 2** Sente-se desvalorizado, inferior.
36. **0 1 2** Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes.
37. **0 1 2** Entra em muitas brigas
38. **0 1 2** É alvo de gozações frequentemente
39. **0 1 2** Anda em más companhias
40. **0 1 2** Escuta sons ou vozes que não existem.
 Descreva: _____

41. **0 1 2** É impulsivo, age sem pensar.
42. **0 1 2** Prefere ficar sozinho que na companhia de outros
43. **0 1 2** Mentira ou engana os outros
44. **0 1 2** Rói unhas
45. **0 1 2** É nervoso ou tenso
46. **0 1 2** Tem "tique nervoso", cacoete.
 Descreva: _____

47. **0 1 2** Segue regras de modo exagerado
48. **0 1 2** Os colegas não gostam dele
49. **0 1 2** Tem dificuldade para aprender
50. **0 1 2** É apreensivo, aflito ou ansioso demais.
51. **0 1 2** Tem tonturas
52. **0 1 2** Sente-se excessivamente culpado
53. **0 1 2** Fala fora de hora
54. **0 1 2** Sente-se cansado demais sem motivo
55. **0 1 2** Está gordo demais
56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- a. **0 1 2** Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
- b. **0 1 2** Dores de cabeça
- c. **0 1 2** Náuseas, enjoos
- d. **0 1 2** Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos).
 Descreva: _____

- e. **0 1 2** Problemas de pele
- f. **0 1 2** Dores de estômago ou de barriga
- g. **0 1 2** Vômitos
- h. **0 1 2** Outras queixas.
 Descreva: _____

57. **0 1 2** Ataca fisicamente as pessoas
58. **0 1 2** Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo.
 Descreva: _____

59. **0 1 2** Dorme durante a aula

60. **0 1 2** Apático, indiferente ou desmotivado.
61. **0 1 2** Não vai bem na escola
62. **0 1 2** É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora).
63. **0 1 2** Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas
64. **0 1 2** 64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas
65. **0 1 2** Recusa-se a falar
66. **0 1 2** Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões).
Descreva: _____

67. **0 1 2** Faz bagunça na classe
68. **0 1 2** Grita muito
69. **0 1 2** É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém.
70. **0 1 2** Vê coisas que não existem.
Descreva: _____

71. **0 1 2** Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele.
72. **0 1 2** Seus trabalhos escolares ou lições são sujos e mal cuidados
73. **0 1 2** Comporta-se de modo irresponsável.
Descreva: _____

74. **0 1 2** Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
75. **0 1 2** É muito tímido
76. **0 1 2** É estourado e tem comportamento imprevisível
77. **0 1 2** Quer ter suas vontades atendidas na hora, fica frustrado facilmente.
78. **0 1 2** É desatento, distrai-se com facilidade.
79. **0 1 2** Tem problemas de fala.
Descreva: _____

80. **0 1 2** Fica com o olhar parado, "olhando o vazio".
81. **0 1 2** Sente-se magoado quando é criticado
82. **0 1 2** Rouba
83. **0 1 2** Ajunta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.
Descreva: _____

84. **0 1 2** Tem comportamento estranho.
Descreva: _____

85. **0 1 2** Tem ideias estranhas.
Descreva: _____

86. **0 1 2** É mal humorado, irrita-se com facilidade.
87. **0 1 2** Tem mudanças repentinas de humor ou sentimentos
88. **0 1 2** Fica chateado facilmente
89. **0 1 2** Não confia em ninguém
90. **0 1 2** Xinga ou fala palavrões
91. **0 1 2** Fala que vai se matar
92. **0 1 2** Não tira boas notas na escola
93. **0 1 2** Fala muito
94. **0 1 2** Gosta de rir dos outros
95. **0 1 2** É esquentado, tem acessos de raiva
96. **0 1 2** Pensa muito em sexo
97. **0 1 2** Ameaça as pessoas
98. **0 1 2** Chega atrasado na escola ou na aula
99. **0 1 2** Fuma cigarro
100. **0 1 2** Não faz os trabalhos escolares ou lições que deveria fazer
101. **0 1 2** Falta aula
102. **0 1 2** Movimenta-se pouco, é preguiçoso.
103. **0 1 2** É infeliz, triste ou deprimido.
104. **0 1 2** É barulhento demais
105. **0 1 2** Usa drogas ou bebidas alcoólicas (**excluir** tabaco).
Descreva: _____

106. **0 1 2** Fica o tempo todo querendo agradar os outros
107. **0 1 2** Não gosta da escola
108. **0 1 2** Tem medo de errar
109. **0 1 2** Fica choramingando, fazendo manha
110. **0 1 2** Vai sujo para escola
111. **0 1 2** É vergonhoso, não tem amizade com os outros.
112. **0 1 2** É muito preocupado
113. Favor anotar abaixo outros problemas desse aluno que não foram abordados nos itens acima:
0 1 2 _____
0 1 2 _____
0 1 2 _____
-

**Anexo 9 – CBCL/6-18 adaptado para a população de indígenas da etnia
Karajá – Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6
a 18 anos – versão brasileira do “*Child Behavior CheckList for ages 6-18*”
(CBCL/6-18)**

CBCL/6-18 adaptado para a população de indígenas da etnia *Karajá*

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS

VERSÃO BRASILEIRA DO “CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6-18”

(CBCL/6-18) – PAIS/CUIDADORES

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO: _____

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE:

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual): _____

() NÃO FREQUENTA ESCOLA

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL

(mesmo que não estejam trabalhando no momento.

Favor especificar o tipo de ocupação – por exemplo:

pescador, piloto de voadeira, professor, dona de casa).

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

ESTA FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Grau de parentesco ou tipo de relacionamento com a criança ou adolescente:

() Pai/Mãe Biológico (a) () Padrasto/Madrasta () Avô/Avó () Pai/Mãe Adotivo (a) () Outro

(especificar): _____

FAVOR PREENCHER ESSE QUESTIONÁRIO DE ACORDO COM SEU PONTO DE VISTA SOBRE O COMPORTAMENTO DE SEU FILHO, MESMO QUE OUTRAS PESSOAS NÃO CONCORDEM. COMENTÁRIOS ADICIONAIS SÃO BEM-VINDOS E PODEM SER ANOTADOS AO LADO DE CADA ÍTEM E NO FINAL DO QUESTIONÁRIO. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: nadar no rio, futebol, voleibol, bicicleta, pescar, etc.

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada um desses esportes?

a. () Menos () Igual () Mais () Não sei

b. () Menos () Igual () Mais () Não sei

c. () Menos () Igual () Mais () Não sei

Comparando com outros da mesma idade, como ele se sai em cada um desses esportes?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, etc.

(Incluir brincadeiras em grupo e não incluir rádio e TV)

() Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele se dedica a cada uma dessas atividades?

a. () Menos () Igual () Mais () Não sei

b. () Menos () Igual () Mais () Não sei

c. () Menos () Igual () Mais () Não sei

Comparando com outros da mesma idade, como ele se sai em cada uma dessas atividades?

a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

III. Por favor, diga quais os grupos aos quais seu filho pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc. () Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

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

a. () Menor () Igual () Maior () Não sei

b. () Menor () Igual () Maior () Não sei

c. () Menor () Igual () Maior () Não sei

IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: capinar, lavar roupa, cozinhar, lavar louça, etc. (Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento). () Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

Comparando com outros da mesma idade, como ele se sai em cada uma dessas funções?

- a. () Pior () Igual () Melhor () Não sei
 b. () Pior () Igual () Melhor () Não sei
 c. () Pior () Igual () Melhor () Não sei

V. 1. Quantos bons amigos seu filho tem? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

- () Nenhum () 1 () 2 () 2 ou 3 () 4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu filho encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (**Não** incluir irmãos e irmãs)

- () menos que 1 () 1 ou 2 () 3 ou mais

VI. Comparando com outros da mesma idade, como seu filho:

a. Se dá com seus irmãos e irmãs?

- () pior () igual () melhor () não tem irmãos ou irmãs

b. Se dá com outras crianças ou adolescentes?

- () pior () igual () melhor () não tem contato com outras crianças ou adolescentes

c. É com os pais?

- () pior () igual () melhor

d. Brinca ou trabalha sozinho?

- () pior () igual () melhor

VII. 1. Como ele se sai nas matérias escolares (esse item não se aplica às crianças que não iniciaram o ensino fundamental). Se a criança ou adolescente não estiver frequentando a escola, favor especificar o motivo:

Comparando com outros da mesma idade, como seu filho se sai nas matérias escolares? (Só deixa em branco as matérias que seu filho não estiver cursando)

- a. Português ou Literatura () pior () igual () melhor
 b. História ou Estudos Sociais () pior () igual () melhor
 c. Matemática () pior () igual () melhor
 d. Ciências () pior () igual () melhor

Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, biologia, sociologia, etc.) **Não** incluir educação física, trabalhos manuais ou artísticos.

- e. _____ () pior () igual () melhor
 f. _____ () pior () igual () melhor
 g. _____ () pior () igual () melhor

2. Seu filho já repetiu de ano?

- () Não () Sim – Se sim, especifique as séries e os motivos: _____

3. Seu filho já teve dificuldades com as notas da escola ou outros tipos de problemas na escola?

- () Não () Sim – Se sim, descreva os problemas: _____

Quando começaram essas dificuldades? _____

Esses problemas já se resolveram?

- () Não () Sim – Quando? _____

4. Seu filho tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

- () Não () Sim – Descreva _____

5. Quais suas maiores preocupações em relação a seu filho?

6. Descreva o que seu filho faz (tem) de bom.

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

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento frequentemente presente.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

1. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) comporta-se como se tivesse menos idade
 2. **0 1 2** Toma bebida alcoólica sem os pais deixarem.
Descreva qual bebida: _____
 3. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) apresenta vários motivos para não fazer o que os outros pedem a ele
 4. **0 1 2** Não consegue terminar as coisas que começa
 5. **0 1 2** Há poucas coisas que seu (sua) filho (a) gosta de fazer
 6. **0 1 2** Faz coco na calça ou fora do vaso sanitário
 7. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) conta vantagem (se acha melhor que os outros)
 8. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não consegue prestar atenção por muito tempo
 9. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem algum pensamento que não sai da cabeça.
Descreva: _____
 10. **0 1 2** É nervoso (a), é muito barulhento (a).
 11. **0 1 2** Fica sempre junto dos adultos, precisa dos adultos para tudo.
 12. **0 1 2** Fala que se sente sozinho (a)
 13. **0 1 2** Parece estar confuso (a), perdido (a) nos pensamentos.
 14. **0 1 2** Chora muito
 15. **0 1 2** É mau (má) com os animais
 16. **0 1 2** É mau (má) com as pessoas
 17. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica perdido (a) nos próprios pensamentos
 18. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) se machuca por querer ou já tentou se matar
 19. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gosta de chamar atenção para ele (a)
 20. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) quebra as próprias coisas
 21. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) quebra as coisas de sua família ou de outras pessoas
 22. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não faz o que os pais pedem em casa
 23. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não faz o que os professores pedem na escola
 24. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não gosta de se alimentar direito
 25. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não consegue ter amizade com outras crianças ou adolescentes
 26. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não se sente culpado (a) após ter feito algo errado.
Descreva: _____
 27. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica com ciúmes facilmente
 28. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não respeita regras em casa, na escola ou em outros lugares
 29. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem medo de algum animal, de algum lugar que não seja a escola ou de alguma outra coisa.
Descreva: _____
 30. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem medo da escola.
Descreva: _____
 31. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem medo de pensar ou de fazer algo ruim (*ibinare*) contra ele (a) próprio (a) ou contra outras pessoas
 32. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) acha que tem que fazer tudo certinho
 33. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) acha que ninguém gosta dele (a)
 34. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) acha que existem pessoas querendo fazer algo ruim (*ibinare*) contra ele (a)
 35. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) sente que não é valorizado (a)
 36. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) sempre se machuca
 37. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) sempre briga com outras crianças
 38. **0 1 2** Os amigos de seu (sua) filho (a) sempre ficam rindo dele (a)
 39. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) sempre está junto com pessoas que vocês (os pais) não gostam
 40. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) escuta sons ou vozes que ninguém mais escuta.
-

Descreva: _____

41. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) faz as coisas sem pensar
 42. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gosta de ficar sozinho (a)
 43. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) conta muitas mentiras para os outros
 44. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) come unhas
 45. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é nervoso (a)
 46. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem alguma mania (faz movimentos involuntários várias vezes).

Descreva: _____

47. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem sonhos ruins
 48. **0 1 2** As outras crianças ou adolescentes não gostam de seu (sua) filho (a)
 49. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não consegue defecar (fazer *buxo*) frequentemente
 50. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é nervoso (a) ou muito bravo (a)
 51. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem tonturas (perde o equilíbrio)
 52. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) se sente muitas vezes culpado (a)
 53. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) come muito
 54. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) sente-se muito cansado (a) sem motivo (sem saber o porquê)
 55. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) está gordo (a) demais
 56. Seu (sua) filho (a) tem (sem ser por um problema médico):

- a. **0 1 2** Dores de cabeça
 b. **0 1 2** Vontade de vomitar
 c. **0 1 2** Problemas com os olhos (que continuam mesmo usando óculos).
 Descreva: _____

 d. **0 1 2** Problemas de pele
 e. **0 1 2** Dores de estômago ou de barriga
 f. **0 1 2** Vômitos
 g. **0 1 2** Outras dores.

Descreva: _____

57. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) briga com as pessoas
 58. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica mexendo (colocando o dedo) no nariz, na pele ou outras partes do corpo.

Descreva: _____

59. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica mexendo nas partes íntimas perto de outras pessoas
 60. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) coloca muito a mão nas partes íntimas
 61. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não vai bem na escola
 62. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é atrapalhado (a), faz as coisas mal feitas.
 63. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais velhos
 64. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais novos
 65. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não gosta de falar
 66. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) faz todos os dias a mesma coisa.

Descreva: _____

67. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) foge de casa
 68. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) grita muito
 69. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não conta as coisas que ele (a) faz para ninguém
 70. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) vê coisas que outras pessoas não veem.

Descreva: _____

71. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica com vergonha na frente dos outros com facilidade, com medo do que as pessoas achem dele (a).
 72. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) põe fogo nas coisas
 73. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem dificuldades sexuais.

Descreva: _____

74. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica sempre fazendo brincadeiras para chamar atenção dos outros
 75. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é muito vergonhoso (a)
 76. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) dorme menos que as outras crianças ou adolescentes
 77. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) dorme mais que as outras crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite.

Descreva: _____

78. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não consegue prestar atenção
 79. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem dificuldades na fala.

Descreva: _____

80. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica com o olhar parado, olhando o vazio.

81. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) rouba em casa
82. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) rouba fora de casa
83. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) junta em casa coisas das quais não precisa e que não servem para nada.
Descreva: _____

84. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem comportamento estranho (jeito esquisito, fora do normal).
Descreva: _____

85. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem ideias diferentes das dos outros.
Descreva: _____

86. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica nervoso (a) facilmente
87. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) muda de alegre para triste facilmente, no mesmo dia.
88. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica com raiva, emburrado (a) (*teburere*) sempre.
89. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não confia em ninguém
90. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) xinga ou fala palavrões
91. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fala que vai se matar
92. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fala ou anda dormindo.
Descreva: _____

93. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fala muito (conversa muito)
94. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gosta de rir dos outros
95. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é nervoso, fica com raiva facilmente.
96. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) pensa muito em sexo
97. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gosta de passar medo nas pessoas
98. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) chupa o dedo
99. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fuma cigarro
100. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) tem dificuldades para dormir.
Descreva: _____

101. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) falta muito às aulas
102. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) movimenta-se pouco, movimenta-se devagar.
103. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não é feliz (é triste)
104. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é barulhento (a) demais
105. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) usa drogas que não sejam álcool (*koha*) ou cigarro.
Descreva: _____

106. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) estraga coisas públicas na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde).
107. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) faz xixi na roupa durante o dia
108. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) faz xixi durante a noite quando está dormindo
109. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) fica chorando e reclamando sempre
110. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) gostaria de ser menina (o)
111. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) não brinca com outras crianças
112. **0 1 2** Seu (sua) filho (a) é muito preocupado (a)
113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu (sua) filho (a) que não foram abordados nos itens acima:
0 1 2 _____
0 1 2 _____
0 1 2 _____
-

**Anexo 10 – TRF/6-18 adaptado para a população de indígenas da etnia
Karajá – Inventário de comportamentos referidos pelo professor para
alunos de 6 a 18 anos – versão brasileira do “*Teacher’s Report Form for
ages 6-18*” (TRF/6-18)**

TRF/6-18 adaptado para a população de indígenas da etnia *Karajá*
INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO PROFESSOR PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS
VERSÃO BRASILEIRA DO “TEACHER’S REPORT FORM FOR AGES 6-18”
(TRF/6-18)

Número de identificação: _____

Suas respostas serão usadas para comparar seu aluno com alunos de outros professores que preencheram questionários semelhantes. A informação desse questionário também será comparada com outras informações sobre esse aluno. Por favor, responda o melhor que puder, mesmo que você não tenha todas as informações. As pontuações obtidas em itens individuais serão combinadas para identificar padrões gerais de comportamento. Comentários adicionais são bem-vindos e podem ser anotados ao lado de cada item e no final do questionário.

DATA DE HOJE: ____/____/____

NOME DO ALUNO (completo): _____

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____ IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ESCOLARIDADE (série atual): _____

TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL (mesmo que não estejam trabalhando no momento. **Favor especificar o tipo de ocupação** – por exemplo: pescador, piloto de voadeira, professor, dona de casa, etc.).

Tipo de trabalho do pai: _____

Tipo de trabalho da mãe: _____

NOME E ENDEREÇO DA ESCOLA: _____

ESTÁ FICHA ESTÁ SENDO PREENCHIDA POR (informante):

Nome completo: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Sua função na escola: () Professor () Auxiliar do professor () Professor substituto () Coordenador ou Diretor
 () Outro (especificar): _____

Favor preencher esse questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento do aluno, mesmo que outras pessoas não concordem. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

I. Há quantos meses você conhece esse (a) aluno (a)? _____ meses.

II. Você o (a) conhece bem? () Não () Mais ou menos () bem () Muito bem

III. Quanto tempo por semana ele (a) tem aula com você ou fica a seus cuidados?

IV. Que tipo de aula você dá ou qual é o serviço que você presta junto a ele (a)? (Seja específico, por exemplo: todas as aulas da 4ª série, aula de matemática na 7ª série, orientador pedagógico, etc.)

V. Esse (a) aluno (a) já foi encaminhado (a) para classe especial, programas especiais ou reforço escolar?

() Não sei () Não () Sim – Se sim, qual foi o tipo de encaminhamento e quando ocorreu?

VI. Ele (a) já repetiu de ano? () Não sei () Não () Sim – Se sim, quais séries e por que motivos?

VII. Como são as notas desse aluno nas matérias escolares? (Liste as matérias e assinale o nível de desempenho em relação à média exigida pela escola)

1. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

2. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

3. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

4. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

5. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

6. _____ () Muito abaixo () Pouco abaixo () Na média () Pouco acima () Muito acima

VIII. Comparando com outros alunos da mesma idade:

1. Quanto ele está se dedicando aos estudos?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

2. Quão apropriado está o comportamento dele?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

3. Quanto ele está aprendendo?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

4. Quão feliz ele está?

() Muito menos () pouco menos () Menos () na média () pouco mais () Mais () Muito mais

IX. Pontuação em testes de desempenho aplicados recentemente (opcional)

Nome do teste	Matéria	Data	Nota ou nível de desempenho
---------------	---------	------	-----------------------------

X. Testes de QI, prontidão e aptidão (opcional)

Nome do teste	Data	QI ou pontuação equivalente
---------------	------	-----------------------------

Esse (a) aluno (a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

() Não () Sim – Se sim, descreva: _____

Quais suas maiores preocupações em relação a esse aluno?

Descreva boas coisas desse aluno, os pontos positivos desse aluno.

Confira suas respostas para certificar-se de ter respondido todos os itens.

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de alunos. Considere seu (a) aluno (a) ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 2 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

Marque 0 se item FALSO ou comportamento ausente.

Marque 1 se item MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou comportamento às vezes presente.

Marque 2 se item BASTANTE VERDADEIRO ou comportamento frequentemente presente.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento desse aluno.

1. **0 1 2** Comporta-se como se tivesse menos idade
2. **0 1 2** Faz sons com a boca ou outros barulhos estranhos durante a aula
3. **0 1 2** Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)
4. **0 1 2** Não consegue terminar as coisas que começa
5. **0 1 2** Há poucas coisas que ele gosta de fazer
6. **0 1 2** É mal criado, "responde" às pessoas que trabalham na escola
7. **0 1 2** Conta vantagem
8. **0 1 2** Não consegue prestar atenção por muito tempo
9. **0 1 2** Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça. Caso tenha algum descreva: _____
10. **0 1 2** Não fica parado, não para quieto.
11. **0 1 2** Fica grudado nos adultos, precisa dos adultos para tudo.
12. **0 1 2** Fala que se sente sozinho
13. **0 1 2** Parece estar perdido
14. **0 1 2** Chora muito
15. **0 1 2** Fica fazendo pequenos movimentos, mostrando-se inquieto.
16. **0 1 2** É mau com as pessoas
17. **0 1 2** Fica distraído, perdido nos próprios pensamentos.
18. **0 1 2** Machuca-se por querer e já tentou se matar
19. **0 1 2** Chama a atenção para ele
20. **0 1 2** Quebra coisas dos outros
21. **0 1 2** Destroí as coisas de sua família ou de outras pessoas
22. **0 1 2** Não consegue obedecer ordens ou seguir instruções
23. **0 1 2** Não consegue fazer o que pedem na escola
24. **0 1 2** Perturba os colegas
25. **0 1 2** Não se dá bem com os colegas
26. **0 1 2** Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.
Descreva: _____
27. **0 1 2** Fica com ciúmes facilmente
28. **0 1 2** Não respeita as normas da escola
29. **0 1 2** Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola).
Descreva: _____
30. **0 1 2** Tem medo da escola.
Descreva: _____
31. **0 1 2** Tem medo de pensar ou de fazer algo ruim (contra si ou contra outros)
32. **0 1 2** Acha que tem que fazer tudo certinho demais
33. **0 1 2** Acha que ninguém gosta dele
34. **0 1 2** Acha que os outros o perseguem
35. **0 1 2** Sente que não é valorizado
36. **0 1 2** Machuca-se muitas vezes
37. **0 1 2** Entra em muitas brigas
38. **0 1 2** É alvo de gozações frequentemente
39. **0 1 2** É amigo de alguém que os pais não gostam
40. **0 1 2** Escuta sons ou vozes que não existem.
Descreva: _____
41. **0 1 2** Faz coisas sem pensar
42. **0 1 2** Gosta de ficar sozinho
43. **0 1 2** Mentira ou engana os outros
44. **0 1 2** Come unhas
45. **0 1 2** É nervoso
46. **0 1 2** Tem "tique nervoso", cacoete (faz movimentos repetitivos com qualquer parte do corpo; como se fosse 'mania', que nenhuma outra pessoa faz).
Descreva: _____
47. **0 1 2** Segue regras de modo exagerado (gosta de tudo certinho demais)
48. **0 1 2** Os colegas não gostam dele (a)
49. **0 1 2** Tem dificuldade para aprender
50. **0 1 2** É nervoso (a), bravo (a), aflito (a) ou ansioso (a) demais.
51. **0 1 2** Tem tonturas
52. **0 1 2** Sente-se excessivamente culpado (a)
53. **0 1 2** Fala fora de hora
54. **0 1 2** Sente-se cansado (a) demais sem motivo
55. **0 1 2** Está gordo (a) demais
56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- a. **0 1 2** Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
- b. **0 1 2** Dores de cabeça
- c. **0 1 2** Náuseas, enjoos
- d. **0 1 2** Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos).
Descreva: _____
- e. **0 1 2** Problemas de pele
- f. **0 1 2** Dores de estômago ou de barriga
- g. **0 1 2** Vômitos
- h. **0 1 2** Outras queixas.
Descreva: _____

57. **0 1 2** Ataca fisicamente as pessoas
58. **0 1 2** Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo.
Descreva: _____
59. **0 1 2** Dorme durante a aula
60. **0 1 2** Não tem vontade de fazer atividades
61. **0 1 2** Não vai bem na escola
62. **0 1 2** É atrapalhado, faz as coisas mal feitas
63. **0 1 2** Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas
64. **0 1 2** Gosta de ficar perto de crianças (ou adolescentes) mais novas
65. **0 1 2** Não gosta de falar
66. **0 1 2** Faz muitas vezes as mesmas coisas (repetidamente).
Descreva: _____
67. **0 1 2** Faz bagunça na classe
68. **0 1 2** Grita muito
69. **0 1 2** Não conta suas coisas para ninguém
70. **0 1 2** Vê coisas que os outros não veem.
Descreva: _____
71. **0 1 2** Fica com vergonha na frente dos outros com facilidade, com medo do que as pessoas possam achar dele (a).
72. **0 1 2** Seus trabalhos escolares ou lições são sujos e mal cuidados
73. **0 1 2** Comporta-se de modo irresponsável.
Descreva: _____
74. **0 1 2** Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
75. **0 1 2** É muito vergonhoso (a)
76. **0 1 2** É nervoso (a), se comporta de forma não esperada.
77. **0 1 2** Quer ter suas vontades atendidas na hora, fica chateado facilmente.
78. **0 1 2** Não presta atenção, distrai-se com facilidade
79. **0 1 2** Tem dificuldades para falar.
Descreva: _____
80. **0 1 2** Fica com o olhar parado, "olhando o vazio".
81. **0 1 2** Fica chateado quando é criticado
82. **0 1 2** Rouba
83. **0 1 2** Ajunta coisas das quais não precisa e que não servem para nada.
Descreva: _____
84. **0 1 2** Se comporta de forma esquisita.
Descreva: _____
85. **0 1 2** Tem ideias diferentes das dos outros.
Descreva: _____
86. **0 1 2** É bravo (a), fica nervoso (a) facilmente.
87. **0 1 2** Muda de alegre para triste na mesma hora
88. **0 1 2** Fica chateado (a) facilmente
89. **0 1 2** Não confia em ninguém
90. **0 1 2** Xinga ou fala palavrões
91. **0 1 2** Fala que vai se matar
92. **0 1 2** Não tira boas notas na escola
93. **0 1 2** Fala muito
94. **0 1 2** Gosta de rir dos outros
95. **0 1 2** É esquentado (a), tem acessos de raiva.
96. **0 1 2** Pensa muito em sexo
97. **0 1 2** Ameaça as pessoas
98. **0 1 2** Chega atrasado (a) na escola ou na aula
99. **0 1 2** Fuma cigarro
100. **0 1 2** Não faz os trabalhos escolares ou lições que deveria fazer
101. **0 1 2** Falta aula
102. **0 1 2** Movimenta-se pouco, é preguiçoso (a).
103. **0 1 2** É infeliz, triste ou deprimido (a).
104. **0 1 2** É barulhento (a) demais
105. **0 1 2** Usa drogas ou bebidas alcoólicas (**excluir** tabaco).
Descreva: _____
106. **0 1 2** Fica o tempo todo querendo agradar os outros
107. **0 1 2** Não gosta da escola
108. **0 1 2** Tem medo de errar
109. **0 1 2** Fica choramingando, fazendo manha.
110. **0 1 2** Vai sujo para escola
111. **0 1 2** É vergonhoso (a), não tem amizade com os outros.
112. **0 1 2** É muito preocupado
113. Favor anotar abaixo outros problemas desse aluno que não foram abordados nos itens acima:
0 1 2 _____
0 1 2 _____
0 1 2 _____

Anexo 11 – Explicações das modificações realizadas nos instrumentos usados (CBCL e TRF), comparando-se os quatro anexos anteriores, sendo os pares formados entre a versão brasileira e a versão adaptada para os indígenas da etnia *Karajá*

Explicações das modificações realizadas nos instrumentos usados (CBCL e TRF), comparando-se os quatro anexos anteriores, sendo os pares formados entre a versão brasileira e a versão adaptada para os indígenas da etnia *Karajá*.

No texto que se segue usamos os destaques em **negrito**, quando optamos pela substituição no instrumento original do português brasileiro para o português brasileiro mais acessível aos indígenas *Karajá*. Os destaques em **itálico e negrito** foram usados quando optamos pela colocação de vocábulo na língua materna (*Karajá*) que tornasse a compreensão mais próxima do que realmente a questão desejava obter em termos de informação. Assim, no CBCL foram modificados:

Onde se lê: TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITURAL, mesmo que não estejam trabalhando no momento. Favor especificar o tipo de ocupação – por exemplo: mecânico de automóveis, professor (a) do segundo grau, dona de casa, pedreiro, torneiro mecânico, vendedor de sapatos, sargento do exército.
Passou-se a ler: TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL, mesmo que não estejam trabalhando no momento. Favor especificar o tipo de ocupação – por exemplo: **pescador, piloto de voadeira, professor, dona de casa.**

Onde se lê: I. Por favor, cite os esportes que seu filho mais gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, voleibol, patins, skate, bicicleta, pescar, etc.
Passou-se a ler: I. Por favor, cite os esportes que seu (sua) filho (a) mais gosta de participar. Por exemplo: **nadar no rio, futebol, voleibol, bicicleta, pescar,** etc.

Onde se lê: Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada um desses esportes?

Passou-se a ler: Comparando com outros da mesma idade, **como ele (a) se sai** em cada um desses esportes?

Onde se lê: II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, computador, vídeo game, etc. (Incluir brincadeiras em grupo) (Não incluir rádio e TV).

Passou-se a ler: II. Por favor, cite as atividades, brincadeiras, passatempos e jogos preferidos do seu filho (excluir os esportes). Por exemplo: **desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar**, etc. (Incluir brincadeiras em grupo e não incluir rádio e TV).

Onde se lê: Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas atividades?

Passou-se a ler: Comparando com outros da mesma idade, **como ele (a) se sai** em cada uma dessas atividades?

Onde se lê: III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos dos quais o (a) seu (sua) filho (a) pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

Passou-se a ler: III. Por favor, **diga quais os grupos** dos quais o (a) seu (sua) filho (a) pertence. Por exemplo: turma de amigos (fora da escola), grupos de igreja, teatro, música, etc.

Onde se lê: IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: Office boy, ajudante em feira, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar louça, etc. (Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento).

Passou-se a ler: IV. Por favor, cite os trabalhos ou tarefas de seu filho. Por exemplo: **capinar, lavar roupa, cozinhar, lavar louça**, etc. (Incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento).

Onde se lê: Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele em cada uma dessas funções?

Passou-se a ler: Comparando com outros da mesma idade, **como ele (a) se sai** em cada uma dessas funções?

Onde se lê: V. 1. Quantos amigos íntimos seu filho tem? (**Não** incluir irmãos e irmãs).

Passou-se a ler: V. 1. Quantos **bons (boas) amigos (as)** seu **(sua)** filho **(a)** tem? (**Não** incluir irmãos e irmãs).

Onde se lê: VI. c. Se comporta em relação aos pais?

Passou-se a ler: VI. c. **É com os** pais?

Onde se lê: VII. 1. Desempenho nas matérias escolares (esse item não se aplica às crianças que não iniciaram o ensino fundamental).

Passou-se a ler: VII. 1. **Como ele (a) se sai** nas matérias escolares? (esse item não se aplica às crianças que não iniciaram o ensino fundamental).

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

Passou-se a ler: Comparando com outros da mesma idade, **como seu (sua) filho (a) se sai** nas matérias escolares?

Onde se lê: Insuficiente (abaixo da média exigida pela escola) Pior Igual Melhor.

Passou-se a ler: **Pior Igual Melhor**, ou seja, foi retirado o item Insuficiente.

Onde se lê: Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, inglês, computação, etc.).

Passou-se a ler: Outras matérias escolares (por exemplo: geografia, **biologia, sociologia, língua materna**, etc.).

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

Passou-se a ler: 4. Seu **(sua) filho (a)** já teve **dificuldades com as notas da escola** ou outros tipos de problemas na escola?

Onde se lê: Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu filho.

Passou-se a ler: Descreva **o que seu (sua) filho (a) faz (tem) de bom (boa)**.

Onde se lê: 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade.

Passou-se a ler: 1. **Seu (sua) filho (a) comporta-se** como se tivesse menos idade.

Onde se lê: 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais.

Passou-se a ler: 2. Toma bebida alcoólica (*koha*) sem **os pais deixarem**.

Onde se lê: 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça).

Passou-se a ler: 3. **Seu (sua) filho (a) apresenta vários motivos para não fazer o que os outros pedem a ele.**

Onde se lê: 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer.

Passou-se a ler: 5. Há poucas coisas que **seu (sua) filho (a) gosta de fazer**.

Onde se lê: 7. É convencido, conta vantagem.

Passou-se a ler: 7. **Seu (sua) filho (a) conta vantagem (se acha melhor que os outros).**

Onde se lê: 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo.

Passou-se a ler: 8. **Seu (sua) filho (a) não consegue prestar atenção por muito tempo.** Ou seja, foi retirado 'Não se concentra'.

Onde se lê: 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões).

Passou-se a ler: 9. **Seu (sua) filho (a) tem algum pensamento que não sai da cabeça.**

Onde se lê: 10. É agitado, não para quieto.

Passou-se a ler: 10. **É nervoso (a), é muito barulhento (a).** Para os índios *Karajá*, nervoso equivale a agitado e barulhento a não parar quieto.

Onde se lê: 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente.

Passou-se a ler: 11. Fica **sempre junto dos** adultos, **precisa dos adultos para tudo.**

Onde se lê: 12. Queixa-se de solidão.

Passou-se a ler: 12. **Fala que se sente sozinho (a).**

Onde se lê: 13. Parece estar confuso, atordoado.

Passou-se a ler: 13. Parece estar confuso **(a), perdido (a) nos pensamentos,** que para os *Karajá* equivale a estar atordoado.

Onde se lê: 15. É cruel com os animais.

Passou-se a ler: 15. É **mau (má)** com os animais.

Onde se lê: 16. É cruel, maltrata as pessoas.

Passou-se a ler: 16. É **mau (má) com** as pessoas.

Onde se lê: 17. Fica no “mundo da lua”, perdido nos próprios pensamentos (devaneios).

Passou-se a ler: 17. **Seu (sua) filho (a) fica** perdido (a) nos próprios pensamentos. Retirou-se a palavra (devaneios).

Onde se lê: 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se.

Passou-se a ler: 18. **Seu (sua) filho (a) se machuca por querer ou já tentou se matar.**

Onde se lê: 19. Exige que prestem atenção nele.

Passou-se a ler: 19. **Seu (sua) filho (a) gosta de chamar a atenção para ele (a).**

Onde se lê: 20. Destrói as próprias coisas.

Passou-se a ler: 20. **Seu filho quebra** as próprias coisas.

Onde se lê: 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas.

Passou-se a ler: 21. **Seu filho quebra** as coisas de sua família ou de outras pessoas.

Onde se lê: 22. É desobediente em casa.

Passou-se a ler: 22. **Seu (sua) filho (a) não faz o que os pais pedem** em casa.

Onde se lê: 23. É desobediente na escola.

Passou-se a ler: 23. **Seu (sua) filho (a) não faz o que os professores pedem** na escola.

Onde se lê: 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito).

Passou-se a ler: 24. **Seu (sua) filho (a) não gosta de se alimentar direito.**

Onde se lê: 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes.

Passou-se a ler: 25. **Seu (sua) filho (a) não consegue ter amizade** com outras crianças ou adolescentes.

Onde se lê: 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.

Passou-se a ler: 26. **Seu (sua) filho (a) não se sente culpado (a) após ter feito algo errado.**

Onde se lê: 28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares.

Passou-se a ler: 28. **Seu (a) filho (a) não respeita** regras em casa, na escola ou em outros lugares.

Onde se lê: 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola).

Passou-se a ler: 29. **Seu (sua) filho (a) tem medo de algum animal, de algum lugar que não seja a escola ou de alguma outra coisa.**

Onde se lê: 31. Tem medo de pensar ou fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros).

Passou-se a ler: 31. **Seu (sua) filho (a)** tem medo de pensar ou de fazer algo de ruim (*ibinare*) contra ele (a) próprio (a) ou contra outras pessoas.

Onde se lê: 32. Tem “mania de perfeição”, acha que tem que fazer tudo certinho.

Passou-se a ler: 32. **Seu (sua) filho (a)** acha que tem que fazer tudo certinho.

Onde se lê: 34. Acha que os outros o perseguem.

Passou-se a ler: 34. **Seu (sua) filho (a)** acha que existem pessoas querendo fazer algo ruim (*ibinare*) contra ele (a).

Onde se lê: 35. Sente-se desvalorizado, inferior.

Passou-se a ler: 35. **Seu (sua) filho (a)** sente que não é valorizado (a).

Onde se lê: 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes.

Passou-se a ler: 36. **Seu (sua) filho (a)** sempre se machuca.

Onde se lê: 37. Entra em muitas brigas.

Passou-se a ler: 37. **Seu (sua) filho (a)** sempre briga com outras crianças.

Onde se lê: 38. É alvo de gozações.

Passou-se a ler: 38. **Os amigos do (a) seu (sua) filho (a)** sempre ficam rindo dele (a).

Onde se lê: 39. Anda com más companhias.

Passou-se a ler: 39. **Seu (sua) filho (a)** sempre está junto com pessoas que vocês (os pais) não gostam.

Onde se lê: 40. Escuta sons ou vozes que não existem.

Passou-se a ler: 40. **Seu (sua) filho (a)** escuta sons ou vozes que ninguém mais escuta.

Onde se lê: 41. É impulsivo, age sem pensar.

Passou-se a ler: 41. **Seu (sua) filho (a)** faz as coisas sem pensar.

Onde se lê: 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros.

Passou-se a ler: 42. **Seu (sua) filho (a) gosta de ficar sozinho (a).**

Onde se lê: 43. Mentira ou engana os outros.

Passou-se a ler: 43. **Seu (sua) filho (a) conta muitas mentiras para os outros.**

Onde se lê: 44. Rói unhas.

Passou-se a ler: 44. **Seu (sua) filho (a) come unhas.**

Onde se lê: 45. É nervoso ou tenso.

Passou-se a ler: 45. **Seu (sua) filho (a) é nervoso (a).**

Onde se lê: 46. Tem “tique nervoso”, cacoete.

Passou-se a ler: 46. **Seu (sua) filho (a) tem alguma “mania” (faz movimentos que não quer várias vezes).**

Onde se lê: 47. Tem pesadelos.

Passou-se a ler: 47. **Seu (sua) filho (a) tem sonhos ruins.**

Onde se lê: 49. Tem prisão de ventre, intestino preso.

Passou-se a ler: 49. **Seu (sua) filho (a) não consegue defecar (fazer *buxo*) muitas vezes.**

Onde se lê: 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais.

Passou-se a ler: 50. **Seu (sua) filho (a) é nervoso (a) ou muito bravo (a).**

Onde se lê : 51. Tem tonturas.

Passou-se a ler : 51. **Seu (sua) filho (a) tem tonturas (perde o equilíbrio).**

Onde se lê : 52. Sente-se excessivamente culpado.

Passou-se a ler : 52. **Seu (sua) filho (a) se sente muitas vezes culpado (a).**

Onde se lê : 53. Come exageradamente.

Passou-se a ler : 53. **Seu (sua) filho (a) come muito.**

Onde se lê : 54. Sente-se cansado demais sem motivo.

Passou-se a ler : 54. **Seu (sua) filho (a) sente-se muito cansado (a) sem motivo (sem saber o porquê).**

Onde se lê : 56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por 'nervoso' **(sem causa médica):**

- a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
- b. Dores de cabeça
- c. Náuseas, enjôos
- d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)
- e. Problemas de pele
- f. Dores de estômago ou de barriga
- g. Vômitos
- h. Outras queixas

Passou-se a ler : 56. **Seu (sua) filho (a) tem (sem ser por um problema médico):**

- a. Dores de cabeça
- b. Vontade de vomitar**
- c. Problemas com os olhos (**que continuam mesmo usando óculos**)
- d. Problemas de pele
- e. Dores de estômago ou de barriga
- f. Vômitos
- g. Outras dores**

Onde se lê : 57. Ataca fisicamente as pessoas.

Passou-se a ler : 57. **Seu (sua) filho (a) briga com as pessoas.**

Onde se lê : 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo.

Passou-se a ler : 58. **Seu (sua) filho (a) fica mexendo (colocando o dedo) no nariz, na pele ou outras partes do corpo.**

Onde se lê : 59. Mexe nas partes íntimas em público.

Passou-se a ler : 59. **Seu (sua) filho (a) fica mexendo nas partes íntimas perto de outras pessoas.**

Onde se lê : 60. Mexe demais nas partes íntimas.

Passou-se a ler : 60. **Seu (sua) filho (a) coloca muito a mão nas partes íntimas.**

Onde se lê : 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora).

Passou-se a ler : 62. **Seu (sua) filho (a) é atrapalhado (a), faz as coisas mal feitas.**

Onde se lê : 63. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos.

Passou-se a ler : 63. **Seu (sua) filho (a) gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais velhos.**

Onde se lê : 64. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos.

Passou-se a ler : 64. **Seu (sua) filho (a) gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais novos.**

Onde se lê : 65. Recusa-se a falar.

Passou-se a ler : 65. **Seu (sua) filho (a) não gosta de falar.**

Onde se lê : 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões).

Passou-se a ler : 66. **Seu (sua) filho (a) faz todos os dias (o dia todo) a mesma coisa.**

Onde se lê : 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém.

Passou-se a ler : 69. **Seu (sua) filho (a) não conta as coisas que ele faz para ninguém.**

Onde se lê : 70. Vê coisas que não existem.

Passou-se a ler : 70. **Seu (sua) filho (a) vê coisas que os outros não vêem.**

Onde se lê : 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele.

Passou-se a ler : 71. **Seu (sua) filho (a) fica com vergonha** na frente dos outros com facilidade, **com medo do que as pessoas achem dele (a)**.

Onde se lê : 73. Tem problemas sexuais.

Passou-se a ler : 73. **Seu (sua) filho (a) tem dificuldades** sexuais. Esta questão, em especial, gerava sempre dúvidas e constrangimentos por parte dos respondentes.

Onde se lê : 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas.

Passou-se a ler : 74. **Seu (sua) filho (a) fica sempre fazendo brincadeiras para chamar atenção dos outros**.

Onde se lê : 75. É muito tímido.

Passou-se a ler : 75. **Seu (a) filho (a) é muito vergonhoso (a)**.

Onde se lê : 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes.

Passou-se a ler : 76. **Seu (sua) filho (a) dorme menos que as outras** crianças ou adolescentes.

Onde se lê : 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite.

Passou-se a ler : 77. **Seu (sua) filho (a) dorme mais que as outras** crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite.

Onde se lê : 78. É desatento, distrai-se com facilidade.

Passou-se a ler : 78. **Seu (sua) filho (a) não consegue prestar atenção**.

Onde se lê : 79. Tem problemas de fala.

Passou-se a ler : 79. **Seu (sua) filho (a) tem dificuldades na fala**.

Onde se lê : 84. Tem comportamento estranho.

Passou-se a ler : 84. **Seu (sua) filho (a) tem comportamento estranho (jeito esquisito, fora do normal).**

Onde se lê : 85. Tem idéias estranhas.

Passou-se a ler : 85. **Seu (sua) filho (a) tem idéias diferentes das dos outros.**

Onde se lê : 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade.

Passou-se a ler : 86. **Seu (sua) filho (a) fica nervoso (a) facilmente.**

Onde se lê : 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos.

Passou-se a ler : 87. **Seu (sua) filho (a) muda de alegre para triste facilmente, no mesmo dia.**

Onde se lê : 88. Fica emburrado facilmente.

Passou-se a ler : 88. **Seu (sua) filho (a) fica com raiva, emburrado (a) (teburere) sempre.**

Onde se lê : 89. É desconfiado.

Passou-se a ler : 89. **Seu (sua) filho (a) não confia em ninguém.**

Onde se lê : 93. Fala demais.

Passou-se a ler : 93. **Seu (sua) filho (a) fala muito (conversa muito).**

Onde se lê : 94. Gosta de 'gozar da cara' dos outros.

Passou-se a ler : 94. **Seu (sua) filho (a) gosta de rir dos outros.**

Onde se lê : 95. É esquentado, tem acessos de raiva.

Passou-se a ler : 95. **Seu (sua) filho (a) é nervoso (a), fica com raiva facilmente.**

Onde se lê : 96. Pensa demais em sexo.

Passou-se a ler : 96. **Seu (sua) filho (a) pensa muito em sexo.**

Onde se lê : 97. Ameaça as pessoas.

Passou-se a ler : 97. **Seu (sua) filho (a) gosta de passar medo nas pessoas.**

Onde se lê : 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheia tabaco.

Passou-se a ler : 99. **Seu (sua) filho (a) fuma cigarro.**

Onde se lê : 100. Tem problemas com o sono.

Passou-se a ler : 100. **Seu (sua) filho (a) tem dificuldades para dormir.**

Onde se lê : 101. Mata aula (cabula aula, gazeia).

Passou-se a ler : 101. **Seu (sua) filho (a) falta muito as aulas.**

Onde se lê : 102. É pouco ativo, movimenta-se vagorosamente ou falta-lhe energia.

Passou-se a ler : 102. **Seu (sua) filho (a) movimenta-se pouco, movimenta-se devagar.**

Onde se lê : 103. É infeliz, triste ou deprimido.

Passou-se a ler : 103. **Seu (sua) filho (a) não é feliz (é triste).**

Onde se lê : 105. Usa drogas (excluir álcool e tabaco).

Passou-se a ler : 105. **Seu (sua) filho (a) usa drogas que não sejam álcool (koha) ou cigarro.**

Onde se lê : 106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo).

Passou-se a ler : 106. **Seu (sua) filho (a) estraga coisas públicas na aldeia (p. ex. : quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde).**

Onde se lê : 108. Faz xixi na cama.

Passou-se a ler : 108. **Seu (sua) filho (a) faz xixi durante a noite quando está dormindo.** Os Karajá não utilizam camas, e sim esteiras no chão ou redes.

Onde se lê : 109. Fica choramingando, fazendo manha.

Passou-se a ler : 109. **Seu (sua) filho (a) fica chorando e reclamando sempre.**

Onde se lê : 110. Gostaria de ser do sexo oposto.

Passou-se a ler : 110. **Seu (a) filho (a) gostaria de ser menina (o).**

Onde se lê : 111. É retraído, não se relaciona com os outros.

Passou-se a ler : 111. **Seu (sua) filho (a) não gosta de brincar com outras crianças.**
