

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

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

**Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e
Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e
Adolescentes Índias da Etnia Karajá.**

Dissertação de Mestrado

**Goiânia
2009**

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta

**Goiânia
2009**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
UFG
(anexar no verso na folha II)**

Dedico este trabalho...

A todas as crianças e adolescentes índias brasileiras, aqui representadas por aquelas da etnia Karajá... pois que representam toda a razão do esforço dedicado a este trabalho que há muito se faz necessário para que elas, assim como as nossas crianças tori (não – índias), 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

A DEUS, acima de tudo e de todos, pelo dom da vida e por todas as oportunidades que sempre tivemos ao longo da vida para buscarmos ser verdadeiramente dignos de merecermos a nossa existência, máxima demonstração do AMOR por suas criaturas e que tanto necessitamos aprender.

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 nos impôs. Não há como quantificar o quanto os amo!

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

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

Ao Professor e amigo Leonardo Ferreira Caixeta 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 Professora Isabel A. Bordin, por quem tenho um imenso carinho, por seus incentivos e sugestões que muito me auxiliaram, senão foram mesmo decisivos nesse trabalho. Por sua prontidão para me ajudar, dispensando muito do seu precioso tempo com paciência para me segurar a mão e mostrar caminhos mais seguros no trabalho.

À minha secretária e amiga Eloísa Solange Freitas, por ter-se desdobrado ao máximo e realizado verdadeiros malabarismos que possibilitaram-me atender aos meus pacientes mesmo com o tempo tão escasso.

À Rosimeire Guimarães e à Marina Monzani, por dedicarem-se a me orientar nas questões técnicas essenciais acerca do ASEBA, sempre atenciosas para com as minhas importunações e dúvidas.

À Professora Edwiges Silves, pela sua atenção imprescindível na aquisição e manuseio do ADM, software indispensável à boa condução do trabalho com o CBCL e o TRF.

Ao Professor Francisco B. Assumpção Jr, por ter-me sido quem sugeriu e incentivou o presente trabalho com a população indígena, com preciosas sugestões. Assim como por ter aceito compor a banca de defesa deste trabalho.

À Ceíça (Maria Conceição do Rosário), pelo estímulo fraterno na execução de todo trabalho que ora se apresenta.

Às Professoras Laura S. G. Andrade e Lee Fu I, por terem sempre me recebido com todo o carinho e por terem me auxiliado muito com sugestões e orientações seguras quanto à melhor escolha dos caminhos desse trabalho.

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

Aos meus assistentes de trabalho de campo, junto aos Karajá, Giane Divina de Souza Reis e ao Frederico dos Santos Faria, que enfrentaram todas as intempéries possíveis e mesmo inimagináveis, a fim de que o presente trabalho tivesse a consistência e seriedade que almeja alcançar.

Ao Dr Cláudio dos Santos Romero, coordenador do grupo de estudos e pesquisas da Fundação Nacional dos Índios do Ministério da Justiça (CGEP/FUNAI/MJ), por seu incondicional apoio e estímulo à realização desse trabalho.

Às Sras Eliza Sumie Sogabe Fukushima (secretária do PPG/IPq/FM/USP), Valdecina Quirino Rodrigues (secretária do PPG/Ciências da Saúde/FM/UFG) e Maria Raquel G. da Silva (bibliotecária da FM/UFG e, agora, da Biblioteca Central da UFG), que nunca deixaram de nos socorrer nos momentos delicados da burocracia a ser trilhada, bem como sempre nos encheram de ânimo no caminho árduo a que nos propúnhamos, não nos deixando desistir jamais da sua concretização.

Ao Prof Antonio Wilson (MED/UCG) pelo socorro logo nos primórdios do trabalho, por ocasião da formação da amostra adequada ao estudo, por suas orientações valiosas.

À minha aluna e amiga, Daniela Londe R. Taveira (Acadêmica de Medicina da UCG), por ter nos auxiliado com o seu trabalho com a digitação dos dados.

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

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

Aos Professores João Bosco Siqueira Jr. (IPTSP/UFG), Marcelo Medeiros (FEN/UFG) e Luis Augusto Paim Rohde (FM/UFRGS) pelas preciosas sugestões.

À Lúcia Kamila A. Melo, pelo socorro com a análise dos dados e pelas suas opiniões valiosas.

Ao Jefferson Henrique Silva Monteiro, pelo trabalho árduo de nos compreender e auxiliar de forma decisiva na análise estatística dos dados.

Ao amigo e colega Fernando Elias Borges, por ter-nos auxiliado de forma decisiva no momento de traduzir em palavras todo o nosso trabalho, dedicando-se além da sua obrigação a fim de que pudéssemos dispor do tempo necessário para a redação deste estudo.

Ao Dr Thomas M. Achenbach, por ter-nos disponibilizado o direito a trabalhar com o ASEBA adaptado para a cultura Karajá.

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

Aos Profs. Drs. Marco Túlio Antonio Garcia Zapatta, Marília Dalva Turchi e Rosani Moreira Leitão, pelas sugestões preciosas durante a Qualificação da Dissertação de Mestrado.

Ao Dr Marcelo Ferreira Caixeta, 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!

Aos Profs. Manuel Ferreira Lima Filho (UCG) e Nei Clara Lima (UFG), por terem aceito participar da banca de defesa desse trabalho.

À Sra Marlene, secretária do CEPMHA/HC/UFG, que sempre procurou auxiliar-nos na difícil tarefa de trilhar com o máximo zelo o caminho das exigências éticas e legais para executar este trabalho com população especial como a das crianças e adolescentes índias da etnia Karajá. Sem a sua orientação e paciência este trabalho não teria sido possível.

À Professora Ana Cáritas Teixeira de Souza, por ter-nos apresentado aos índios Karajá, bem como por ter sido a nossa estrela guia no contato inicial com este povo tão sofrido quanto gentil.

À todos que aqui não mencionei, mas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, uma vez que este é o produto de um número muito maior de pessoas que de um modo ou outro, tornaram-no possível!

SUMÁRIO

Dedicatória	iv
Agradecimentos	v
Tabelas, figuras, gráficos e anexos	xvi
Símbolos, siglas e abreviaturas	xxi
Resumo	xxv
Abstract	xxvii
1. Introdução	01
1.1 Epidemiologia em saúde mental na infância e adolescência	01
1.2 O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)	05
1.3 Considerações sobre a etnopsiquiatria	08
1.3.1 A etnopsiquiatria na infância e adolescência	10
1.4 Os Índios da etnia Karajá	12
1.5 Justificativa	18
1.6 Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach(ASEBA)	20
2. Objetivos	24
2.1 Objetivo Geral	24
2.2 Objetivos Específicos	24
3. Método	25

3.1 Casuística	25
3.2 Delineamento do estudo	29
3.2.1 A escolha do instrumento de rastreamento	30
3.2.2 A adequação do instrumento de avaliação (ASEBA)	32
3.2.3 Análise de dados	34
3.3 Obtenção da Anuência e Registro do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)	36
4. Resultados	38
5. Discussão	51
6. Conclusão	69
7. Referências Bibliográficas	70
8. Anexos	81
8.1 Anexo 1 – parecer do Comitê de Ética/ CONEP	82
8.2 Anexo 2 – parecer da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)	86
8.3 Anexo 3 – TCLE	91
8.4 Anexo 4 – Normas de publicação dos respectivos periódicos	93
8.4.1 Anexo 4.1 – Revista Brasileira de Psiquiatria	94

8.4.2 Anexo 4.2 – Revista Dementia & Neuropsychologia_____	107
8.4.3 Anexo 4.3 – Revista Brasileira de Neurologia_____	110
8.5 Anexo 5 – Artigos_____	112
8.5.1 Anexo 5.1 – Artigo 1: “Attention Deficit/Hiperactivity Disorder in indigenous children from the Brazilian Amazon”_____	113
8.5.2 Anexo 5.2 – Artigo 2: “Does attention deficit disorder exist among Brazilian indigenous children?”_____	128
8.5.3 Anexo 5.3 – Artigo 3: “Estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil com ênfase no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”_____	140
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 _____	160
8.7 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) – PAIS/CUIDADORES_____	166

- 8.8 Anexo 8 – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO PROFESSOR PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS VERSÃO BRASILEIRA DO “TEACHER’S REPORT FORM FOR AGES 6-18” (TRF/6-18)_____175
- 8.9 Anexo 9 – **CBCL/6-18 adaptado para a população de índios 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_____182
- 8.10 Anexo 10 – **TRF/6-18 adaptado para a população de índios 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)_____190
- 8.11 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 índios da etnia Karajá._____196

TABELAS, FIGURAS, GRÁFICOS E ANEXOS

Tabelas

- Tabela 1. Características gerais da amostra colhida (N = 144), de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, no período compreendido entre Julho de 2007 e Novembro de 2008, conforme o gênero (feminino ou masculino), a faixa etária (7 a 10 ou 11 a 14 anos de idade), a escolaridade (até a 4ª série ou da 5ª à 8ª série), o responsável (pais biológicos, padrastos, avós ou outros) e o sexo do responsável pela criança ou adolescente (feminino ou masculino)_____ 39
- Tabela 2. Prevalências estimadas do TDAH encontradas na amostra (N = 144), quando investigadas através dos pais ou cuidadores (CBCL) e dos professores (TRF) das crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, dos 7 aos 14 anos de idade, durante o período de Junho de 2007 a Novembro de 2008. Encontram-se discriminados os percentuais de casos triagem positiva para o transtorno (Clínico), bem como os casos limítrofes e os normais (Não clínicos)_____ 40
- Tabela 3. Comparações entre as prevalências estimadas do TDAH encontradas através do CBCL (pais ou cuidadores), e do TRF (professores), individualmente e combinados (CBCL/TRF), conforme o sexo (feminino ou masculino), a faixa etária (7 a 10 ou 11 a 14 anos de idade) e a escolaridade (até a 4ª série ou da 5ª à 8ª série)._____ 41
- Tabela 4. Comparação do nível de concordância entre os respondentes (CBCL e TRF) acerca da estimativa de prevalência do TDAH nas crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, utilizando-se o índice Kappa (k)___ 44
- Tabela 5. Comparações entre as estimativas de prevalência do TDAH encontradas no presente estudo com crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme o respondente (CBCL e TRF), com estudos realizados no Brasil e com crianças e adolescentes índias canadenses da etnia Inuit (BAYDALA et al., 2006)_____ 46
- Tabela 6. Distribuição dos portadores de TDAH (n = 30), conforme o sexo, a faixa etária e a escolaridade, encontrados no estudo de 144 crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, no período de Julho/07 a Novembro/08_____ 47

Tabela 7. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF _____ 48

Tabela 8. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF, em relação ao sexo (feminino ou masculino)._____ 49

Tabela 9. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF, em relação à faixa etária (dos 7 aos 10 anos e dos 11 aos 14 anos de idade)._____ 49

Tabela 10. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF, em relação à escolaridade (até a 4ª série e da 5ª à 8ª série)_____ 50

Figuras

FIGURA 1. Uma aldeia Karajá na Ilha do Bananal e com o Rio Araguaia à sua frente _____ 27

FIGURA 2. Mapa da localização dos índios da etnia Karajá _____ 28

Gráficos

Gráfico 1. Prevalências estimadas dos transtornos comórbidos com o TDAH, conforme dados combinados colhidos com os pais (CBCL) e os professores (TRF) das crianças indígenas da etnia Karajá. Em lilás, prevalências estimadas quando a criança é portadora do TDAH e em azul, a prevalência estimada dos mesmos transtornos nos não portadores do TDAH. Com o valor de $p < 0,001$ em todas as situações.
TOD – Transtorno Opositor Desafiante
TC – Transtorno de Conduta
T. Ans – Transtornos de Ansiedade
T. Af – Transtornos Afetivos _____ 42

Gráfico 2. Prevalências estimadas das principais comorbidades com o TDAH, quando colhidas informações com os pais (CBCL). As colunas em lilás correspondem à prevalência da comorbidade quando a criança é portadora do TDAH, enquanto as colunas azuis referem-se às crianças não portadoras do TDAH, mas com os demais transtornos psíquicos presentes. Com o valor de $p < 0,001$ em todas as situações.
TOD – Transtorno Opositor Desafiante
TC – Transtorno de Conduta
T. Ans – Transtornos de Ansiedade
T. Af – Transtornos Afetivos _____ 43

Gráfico 3. Prevalências estimadas das principais comorbidades com o TDAH, quando colhidas informações com os professores (TRF). As colunas em lilás correspondem à prevalência da comorbidade quando a criança é portadora do TDAH, enquanto as colunas azuis referem-se às crianças não portadoras do TDAH, mas com os demais transtornos psíquicos presentes. Com o valor de $p < 0,001$ em todas as situações.
TOD – Transtorno Opositor Desafiante
TC – Transtorno de Conduta
T. Ans – Transtornos de Ansiedade
T. Af – Transtornos Afetivos _____ 44

Anexos	
Anexos	81
Anexo 1 – parecer do Comitê de Ética/ CONEP	82
Anexo 2 – parecer da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)	86
Anexo 3 – TCLE	91
Anexo 4 – Normas de publicação dos respectivos periódicos	93
Anexo 4.1 – Revista Brasileira de Psiquiatria	94
Anexo 4.2 – Revista Dementia & Neuropsychologia	107
Anexo 4.3 – Revista Brasileira de Neurologia	110
Anexo 5 – Artigos	112
Anexo 5.1 – Artigo 1: “Attention Deficit/Hiperactivity Disorder in indigenous children from the Brazilian Amazon”	113
Anexo 5.2 – Artigo 2: “Does attention deficit disorder exist among Brazilian indigenous children?”	128

Anexo 5.3 – Artigo 3: “Estudos epidemiológicos em neuropsiquiatria infantil com ênfase no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”	140
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	160
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) – PAIS/CUIDADORES	166
Anexo 8 – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO PROFESSOR PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS VERSÃO BRASILEIRA DO “TEACHER’S REPORT FORM FOR AGES 6-18” (TRF/6-18)	175
Anexo 9 – CBCL/6-18 adaptado para a população de índios 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	182

Anexo 10 – **TRF/6-18 adaptado para a população de índios 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)_____ 190

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
índios da etnia Karajá._____ 196

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

< 'menor que'

♀ sexo feminino

♂ sexo masculino

ADDES Attention Deficits Disorders Evaluation Scale Brown

ADD scales

ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale

ADHD Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ADHD-IV Rating Scale

AHA Assessment of Hyperactivity and Attention

ANS Agência Nacional de Saúde

APA Associação Psiquiátrica Americana

ASEBA Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do

Achenbach

CASS Conners/Wells' Adolescent Self-Report of Symptoms

CBCL/6-18 Inventário de Comportamentos para Crianças e

Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

CBCL/6-18 sigla de Child Behavior Checklist for ages 6 to 18

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

CONEP Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CONEP/CNS/MS Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da
Saúde

CRS-R Connors' Parent and Teacher Rating Scales

DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos
Mentais, Quarta Edição, da Associação Psiquiátrica
Americana

FUNAI Fundação Nacional do Índio

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

IC 95% Intervalo de Confiança de 95%

K índice 'kappa' de concordância

MJ Ministério da Justiça

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

P significância estatística (< 0,05)

QMPI Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil

SNAP-IV Swanson, Nolan, and Pelhman Questionnaire,
usado no Multimodality Treatment Study (MTA)

SPSS 15.0 Statistic Package for Social Science 15.0

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)

TRF/6-18 sigla de Teacher Report Form for ages 6 to 18

WURS The Wender Utah Rating Scale

χ^2 teste estatístico do qui-quadrado

RESUMO

Poucos estudos foram realizados no mundo sobre o TDAH em crianças indígenas, e nenhum no Brasil, até o momento. O objetivo deste estudo é avaliar a prevalência estimada do TDAH na população de crianças e adolescentes índias Karajá, na faixa etária dos 07 aos 14 anos de idade. Três das maiores aldeias dessa etnia foram investigadas, tendo-se colhido de uma população total de 350 indivíduos na faixa de estudo uma amostra de 144 sujeitos. A amostra foi colhida de forma aleatória, com estratificação conforme as faixas etárias e o sexo (feminino e masculino), proporcionalmente ao tamanho de cada aldeia participante. Foram empregados os instrumentos de rastreamento epidemiológico de problemas comportamentais e emocionais CBCL/6-18 (Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos) e TRF (Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos). Desses instrumentos utilizaram-se os dados compatíveis com os diagnósticos pelo DSM-IV do TDAH, bem como para os Transtornos Afetivos, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Opositor Desafiante e o Transtorno de Conduta. Os resultados obtidos indicam uma prevalência de 10,4% (IC 95% 6,6 – 14,2) quando os respondentes são os pais ou responsáveis e de 2,8% (IC 95% 0,7 – 4,8) quando os respondentes são os professores. Dos 144 entrevistados, 30 eram portadores do TDAH, e as

comorbidades foram de 86,7% (IC 95% 74,5 – 98,8) com transtorno de conduta, 86,7% (IC 95% 74,5 – 98,8) com transtorno opositor desafiante, 83,3% (IC 95% 70,0 – 96,7) com transtornos de ansiedade e 60% (IC 95% 42,5 – 77,5) com transtornos afetivos. Conclui-se que o TDAH existe numa população culturalmente tão diversa da branca ocidental, bem como com uma alta taxa de prevalência, com as comorbidades habitualmente encontradas em todas as outras populações de crianças das mais variadas culturas ao redor do mundo.

ABSTRACT

Few studies have been carried out worldwide about ADHD among indigenous children and no study has been conducted in Brazil so far. This study aims to evaluate the estimated prevalence of ADHD among the indigenous populations of Karajá children and adolescents aged 7 to 14 years old. Three of the largest settlements pertaining to this ethnic group were investigated and a sample of 144 subjects of a total population of 350 individuals was collected. The sample was randomly collected and stratified according to the age bands and gender (male and female) proportionally to the size of each participating settlement.

Both the CBCL/6-18 (Child Behavior Checklist for ages 6 – 18) and the TRF (Teacher's Report Form 6-18) were used as instruments of epidemiological tracking of behavioral and emotional problems. Of these instruments, the data used were those compatible with the DSM-IV and ADHD diagnoses as well as Affective Disorder, Anxiety Disorders, Oppositional Defiant Disorders and Conduct Disorders comorbidities.

The results indicate 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. Of the 144 interviewed participants, 30 had ADHD 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. ADHD is then concluded to exist in a population so culturally diverse from that of the east white and to have a high prevalence rate and the comorbidities routinely found in all populations of children from a number of diverse cultures around the globe.

.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Epidemiologia em saúde mental na infância e adolescência

O 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, constituem os objetos de interesse da epidemiologia psiquiátrica na infância (FLEITLICH e GOODMAN, 2000; COSTELO et al., 2005). Embora crescentes, no mundo e no Brasil, as pesquisas nesta área são ainda insuficientes para um completo conhecimento dos problemas mentais em crianças e adolescentes (FLEITLICH e GOODMAN, 2000; COSTELO et al., 2005).

Os estudos epidemiológicos já realizados (COSTELO et al., 2005; MELTZER et al., 2000; GIEL et al., 1981; ALMEIDA-FILHO, 1981) 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 e GOODMAN, 2000). 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 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 mental na infância, tanto profilática quanto curativamente (COSTELO et al., 2005; FLEITLICH e GOODMAN, 2000).

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 mentais na infância (FLEITLICH e GOODMAN, 2000). Dentre os fatores de risco mais pesquisados têm-se o histórico de transtornos psiquiátricos nos pais, características sócio-econômicas, desarmonia intra-familiar e a presença de doenças físicas limitantes em crianças (RUTTER et al., 1970).

Os estudos epidemiológicos em psiquiatria infantil têm demonstrado que 90% a 100% das crianças têm pelo menos alguns sintomas de problemas mentais, com 30% a 50% destas preenchendo critérios diagnósticos, mas apenas 5% a 15% efetivamente apresentando comprometimento funcional em suas vidas, com sofrimento psíquico (RUTTER et al., 1970).

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 (COSTELLO, 1989; ROBERTS et al., 1998).

Na Inglaterra, 10.500 famílias foram entrevistadas, evidenciando-se 10% de problemas de saúde mental infantil (HACKETT et al., 1999). 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 desenvolvidos (HACKETT et

al., 1999). 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 psiquiátricos 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 Sul (ALMEIDA-FILHO, 1981).

Nos países em desenvolvimento tem-se uma escassez de dados precisos sobre a saúde mental infantil, o que impede uma adequada estruturação de serviços e estratégias preventivas nesta área (RUTTER et al., 1970).

No Brasil, especificamente, são poucos os estudos epidemiológicos em psiquiatria 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 problemas de saúde mental na população estudada (ALMEIDA-FILHO, 1984). Outro estudo, com o mesmo QMPI, demonstrou a associação entre problemas de saúde mental na infância e problemas de saúde mental nas mães, também realizado na cidade de Salvador na Bahia (BRITO et al., 1995).

No Brasil, mais recentemente, tem-se executado estudos epidemiológicos sobre transtornos mentais, como o de Andrade et al. (2002), 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 de transtornos mentais na comunidade geral, similarmente aos achados de outros países (ANDRADE et al., 2002).

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 desenvolvimento (RUTTER et al., 1970).

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 sócio-cultural, proceder a investigações das taxas de prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes. Assim, estará sendo documentando a necessidade da estruturação de serviços e de programas de prevenção em saúde mental infantil no país (FLEITLICH e GOODMAN, 2000).

No Brasil, Fleitlich-Bilyk (2002) realizou, duas décadas após o estudo pioneiro de Almeida-Filho (1981), o primeiro estudo epidemiológico sobre a prevalência de transtornos mentais 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 mentais 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 mentais encontrada foi de 12,5%, comparada com a de 9,5% na Grã-Bretanha usando-se instrumentos de medição comparáveis.

É fundamental, ainda, lembrar que existem sub-grupos da população infantil (crianças em situação de rua, menores infratores, portadoras de doenças crônicas, índias, etc.) que, por suas peculiaridades do ponto de vista da saúde mental, merecem uma investigação individualizada (RUTTER et al., 1970).

1.2 O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

Polanczyk e Jensen (2008), 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% (ESSAU, et al., 1999); 0,4% (MCKELVEY, et al., 2002); 0,7% (HACKETT, et al., 1999); e 0,9% (EAPEN, et al., 2003; GOODMAN, et al., 2005; MALHOTRA, et al., 2002; WEST, et al., 2003; YOO, et al., 2005) até taxas muito elevadas de 19,8% (GADOW, et al., 2000); 20,4% (CORNEJO, et al., 2005); 23,4% (KURLAN, et al., 2002); e 27% (VASCONCELOS, et al., 2003).

Estudos nacionais e internacionais, portanto, realizados eminentemente com crianças em idade escolar, têm indicado que 5,29% (POLANCZYK et al., 2007) da população infantil, em média, apresentam o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, segundo a classificação norte-americana de transtornos mentais, DSM-IV (APA, 1994) (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, Quarta Edição, da Associação Psiquiátrica Americana – APA) ou transtornos hipercinéticos, segundo a Classificação Internacional de

Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) (ROHDE et al., 1998). 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 psiquiátrico 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 psiquiátricos, tanto no presente quanto na vida adulta (BIEDERMAN et al., 1991).

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 em assuntos de outros (APA, 1994).

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 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-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, Quarta Edição, da Associação Psiquiátrica Americana – APA), reforçando-se a aplicabilidade dos mesmos na cultura brasileira (ROHDE et al., 2000).

Segundo o DSM-IV (APA, 1994) 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 anteriores (ROHDE et al., 2000).

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) (BIEDERMAN et al, 1991); depressão (15% a 20%); transtornos de ansiedade (25%); transtornos da aprendizagem (10% a 25%) (AACAP, 1997). No Brasil Rodhe et al. (1999) 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 conduta (ROHDE et al., 2000).

1.3 Considerações sobre a etnopsiquiatria

A etnopsiquiatria é uma disciplina que une a psiquiatria, que trata do estudo da doença mental, com a etnologia, que estuda o nativo (“selvagem”) ou qualquer indivíduo membro de culturas não européias. É também denominada de psiquiatria comparada, transcultural ou cultural. Assim, trata do estudo do “adoecimento mental entre grupos culturalmente diversos do branco ocidental.” (DALGALARRONDO, 2000, p.7).

A etnopsiquiatria

(...) é o instrumento que permite estudar as manifestações específicas dos transtornos em determinadas culturas e analisar os sistemas tradicionais de tratamento. (...) assim, para interpretar o transtorno psíquico de um paciente, podemos considerar os determinantes culturais de seu grupo ou ainda os fatores psicológicos individuais. (OVADIA, 2005, pp. 64-65).

Segundo a abordagem etnopsiquiátrica, “cada grupo humano e etnia produzem suas próprias estruturas culturais e sociais que plasman o homem.” (OVADIA, 2005, p.64). O conhecimento de tais estruturas culturais torna-se, portanto, imprescindível para as abordagens diagnóstica e terapêutica dos transtornos mentais (OVADIA, 2005).

As últimas classificações de transtornos mentais (OMS, 1993; APA, 1994) têm destacado a dimensão cultural em suas definições dos vários transtornos mentais, como por exemplo o de Transe e Possessão (OMS, 1993). A produção científica sobre temas etnopsiquiátricos tem sido crescente. Curiosamente, vive-se um momento histórico de “(...), negação da diversidade cultural e de ênfase a uma perspectiva objetivista, universalista e biológica da psiquiatria, que tem de certa forma esvaziado o sentido das abordagens ‘subjetivas’ e relativistas, (...)” (DALGALARRONDO, 2000, p.7).

No Brasil, o desconhecimento da história, dos fundamentos, dos problemas conceituais e da metodologia da etnopsiquiatria é muito grande (DALGALARRONDO, 2000) e, acrescentar-se-ia, lamentável, uma vez que como acima argumentou-se, esta disciplina tem aberto os horizontes para uma

melhor compreensão do adoecer psíquico e da abordagem terapêutica nos indivíduos conforme a cultura à qual pertençam.

A psicopatologia têm dois conceitos fundamentais para a investigação etnopsiquiátrica: o de patoplastia, que se refere ao conteúdo, mutável e dependente da cultura e da personalidade do doente, com o qual o problema se apresenta; e o de patogenia, que se refere à “forma estrutural básica e imutável, a essência do adoecer mental.” (DALGALARRONDO, 2000, p.8).

Assim, conforme DALGALARRONDO (2000, p.9) diz:

Obedecendo ao paradigma dominante, a investigação etnopsiquiátrica passou a estudar as diferenças patoplásticas do adoecer mental em diferentes culturas. O essencial do adoecer psíquico seria universal, estaria dado pelo processo patogênico de fundo; a cultura e a personalidade do doente apenas preencheriam uma estrutura patológica básica, em si imutável, dando-lhe aparências variáveis.

1.3.1 A etnopsiquiatria na infância e adolescência

A infância tem sido alvo de uma atenção crescente nos seus aspectos jurídico-legais, levando a uma busca da garantia de seus direitos, tais como na educação e saúde. A importância sócio-cultural desta atenção reside no fato de que a infância passa a ser normatizada conforme os valores e padrões de comportamento estabelecidos nos grupos sociais (NAKAMURA, 2003).

A vida das crianças em sociedade depende particularmente “(...) dos padrões que norteiam o seu comportamento, segundo parâmetros de normalidade e de anormalidade socialmente aceitos e que podem interferir na

percepção e concepção da saúde e da doença mental na infância.”(NAKAMURA, 2003, p.59).

Conforme viu-se acima, a epidemiologia deve considerar que para determinados sintomas ou categorias diagnósticas pode haver variações culturais e, por extensão, na própria definição de risco, de normal e de anormal ou patológico. Assim, a detecção tanto dos sintomas como dos fatores de risco, bem como do impacto destes na vida das crianças, necessitam ser culturalmente contextualizados (NAKAMURA, 2003).

Esta contextualização tem na rede de relações sociais um pressuposto fundamental para o reconhecimento do diferente. Por sua vez,

O comportamento diferenciado é estabelecido no limite tênue e frágil entre a normalidade e a anormalidade, em que o anormal não implica necessariamente num estado patológico. Há algo mais a ser desvendado nessa relação, talvez explicado pelos limites da tolerância à própria normalidade e anormalidade e através dos mecanismos de enfrentamento e de adaptação.

Uma análise antropológica sobre o problema deve considerar, portanto, os conceitos culturais de saúde e doença mental, o que é considerado normal, anormal ou patológico em determinados grupos sociais e, finalmente, as conseqüências dessa classificação sobre a vida das crianças e as possibilidades do seu maior ou menor grau de integração sociocultural. (NAKAMURA, 2003, p. 60).

A antropologia já vem constatando que a freqüência e a gravidade das doenças (no presente estudo, das doenças mentais), bem como suas manifestações clínicas, variam segundo os povos e suas culturas, ao ponto de colocar em xeque a validade universal da nosografia ocidental (LÉPINE, 1992 apud NAKAMURA, 2003).

A antropologia médica, assim, ressalta a importância dos aspectos sócio-culturais para a percepção tanto dos fenômenos saúde / doença mental, quanto para a detecção e tratamento dos doentes (NAKAMURA, 2003).

É essencial, portanto, que as categorias relacionadas com os fenômenos da saúde e da doença mental na infância sejam contextualizados, pois são socialmente construídas, assim como os comportamentos associados a esses fenômenos só adquirem algum significado no próprio sistema sociocultural que os define e os estrutura. (NAKAMURA, 2003, p.61).

1.4 Os índios da etnia Karajá

Os índios Karajá representam uma das 210 etnias existentes no Brasil, sendo o seu nome de origem tupi que quer dizer “macaco grande”, com a grafia consagrada por Krause, em 1908. Na língua Karajá, o seu nome significa “nós” (*Iny*). Habitam uma extensa região do vale do rio Araguaia (Figuras 1 e 2), abrangendo os estados de Goiás, Tocantins e Mato Grosso, sendo que a maior parte das suas aldeias estão na ilha do Bananal (Estado do Tocantins, vide figura 1). A ilha do Bananal é a maior ilha fluvial do mundo, com cerca de 20 mil Km², fazendo parte da Amazônia Legal, com localização em termos de coordenadas geográficas em graus, minutos e segundos (WGS84) de – 8° 35’ 00” de latitude e de – 49° 28’ 00” de longitude. A língua Karajá faz parte do tronco lingüístico Macro-Jê, que, segundo o sexo do falante, apresenta formas diferenciadas de ser pronunciada.

Historicamente, devido às boas condições de navegabilidade do rio Araguaia, desde o final do século XVII e início do seguinte, o contato com segmentos não indígenas da sociedade, tais como com os jesuítas e os

bandeirantes, teve início. Tal contato se intensificou em meados do século XIX, com a abertura e funcionamento de uma linha de navegação a vapor durante vinte anos (RIBEIRO, 1996, p. 92).

A despeito da convivência próxima com a sociedade não indígena, os Karajá preservaram muitos dos seus costumes tradicionais, tais como a língua, os rituais, as pescarias familiares, o artesanato (cestaria com palha de buriti e bonecas de cerâmica), e as pinturas corporais, tais como os dois círculos nas faces, característicos dessa etnia (LIMA FILHO, 1999).

Outro aspecto interessante é que, 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 (FUNASA) já eram 1031 (518 homens e 513 mulheres), e hoje, conforme senso da FUNASA (2007), comportam cerca de 1266 índios.

No ciclo de vida do Karajá, ao nascer os pais passam a ser reconhecidos como o pai e a mãe de tal indiozinho, o que é chamado de regra da tecnomínia. No processo do nascimento, o pai é o responsável pela fecundação e a mãe é a receptora. Ao nascer, o bebê é banhado em água morna e pintado de urucum (LIMA FILHO, 1999).

A criança fica a maior parte do tempo com a mãe e as avós, ocorrendo uma maior diferenciação entre os gêneros aos sete e oito anos, quando o menino tem o lábio inferior perfurado com um pedaço de osso de guariba. Dos 10 aos 12 anos de idade, o menino passará por um ritual de iniciação masculina

denominado de *Hetohoky* ou Casa Grande. Os meninos são pintados com jenipapo (preto azulado), tem os cabelos cortados e passam a ser denominados de *jyre* (ariranha), além de ficarem isolados por sete dias na casa ritual (Casa Grande) (LIMA FILHO, 1999).

A menina, por sua vez, assim que ocorre a menarca, é policiada pela avó materna e também fica isolada, só aparecendo em público por ocasião da dança com os Aruanãs, igualmente com o corpo enfeitado com pinturas e plumários (LIMA FILHO, 1999). 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.

As crianças, tanto as meninas quanto os meninos, tem no rio e na natureza que os cerca uma fonte de lazer constante. Na atualidade, a educação formal ocorre em escolas dentro das próprias aldeias, sendo que normalmente iniciam aos 7 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.

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. Onde observou-se, durante o trabalho de campo, meninos e meninas de 12 ou 13 anos casados e alguns com filhos. Porém, observa-se mais comumente o casamento decorrendo da ida do rapaz para a casa da jovem que aí permanece pela regra matrilocal. A família Karajá, assim, aumenta e passa a ser conhecida como família extensa, com o casal construindo sua própria moradia anexa à primeira (LIMA FILHO, 1999).

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-índios e coordenar os rituais principais (LIMA FILHO, 1999).

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

No plano ritual, os homens são considerados como pertencentes simbolicamente à categoria dos mortos, enquanto as mulheres são responsáveis pelo preparo dos alimentos para as festas e pelo choro ritual, principalmente quando um membro da comunidade adoece ou morre (LIMA FILHO, 1999). Quando um índio 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, 1999). Durante o trabalho de campo, por ocasião da morte de algum membro de dada aldeia, ficava-se por uma semana impedida a entrada de não-índios naquela.

Os Karajá são, assim como a sociedade não-índia brasileira, monogâmicos e, em caso de infidelidade (aqui diferentemente da sociedade nacional), procedem ao chamado *correteiro*, que se constitui numa grande surra infligida ao traidor pela família da mulher traída. A família é um importante referencial na vida dos Karajá (LIMA FILHO, 1999).

Os índios Karajá tem como unidade básica dos pontos de vista da organização social e política a aldeia, com as decisões sendo tomadas pelos homens das famílias extensas. Os contatos políticos externos (com organizações não-índias) são realizados pelo cacique da aldeia (LIMA FILHO, 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. 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 provém da pesca e da cultura do milho, da mandioca, da banana e da melancia, no presente, bem como da coleta de frutos do cerrado (pequi, p. ex.) e do mel silvestre (LIMA FILHO, 1999).

Constitui-se em fonte de renda para os Karajá as atividades de artesanato com cerâmica (potes, pratos, bonecas) e palha de buriti (cestaria). A primeira é atividade exclusiva das mulheres e a cestaria é feita por homens também. 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, embora se processe em alguns casos de forma diferente ao passado, quando os púberes eram submetidos à aplicação da *omarura*. A *omarura* são os 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 se reduziu a apenas desenhar os dois círculos por ocasião dos rituais. As demais pinturas são, em geral, faixas pretas nas pernas e nos braços, realizadas de acordo com cada faixa etária (LIMA FILHO, 1999). A arte plumária tem-se reduzido a alguns adereços, muito elaborados, como o *lori lori* e o *aheto*, usados no ritual de iniciação dos meninos (LIMA FILHO, 1999).

Deve-se, ainda, mencionar algo dos mitos e ritos do povo Karajá. Os mitos 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*, e a Festa de Aruanã, que apresentam ciclos anuais, baseando-se na subida e descida do rio Araguaia (LIMA FILHO, 1999).

1.5 Justificativa

O TDAH é um transtorno psiquiátrico que se constitui num dos principais problemas de saúde mental na criança e no adolescente, bem como um dos mais bem estudados, tanto com relação aos seus aspectos clínicos, quanto com relação à sua terapêutica médico-psicológica. A grande maioria dos estudos epidemiológicos tem sido feitos com populações de crianças em idade escolar e nos países desenvolvidos, com alguns poucos em países em desenvolvimento e, nestes, abarcando eminentemente populações urbanas.

A pergunta que se busca responder com o presente trabalho é se existe ou não numa população humana de aspectos culturais tão diversos da sociedade branca ocidental quanto a indígena (no presente caso índios da etnia karajá, habitantes do noroeste do Estado de Goiás, às margens do Rio Araguaia, e na ilha do Bananal no Estado do Tocantins) este transtorno noticiado como sendo universal no ser – humano, mas sem de fato ter qualquer trabalho epidemiológico sobre a presença ou não do TDAH em populações desse tipo. Se existe tal transtorno nessa população, qual a sua taxa de prevalência? Aproxima-se das encontradas nos estudos realizados em populações eminentemente de outras etnias? Tais aspectos que se deseja pesquisar fazem parte da psiquiatria transcultural, a qual pode lançar luz sobre aspectos importantes tais como as respectivas contribuições da biologia (*nature*), do ambiente e da cultura (*nurture*) sobre problemas médico-psiquiátricos, que como já foi visto acima, em se tratando do TDAH, que é um transtorno de grande repercussão na vida do indivíduo, pode servir para o

norteamento de medidas que visem a busca da prevenção e do tratamento cada vez mais adequados.

Um outro motivo que se crê da maior relevância é exatamente a possibilidade desta pesquisa vir a contemplar uma população extremamente marginalizada e de modo duplo: primeiro por se tratar de crianças e adolescentes, e segundo, por serem estas da etnia indígena. Infelizmente, a sociedade (e aqui incluem-se os cientistas de um modo geral) deve muito ainda a esta população que resume boa parte do passado, presente e futuro do povo brasileiro. Historicamente, sabe-se que a sociedade apresenta um débito moral para com esta população tão marginalizada e que tantas contribuições culturais legaram (VILLAS-BOAS e VILLAS BOAS, 1990).

A escolha dessa população se deu pelos seguintes motivos: primeiro, trata-se de uma população de crianças e adolescentes culturalmente diversa da maioria da população infantil brasileira e, assim, ideal para se investigar a interferência da cultura sobre a nosografia psiquiátrica tradicionalmente aceita como universal; segundo, trata-se de uma população que, a despeito de culturalmente diferente, ao menos no que tange à comunicação lingüística adota o sistema bilíngüe, o que torna exeqüível a pesquisa epidemiológica através da aplicação de questionários em português (pois o pesquisador responsável não domina a língua Karajá).

O fato de se tratar das crianças e adolescentes da etnia Karajá se deve às informações colhidas junto à comunidade de que é crescente o uso e abuso de álcool e outras drogas por muitos índios na comunidade, já começando a afetar os jovens. Como em estudos com inúmeras culturas tais problemas estão

intimamente relacionados ao TDAH não diagnosticado e, portanto, não tratado, justifica-se o estudo e a população alvo. A razão da abordagem do estudo com as crianças e adolescentes se deve ao fato de que é esta a faixa etária onde a prevenção, pela atenuação de fatores de risco (como o TDAH, uma vez diagnosticado e tratado corretamente), se torna de fato efetiva. Por fim, conforme já foi bastante frisado na introdução, somente com dados estatísticos sólidos, colhidos com todo o rigor científico possível, poder-se-á dispor de conhecimentos que norteiem medidas de planejamento e intervenção dos órgãos competentes do poder público.

1.6 Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA)

Convém, neste momento, tecer algumas considerações acerca do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA), que consiste em um grupo de instrumentos de rastreamento de problemas de comportamento e emocionais. Embora não sejam instrumentos de diagnóstico, eles possibilitam fazer o levantamento dos casos triagem positiva para vários problemas em saúde mental da infância e adolescência, dentre os quais, o objeto de estudo desta pesquisa (TDAH).

O ASEBA é o sistema de avaliação mais usado e pesquisado, com mais de 5000 publicações relatando pesquisas em 50 países (BERUBE e ACHENBACH, 2004) e já tendo sido traduzido para 69 línguas. No presente trabalho, com a autorização concedida pelo autor dos instrumentos e o trabalho ao longo de um ano de inúmeros pré – testes realizados, apresentar-se-ão nos anexos os questionários resultantes, que são mistos Português e Karajá,

adequados tanto cultural quanto semanticamente, para a realidade da população alvo do estudo. Pois, se por um lado é sabido que cada cultura apresenta suas peculiaridades que devem ser levadas em consideração em avaliações como a que ora se pretende, por outro, é impraticável e temeroso o pensamento de que cada nova população ou indivíduo deva ter para tal desiderato um instrumento ímpar e diferente em tudo o mais, dos usados em quaisquer outras culturas e indivíduos. Assim, buscou-se com este trabalho a máxima observância dos aspectos peculiares da etnia Karajá, bem como não perder de vista a necessidade de tê-la como pertencente à espécie humana (constituída de inúmeras etnias mundo afora), a fim de que se possibilitasse estudos comparativos com outras populações de crianças e adolescentes, brasileiros e de outras partes do mundo.

Dos três componentes do ASEBA para crianças e adolescentes em idade escolar, escolheu-se o uso do CBCL e do TRF, respondidos respectivamente pelos pais (cuidadores) e pelos professores, ou seja, optou-se por focar a investigação em duas importantes fontes no que tange aos transtornos disruptivos do comportamento (pais e professores).

O ASEBA é um conjunto de inventários que foi elaborado após décadas de pesquisa e experiência clínica, com adequação conforme a idade do sujeito e o tipo de respondente (pai ou professor, neste caso). São relativamente simples, podendo ser preenchidas pelos próprios respondentes. Tal não se deu neste estudo, por se tratar de uma população muito heterogênea quanto à habilidade dos respondentes em termos de leitura, para os quais foram aplicados como entrevistas, garantindo-se a padronização na coleta dos dados.

Fornece ainda escalas de pontuação, na forma de escalas síndromes derivadas de análises estatísticas para refletir o padrão atual de co-ocorrência de problemas. Destes instrumentos é possível, também, retirar escalas orientadas pelo DSM-IV que incluem itens avaliados como muito consistentes com as categorias diagnósticas do DSM por especialistas de vários países.

Observa-se como qualidades dos inventários que as escalas mostradas nos perfis mostram os escores do sujeito comparados com amostras normativas, por idade e sexo, bem como foram aplicados em inúmeros e diferentes contextos culturais, para que fossem verificadas as diferenças.

Sabendo-se que as crianças por si mesmas raramente procuram serviços de saúde mental e mais raramente ainda são capazes de relatar a história e a natureza de seu problema, bem como são fundamentais informações colhidas de múltiplos informantes (pais e professores), justifica-se o porque de lançar-se mão do uso, para este estudo, dos questionários CBCL e TRF. Reforça-se o fato de que se trata de levantamento de um dos mais reconhecidos problemas disruptivos na infância e adolescência (TDAH), subestimado pelos portadores, por serem eminentemente externalizantes.

Apesar de serem inúmeras as informações possíveis de serem obtidas com o ASEBA, restringiu-se às informações referentes aos itens de problemas, constituídos de 113 questões nos inventários usados. Nestes itens, os respondentes diziam se a afirmativa era “falsa”, “mais ou menos verdadeira” ou “verdadeira”, correspondentes, respectivamente, às pontuações “0”, “1” e “2”.

A partir dos escores gerados pela soma das pontuações acima, surgem os perfis de síndromes: ansiedade/depressão, isolamento/depressão, queixas

somáticas, problemas sociais, problemas de pensamentos, problemas de atenção, comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo, pelo ASEBA. Surgem também, perfis de escalas orientadas pelo DSM-IV: transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, problemas somáticos, déficit de atenção/transtorno de hiperatividade, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta.

Todos os perfis podem ser analisados manualmente ou com o auxílio do computador, através do software *Assessment Data Manager (ADM)*, que inclui módulos para digitar e analisar os dados obtidos com os inventários. Em função da maior agilidade e segurança, optou-se pelo uso deste programa, uma vez que ele possibilita, ainda, a coordenação e comparação dos dados de múltiplos informantes e inventários sobre o mesmo sujeito.

Conforme mencionado acima, para este estudo utilizou-se dos dados dos inventários (CBCL e TRF) compatíveis com as categorias do DSM-IV com o TDAH, objeto principal desta investigação, e também com as principais categorias de transtornos comórbidos (transtornos afetivos, de ansiedade, opositor desafiante e de conduta). Realizaram-se análises estatísticas que possibilitaram comparar os resultados obtidos com cada um dos questionários aplicados entre eles.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Investigar a presença do TDAH na população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá.

2.2 Objetivos Específicos:

- 1) Estimar a prevalência do TDAH na população de crianças e adolescentes na faixa etária compreendida entre os 07 anos e 14 anos de idade, da etnia indígena Karajá.
- 2) Investigar a presença de comorbidades (com outros transtornos mentais) e estimar suas prevalências nos sujeitos eventualmente portadores do TDAH.
- 3) Comparar os resultados encontrados quanto às prevalências estimadas do TDAH com as encontradas em outros estudos com crianças e adolescentes brasileiras não-índios, índios não-brasileiros e com a média mundial entre os não-índios.

3 MÉTODO

3.1 Casuística

Para o presente estudo foram escolhidas as aldeias de Santa Isabel do Morro (643 índios), Fontoura (623 índios) e de São Domingos (190 índios), que somam uma população total de 1456 Karajá, dos quais, 350 são crianças e adolescentes na faixa etária dos 7 aos 14 anos de idade. As duas primeiras aldeias localizam-se na margem do rio Araguaia do lado da Ilha do Bananal no Estado do Tocantins (TO) e a última 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. A população total da etnia, segundo o censo de 2007 (FUNASA) é de 2486 indivíduos, uma vez considerando-se as aldeias com população só de Karajá, pois que, esse número sobe para 2859 índios se forem consideradas as aldeias mestiças entre Karajá e Tapirapé ou Karajá e Guarani. Apenas uma das quatro maiores aldeias Karajá, que é a de Macaúba (com população total de 449 índios) não participou do trabalho, uma vez que a liberação das autoridades da aldeia para que este fosse realizado não chegou a tempo. As demais aldeias, bastante menores em habitantes (entre 24 a 92 índios), originaram-se, na sua grande maioria, das participantes do estudo. Questões tais como, pequena população, difícil acesso, etnias miscigenadas, bem como inserção praticamente total da aldeia nos centros urbanos não-

índios, fez com que se optasse por não considerá-las no sorteio da amostragem do estudo.

O estudo foi desenvolvido junto às crianças e adolescentes índios da etnia Karajá, aldeados, residentes na ilha do Bananal, no Estado do Tocantins (FIGURA 1), e em uma aldeia no Estado de Mato Grosso, com um total de três das maiores aldeias dessa etnia (Aldeias de Santa Isabel do Morro, Fontoura e São Domingos) (FIGURA 2). O número total de crianças e adolescentes, entre os sete anos completos e os 15 anos incompletos, é de 350 (192♂:158♀), com uma proporção aproximada de um menino para uma menina (1,20♂:1,00♀). Para a finalidade deste trabalho, com uma prevalência estimada de 5,29% na média mundial (POLANCZYK e ROHDE, 2007), foi calculada uma amostra com 175 indivíduos, considerando-se um erro amostra de 5% ($\alpha = 0,05$) e um nível de significância com intervalo de confiança 95% (IC 95%), na faixa etária supracitada, distribuída de forma proporcional em cada uma das três aldeias de índios da etnia Karajá na região mencionada. A amostra foi calculada a partir dos dados obtidos do último censo demográfico disponível (FUNASA, 2007), compreendendo sujeitos na faixa etária definida para o estudo até o momento do sorteio aleatório, compreendido no período de Julho de 2006 a Julho de 2007. A coleta dos dados foi realizada no período compreendido entre Julho de 2007 e Novembro de 2008.



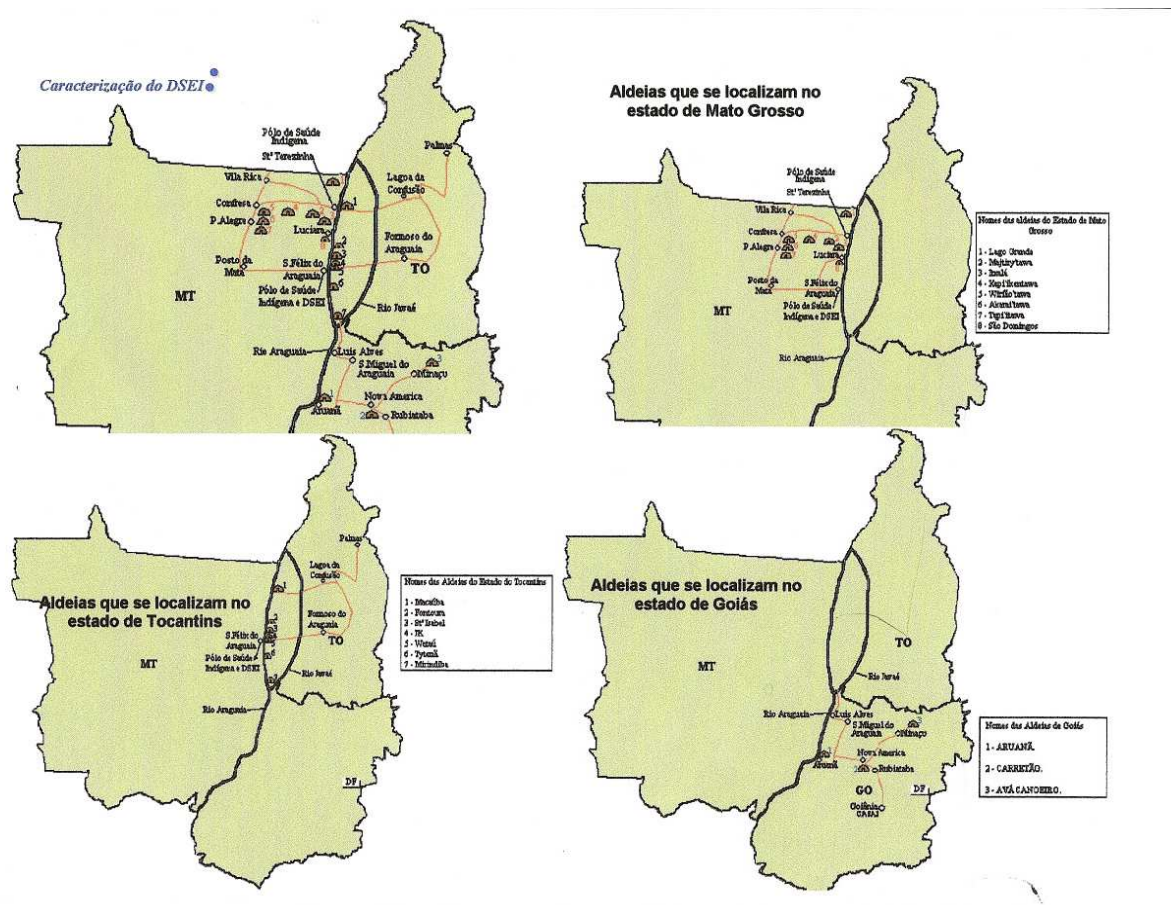
Figura 1. Uma aldeia Karajá na Ilha do Bananal e com o Rio Araguaia à sua frente.

Como critérios de exclusão encontram-se crianças com até sete anos incompletos e adolescentes com 15 anos completos ou mais, e os indivíduos não residentes numa das três aldeias da etnia Karajá na região acima mencionada. É critério de exclusão, também, não possuir ao menos um dos progenitores da etnia karajá. Tais critérios tendo que ser preenchidos no momento da formação da amostra. A amostra foi colhida a partir da planilha do censo populacional mais recente (até Julho de 2007), sendo que, a ordem de sorteio determinava que uma criança ou adolescente era escolhido na razão de 1 para 1, conforme o nome surgia no censo. Assim, seguindo-se a ordem do censo, uma criança da lista era escolhida, a seguinte não e assim por diante,

até que a quota de indivíduos para cada extrato etário, conforme o sexo e a aldeia a que pertencia fosse alcançada.

Foram considerados para a avaliação dos dados coletados apenas aqueles que tiveram preenchidos tanto o CBCL, por um dos pais ou cuidadores, quanto o TRF, por um professor. Optou-se por tal critério uma vez que, conforme amplamente discutido nos itens anteriores, 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.

FIGURA 2. Mapa da localização dos índios da etnia Karajá.



Fonte: Relatório Semestral da Coordenação do DSEI-FUNASA, 2004.

3.2 Delineamento do estudo

Utilizou-se o método de estudo de prevalência ou transversal, através da aplicação de questionários de rastreamento, pertencentes ao grupo do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado do Achenbach (ASEBA), que, se por um lado não são instrumentos de diagnóstico, por outro são instrumentos de triagem que tem-se demonstrado bastante sensíveis para os prováveis casos de problemas em saúde mental. O grupo de instrumentos escolhido é formado pelo CBCL/6-18 (ACHENBACH, McCONAUGHY, 2004; ACHENBACH et al., 2003; ACHENBACH, RESCORLA, 2001; ACHENBACH, DUMENCI, 2001; BORDIN et al, 1995) (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 (ACHENBACH e McCONAUGHY, 2004; ACHENBACH et al., 2003; ACHENBACH e RESCORLA, 2001; ACHENBACH e DUMENCI, 2001; BORDIN et al, 1995) (Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos – Versão Brasileira do “Teacher’s Report Form Ages 6-18” – Anexos 8 e 10). Este conjunto de instrumentos é o mais amplamente utilizado e aceito no mundo, bem como possibilita a detecção de casos sugestivos do TDAH e das prováveis comorbidades presentes, já tendo sido atestado também para esta finalidade em populações de crianças e adolescentes brasileiras (LAMPERT et al., 2004).

A entrevista para obtenção do TCLE e aplicação dos questionários foi realizada pelo pesquisador responsável e por mais dois aplicadores devidamente treinados, sendo que: numa primeira etapa foram aplicados aos

professores das crianças e adolescentes nas escolas das aldeias. Num segundo momento, os mesmos foram aplicados aos pais ou responsáveis pelas crianças e adolescentes, seguindo ordem agendada pela escola para o comparecimento daqueles. Neste segundo momento o pesquisador responsável e os seus dois auxiliares fizeram-se acompanhados por um professor ou agente de saúde da própria comunidade, com bom domínio da língua portuguesa. Os agentes e professores foram convidados a auxiliar voluntariamente no estudo.

3.2.1 A escolha do instrumento de rastreamento

O presente trabalho gira em torno da investigação da existência do TDAH em uma população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá e na estimativa da prevalência deste. Geralmente são usadas escalas de comportamento na detecção do transtorno, com valiosas informações sendo adquiridas (DULCAN, 1997). Existem inúmeros instrumentos utilizados pelo mundo afora para detectar o TDAH. Assim, mencionam-se a Conners' Parent and Teacher Rating Scales – CRS-R (CONNERS, 2000); Conners/Wells' Adolescent Self-Report of Symptoms – CASS (CONNERS, 2000); ADHD-IV Rating Scale (REID et al., 1998); SNAP-IV (SWANSON et al., 2001); Assessment of Hyperactivity and Attention – AHA (MEHRINGER et al., 2002); Attention Deficits Disorders Evaluation Scale – ADDES (McCARNEY, 1989); a Brown ADD scales (BROWN, 1995); The Wender Utah Rating Scale – WURS (WENDER, 1995); a ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale (ULLMAN et al., 1991); a Attention Problem scale of the Child Behavior Checklist – Parent

and Teacher versions (ACHENBACH, 1991). Aqui optou-se pela última, que é o CBCL e o TRF (ASEBA), nas suas sessões referentes aos sintomas do TDAH.

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 disponíveis (LAMPERT et al., 2004).

A opção pelos instrumentos de rastreamento do ASEBA (CBCL e TRF) se deve ao fato de que, além de ter comprovada a sua utilidade para esse fim (LAMPERT et al., 2004), eles possibilitam igualmente o levantamento de outros aspectos fundamentais tais como o das comorbidades existentes com o TDAH. Apesar de não serem instrumentos desenvolvidos para o diagnóstico final do problema, eles tem uma elevada capacidade de detectar aqueles indivíduos sob risco e que são merecedores de uma avaliação clínica mais acurada (JELLINEK et al., 1995). Além do mais, aqueles instrumentos muito específicos, como ocorre com os demais mencionados, podem ser muito adequados no ambiente clínico, porém, em amostras populacionais não clínicas deixariam de detectar os casos pauci – sintomáticos, o que poderia levar a uma falsa impressão de baixa prevalência e, assim, deixar-se-ia de prestar assistência devida a crianças e adolescentes necessitados de atendimento, mesmo que não constituindo propriamente um caso clínico clássico.

A performance de instrumentos mais amplos de rastreamento, tais como os inventários do ASEBA, para o levantamento do TDAH tem sido estudada e atestada. BIEDERMAN et al. (1993) observou excelente convergência entre a escala de problemas atencionais do CBCL e o diagnóstico do transtorno através de entrevistas estruturadas (LAMPERT et al., apud BIEDERMAN et al., 2004).

Por fim, escolheu-se o CBCL e TRF por serem instrumentos robustos no rastreamento de problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes de nove diferentes culturas (CRIJNEN et al., 1997), bem como porque o CBCL já foi traduzido para o Português e possui validação prévia no Brasil (BORDIN et al., 1995), embora seja para as crianças e adolescentes não-índias.

3.2.2 A adequação dos instrumentos de rastreamento (ASEBA)

Os instrumentos de rastreamento de problemas de comportamento e emocionais usados no estudo (CBCL e TRF) foram submetidos a uma adequação semântica e cultural do Português para o Português e Karajá falados pela população alvo da investigação. Tal se fez necessário porque, embora falem a língua portuguesa, em algumas situações não existiam correspondentes nesta na língua materna Karajá. Tal trabalho se processou com a autorização do autor dos instrumentos, o Dr Thomas M. Achenbach (ver anexo 6), sob o no. **#304-8-04-08**.

A adequação tanto cultural quanto semântica dos instrumentos de rastreamento foi realizada pelo pesquisador responsável pelo presente estudo,

em um primeiro momento entrevistando indivíduos de vários níveis sociais da comunidade indígena Karajá, tais como ex-lideranças (caciques), funcionários índios a serviço da FUNASA e da FUNAI, e indivíduos com o nível de compreensão geral da maioria da população. Em etapas seguintes, as adequações realizadas foram testadas em inúmeros pré-testes para se observar a sua adequada compreensão por parte da maioria da população alvo do estudo, incluindo-se os pais e cuidadores das crianças e adolescentes e os seus professores.

As modificações que foram processadas junto ao TRF, direcionado aos professores, foram muito similares às realizadas no CBCL (ver anexos 7, 8, 9 e 10). Deve-se ressaltar que, essencialmente, as modificações ocorreram na substituição de palavras da língua portuguesa que lhes eram muito complexas e desconhecidas (p. ex. : freqüentemente ; demais ; desempenho ; cruel ; etc.) por expressões mais simples e conhecidas (p. ex. : muitas vezes ; muito ; como se sai ; mau ; etc. respectivamente). Percebe-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 (p. ex. : *koha* = álcool ; *buxo* = fezes ; *tiburere* = maudade/crueldade), pois só assim ficavam acessíveis à compreensão dos índios 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. O trabalho de adequação durou um ano e foi realizado com inúmeros pré-testes no trabalho de campo, até que se chegasse ao resultado exibido nos anexos mencionados.

3.2.3 Análise de dados

Os dados colhidos foram analisados pelo SPSS 15.0 (Statistic Package for Social Science 15.0), tendo-se extraído e tabulado as informações descritivas da amostra investigada. Foram analisadas as informações colhidas com o CBCL e o TRF isoladamente e, depois, agrupadas. Estimou-se a prevalência do TDAH, dividindo-se os casos conforme os inventários utilizados possibilitam, em : normais, limítrofes e clínicos. Para as comparações entre sexo, idade e escolaridade, tanto intra- quanto inter-respondentes (pais e professores), obteve-se por utilizar na análise duas categorias apenas : normais e alterados (sendo estes a soma dos casos limítrofes com os clínicos). Na comparação dos dados encontrados no presente estudo com outros dados de prevalência do transtorno em crianças brasileiras não-índias, de outras culturas pelo mundo afora e também não-índias, e, por fim, com uma população de crianças e adolescentes índias canadenses, optou-se pelo uso de duas categorias : não-clínicas (formadas pelos casos normais e limítrofes) e clínicas, uma vez que a maioria dos estudos focam mais os casos eminentemente clínicos nas suas análises.

Do ponto de vista estatístico, utilizou-se nas comparações realizadas os testes do Qui-quadrado (χ^2), com as correções de Yates e o Teste Exato de Fisher, quando as amostras a serem analisadas eram muito pequenas. Calculou-se o valor de p, por estas equações, para se verificar os níveis de significância estatística entre os achados, tendo-se estabelecido como significativo $p < 0,05$. Na análise realizada entre os respondentes, pais versus professores, optou-se pelo índice Kappa (κ) na avaliação do nível de concordância entre os respondentes. Nas comparações realizadas entre os achados deste estudo e de outros no Brasil, no mundo, com crianças não-índias e com uma população de crianças índias canadenses, utilizou-se o Teste de Proporção (χ^2).

3.3 Obtenção da Anuência e Registro do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)

O pesquisador responsável (Paulo Verlaine Borges e Azevêdo) obteve a anuência da comunidade indígena da etnia Karajá, que ocorreu mediante a sua participação no Conselho Indígena da Comunidade Karajá, que se reúne mensalmente na cidade de São Félix do Araguaia – MT, explicando todo o projeto de pesquisa (que foi entregue no mês de Novembro / 2005 para a diretora do DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena, integrante do Conselho, para prévia análise dos integrantes índios e não índios).

Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este (conforme em anexo a este protocolo) foi apresentado da forma mais simplificada possível, sem, no entanto, deixar de contemplar as informações exigidas pela Resolução No. 196/96 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996). Tal se deve ao fato de que a população indígena da etnia Karajá, apesar de falar o português, ainda tem certa dificuldade para tanto. Acrescenta-se que o TCLE foi ainda traduzido no momento da entrevista por um acompanhante índio Karajá, preferencialmente 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.

O presente estudo foi apresentado para apreciação 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 no. 057/2006, pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS) sob o Protocolo

de Pesquisa Registro CONEP 13092, Processo no. 25000.09209/2006-01 (parecer no. 762/2006, do dia 24 de julho de 2006 e parecer de emenda no. 005/2008, do dia 09 de maio de 2008). Foi apresentado para apreciação e aprovado pela Fundação Nacional do Índio do Ministério da Justiça (FUNAI/MJ), através do Processo no. 1918/06, junto à Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas (Ofício No. 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 através do Ofício No. 156/CGEP/07, para o período compreendido entre 03 de novembro de 2007 e 03 de novembro de 2009.

4 RESULTADOS

Foram aplicados os inventários de rastreamento do ASEBA referentes a um total de 155 sujeitos (crianças e adolescentes), dos quais 154 pais ou responsáveis responderam e 145 professores. Como a amostra calculada foi de 175 sujeitos, mas apenas foram respondidos pelas duas fontes em comum sobre 144 sujeitos, ocorreu uma perda amostral de 17,7%. A taxa de resposta foi, então, de 82,3%. A distribuição por sexo da criança/adolescente, faixa etária agrupada (dos 07 aos 10 anos e dos 11 aos 14 anos de idade), escolaridade (faixas compreendidas até a 4ª série e da 5ª série até a 8ª série do ensino fundamental) e conforme cada tipo de respondente (pais ou professores) encontra-se na tabela a seguir (tabela 1).

A perda amostral de 17,7% (n = 31) constituiu-se eminentemente dos sujeitos que haviam recentemente abandonado a escola, bem como devido a uma situação muito comum entre os Karajá, que é a migração entre as aldeias, fazendo com que a maioria dos que não foram encontrados fosse em decorrência deste motivo.

Tabela 1. Características gerais da amostra colhida (N = 144), de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, no período compreendido entre Julho de 2007 e Novembro de 2008, conforme o gênero (feminino ou masculino), a faixa etária (7 a 10 ou 11 a 14 anos de idade), a escolaridade (até a 4ª série ou da 5ª à 8ª série), o responsável (pais biológicos, padrastos, avós ou outros) e o sexo do responsável pela criança ou adolescente (feminino ou masculino).

<i>Fator</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	67	46,5
Masculino	77	53,5
Idade (anos)		
7 a 10	74	51,4
11 a 14	70	48,6
Escolaridade		
Até 4ª série	41	28,5
5ª a 8ª série	103	71,5
Responsável		
Pais biológicos	136	94,4
Padrastos	2	1,4
Avós	4	2,8
Outros	2	1,4
Sexo do responsável		
Feminino	101	70,1
Masculino	43	29,9

Encontrou-se uma prevalência estimada do TDAH entre as crianças e adolescentes índias da etnia Karajá de 10,4% (IC 95% 6,6 – 14,2) quando os respondentes foram os pais ou cuidadores e de 2,8% (IC 95% 0,7 – 4,8), quando investigada através dos professores (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalências estimadas do TDAH encontradas na amostra (N = 144), quando investigadas através dos pais ou cuidadores (CBCL) e dos professores (TRF) das crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, dos 7 aos 14 anos de idade, durante o período de Junho de 2007 a Novembro de 2008. Encontram-se discriminados os percentuais de casos triagem positiva para o transtorno (Clínico), bem como os casos limítrofes e os normais (Não clínicos).

<i>TDAH</i>	<i>n</i>	<i>% (IC 95%)</i>
CBCL		
Não clínico	124	86,1 (81,8 – 90,5)
Limítrofe	5	3,5 (1,2 – 5,8)
Clínico	15	10,4* (6,6 – 14,2)
TRF		
Não clínico	127	88,2 (84,1 – 92,2)
Limítrofe	13	9,0 (5,4 – 12,6)
Clínico	4	2,8* (0,7 – 4,8)

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

* Casos triagem positiva para o TDAH.

Tabela 3. Comparações entre as prevalências estimadas do TDAH encontradas através do CBCL (pais ou cuidadores), e do TRF (professores), individualmente e combinados (CBCL/TRF), conforme o sexo (feminino ou masculino), a faixa etária (7 a 10 ou 11 a 14 anos de idade) e a escolaridade (até a 4ª série ou da 5ª à 8ª série).

	CBCL/TRF			CBCL			TRF		
	n	% (IC 95%)	p	n	% (IC 95%)	p	n	% (IC 95%)	p
Sexo									
Feminino	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)	0,132
Masculino	16	20,8 (12,8-28,8)		9	11,7 (5,4-18,0)		12	15,6 (8,4-22,8)	
Idade (anos)									
7 a 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 a 14	9	11,4 (4,7-18,1)		8	11,4 (4,7-18,1)		3	4,3 (0,1-8,5)	
Escolaridade									
até 4ª série	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)	<.001*
5ª à 8ª série	14	13,6 (8,0-19,2)		12	11,7 (6,5-16,9)		5	4,9 (1,4-8,4)	

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

* $p < 0,05$

Como a Tabela 3 demonstra, não observou-se diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências estimadas do TDAH em relação ao sexo, idade e escolaridade, quando os dados foram colhidos com o CBCL. Quando o questionário foi o TRF, observou-se diferença significativa entre as faixas etárias ($p = 0,007$) e a escolaridade ($p < 0,001$), o mesmo ocorrendo quando analisados os dois instrumentos de rastreamento (CBCL e TRF) em conjunto (com $p = 0,022$ e $0,001$; respectivamente).

Nos gráficos 1, 2 e 3, abaixo, pode-se observar os resultados encontrados referentes à presença de comorbidades com o TDAH. Os dados analisados, tanto a partir da combinação dos dois instrumentos de rastreamento (CBCL/TRF), assim como do CBCL e do TRF, separadamente, indicam que os

indivíduos triagem positiva para o TDAH apresentam maiores taxas de comorbidades ($p < 0,001$) com os Transtornos Afetivos, de Ansiedade, Opositor - Desafiante e de Conduta.

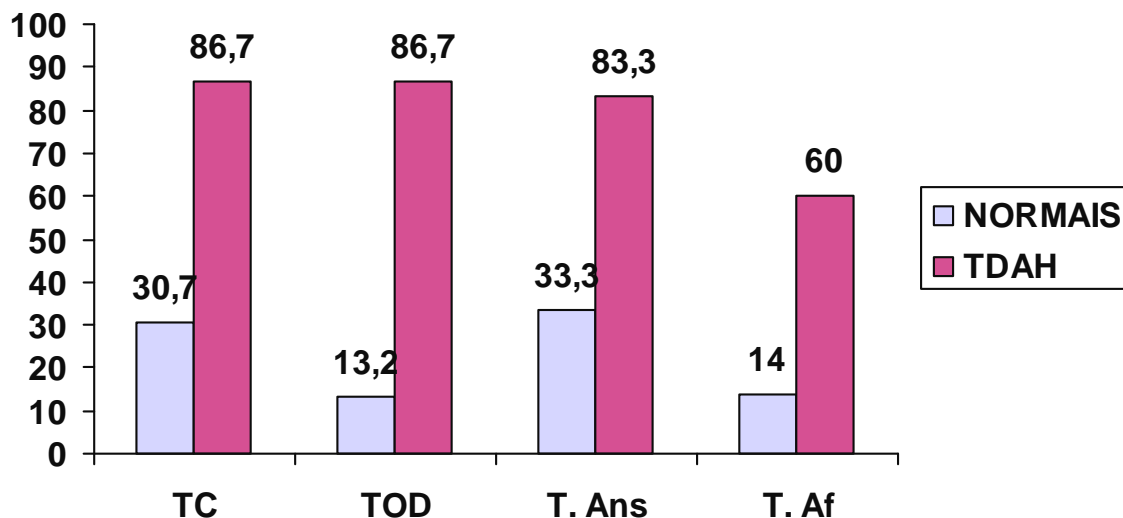


Gráfico 1. Prevalências estimadas dos transtornos comórbidos com o TDAH, conforme dados combinados colhidos com os pais (CBCL) e os professores (TRF) das crianças indígenas da etnia Karajá. Em lilás, prevalências estimadas quando a criança é portadora do TDAH e em azul, a prevalência estimada dos mesmos transtornos nos não portadores do TDAH (NORMAIS). Com o valor de $p < 0,001$ em todas as situações.

TOD – Transtorno Opositor Desafiante

TC – Transtorno de Conduta

T. Ans – Transtornos de Ansiedade

T. Af – Transtornos Afetivos

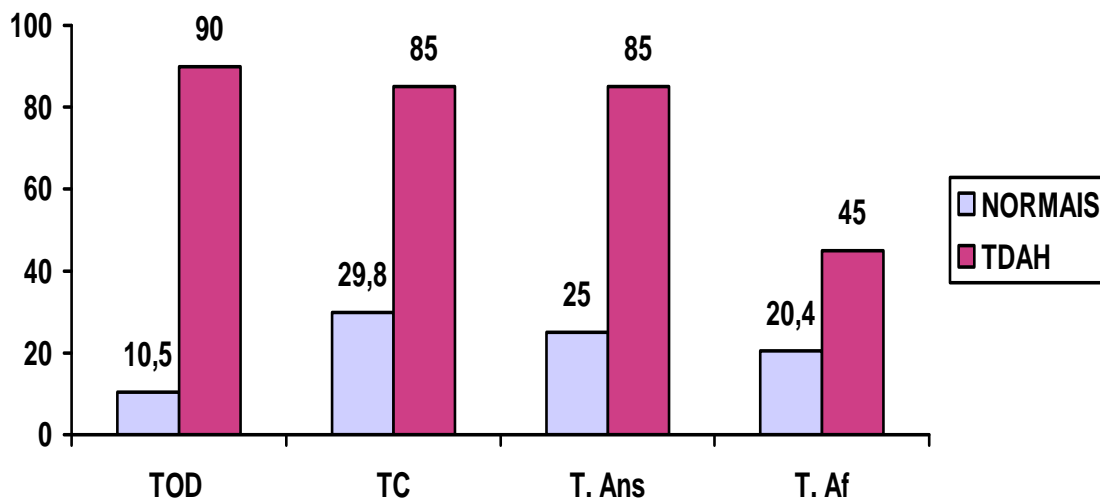


Gráfico 2. Prevalências estimadas das principais comorbidades com o TDAH, quando colhidas informações com os pais (CBCL). As colunas em lilás correspondem à prevalência da comorbidade quando a criança é portadora do TDAH, enquanto as colunas azuis referem-se às crianças não portadoras do TDAH (NORMAIS), mas com os demais transtornos psíquicos presentes. Com o valor de $p < 0,001$ em todas as situações.

TOD – Transtorno Opositor Desafiante

TC – Transtorno de Conduta

T. Ans – Transtornos de Ansiedade

T. Af – Transtornos Afetivos

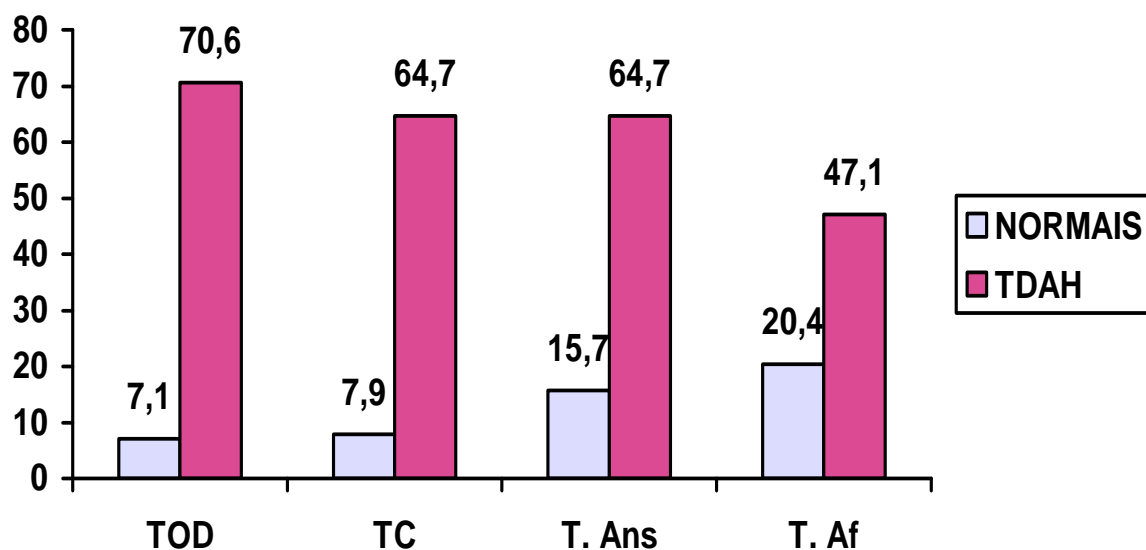


Gráfico 3. Prevalências estimadas das principais comorbidades com o TDAH, quando colhidas informações com os professores (TRF). As colunas em lilás correspondem à prevalência da comorbidade quando a criança é portadora do TDAH, enquanto as colunas azuis referem-se às crianças não portadoras do TDAH (NORMAIS), mas com os demais transtornos psíquicos presentes. Com o valor de $p < 0,001$ em todas as situações.

TOD – Transtorno Opositor Desafiante
 TC – Transtorno de Conduta
 T. Ans – Transtornos de Ansiedade
 T. Af – Transtornos Afetivos

Tabela 4. Comparação do nível de concordância entre os respondentes (CBCL e TRF) acerca da estimativa de prevalência do TDAH nas crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, utilizando-se o índice Kappa (κ).

Pais	Professores		κ	p
	Normal	Alterado		
Normal	114 (79,2)	10 (6,9)	0,287	< 0,001
Alterado	13 (9,0)	7 (4,9)		

κ = índice kappa
 p = significância estatística (< 0,05)
 TDAH = Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
 Normal = sem TDAH
 Alterado = casos triagem positiva para TDAH e limítrofes
 Entre parênteses tem-se o percentual (%)

Na tabela 4, acima, pode-se observar que o índice kappa utilizado para se comparar o nível de concordância entre os respondedores (CBCL e TRF) indica que esta é baixa ($\kappa = 0,287$).

Na tabela 5, abaixo, seguem-se os resultados obtidos das comparações entre as prevalências estimadas encontradas no presente estudo com aquelas obtidas por diferentes estudos conduzidos no Brasil e com um realizado com crianças e adolescentes índias canadenses (da etnia indígena Inuit). Para proceder às comparações, utilizou-se duas estimativas, sendo a primeira mais restritiva (onde considerou-se apenas os casos triagem positiva para o TDAH) e a segunda mais ampla (onde incluíram-se todos os casos triagem positiva para o TDAH mais os limítrofes), tanto para o CBCL (10,4% e 13,9%; respectivamente), quanto para o TRF (2,8% e 11,8%).

Tabela 5. Comparações entre as estimativas de prevalência do TDAH encontradas no presente estudo com crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme o respondente (CBCL e TRF), com estudos realizados no Brasil e com crianças e adolescentes índias canadenses da etnia Inuit (BAYDALA et al., 2006).

Autor	Ano	Idade	Fonte de informação	Exigência de disfunção	Prevalência estimada (%)	CBCL (p)		TRF (p)	
						10,4%	13,9%	2,8%	11,8%
Fleitlich-Bilyk e Goodman	2004	7-14	Melhor estimativa clínica	Sim	1,8	<0,001	<0,001	0,261	<0,001
Fontana et al.	2007	6-12	Duas fontes concordantes	Não	13	0,216	0,412	0,001	0,392
Goodman et al.	2005	5-14	Melhor estimativa clínica	Sim	0,9	<0,001	<0,001	0,042	<0,001
Guardiola et al.	2000	1ª série	Professores	Não	17,9	0,009	0,124	<0,001	0,031
Rohde et al.	1999	12-14	Uma fonte concordante	Sim	5,8	0,021	<0,001	0,075	0,004
Vasconcelos et al.	2003	6-15	Professores	Não	26,8	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Baydala et al.	2006	1ª à 5ª séries	Pais e professores	—	22,7	<0,001	0,006	<0,001	<0,001

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

Em uma comparação com a média mundial da prevalência estimada do TDAH, de 5,3% conforme encontrada por Polanczyk, et al. (2007), com as taxas do presente estudo, encontrou-se $p = 0,010$; $< 0,001$; $0,116$ e $0,002$; respectivamente, para as taxas de $10,4\%$; $13,9\%$ (CBCL, mais e menos

restritivas, respectivamente); 2,8% e 11,8% (TRF, mais e menos restritivas, respectivamente).

Seguem-se os resultados obtidos com relação aos 30 portadores de sintomas sugestivos da presença do TDAH (clínicos e limítrofes). Observa-se que 46,7% (n = 14) são meninas e 53,3% (n = 16) são meninos; 70% (n = 21) se encontram na faixa etária dos 7 aos 10 anos de idade e 30% (n = 9) dos 11 aos 14 anos; 53,3% (n = 16) cursam até a 4ª série e 46,7% (n = 14) se encontram entre a 5ª e 8ª séries do ensino fundamental (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos portadores de TDAH (n = 30), conforme o sexo, a faixa etária e a escolaridade, encontrados no estudo de 144 crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, no período de Julho/07 a Novembro/08.

<i>Fator</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Sexo		
Feminino	14	46,7
Masculino	16	53,3
Idade (anos)		
7 a 10	21	70,0
11 a 14	9	30,0
Escolaridade		
Até 4ª série	16	53,3
5ª até 8ª série	14	46,7

Extraindo-se dos inventários apenas as questões referentes aos indícios da presença do TDAH, segundo o DSM-IV, que são as mesmas tanto no CBCL quanto no TRF, observa-se o encontrado nas tabelas 7 a 10. Sendo que as questões são, considerando-se respectivamente a numeração (no CBCL e no TRF) e a questão colocada: 4 = ‘não consegue terminar as coisas que começa’; 8 = ‘não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo’; 10 = ‘é agitado, não para quieto’; 41 = ‘é impulsivo, age sem pensar’; 78 = ‘é desatento, distrai-se com facilidade’; 93 = ‘fala demais’; e 104 = ‘é barulhento demais’

Tabela 7. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF.

<i>Fator</i>	<i>CBCL</i>		<i>TRF</i>	
	n	%	N	%
Não consegue terminar as coisas que começa	21	70,0	16	53,3
Não se concentra	19	63,3	19	63,3
É agitado	26	86,7	18	60,0
É impulsivo	9	30,0	8	26,7
É desatento	20	66,7	15	50,0
Fala demais	23	76,7	18	60,0
É barulhento demais	21	70,0	18	60,0

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

Tabela 8. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF, em relação ao sexo (feminino ou masculino).

Fator	CBCL				P	TRF				p
	feminino		masculino			Feminino		Masculino		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Não consegue terminar as coisas que começa	9	64,3	12	75,0	0,694	5	35,7	11	68,8	0,141
Não se concentra	9	64,3	10	62,5	1,000	6	42,9	13	81,3	0,057
É agitado	13	92,9	13	81,3	0,602	4	28,6	14	87,5	0,002*
É impulsivo	5	35,7	4	25,0	0,694	3	21,4	5	31,3	0,689
É desatento	9	64,3	11	68,8	1,000	7	50,0	8	50,0	1,000
Fala demais	11	78,6	12	75,0	1,000	7	50,0	11	68,8	0,457
É barulhento demais	10	71,4	11	68,8	1,000	7	50,0	11	68,8	0,457

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

* p < 0,05

Tabela 9. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF, em relação à faixa etária (dos 7 aos 10 anos e dos 11 aos 14 anos de idade).

Fator	CBCL				P	TRF				p
	7-10		11-14			7-10		11-14		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Não consegue terminar as coisas que começa	12	57,1	9	100,0	0,029*	13	61,9	3	33,3	0,236
Não se concentra	12	57,1	7	77,8	0,419	14	66,7	5	55,6	0,687
É agitado	18	85,7	8	88,9	1,000	13	61,9	5	55,6	1,000
É impulsivo	6	28,6	3	33,3	1,000	4	19,0	4	44,4	0,195
É desatento	14	66,7	6	66,7	1,000	13	61,9	2	22,2	0,109
Fala demais	15	71,4	8	88,9	0,393	14	66,7	4	44,4	0,418
É barulhento demais	14	66,7	7	77,8	0,681	13	61,9	5	55,6	1,000

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

* p < 0,05

Tabela 10. Distribuição (%) dos sintomas do TDAH, segundo o DSM-IV, encontrados na amostra (n = 30) de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, conforme detectado pelo CBCL e pelo TRF, em relação à escolaridade (até a 4ª série e da 5ª à 8ª série).

Fator	CBCL				p	TRF				p
	até a 4ª		5ª à 8ª			até a 4ª		5ª à 8ª		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Não consegue terminar as coisas que começa	9	56,3	12	85,7	0,118	11	68,8	5	35,7	0,141
Não se concentra	8	50,0	11	78,6	0,142	12	75,0	7	50,0	0,257
É agitado	13	81,3	13	92,9	0,602	11	68,8	7	50,0	0,457
É impulsivo	6	37,5	3	21,4	0,440	4	25,0	4	28,6	1,000
É desatento	11	68,8	9	64,3	1,000	11	68,8	4	28,6	0,066
Fala demais	12	75,0	11	78,6	1,000	12	75,0	6	42,9	0,135
É barulhento demais	12	75,0	9	64,3	0,694	11	68,8	7	50,0	0,457

CBCL – Child Behavior Checklist /Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira)

TRF – Teacher Report Form /Inventário de Comportamentos Referidos pelo Professor para Alunos de 6 a 18 anos (versão brasileira)

5 DISCUSSÃO

Esse é o primeiro estudo de prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças de etnia indígena no Brasil, e um dos poucos sobre o assunto (em população indígena) no mundo (COHEN, 1999). Constatamos a presença do TDAH na população de crianças e adolescentes entre os 07 anos e os 14 anos de idade, da etnia indígena Karajá (uma dentre as 210 etnias indígenas existentes no Brasil). Tal descoberta nos remete à reflexão acerca da conhecida e bem debatida, porém ainda não conclusiva, questão entre as influências da biologia (fatores constitucionais) versus as influências ambientais (do inglês: *Nature vs. Nurture*). Como bem pode-se apreender do estudo, apesar de se tratar de crianças que vivem aldeadas, 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, residentes dos grandes centros urbanos do país, enclausuradas dentro de suas casas ou escolas, com a exigência de comportamentos adultomorfos não possuem, não deixam de apresentar um transtorno psíquico que é um dos mais prevalentes na população infanto-juvenil de todo o mundo, seja este mundo branco ocidental ou bem diverso deste.

O estudo detectou a presença do TDAH com uma prevalência estimada de 10,4% (IC 95% 6,6 – 14,2) quando feito o rastreamento junto aos pais ou

responsáveis e de 2,8% (IC 95% 0,7 – 4,8) quando feito o rastreamento junto aos professores das crianças (Tabela 2). Para essa diferença observada entre os respondentes, pais e professores, em primeiro lugar deve-se observar que é o tradicionalmente observado em estudos com todas as diferentes culturas pelo mundo (ROHDE et al., 1999b; ROHDE et al., 2000). No presente estudo encontrou-se um índice kappa de concordância baixo ($\kappa = 0,287$) (tabela 4). O que o estudo traz de novo e interessante é que, em outras culturas, ao se investigar o TDAH, tradicionalmente são os professores a indicarem uma taxa de prevalência estimada maior do que os pais ou cuidadores, sabidamente pela menor tolerância daqueles com relação a estes quando se trata de comportamentos disruptivos (ROHDE et al., 1999a; ROHDE et al., 1999b; ROHDE et al., 2000), que é o caso do TDAH (e as suas comorbidades com outros transtornos disruptivos do comportamento, tais como o transtorno oppositor desafiante e o transtorno de conduta). No presente estudo, houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os respondedores, mas com uma estimativa de prevalência maior quando foram os pais os entrevistados (10,4% vs. 2,8%).

Pensa-se como provável explicação para a inversão observada neste estudo das prevalências estimadas do TDAH, com taxa maior detectada entre os pais e cuidadores do que entre os professores, o que durante o trabalho de campo do pesquisador foi reiteradamente constatado como o fato das crianças portadoras do transtorno já terem muitas vezes evadido da escola, o que levaria os professores a terem lembranças diminuídas acerca dos seus

comportamentos (referentes aos dois últimos meses em contato com a criança ou o adolescente), ou seja, a um viés de lembrança. Por outro lado, muito se deve reputar aos aspectos culturais, que fazem com que a tolerância a comportamentos em sala de aula, tais como os de conversas paralelas ou levantar-se e circular pela sala, serem muito bem tolerados entre os professores, que eram (no presente estudo) todos índios Karajá. Certamente, pela única e exclusiva observação clínica do pesquisador responsável, que é da etnia branca ocidental, todas as crianças e adolescentes da etnia indígena Karajá acabariam recebendo o diagnóstico do TDAH, uma vez que, entre as crianças e adolescentes não-índias brasileiras tais comportamentos indicam o problema. Sabendo-se que entre os Karajá, tais comportamentos são culturalmente aceitos, apenas aquelas crianças e adolescentes que extrapolassem tais limites é que seriam, portanto, percebidas como diferentes das demais.

Ainda assim, como explicar a maior prevalência estimada detectada quando foram os pais ou responsáveis pelas crianças ou adolescentes os questionados, e não os professores? Caso se atente bem aos resultados obtidos, percebe-se que, se por um lado, considerando-se como taxas de prevalência estimada do TDAH apenas os casos triagem positiva pelo CBCL e TRF, ou seja, com critérios mais restritivos, encontrou-se 10,4% (IC 95% 6,6 – 14,2) e 2,8% (IC 95% 0,7 – 4,8) (tabela 2), respectivamente, com $\kappa = 0,287$ e $p < 0,001$ (tabela 4). Por outro lado, caso considerem – se na estimativa da prevalência todos os sujeitos com escores alterados, ou seja, a soma dos casos

triagem positiva para o transtorno e dos casos limítrofes, observa-se que não mais se tem diferença estatisticamente significativa entre os respondedores (CBCL vs. TRF), com taxas de prevalência estimada de 13,9% e 11,8%, respectivamente segundo dados colhidos com os pais e com os professores.

Isso posto, deve-se considerar que, muito provavelmente os pais das crianças e adolescentes índias Karajá detectam mais o TDAH (casos triagem positiva) uma vez que, evadindo-se da escola esses sujeitos permanecem maior tempo sob os cuidados e a observação dos seus familiares, e não o contrário, habitualmente encontrado na cultura não-índia brasileira. Ou seja, se os pais e cuidadores das crianças e adolescentes índias Karajá observam por mais tempo estes, detectam mais facilmente o problema, enquanto entre os não-índios, sabidamente como política do Governo Brasileiro é proibido aos menores estarem fora da escola (sendo que o mesmo não observou-se sendo exigido dos índios), os professores acabam tendo tempo maior e suficiente para detectarem aqueles portadores do problema.

Deve-se considerar, igualmente, que se por um lado essas crianças e adolescentes não lhes têm exigido a permanência na escola (sabidamente uma instituição legada dos brancos ocidentais), por outro lado são-lhes impostas as regras da cultura Karajá, segundo a qual devem assumir o seu papel junto à sociedade, como adultos perpetuadores e provedores da vida na aldeia e, aí então, as culturas indígena Karajá e nacional brasileira se equivalem, no que tange à preocupação e ao desejo dos familiares (pais ou cuidadores) de que desempenhem adequadamente tais papéis. Assim, compreende-se a maior taxa de prevalência estimada dos casos triagem positiva para o TDAH, uma vez

que se na escola não são obrigados a ficar e cumprir com o papel de estudantes, não há como deixar de se perceber a sua dificuldade funcional quando tange aos aspectos da vida familiar e em sociedade, eminentemente referentes ao trabalho e ao sustento dos seus. Para reforçar-se tal ponderação feita, basta buscar-se os resultados obtidos quanto à sintomatologia do TDAH compatível com o seu diagnóstico pelo DSM-IV (APA, 1994). Assim, observa-se que enquanto o sintoma de ‘agitação’ foi, do ponto de vista estatístico, significativamente mais observado no sexo masculino pelos professores do que no feminino, com $p = 0,002$ (28,6% ♀ vs. 87,5% ♂) (tabela 8); entre os pais e cuidadores, o sintoma mais observado foi o de ‘não conseguir terminar as coisas que começa’ entre os adolescentes (11 a 14 anos de idade) em detrimento das crianças menores (7 a 10 anos de idade), com $p = 0,029$ (tabela 9). Ora, se a criança é agitada e é pequena, isso é bastante compreensível e tolerado para a cultura Karajá, o que não deixa, quando extrapolado, de ser apontado mesmo pelos professores, conforme os resultados da tabela 3 que demonstram que a prevalência estimada dos casos triagem positiva para o TDAH, quando os dados obtidos foram através do TRF (professores) foram de 18,9% (IC 95% 10 – 27,8) para crianças entre os 7 e os 10 anos de idade contra 4,3% (IC 95% 0,4 – 9) para adolescentes entre os 11 e os 14 anos de idade, com $p = 0,007$. A mesma diferença estatisticamente não foi significativa quando os pais e cuidadores foram os respondedores (CBCL), com $p = 0,406$. Também entre os professores foi estatisticamente significativa a diferença encontrada com relação à escolaridade, com 29,3% (IC 95% 15,4 – 43,2) naqueles até a 4ª série e apenas 4,9% (IC 95% 0,7 – 9,1) entre aqueles

cursando da 5ª à 8ª série ($p < 0,001$), ao passo que entre os pais e cuidadores não se observou diferença ($p = 0,218$) (tabela 3).

Já no concernente ao sintoma 'não consegue terminar as coisas que começa', observado com diferença estatística significativamente maior entre os adolescentes pelos pais e cuidadores, demonstra-se o quanto não conseguir cumprir com as suas obrigações passa a ser percebido e preocupante para a sociedade Karajá. Aqui, entre os adolescentes (11 a 14 anos de idade), já se torna evidente e passa a ser muito mais cobrado habilidades que estão prejudicadas no TDAH, e mesmo estando fora da escola, a comunidade através da família, percebe tal inadequação.

Retomando o mencionado acima, de que quando os critérios são mais abrangentes, incluindo-se não só os casos triagem positiva, mas igualmente os casos limítrofes (todos sob a sigla de 'alterados'), percebe – se que, quanto à presença de sinais de alteração com as crianças e adolescentes índias Karajá sugestivas da presença do TDAH, os pais e cuidadores e os professores apresentam taxas estimadas de prevalência próximas (13,9% e 11,8%, respectivamente). Assim, não há que se descuidar da avaliação mesmo dos denominados 'limítrofes'.

Ao realizar-se comparações entre as taxas de prevalência estimada de casos triagem positiva do TDAH no presente estudo com as encontradas em outros estudos nacionais e internacionais (tabela 5), seja com crianças índias ou não-índias, deve-se inicialmente ponderar quanto aos aspectos metodológicos, uma vez que para que pesquisas epidemiológicas gerem estimativas de prevalência válidas, estes devem ser bem delineados

(POLANCZYK et al., 2008). Sabidamente, em estudos que investigam a epidemiologia do TDAH, a escolha da metodologia pode resultar em estimativas de prevalência bastante diversas. Assim, a depender de aspectos tais como os critérios diagnósticos utilizados, da exigência ou não de impacto negativo sobre a vida do sujeito, da fonte de coleta de informações (pais ou professores), da estratégia na coleta dos dados e na combinação destes, ter-se-á inúmeras possibilidades ao se interpretar os resultados obtidos (POLANCZYK et al., 2008).

Um dos aspectos metodológicos mais importantes a ser considerado é como a amostra foi recrutada. Somente a partir de uma amostra representativa da população alvo da investigação é que a estimativa de prevalência poderá ser extrapolada para dada população. Assim, o presente estudo procurou esmerar-se com relação a este aspecto, constituindo uma amostra que tanto quantitativa quanto qualitativamente é representativa da população total de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá compreendida entre os 7 anos e os 14 anos de idade. Neste estudo, utilizou-se o censo da população Karajá (FUNASA, 2007), sorteando-se qual seria a ordem de recrutamento dos sujeitos, de forma proporcional por idade, gênero e aldeia, permitindo-se que cada um dos recrutados pudesse ter a mesma chance de ser sorteado. Bem se sabe que no momento em que o sorteio foi realizado, muito provavelmente o censo utilizado já se encontrava desatualizado, uma vez que é virtualmente impossível contar com um censo completo e atualizado ao mesmo tempo (POLANCZYK et al., 2008).

Em seguida, após escolhida a forma de recrutar os sujeitos para a amostra do estudo, buscou-se não associar o método de recrutamento com a probabilidade de se ter ou não o TDAH (desfecho pesquisado). Para que tal se desse, optou-se por recrutar aleatoriamente, a partir do censo populacional mais recente (FUNASA, 2007), e não diretamente nas escolas ou nos postos de saúde, nos quais certamente ocorreriam vieses de seleção. A não aceitação em participar do estudo ocorreu por parte de apenas um dos pais ($n = 154$) dentre os 175 sujeitos calculados para a amostra. Na esmagadora maioria das vezes, a perda amostral ocorreu em função de uma situação culturalmente freqüente entre os índios da etnia Karajá, que é a migração constante de uma aldeia para outra, de tal sorte que, como tal ocorre de forma dinâmica e incessante, a lista utilizada já se encontrava desatualizada quanto a este fator (FUNASA, 2007). A perda amostral de 17,7% decorreu, eminentemente, desse fator que, de certa forma, descarta a possibilidade de recusa devido ao viés de se tratar de indivíduos portadores de problemas sob investigação (no caso, do TDAH).

Considerando-se que o TDAH é diagnosticado clinicamente, os critérios adotados e a validade dos instrumentos de medição utilizados representam um aspecto metodológico fundamental. No presente estudo optou-se pela utilização dos critérios da DSM-IV (APA, 1994), em detrimento da CID-10, bem como a comparação com outros estudos nacionais e internacionais realizados com os mesmos critérios diagnósticos. Cabe, aqui, ressaltar que ao se utilizar os critérios mencionados (DSM-IV), reconhecidamente se obtém estimativas de prevalência do TDAH maiores do que quando se utiliza a CID-10 (OMS, 1993).

Utilizou-se nesse estudo questionários de rastreamento, que servem para a detecção da presença de sintomas sugestivos do TDAH, o que sabidamente eleva as estimativas de prevalência, uma vez que geralmente não levam em consideração de forma efetiva o impacto negativo sobre a vida do sujeito.

Outro aspecto importante, do ponto de vista metodológico, consiste na estratégia utilizada para se combinar informações de mais de uma fonte para se gerar as hipóteses diagnósticas, que no presente estudo se limita aos casos triagem positiva (e não efetivamente diagnóstico) do TDAH. Em função da natureza do exame clínico, as crianças e os adolescentes freqüentemente não apresentam os sintomas do TDAH durante a avaliação, assim como sabidamente, tendem a não referir sintomas dos problemas externalizantes, eminentemente do TDAH e dos transtornos opositor desafiante e de conduta, comparativamente a outras fontes de informações (pais e professores) (ROHDE et al., 2000). Finalmente, o pesquisador deverá, ainda, basear a coleta dos dados nos relatos subjetivos dos pais (ou cuidadores) e dos professores, como ocorreu nesse estudo. Como bem constatado e discutido nesse estudo, ocorre uma baixa concordância entre pais e professores com relação ao relato de sintomas do TDAH ($\kappa = 0,287$ no presente estudo), seja devido à apresentação dinâmica dos sintomas do problema em função do ambiente (casa ou escola, p.ex. :) ou das exigências sobre o sujeito, seja devido à maior sensibilidade dos informantes (pais e professores) a dados sintomas.

Como se deduz, da discussão acima, as taxas de prevalência estimada do TDAH terão resultados diferentes a depender: (1) de se tratar de uma fonte única de informação (o próprio sujeito, pais ou professores); (2) da soma de informações colhidas com mais de um informante (considerando-se como presentes se os sintomas são observados por ambos ou se por apenas um destes informantes); (3) da avaliação clínica, na qual um clínico experiente revê todas as informações colhidas e toma a decisão diagnóstica baseada na combinação dos dados; ou (4) da avaliação direta do indivíduo (POLANCZYK e ROHDE, 2007). No estudo que aqui se apresenta, valeu-se para as estimativas de prevalência do TDAH da soma de informações colhidas com mais de uma fonte (pais e professores), considerando-se tanto os casos nos quais ambas concordavam com a presença dos sintomas, quanto aqueles que apenas uma das fontes os observava.

Agora, posto o que está nos parágrafos acima, pode-se discutir com maior propriedade os resultados encontrados com as comparações entre as estimativas de casos triagem positiva para o TDAH no presente estudo e outros realizados no Brasil (FLEITLICH-BILYK e GOODMAN, 2004; FONTANA et al., 2007; GOODMAN et al., 2005; GUARDIOLA et al., 2000; ROHDE et al., 1999; VASCONCELOS et al., 2003), com a média mundial (POLANCZYK et al., 2007) e com uma população de crianças e adolescentes índias canadenses (BAYDALA et al., 2006).

Comparando-se com a média mundial, que é de aproximadamente 5,3% (IC 95% 5,01 – 5,56) (POLANCZYK et al., 2007), bem como considerando-se que ela parte da junção de estudos muito heterogêneos entre si ($p < 0,001$)

realizados com as mais variadas fontes (pais, professores, sujeitos, avaliação clínica, exigência de apenas uma fonte ou de duas concordantes quanto ao diagnóstico) (POLANCZYK et al., 2007), observa-se que a prevalência estimada encontrada entre as crianças e os adolescentes índios da etnia Karajá foi superior tanto quando o respondente foi o pai (cuidador) quanto quando foi o professor, salvo se considerada a prevalência estimada calculada com dados mais restritivos a partir do inventário aplicado aos professores (TRF), que, nesse caso, mostrou-se semelhante à média mundial (2,8% vs. 5,3%, com $p = 0,116$).

Comparando-se com os estudos realizados no Brasil, pode-se perceber que dependendo da metodologia empregada nestes as taxas encontradas entre as crianças e os adolescentes índios da etnia Karajá se apresentaram maiores, similares ou inferiores.

Diante dos estudos realizados por Guardiola et al. (2000) e por Vasconcelos et al. (2003), ressaltando-se que na metodologia empregada por estes investigadores a fonte de informação foi o professor da criança ou adolescente, com idades de, respectivamente 7 anos (1ª série do ensino fundamental) e entre os 6 e 15 anos de idade, sem a exigência de comprometimento funcional do sujeito em ambos estudos, encontrou-se prevalências estimadas menores entre as crianças e adolescentes índias Karajá, salvo na situação referente à comparação deste estudo considerando-se como taxa 13,9% obtida com critérios menos restritivos (casos alterados, incluindo tanto os triagem positiva quanto os limítrofes para o TDAH) junto aos pais (CBCL), com o estudo de Guardiola et al. (2000), tendo-se encontrado $p =$

0,124. Na presente comparação, pode-se perceber que as taxas inferiores nas estimativas de prevalência dos casos triagem positiva para o TDAH entre as crianças e adolescentes índios da etnia Karajá se deve aos fatos dos dados de Guardiola et al. (2000) e de Vasconcelos et al. (2003) terem sido colhidos com uma fonte única e esta ser o professor, sabidamente com menor tolerância aos sintomas do TDAH do que os pais das crianças e adolescentes não-índias de várias culturas pelo mundo afora e também no Brasil. A não exigência de comprometimento funcional foi igual nestes estudos e no que aqui se apresenta.

Com relação ao estudo de Fontana et al. (2007), que na metodologia teve a exigência de apenas uma fonte observando os sintomas do TDAH, dentre duas investigadas, entre crianças e adolescentes de 6 a 12 anos de idade, sem a exigência de comprometimento funcional, a taxa que estes investigadores encontraram (13%) não teve diferença estatisticamente significativa para as detectadas no presente estudo, a não ser com critérios mais restritivos (apenas os casos triagem positiva para o TDAH) colhidos junto aos professores (2,8%), onde a prevalência estimada encontrada entre os Karajá foi inferior. Este estudo, dentre aqueles realizados no Brasil, é o que mais tem semelhança metodológica com o que se realizou com as crianças e adolescente índias da etnia Karajá, a não ser pela faixa etária investigada que foi dos 6 aos 12 anos, por Fontana et al. (2007) e dos 7 aos 14 anos de idade entre os Karajá.

Ao se comparar, agora, o estudo realizado por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004), com crianças de 7 a 14 anos de idade, onde se empregou a avaliação

clínica a partir da análise das várias fontes informantes, com a exigência de comprometimento funcional para que se realizasse o diagnóstico do transtorno, observa-se que, salvo com critérios mais restritivos quando a fonte foi o professor no presente estudo ($p = 0,261$), em todas as demais situações as taxas que aqui se encontraram foram maiores com significância estatística ($p < 0,001$).

No estudo realizado por Goodman et al. (2005) na Ilha da Maré/BA, com população afro-descendente, entre os 5 e 14 anos de idade, com a exigência de comprometimento funcional e dados coletados através da avaliação clínica a partir da análise das várias fontes informantes, observou-se que as taxas de prevalência estimada encontradas nesse estudo foram todas maiores, com significância estatística onde $p = 0,042$ quando a taxa foi mais restritiva e colhida com o TRF e $p < 0,001$ em todas as demais situações.

No estudo realizado por Rohde et al. (1999), no qual foram avaliadas crianças entre 12 e 14 anos de idade, tendo-se por fonte de informação a avaliação clínica a partir da análise das várias fontes informantes, bem como a exigência de comprometimento funcional, observa-se que salvo quando os critérios são mais restritivos e os dados colhidos pelo TRF ($p = 0,075$), em todas as demais situações as taxas encontradas entre os Karajá foram superiores, com significância estatística ($p < 0,05$).

Percebe-se que, em comparação com todos os estudos realizados com crianças e adolescentes brasileiros nos quais a metodologia incluiu a necessidade de impacto negativo (disfunção) sobre a vida do sujeito, as taxas de prevalência estimada do TDAH foram inferiores às encontradas entre as

crianças e adolescentes índios da etnia Karajá, como a literatura já tem afirmado reiteradamente (POLANCZYK et al., 2008).

Na comparação com o estudo realizado por Baydala et al. (2006), com crianças e adolescentes índios canadenses da etnia Inuit, estudantes da 1ª à 5ª séries do ensino fundamental (assim, presumivelmente com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos de idade), tendo por fontes de informação os pais e os professores e sem referência à exigência de comprometimento funcional, observa-se que as taxas encontradas nesse estudo são inferiores às encontradas por aqueles pesquisadores no Canadá. É interessante porque, a despeito do que se esperaria, com piores condições sócio-econômicas do que os índios canadenses, os Karajá deveriam ter uma maior prevalência do TDAH, o que não ocorre. Reforça-se, assim, o componente biológico deste transtorno, independentemente das circunstâncias sócio-econômicas em que o indivíduo viva. Observa-se que tanto no estudo realizado por Baydala et al. (2006) quanto no realizado com as crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, não houve a exigência de impacto negativo (disfunção) sobre os sujeitos suspeitos de serem portadores do TDAH.

Deve-se ressaltar que tanto no presente estudo, quanto em todos os estudos realizados no Brasil e naquele com as crianças e adolescentes índias canadenses foram utilizados como critérios diagnósticos aqueles propostos pela DSM-IV (APA, 1994).

Mesmo se tratando de crianças e adolescentes que detêm uma liberdade muito grande de ir e vir, é interessante como a prevalência do TDAH é relativamente alta. Fortalece-se, assim, o componente biológico (*nature*) do

transtorno por um lado, bem como também fica fortalecido o componente ambiental (*nurture*) no que tange aos fatores de precárias condições econômicas (como com as populações brasileiras menos favorecidas).

Diante dos dados obtidos através das entrevistas com os professores, evidencia-se uma vez mais a similitude com as populações de crianças e adolescentes não índias, pois que sabidamente tem-se uma prevalência do transtorno superior em se tratando de crianças menores e nos primeiros anos de escolaridade (ROHDE et al., 1999). O estudo só não se assemelha no que tange a uma prevalência maior no sexo masculino com relação ao feminino ($p = 0,132$), uma vez que não se encontrou uma diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. Como bem se pode observar na descrição sobre a população alvo do estudo, até os 10 ou 12 anos de idade, tanto os meninos quanto as meninas são cuidados pelas mães e mesmo avós, só começando a ocorrer diferenciação maior entre os gêneros com o ritual de iniciação masculina (*Hetohoky*), assim, não existiriam tão acentuadas diferenças entre os gêneros até tal idade, por uma questão eminentemente ambiental. Outra hipótese a ser aventada é a de que, como igualmente colocado no item sobre os Karajá (na Introdução), apesar dos homens terem papel majoritário nas decisões políticas externas, os Karajá são uma etnia que é eminentemente matrilocal, ou seja, há uma subordinação do futuro marido à sogra. Assim, observa-se que à medida que a família cresce (família extensa), a mulher (anciã do lar) vai adquirindo maior prestígio, ao passo que o homem tem um declínio no seu poder político, embora o espiritual cresça (LIMA FILHO, 1999). Dessa forma, observa-se que entre os Karajá as mulheres acabam tendo um papel

extremamente ativo no núcleo familiar, o que talvez justifique a igualdade entre gêneros quanto à prevalência do TDAH.

Os resultados observados no estudo quanto às comorbidades com o TDAH são indicativos de uma alta prevalência destas, eminentemente dos transtornos opositor desafiante, de conduta, ansiosos e afetivos. O mesmo se observa nas populações de crianças não índias, cujas pesquisas indicam uma elevada taxa de comorbidade entre o TDAH e os transtornos disruptivos de comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante), situada entre 30% e 50% (BIEDERMAN et al., 1991) e entre as crianças brasileiras em torno de 47,8% (ROHDE et al., 1999). Conforme o parágrafo supra demonstra, observou-se grande similitude entre a prevalência estimada do TDAH com os mesmos transtornos comórbidos encontrados na população de crianças e adolescentes não índios, ao menos no que tange aos transtornos opositor desafiante e de conduta (transtornos disruptivos de comportamento).

Outras taxas de comorbidades significativas encontradas com populações de crianças não índias são: depressão em 15% a 20% e transtornos de ansiedade em torno de 25% (BIEDERMAN et al., 1991). Os resultados do estudo indicam uma maior taxa de todas essas comorbidades quando a criança era portadora do TDAH. Assim, ficam as hipóteses das influências ambientais, tais como pior situação sócio-econômica das crianças e adolescentes índias da etnia Karajá como fator a ser investigado para a ocorrência de maiores taxas de comorbidades entre elas frente às crianças não índias.

Não se pode deixar, também, de pesar a contribuição dos aspectos biológicos (constitucionais) nas taxas mais elevadas do TDAH entre as crianças índias com relação às não índias. Assim, sabe-se que aspectos tais como a facilidade maior para o abuso e dependência de álcool e drogas, bem como a maior taxa de suicídio entre os índios, até mesmo entre as crianças e adolescentes, são sugestivos da necessidade de não se descartar fatores biológicos, uma vez que se sabe do peso destes em outras culturas pelo mundo afora em tais situações ser muito grande.

Outro aspecto fundamental a ser observado é que, lembrando que a população indígena Karajá tem clamado por socorro das autoridades públicas quanto à situação do abuso e dependência de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas entre os seus membros (SOUZA et al., 2007; SOUZA, CARNELO, 2007; GUIMARÃES, GRUBTIS, 2007). Lembrando ainda que, vários estudos têm demonstrado uma alta taxa de comorbidade entre o TDAH e o abuso ou dependência de bebidas alcoólicas e drogas na adolescência e na vida adulta (9% a 40%, segundo BIEDERMAN et al., 1991). Tendo-se em consideração que, muito mais do que o próprio TDAH por si só, a presença de comorbidade com transtorno de conduta se associa indubitavelmente com o abuso e a dependência de bebidas alcoólicas e drogas (ROHDE et al., 1998). Ao serem encontradas taxas elevadas de comorbidade entre o TDAH e o transtorno de conduta na população de crianças e adolescentes índias Karajá, fica compreensível o relato das autoridades indígenas quanto à alarmante situação de abuso e dependência de álcool e drogas.

Cabe, por fim, fazer algumas considerações quanto à apresentação dos sintomas indicativos do TDAH, conforme o DSM-IV, que foram observados nas crianças e adolescentes índias da etnia Karajá. Conforme se pode verificar, praticamente não se observa diferenças estatisticamente significativas na ocorrência dos sintomas indicativos do TDAH, quanto ao sexo, à idade e à escolaridade, tanto quando analisados os dados obtidos com os pais (CBCL) quanto com a análise dos dados obtidos junto aos professores (TRF). Foram exceções apenas o sintoma referente à incapacidade de finalizar as obrigações e tarefas que foi significativamente mais comum em adolescentes (11 a 14 anos de idade) do que com crianças (7 a 10 anos de idade), quando o respondente foi um dos pais; e o sintoma que se refere a ser muito agitado e não conseguir parar quieto, que foi significativamente mais comum em meninos do que em meninas, quando o respondente foi o professor. Observa-se que, a despeito de serem de uma cultura bastante diversa da branca ocidental e mesmo da brasileira de um modo geral, os aspectos que mais ressaltam são a incapacidade de concluir algo por parte dos adolescentes índios Karajá e a agitação entre os meninos. Novamente, vale ressaltar que, o primeiro sintoma é uma queixa mais freqüente entre os pais, demonstrando-se a preocupação destes para com a capacidade dos seus filhos em executarem suas funções e obrigações para com a comunidade. Sendo o segundo sintoma mais apontado pelos professores e em meninos, confirmando o que a literatura já tem constatado, quanto ao menor limiar de tolerância por parte dos professores com relação aos comportamentos disruptivos (externalizantes), bem como a maior prevalência destes sintomas no sexo masculino do que no feminino.

6 CONCLUSÕES

O transtorno de déficit de atenção / hiperatividade (TDAH) é uma síndrome psiquiátrica de alta prevalência em crianças e adolescentes da etnia Karajá. O transtorno apresenta uma alta taxa de comorbidades, principalmente com outros transtornos disruptivos do comportamento (transtorno de conduta e transtorno opositor desafiante), mas também com os transtornos afetivos e de ansiedade. É um problema de saúde mental em crianças e adolescentes de todas as partes do mundo, tendo-se encontrado taxa mais elevada de prevalência entre as crianças índias da etnia Karajá quando comparado com a média mundial e com estudos realizados no Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACHEMBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. 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, T.M. Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991a.
3. ACHENBACH, T.M. Manual for the Child Behavior Checklist Teacher Report Form. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991b.
4. ACHENBACH, T.M.; 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, Sandowksi, Friedrich, and Fisher. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001; 69(4):699-702.
5. 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.
6. ACHENBACH, T.M.; McCONAUGHY, S.H. 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, T.M.; PECORA, P.J., WETHERBEE, K.M. 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 QMPI: 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 (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. ed. Washington, D.C., 1994.
 11. ANDRADE, L.; WALTERS, E.E.; 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. 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. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.
 13. BAYDALA, L.; SHERMAN, J.; RASMUSSEN, C.; WIKMAN, E.; JANZEN, H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *J Atten Disord*. 2006; 9(4):642-7.

14. BERUBE, R. L.; ACHENBACH, T. M. Bibliography of published studies using ASEBA instruments: 2004 edition. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2004.
15. BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; DOYLE, A.; LEHMAN, B.K.; KRAUS, I.; PERRIN, 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.
16. BIEDERMAN, J.; FARAONE, S.V.; 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.
17. 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.
18. 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.
19. BORDIN, I.A.S.; MARI, J.J.; CAIEIRO, M.F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL): Inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. *Revista ABP APPAL*, 1995. 17(2):55-66.

20. BROWN, T. Brown Attention Deficit Disorder Scales. San Antonio: The Psychological Corporation, 1995.
21. COHEN, A. The mental health of indigenous peoples – An international overview. Geneva: WHO; 1999.
22. CONNERS, C.K. Conners' Rating Scales Revised (CRS-R). Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, 2000.
23. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – Resolução No.196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Ministério da Saúde. Brasília, 1996.
24. CORNEJO, J.W.; OSIO, O.; SANCHEZ, Y.; et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colômbia children and teenagers. Rev Neurol 2005;40(12):716-22.
25. COSTELLO, E.J. Developments in child psychiatric epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989;28:836-41.
26. 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 2005; 44(10):972-86.
27. DALGALARRONDO P. Civilização e Loucura – uma introdução à história da etnopsiquiatria. São Paulo: Lemos, 2000. 124p.
28. 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.

29. EAPEN, V.; JAKKA, M.E.; ABOU-SALEH, M.T. Children with psychiatric disorders: the Al Ain Community Psychiatric Survey. *Can J Psychiatry* 2003;48(6):402-7.
30. ESSAU, C.A.; 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.
31. FLEITLICH, B.W.; GOODMAN, R. *Epidemiologia. Rev ABP-APAL* 2000; 22(Supl II):2-6.
32. FLEITLICH-BILYK, B. W. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the South East of Brazil. London. Tese (PhD) – Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry Kings College London, University of London, 2002; 261p.
33. 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.
34. FONTANA, R.S.; VASCONCELOS, V.M.; WERNER, J.JR; et al. ADHD prevalence in four Brazilian public schools. *Arq Neuropsiquiatr* 2007;65(1):134-7.
35. GADOW, K.D.; NOLAN, E.E.; 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.
36. GIEL, R.; ARANGO, M.V.; CLIMENT, C.E.; HARDING, T.W.; IBRAHIM, H.H.A.; LDRICO-IGNACIO. L.; et al. Childhood mental disorders in primary

- health care: results of observations in four developing countries. *Pediatr* 1981; 68: 677-83.
37. GOODMAN, R.; NEVES DOS SANTOS, D.; ROBATTO NUNES, A.P.; 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.
38. GUARDIOLA, A.; FUCHS, F.D.; ROTTA, N.T. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2B):401-7.
39. GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*. 2007. 19 (1): 45-51.
40. HACKETT, R.; HACKETT, L.; BHAKTA, P.; GOWERS, S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerela, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(5):801-7.
41. JELLINEK, M.; LITTLE, M.; MURPHY, J.M.; 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.
42. KURLAN, R.; COMO, P.G.; MILLER, B.; et al. The behavioral spectrum of tic disorders: a community-based study. *Neurology* 2002;59(3):414-20.
43. LABORATÓRIO DE TERAPIA COMPORTAMENTAL DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. (Trad.) Guia para profissionais da saúde mental sobre o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseados do Achenbach (ASEBA). São Paulo. Tradução

- da obra: ACHEMBACH, T. M., & RESCORLA, L. A. (2004). *Mental Health practitioners' guide for the Achembach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (4th ed.) Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families. Tiragem de circulação interna, 2006.
44. LAMPERT, T.L.; POLANCZYK, G.; TRAMONTINA, S.; MARDINI, V.; ROHDE, L.A. 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.
45. LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.
46. LIMA FILHO, M.F. *Hetohoky um rito Karajá*. Goiânia: Editora UCG. 1994; 180p. e il.
47. LIMA FILHO, M.F. *Karajá. Povos Indígenas no Brasil*. São Paulo: Instituto Socioambiental, 1999.
48. MALHOTRA, S.; KOHLI, A.; ARUN, P. Prevalence of psychiatric disorders in school children in Chandigarh, India. *Indian J Med Res* 2002;116:21-8.
49. McCARNEY, S.B. *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale-Home Version*. Columbia: Hawthorne Educational Services. 1989.
50. MCKELVEY, R.S.; SANG, D.L.; BALDASSAR, L.; et al. The prevalence of psychiatric disorders among Vietnamese children and adolescents. *Med J Aust* 2002;177(8):413-7.

51. MEHRINGER, A.M.; DOWNEY, K.K.; SCHUH, L.M.; POMERLEAU, C.S.; SNEDECOR, S.M.; & 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.
52. 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.
53. MINISTÉRIO DA SAÚDE – FUNASA – DISEI – Araguaia, 2002. Relatório Anual.
54. NAKAMURA, E. Antropologia. In: ASSUMPÇÃO JR, F.B. & KUCZYNSKI, E. Tratado de psiquiatria da infância e adolescência. São Paulo (SP). Editora Atheneu, 2003, p.59-62.
55. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
56. OVADIA, D. Etnopsiquiatria. *Revista viver mente e cérebro*. Scientific american, ano xiii, no.145, p.62-66; fevereiro, 2005.
57. 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.

58. POLANCZYK, G.; LIMA, M.S.; HORTA, B.L.; ROHDE, L.A. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6):942-8.
59. POLANCZYK, G.; ROHDE, L.A. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(4):386-92.
60. REID, R.; DUPAUL, G.J.; POWER, T.J.; ANASTOPOULOS, A.D.; ROGERS-ADKINSON, D.; NOLL, M.B.; et al. Assessing culturally different students for attention deficit hyperactivity disorder using behavior rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 1998; 26, 187-198.
61. RIBEIRO, D. Os Índios e a Civilização. Petrópolis: Vozes, 2ª edição, 509 p. 1977.
62. ROBERTS, R.E.; ATTKISSON, C.C.; ROSEMBLATT, A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998;155:715-25.
63. RODHE, L.A.; BARBOSA, G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatria* 2000;22(Supl II):7-11.
64. ROHDE, L.A.; BARBOSA, G.; POLANCZYK, G.; EIZIRIK, M.; RASSMUSSEN, E.R.; NEUMAN, R.J.; et al. Factor and latent class analyses of DSM-IV ADHD symptoms in a school sample of Brazilian adolescents; 2000 (manuscrito não publicado).
65. ROHDE, L.A.; BIEDERMAN J.; BUSNELLO, E.A.; 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*. 1999a; 38(6): 716-22.
66. ROHDE, L.A.; BIEDERMAN, J.; KNIJNIK, M.P.; KETZER, C.R.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.M.; et al. Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. *J Attention Dis*, 1999b; 3(2):91-3.
67. ROHDE, L.A.; BUSNELLO, E.A.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.M.; PINZON, V.; KETZER, C.R. Transtorno de Déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Rev ABP-APAL* 1998; 20(4):166-78.
68. RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. Education, health and behaviour: psychological and medical study of childhood development. London: Longman Group; 1970.
69. SOUZA, M.L.P.; CARNELO, L. Como, quando e o que se bebe: processo de alcoolização entre populações indígenas do alto Rio Negro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007. 23(7): 1640-1648.
70. SOUZA, M.L.P.; SCHWEICKARDT, J.C.; CARNELO, L. O processo de alcoolização em populações do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. *Rev. Psiq. Clín*. 2007. 34(2): 90-96.
71. SWANSON, J.M.; KRAEMER, H.C.; HINSHAW, S.P.; ARNOLD, L.E.; CONNERS, C.K.; ABIKOFF, H.B.; 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.
72. ULLMAN, R.K.; SLEATOR, E.K.; SPRAGRE, R.L. ADD-H: Comprehensive Teacher's Rating Scale. 2nd Edition (ACTeRS). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1991.
73. VASCONCELOS, M.M.; WERNER, J.JR.; MALHEIROS, A.F.; et al. Attention deficit/hyperactivity disorders prevalence in an inner city elementary school. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(1):67-73.
74. VILLAS-BOAS, O.; VILLAS-BOAS, C. Xingu – Os Índios e seus Mitos. Kuarup, 1990.
75. WENDER, P.H. Attention-Deficit Disorder in Adults. New York: Oxford University Press. 1995.
76. 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.
77. YOO, H.I.; CHO, S.C.; KIM, B.N.; et al. Psychiatric morbidity of second and third grade primary school children in Korea. *Chil Psychiatry Hum Dev* 2005;36(2):215-25.

ANEXOS

8.1 – Anexo 1 – parecer do CONEP/ANS/MS



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

PARECER Nº 762/2006

Registro CONEP: 13092 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro CEP: 057/2006

Processo nº 25000.092097/2006-01

Projeto de Pesquisa: "Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma população de crianças e adolescentes índios da etnia Karajá"

Pesquisador Responsável: Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevedo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Área Temática Especial: População Indígena

Patrocinador: Não se aplica

Sumário/comentários

O objetivo da pesquisa é investigar a presença ou não do TDAH na população de crianças e adolescentes indígenas da etnia Karajá

O TDAH é um problema que faz com que a pessoa seja desatenta e agitada, na maioria dos lugares em que ela esteja, atrapalhando a sua vida familiar, escolar e na comunidade. O estudo será desenvolvido junto às crianças e adolescentes índios da etnia Karajá, aldeados, residentes na Ilha do Bananal, no Estado de Tocantins. O número de crianças e adolescentes das 333 famílias de índios Karajá é cerca de 700, com uma proporção aproximada de um menino para uma menina.

Para a finalidade deste trabalho escolheu-se a sub-população de crianças e adolescentes compreendida entre os 07 anos completos e 15 anos incompletos, meninos e meninas, residentes na Aldeia Karajá Santa Izabel, localizada na Ilha do Bananal no Estado do Tocantins, e que tenham ambos os genitores da etnia Karajá. Esta população é constituída no momento de 150 indivíduos, dos quais 80 são meninos e 70 são meninas, todos freqüentando a escola da aldeia.

A pesquisa ocorrerá por meio de um questionário para saber se existe este problema de saúde na criança ou no adolescente, sendo que se houver ela poderá ser encaminhada para receber tratamento médico adequado. Os sujeitos da pesquisa serão entrevistados por acompanhante índio Karajá, preferivelmente agente de saúde no posto local da aldeia, ou por um professor da criança ou adolescente, quando o local da entrevista for na escola da aldeia.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está bem explicado pelo pesquisador, apresentado da forma mais simplificada possível e será ainda traduzido no momento da entrevista por um acompanhante índio Karajá.

Existe uma declaração, assinada por autoridades indígenas da etnia Karajá, declarando estar ciente e autorizando a realização do projeto de pesquisa TDAH, desde que aprovado por um CEP, pelo CONEP e pela FUNAI.

O estudo será custeado pelo próprio pesquisador responsável.

As informações atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS 196/96 e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição supracitada.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 24 de julho de 2006.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS



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

PARECER DE EMENDA Nº 005/2008

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 13092**

Registro CEP: 057/2006

Processo nº 25000.092097/2006-01

Projeto de Pesquisa: *"Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá"*

Pesquisador Responsável: Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevedo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Área Temática Especial: População Indígena

Patrocinador: Não se aplica

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) Além dos instrumentos de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) previstos no Protocolo original a inclusão de 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.

Considerações/comentários

1) Considerando-se que os instrumentos de rastreamento detectam casos suspeitos - podendo ser aplicados por técnicos treinados - e o compromisso do pesquisador principal em realizar pessoalmente uma avaliação clínica mais precisa nos casos suspeitos, a ampliação da amostra pode representar benefício para a população da etnia enquanto maior abrangência no aspecto epidemiológico.

2) 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 no aspecto da presente pesquisa incluir a 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 13092

SITUAÇÃO: APROVADA.-

Brasília, 08 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.



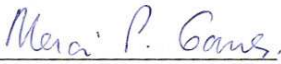

Ao Senhor
DR. Paulo Verlaine Borges e Azevedo
Rua SB 21, Qd. 11, Lt. 22
Condomínio Residencial Portal do Sol I
Goiânia - GO
CEP: 74.884-608

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

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO		
AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA		Nº: 116/CGEP/06
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Paulo Verlaine Borges e Azevêdo		Processo: 1918/05
Nacionalidade: brasileira	Identidade: RG 1.789.190 SSP GO	
Instituição/Entidade: Universidade Federal de Goiás/Hospital das Clínicas		
Patrocinador:		
OBJETIVO DO INGRESSO		
Desenvolver as 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".		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Identidade
Terra Indígena: Parque do Araguaia		Etnia: Karajá
Administração Regional: São Félix do Araguaia	Posto Indígena: Santa Isabel do Morro	
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO		
Início: 18 de dezembro de 2006		Término: 18 de dezembro de 2007
OBSERVAÇÕES		
<p>* Remeter à Coordenação Geral de Estudos e Pesquisa-CGEP duas cópias da monografia, relatórios, textos, artigos, livros, fotos e outras produções oriundas do trabalho realizado.</p> <p>* Esta autorização não inclui contrato de cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem de acesso a recursos genéticos e conhecimentos tradicionais.</p>		
Autorizo: <div style="text-align: center;"> Brasília, 18 de dezembro de 2006.  Presidente da FUNAI  Mércio Pereira Gomes Presidente da Funai </div>		



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. nº.1918/06)

1. Cumprimentando-o, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº. 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: 156/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

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”.

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

- * 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.
- * Remeter à Funai/CGEP duas cópias da monografia, relatórios, artigos e outras produções oriundas dos estudos realizados.
- * Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem acesso a conhecimentos tradicionais associados a biodiversidade.

Autorizo:

Brasília, 07 de dezembro de 2007.



Presidente da FUNAI

Alcísio Antonio Castelo Guapindaia
Presidente da Funai, Substituto

8.3. Anexo 3 – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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).

“Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá”

O objetivo deste estudo é o de verificar se existe ou não um problema chamado transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes índias Karajá. O TDAH é um problema que faz com que a pessoa seja muito desatenta e agitada, na maioria dos lugares em que ela esteja, atrapalhando a sua vida (familiar, escolar e na comunidade).

Esta pesquisa será feita através questionários (perguntas) aplicados ao cuidador, ao professor e ao adolescente (11 a 14 anos), para saber se existe este problema de saúde na criança ou no adolescente, sendo que se houver estes poderão ser encaminhados para receber tratamento médico adequado.

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

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 200_.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

**8.4. Anexo 4. – Normas de publicação dos periódicos Revista Brasileira de
Psiquiatria**

**8.4.1 Anexo 4.1 – Normas de publicação dos periódicos: Revista
Brasileira de Psiquiatria**

The *Revista Brasileira de Psiquiatria* (RBP, Brazilian Journal of Psychiatry) – ISSN 1516-4446 – is a quarterly publication of the *Associação Brasileira de Psiquiatria* (ABP, Brazilian Psychiatric Association), whose mission is to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, focusing on public health, clinical epidemiology, basic science and mental health problems that are relevant to our field of study. In addition to regular issues, the RBP publishes two annual supplements aimed at updating clinical data. The selection of manuscripts for publication is based on their originality, the relevance of the topic, the quality of the scientific methodology, and compliance with the editorial requirements of the journal. All manuscripts are peer-reviewed by anonymous referees. Whenever possible, a decision regarding acceptance for publication will be made within three months after submission. The contents of the manuscripts submitted to the RBP can neither have been published previously nor submitted for publication elsewhere. The whole or partial reproduction of manuscripts, either in part or in their entirety, in any other printed or electronic media is expressly prohibited without the prior written consent of the RBP editors. The authors are responsible for the accuracy of all concepts and statements contained in the manuscripts. Review articles, update articles and letters may be written in either English, Portuguese or Spanish. Original manuscripts and brief communications must be written entirely in English. All manuscripts must meet the requirements for one of the various manuscript categories of the journal.

Manuscript categories:

Editorials: critical and in-depth commentary, written at the request of the editors or by a person of renowned expertise in the subject being addressed. Editorials should not exceed 900 words and 5 references.

Original articles: these should describe fully, but as concisely as possible, the results of original research, containing all the relevant information for those who wish to reproduce the research or assess the results and conclusions. Original manuscripts must not exceed 5000 words, excluding tables, figures and references. No more than 6 tables and figures will be accepted. Tables, graphs, extra figures, descriptions of existing research instruments, or even new instruments (fully described) may be made available on the Brazilian Psychiatric Association website, pending the approval of the editors and the authors. No more than 40 references will be accepted. The text should be organized in the following sections: Introduction, Methods, Results, Discussion and Conclusions. The use of subheadings is specifically recommended in the Discussion section. Clinical implications and limitations of the study must be stated. We suggest, when appropriate, the detailing of the "Methods" section, describing the study design, setting, participants, main outcome measure(s), intervention(s) and the process number of the research ethics committee approval. The abstract should not exceed 200 words and should be structured as follows: Objective, Methods, Results, Discussion and Conclusions. Original manuscripts must be written entirely in English.

Brief communications: original, but shorter, manuscripts, addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance; limited to

1500 words, one table or figure and 15 references, and must include an abstract structured according to the guidelines described for original articles. Brief communications must be written entirely in English.

Review articles: review articles are preferably solicited (by the Editors) from specialists in the area. These articles are aimed at critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated theme, commenting on studies by other authors. Review articles are limited to 6000 words, excluding tables, figures and references. The total number of tables and figures may not exceed 6 (six). There's no limit for the number of references. The text must be organized in the following sections: Introduction, Methods, Discussion and Conclusions. Additional subdivisions (e.g. "Clinical profile" or "Treatment") may be included if necessary. The abstract must not exceed 200 words and should be structured as follows: Objective, Methods, Discussion and Conclusions.

Update articles: update articles address current information relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. Update articles should include a structured abstract of no more than 200 words and are limited to 2000 words and 30 references.

Note. Review and update articles will be published in Portuguese in both the printed version and the online version.

Special articles: articles chosen according to the editor's criteria, which follow the format of review or update articles, but which will be preferably published in English for their being of interest of the international scientific community. Special situations regarding the

format should be dealt with the RBP's editors.

Letters to the editors: these are reports of unusual cases, discourses on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions and comments on the contents of the journal. Letters should be brief (maximum, 500 words) and may concern material published in the journal or may impart new data and clinical observations. Letters are limited to one table, one figure and 5 references. All authors (limited to five) must sign the letter.

Book reviews: these are critical reviews of recently published books, guiding readers regarding their characteristics and potential utility. They must be brief and be written by experts in the subject, summarizing the work, offering opinions and giving an overview of the book. Reports must open with the complete bibliographic reference for the book and close with the name(s), academic degree(s) and institutional affiliation(s) of the author(s) of the review.

Supplements: solicited by the Editors. With specific themes aimed at updating clinical data, they are composed by one editorial or presentation and six articles (unless exceptions approved by the Editors). The articles must not exceed 5000 words, excluding tables, figures and references. No more than 6 tables and figures will be accepted. There's no limit for the number of references. The abstract should not exceed 200 words and should be structured. They are published in Portuguese in the printed version and both Portuguese and English in the online version.

The RBP follows the new Medline rules which require disclosure information on possible conflicts of interests regarding each author and guest editor of the supplements. Editors and authors must

specifically address any financial relationship with each sponsoring organization and any interests that organization represents, as well as with any for-profit product discussed or implied in the articles or supplements. That means any activity linked to mental health profit organizations in the last three years.

The following guidelines are in accordance with those established by the International Committee of Medical Journal Editors, published in the article "Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals", updated in October 2004 and available at <http://www.icmje.org/>.

The presentation of randomized clinical trials should be in accordance with the CONSORT guidelines (Begg C, Cho N, Eastwood S et al. Improving the quality of reporting of randomized clinical trials: the CONSORT statement. *JAMA*. 1996;276:637-9). A checklist is available on the JAMA website: <http://jama.ama-assn.org>.

The registration of all trials in a public trials registry that is acceptable to the ICMJE (<http://www.icmje.org/faq.pdf>) it's essential. For this purpose, a clinical trial is any study that prospectively assigns human subjects to intervention or comparison groups to evaluate the cause-and-effect relationship between a medical intervention and a health outcome.

They must be registered before submission of a manuscript based on the trial or before onset of enrollment - for clinical trials starting patient enrollment after July 2005. Studies designed for other purposes, such as to study pharmacokinetics or major toxicity (eg, phase 1 trials), are exempt.

Trial registry name, registration identification number, and the URL for the registry should be included at the end of the abstract and also in the manuscript submission form.

Trials should be registered in one of the following trial registries:

- Australian Clinical Trials Registry <http://actr.org.au>
- Clinical Trials <http://www.clinicaltrials.gov/>
- ISRCTN Register <http://isrctn.org>
- Nederlands Trial Register <http://www.trialregister.nl/trialreg/index.asp>
- UMIN Clinical Trials Registry <http://www.umin.ac.jp/ctr>

Technical requirements

Authors must submit:

a) Word file, with double space, font 12, margin of 2.5 cm at each side, with pages sequentially numbered with Arabic numbers, starting each section in a new page, in the sequence: Title page, abstract and keywords, text, acknowledgments, references, tables and captions – excluding images, which should be sent in jpg or tiff format;

b) the copyright transfer statement;

c) When involving human subjects, proof of approval by the research ethics committee of the institution where the study was conducted;

d) a letter signed by all of the authors attesting to the originality of the study. The absence of one or more author signatures will be construed as a lack of interest or as disapproval of the publication, resulting in the name(s) of the author(s) being excluded from the list of authors.

e) the complete address of the corresponding author.

Model of the copyright transfer statement (permission to publish material)

I/We, the author(s) of the article entitled..., submitted for publication in the *Revista Brasileira de Psiquiatria* (Brazilian Journal of Psychiatry), do hereby agree that all rights to the said article will become the exclusive property of the *Associação Brasileira de Psiquiatria* (ABP, Brazilian Psychiatric Society), precluding any partial or total reproduction or publication of its contents without the prior express authorization of the ABP, either requested in writing or in person. Date: Signed:

Manuscript preparation

- **Title page:** The title page should include: a) the full title, which should be relevant and concise, in both Portuguese and English (or Spanish and English); b) running title with maximum of 40 characters; c) the list of authors, including full names, highest academic degrees and institutional affiliations; d) name of the department and institution to which the study should be attributed; e) full name, address, telephone number, fax number and e-mail address of the author to whom correspondence should be addressed; f) a declaration of all sources of funding. All financial and material support for the research and the work should be clearly and completely identified in a Financing section of the manuscript. The specific role of the

funding organization or sponsor in each of the following should be specified: "design and conduct of the study; collection, management, analysis, and interpretation of the data; and preparation, review, or approval of the manuscript; g) potential conflicts of interest. A conflict of interest may exist when an author - or the author's institution or employer - has financial or personal relationships or affiliations that could influence or bias the author's decisions, work, or manuscript. All authors are required to disclose all potential conflicts of interest, including specific financial interests and relationships and affiliations - other than those affiliations listed in the title page of the manuscript - relevant to the subject of their manuscript. All such disclosures must be listed in the Conflict of interests section. Authors without conflicts of interest, including specific financial interests and relationships and affiliations relevant to the subject of their manuscript, should include a statement of no such interests in the Acknowledgment section of the manuscript.

Authors are expected to provide detailed information about all relevant financial interests and relationships or financial conflicts within the past 3 years and for the foreseeable future, particularly those present at the time the research was conducted and through publication.

- **Abstract and keywords:** The second page should include one version of the abstract in Portuguese (or in Spanish) and another version in English, each version limited to 200 words for original manuscripts, review articles, brief communications and updates. Must be structured, highlighting the objectives of the study, methods, principal results presenting significant data, and conclusions. A list of up to 5 keywords central to the study should appear below the abstract. Keywords must be taken from the *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS, Health Sciences Keywords) site, which is a translation of the National Library of Medicine Medical Subject Headings (MeSH) list, is published by Bireme and is available at <http://decs.bvs.br>.
- **Text:** The text should conform to the structure delineated for each article category. For all manuscript types, references should be cited consecutively in the text as superscript Arabic numerals in parentheses. Avoid using the name(s) of the author(s) in the text. Citations in the text and references cited in table and figure legends should be numbered consecutively in order of appearance and should include only the reference number, minus any additional information.
- **Tables:** Each table should appear on a separate page. Tables should be numbered consecutively using Arabic numbers, following the order in which they are cited in the text. An appropriate title should be provided for each table. Tables should supplement, rather than duplicate, information given in the text. Tables should be self-explanatory, as should their titles and footnotes. Tables from other sources should cite the original references in their footnotes.
- **Figures and graphs:** Illustrations (pictures, graphs, drawings, etc.) must be individually submitted in JPEG (300 dpi) format. They should be consecutively numbered using Arabic numerals, following the order in which they are cited in the text. They should be of sufficiently clarity to permit their reproduction. Legends for figures must be submitted on separate pages. Photocopies will not be accepted. If images are extracted from other previously published works, authors must provide written permission for their reproduction. This authorization should accompany manuscripts submitted for publication.

- **Statistical analysis:** The authors should demonstrate that the statistical procedures adopted were not only appropriate for testing the study hypotheses but also correctly interpreted. Levels of statistical significance (e.g. $p < 0.05$; $p < 0.01$; $p < 0.001$) must be mentioned.
- **Abbreviations:** Abbreviations must be defined at their first use. Thereafter, the long form of the term should not be repeated.
- **Medicine:** Use generic drug names.
- **Acknowledgments:** Authors should acknowledge the contributions of persons, groups and institutions that merit recognition but do not constitute authorship. Any financial support, technical support, etc. should be mentioned in this section.
- **References:** List references in consecutive numerical order, following the order of citation in the text. References should follow the Vancouver Style, in accordance with the examples shown below. References to journal articles must be abbreviated in accordance with the National Library of Medicine List of Journals Indexed in Index Medicus, available at:
<ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>.

The authors are responsible for concordance between references cited in the text and the reference list, as well as for the accuracy and completeness of the references listed, verifying names, dates and spelling. Personal communications, unpublished or in-press studies should be cited when absolutely necessary (in the text or in a footnote) but should not be included in the list of references. The list of references should follow the model of the examples below.

List all authors' names always.

Journal articles

Almeida OP. Autoria de artigos científicos: o que fazem os tais autores? *Rev Bras Psiquiatr.* 1998;20(2):113-6.

Maia E, Martins RL, César MP, Baiôco M, Oliveira RG, Menandro PR, Garcia ML, Macieira MS. O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(2):72-5.

Articles with no author name

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J.* 1994;84(1):15.

Books

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses.* 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Chapters in a book

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management.* 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Books in which editors (or compilers) are authors

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Theses

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Works presented at conferences

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland;1992. p. 1561-5.

Articles in electronic format

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 screens].

Available from: URL:

<http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Other types of references should follow the guidelines set forth in the International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver group) statement, available at www.icmje.org, October 2004.

Manuscript submission

Submissions are accepted online in the link <http://submission.scielo.br/index.php/rbp/login>. The copyright transfer statement and the proof of approval by the research ethics committee of the institution where the study was carried out (when human subjects are involved), as well as the letter signed by all the authors confirming the originality of the study, must be submitted by fax to the RBP (fax number: 55 11 5579-6210).

**8.4.2 Anexo 4.2 – Normas de publicação dos periódicos Revista Dementia &
Neuropsychologia**

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 – Normas de publicação dos periódicos Revista Brasileira de
Neurologia**

8.5 Anexo 5 – Artigos

8.5.1 Anexo 5.1 – Artigo 1

TITLE PAGE

A. Título do artigo:

Attention Deficit/Hiperactivity Disorder in indigenous children from the Brazilian Amazon

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças indígenas da Amazônia Brasileira

B. Autores e afiliação institucional:

¹Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, M.D., ²Leonardo Ferreira Caixeta, M.D., PhD, ³Laura Helena Silveira Guerra Andrade, M.D., PhD., ⁴Isabel A Bordin, M.D., PhD.

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

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

³Section of Psychiatric Epidemiology - LIM 23, Department and Institute of Psychiatry, School of Medicine, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil.

⁴Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

C. Instituição à qual o trabalho deve ser atribuído:

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

D. Nome e endereço do autor responsável pela correspondência:

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Rua SB 21 Quadra 11 Lote 22 Condomínio Residencial Portal do Sol I, Bairro

Jardim Sta Bárbara

Goiânia – Goiás, Brasil – CEP 74.884-608

Telefone/fax: (62) 30928083

e-mail: pvbazevedo@gmail.com

E. Fontes de auxílio: None

F. Potenciais conflitos de interesse: None

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. Objectives: To verify the existence of ADHD among settlement-dwelling indigenous children of the Karajá ethnic group in the Brazilian Amazon, and to estimate the rate of ADHD among 7-16-year-olds and in the subgroup with emotional/behavioural problems. Methods: All parents/caretakers of 7-16-year olds from the five most populated indigenous groups were invited to participate in the study if worried about their children's emotional/behavioural problems. Parents/caretakers (N=53) spontaneously came to the local health post for a psychiatric evaluation (DSM-IV criteria applied) of their children. Parents/caretakers were individually interviewed and their children's behaviours observed by a child psychiatrist. Results: ADHD is present among Karajá children since parents/caretakers reported the classical triad of symptoms of this disorder (inattentiveness, hyperactivity, impulsiveness). The estimated prevalence of ADHD among 7-16-year olds is 12.7%, however in problematic indigenous children it is 24.5% (95% CI: 13.6%-35.4%). Conclusion: ADHD is a clinically relevant construct in the Karajá indigenous population, and affects one quarter of children/adolescents from this ethnic group.

Keywords: Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Mental health. Child Psychiatry. Prevalence. Indigenous Health.

Resumo

Os construtos clínicos do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) têm sido descritos em várias culturas. Entretanto, esta apresentação sintomatológica permanece insuficientemente investigada em grupos populacionais isolados. Objetivos: Verificar a existência do TDAH entre crianças da etnia Karajá na Amazônia Legal Brasileira e estimar a prevalência do TDAH na faixa etária de 7-16 anos e no subgrupo com problemas de saúde mental. Métodos: Todos os pais/cuidadores das crianças (7-16 anos) das cinco aldeias mais populosas foram convidados a participar do estudo se estivessem preocupados com problemas de comportamento ou emocionais de seus filhos. Pais/cuidadores (N=53) compareceram espontaneamente ao posto de saúde local para avaliação psiquiátrica (critérios do DSM-IV) de seus filhos. Pais/cuidadores foram individualmente entrevistados e os comportamentos das crianças observados por psiquiatra infantil. Resultados: O TDAH está presente entre crianças Karajá, já que pais/cuidadores referiram a tríade sintomatológica clássica desse transtorno (desatenção, hiperatividade e impulsividade). A prevalência estimada do TDAH nas crianças de 7-16 anos é de 12,7%, porém entre aquelas com problemas de saúde mental é de 24,5% (IC95% 13,6%-35,4%). Conclusão: O TDAH é um construto clinicamente relevante na população indígena Karajá e está presente em um quarto das crianças/adolescentes desse grupo étnico com problemas de saúde mental. Descritores: Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade. Saúde Mental. Psiquiatria Infantil. Prevalência. Saúde Indígena.

Introduction

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, 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 running 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 attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among settlement-dwelling indigenous children of the Karajá ethnic group in the Brazilian Amazon, to estimate the prevalence rate of ADHD among 7-16-year olds and in the subgroup of children with emotional/behavioural problems, and to generate hypothesis to explain the presence of symptoms suggestive of ADHD.

Methods

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 if worried about their children's emotional/behavioural problems. Eligibility criteria included: living in one of the five selected settlements (Santa Isabel do Morro, Fontoura, São Domingos, JK and Wataú), having at least one child aged 7-16 years, and having worries or complaints about their children's mental health. 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.

Fifty three parents/caretakers spontaneously came to the settlements' health post with their problematic 7-16-year old children for a psychiatric evaluation, and all accepted to participate in the study. An experienced child psychiatrist assessed the mental health of children based on DSM-IV criteria. Parents/caretakers were individually interviewed, and children were observed regarding their behaviour. In order to elicit subjective parental reports of the children's main problems, interviews were conducted 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 that bring worries to the family, school, community and/or your child.' Verbatim accounts of reported problems were recorded. Open-ended questions were asked to assess frequency of symptoms and impairment due to behaviours reported: 'Do these behaviours occur very frequently or sporadically?' 'Have these behaviors interfered with learning or classroom work?' 'Have these difficulties put a burden on the child or the family?' '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?' 'Does your child present additional behavioural problems?' Child psychomotor development and family psychiatric history were also investigated.

The present 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). Parental 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 estimated rate of ADHD among 7-to 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 ADHD. Rates of ADHD 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 ($p=0.58$). In addition, the estimated overall prevalence of DSM-IV disorders among Karajá children aged 7-16 years was 11.6% (13/457).

A case presented below illustrates parental reports that were suggestive of the presence of ADHD in the studied population. 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 an early age, the child has been quite restless, not seeming to listen when talked to. The boy is disobedient and shows no respect for anyone. He can not sit still at school for not even an instant, what originates several school complaints about his deficient learning compared to same age classmates. He 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 parents/caretakers that were worried about their children's emotional/behavioural problems in the five selected settlements. A much lower rate of ADHD (12.1%) among disordered 7-to 14-year olds (N=149) living in a city environment from Southeast Brazil, including urban and rural areas can be estimated based on data (18/149) reported by Fleitlich-Bilyk and Goodman⁴. However, despite differences observed in the rate of ADHD among disordered children, the overall prevalence of DSM-IV disorders among 7-to 14-year olds from Southeast Brazil [12.7% (95% CI: 9.8%-15.5%)] was similar to the rate obtained in our study (11.6%), confirming the relevance of ADHD among indigenous children from the Brazilian Amazon.

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 instruments, edition of DSM⁵ criteria, requirement of impairment for diagnosis, parental report or combined informants)^{6,7,8,9}. 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 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.¹⁰ found a high number of Aboriginal children with ADHD-related symptoms, 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 behavioral 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. The perception that these behaviours were deviant was confirmed by teachers, many of them from the same ethnicity. 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 Isaacs¹¹, it is important to consider the context of the ADHD symptoms, in terms of the

influence of the child's family and school, since the incidence of ADHD increases with social disadvantage.

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 represents a major concern for indigenous parents/caretakers, and its prevalence among Karajá children is higher than among schoolchildren of similar age from Southeast Brazil.

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(3):433-48.
3. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22(Supl II):7-11.
4. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43:727-34.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fourth edition. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
6. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry.* 2003; 2(2):104-13.
7. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20(4):386-92.
8. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(6):942-8.

9. 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.
10. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *J Atten Disord*. 2006; 9(4):642-7.
11. Isaacs, D. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we medicating for social disadvantage? (For). *J Paediatr Child Health*. 2006; 42(9):544-7.

8.5.2 Anexo 5.2 – Artigo 2

Does attention deficit disorder exist among Brazilian indigenous children?

Paulo Verlaine B. Azevedo, Leonardo Caixeta.

This research has been partially supported by a CNPq grant.

Abstract – The validity of the clinical constructs of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been generalized to all human populations of different cultures worldwide. Yet important population groups still remain to be adequately study so as to definitely confirm such generalization. This article describes three interviews which explore the possibility of the existence of ADHD among settlement-dwelling Indigenous children of the Karajá ethnic group in Brazilian Amazonian Region. Three narratives are presented and they highlight the classical symptomatological triad of ADHD: inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness. Thus, ADHD major characteristics described in the most common disease classification worldwide are clearly referred to by this population. We concluded that ADHD must be a clinically relevant construct for this population as well, which is so distinct in cultural issues from that of the western world.

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. Este artigo descreve três entrevistas nas quais se explora a possibilidade da existência do TDAH entre crianças indígenas da etnia Karajá, aldeiadas, na região da Amazônia Brasileira. Três narrativas são apresentadas e evidenciam a tríade sintomatológica clássica do TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Assim, as características do TDAH descritas nas classificações de doenças mais utilizadas no mundo são claramente referidas por essa população. Concluímos que o TDAH deve ser um construto clínico relevante para essa população, tão distinta culturalmente das outras culturas ocidentais.

Of the world's entire population, 4% to 5% are indigenous representatives (approximately 250 million individuals). According to a WHO report, socio-economic-cultural aspects can not be dissociated from any eventual mental disorder without running the risk of envisaging something which, in fact, does not exist within this type of human population. (Cohen, 1999). Our objective was to describe the presence of ADHD in this specific population of youngsters not older than 16 through spontaneous reports by family members on their most frequent worries. Following that, by using the gathered data we evaluated whether there were, among the spontaneous reports, presentations suggestive of what we know in the other populations around the globe as symptoms of the clinical construct of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a category that may be questioned as something which has simply been imported from western populations, thus bearing no validity to others, such as that of indigenous people.

The Karajá Indians account for a rare part of natives who still live in settlements in relative isolation from the western culture.

Method

We conducted interviews in detail, clinically and phenomenologically, with three children of the Karajá ethnic group, located on the Bananal Island, the planet's largest fluvial island, in the Legal Amazon, Brazil.

The reports were made using the Indian language through the help of health workers in charge of the translation as well as the Karajá Indians. The interviews were preceded by such explanations as 'Tell us about situations related to the behaviour(s) of your child/children which are creating worries for the family, the school, the community and the child him/herself as we could seek, within the limits of what is possible, aid in their improvement, once a large number of these problems might have associated a medical component and, as such, the use of medication and or psychological interventions could be important in the relief of the problem/s.' 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?' Free informed consent was obtained before each interview. Referral to specialized medical-psychological treatment was made following the diagnosis of these three cases.

Results

These three narratives are presented below to illustrate the reports which are suggestive of the presence of ADHD.

Case 1: boy, 07 years of age.

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. He 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 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.

His Newborn Screening Test and vaccination are normal. He was able to walk at 1,5 years of age and to talk at the age of two. He does not present any 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 smoker who smoked 20 cigarettes a day during the pregnancy.

Case 2: girl, 9 years old.

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 and has difficulty learning at school. The mother finds her an intelligent and affectionate child. At school she “does not listen” what her teachers say, keeps leaving the classroom and goes to the toilet “too often”. She sleeps well, but has

poor appetite. She is a full term infant from a normal problem-free home delivery. She was breast fed up to the age of 2. Normal vaccination. She was able to walk and speak at the age of 2. She does not present any cranial-encephalic traumas, CNS infections, epileptic seizures or any other systemic medical problem. The mother used to abuse alcohol when single, is a sad person for most of the time and has always been more “switched off” and had difficulty learning at school similarly to her daughter. The father abuses alcohol and cigarettes and has already 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: boy, 11 years old

The child’s father reports that he has always been the ‘most restless’, who is ‘unable to wait for his turn’ or ‘answer 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, exactly for being so agitated, he was involved in an accident in which ‘a brick wall fell on him’. Since then, he became even more agitated, edgy and more aggressive towards other children and animals as well. ‘He is unable to learn anything at school’. He does not present any cranial-encephalic traumas, CNS infections, epileptic seizures or any other systemic medical problem. He was able to walk at the age of 6 months and to talk at the age of 3,5 years. The father is an alcoholic, smoker and ‘very irritable’, he himself also being very restless and ‘finding it difficult to pay attention’.

Discussion

The Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has a prevalence of between 3% and 6% in different cultures (Faraone et al, 2003). Studies among Indians are scarce, but studies among settlement-dwelling Indians are non-existent.

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 accuracy (Cohen, 1999).

The anthropological component thus becomes vital as it tests the validity of western diagnostic categories about different cultures under study (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995). We herein describe findings of detailed clinical interviews performed in three native children that claim for a diagnosis of ADHD. Something which clearly stands out is that the classical symptomatological triad of the Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), namely inattentiveness, hyperactivity and impulsiveness was spontaneously reported by the families as well as a compromised performance at the family and school levels. We do not agree with the hypothesis put forth by Baydala et al (2006) which claims that the unique behavioural and learning characteristics among indigenous children could mistakenly lead to the diagnosis once their siblings and schoolmates present differentiated behaviour. Moreover, there is also the perception of the existence of a disorder as reported by individuals belonging to the very community (mothers and teachers). We believe that these observations stem from a support

for the transcultural validation of, at least, the essential symptoms associated with the diagnostic category of ADHD.

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(3):433-48.
3. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry.* 2003; 2(2):104-13.
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(4):386-92.
6. Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Rohde LA. The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *Am J Psychiatry.* 2007; 164(6):942-8.
7. 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.
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(4):642-7.

8.5.3 Anexo 5.3 – Artigo 3

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

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

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

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 afetados pelas características metodológicas dos estudos.

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

ABSTRACT - The worldwide prevalence estimates of neuropsychiatry 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 neuropsychiatry 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.

Key-words: epidemiology; child neuropsychiatry; attention deficit hiperactivity disorder; ADHD.

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^{21,22,26,27,28}. 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^{21,22,26,27,28}.

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 intra-familiar e a presença de doenças físicas limitantes em crianças⁵².

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 psíquico⁵².

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^{21,22,48}.

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 área⁵².

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^{8,9,17}.

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 desenvolvimento⁵².

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^{26,27,28}.

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 afluenta, 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 sub-grupos 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 individualizada⁵².

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%^{24,32,38,57,58} até taxas muito elevadas de 17,9%³³; 19,8%³⁰; 20,4%²⁰; 22,7%¹²; 23,4%³⁶; e 27%⁵⁵.

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 em assuntos de outros¹⁰.

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 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 cultura⁴⁹.

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% (Canino 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-Bilyk e Goodman (2004) → 1,8%
- Rohde 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 a Conners' Parent and Teacher Rating Scales – CRS-R¹⁹; Conners/Wells' Adolescent Self-Report of Symptoms – CASS¹⁹; ADHD-IV Rating Scale⁴⁷; SNAP-IV⁵³; Assessment of Hyperactivity and Attention – AHA⁴¹; Attention Deficits Disorders Evaluation Scale – ADDES³⁹; a Brown ADD scales¹⁸; The Wender Utah Rating Scale – WURS⁵⁶; 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 BIBLIOGRÁFICAS

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, Sandowksi, Friedrich, and Fisher. *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 QMPI: 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, Perrin 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-IIIR 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, Canadá: Multi-Health Systems; 2000.
 20. Cornejo JW, Osio O, Sanchez Y, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Colômbia 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 MT. 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, Ldrico-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 L, Bhakta P, Gowers S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerela, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40(5):801-7.
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. McCarney SB. *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale-Home Version*. Columbia: Hawthorne Educational Services; 1989.
40. McKelvey RS, Sang DL, Baldassar L, et al. The prevalence of psychiatric disorders among Vietnamese children and adolescents. *Med J Aust* 2002;177(8):413-7.
41. Mehringer 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 Metaregression 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 RE, Attkisson CC, Roseblatt 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 II):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 E, Vieira GM, Pinzon V, Ketzer 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 HB, 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, Sleator EK, Spragre RL. ADD-H: Comprehensive Teacher's Rating Scale. 2nd Edition (ACTeRS). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
55. Vasconcelos MM, Werner JJr, 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 HI, Cho SC, Kim BN, et al. Psychiatric morbidity of second and third grade primary school children in Korea. *Chil Psychiatry Hum Dev* 2005;36(2):215-25.

**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:

LICENSOR:
Thomas M. Achenbach, Ph.D.

Signature: _____

Title: Professor

Date: _____

For License # 304-8-04-08

Accepted and Agreed to:

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

Signature: _____

Print name: Paulo Verlaine B. e Azevêdo

Title: Professor/Psychiatrist

Address: Rua Botucatu 572, cj 101 São

Paulo SP Brazil Zip: 04023-061

Date: August, 04th 2008

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.

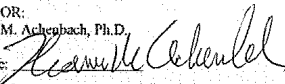
(h) The waiver or failure of Licensor to exercise in any respect any right provided for herein shall not be deemed a waiver of any further right hereunder.

Accepted and Agreed to:

LICENSOR:

Thomas M. Achenbach, Ph.D.

Signature:



Title: Professor

Date: August 14, 2008

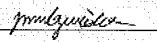
For License # 301-8-01-08

Accepted and Agreed to:

LICENSEE:

Paulo Verlaime Borges e Azevedo, M.D.

Signature:



Print name: Paulo Verlaime B. e Azevedo

Title: Professor/Psychiatrist

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

Date: August 04th 2008

**8.7. 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) –
PAIS/CUIDADORES**

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(completo): _____

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(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 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 freqüentando 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 freqüentemente presente.

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

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

0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade

0 1 2 2. Toma bebida alcoólica sem a permissão dos pais

Descreva qual bebida: _____

0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)

0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que

0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer

0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/ penico

0 1 2 7. É convencido, conta vantagem

0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo

0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)

Descreva: _____

0 1 2 10. É agitado, não para quieto

0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente

0 1 2 12. Queixa-se de solidão

0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado

0 1 2 14. Chora muito

0 1 2 15. É maldoso com os animais

0 1 2 16. É maldoso com as pessoas

0 1 2 17. É muito distraído, perdido nos próprios pensamentos

0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se

0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele

0 1 2 20. Destrói as próprias coisas

0 1 2 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas

0 1 2 22. É desobediente em casa

0 1 2 23. É desobediente na escola

0 1 2 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito)

0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes

0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal
Descreva: _____

0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente

0 1 2 28. Desrespeita regras em casa, na escola ou em outros lugares

0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola)
Descreva: _____

0 1 2 30. Tem medo da escola
Descreva: _____

0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)

0 1 2 32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho

0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele

0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem

0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior

0 1 2 36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes

0 1 2 37. Entra em muitas brigas

0 1 2 38. É alvo de gozações freqüentemente

0 1 2 39. Anda em más companhias

0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem
Descreva:_____

0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar

0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros

0 1 2 43. Mentira ou engana os outros

0 1 2 44. Rói unhas

0 1 2 45. É nervoso ou tenso

0 1 2 46. Tem (alguma mania) "tique nervoso", cacoete
Descreva:_____

0 1 2 47. Tem pesadelos

0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele

0 1 2 49. Tem intestino preso (não consegue defecar freqüentemente)

0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais

0 1 2 51. Tem tonturas

0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado

0 1 2 53. Come muito

0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo

0 1 2 55. Está gordo demais

0 1 2 56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):

0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)

0 1 2 b. Dores de cabeça

0 1 2 c. Vontade de vomitar, enjôos

0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)

Descreva:_____

0 1 2 e. Problemas de pele

0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga

0 1 2 g. Vômitos

0 1 2 h. Outras queixas

Descreva:_____

0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas

0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo

Descreva:_____

0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público

0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas

0 1 2 61. Não vai bem na escola

0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)

0 1 2 63. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos

0 1 2 64. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais novos

0 1 2 65. Recusa-se a falar

0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões):
Descreva:_____

0 1 2 67. Foge de casa

0 1 2 68. Grita muito

0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém

70. Vê coisas que não existem
Descreva:_____

0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele

0 1 2 72. Põe fogo nas coisas

0 1 2 73. Tem problemas sexuais
Descreva:_____

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas

0 1 2 75. É muito tímido (vergonhoso)

0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite
Descreva:_____

0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade

0 1 2 79. Tem problemas de fala
Descreva:_____

0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"

0 1 2 81. Rouba em casa

0 1 2 82. Rouba fora de casa

0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada
Descreva:_____

0 1 2 84. Tem comportamento estranho
Descreva:_____

0 1 2 85. Tem idéias estranhas
Descreva:_____

0 1 2 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade

0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

0 1 2 88. Fica emburrado facilmente

0 1 2 89. É desconfiado

0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões

0 1 2 91. Fala que vai se matar

0 1 2 92. Fala ou anda dormindo
Descreva:_____

0 1 2 93. Fala demais

0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara" dos outros (rir dos outros)

0 1 2 95. É esquentado, tem acessos de raiva

0 1 2 96. Pensa demais em sexo

0 1 2 97. Ameaça as pessoas

0 1 2 98. Chupa o dedo

0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco

Descreva: _____

0 1 2 101. Mata aula

0 1 2 102. É pouco ativo, movimenta-se vagorosamente ou falta-lhe energia

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido

0 1 2 104. É barulhento demais

0 1 2 105. Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco)

Descreva: _____

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde)

0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia

0 1 2 108. Faz xixi na cama

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto

0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros

0 1 2 112. É muito preocupado

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

0 1 2 a. _____

0 1 2 b. _____

0 1 2 c. _____

CONFIRA SUAS RESPOSTAS PARA CERTIFICAR-SE DE TER RESPONDIDO TODOS OS ITENS.

**8.8. Anexo 8 – INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS REFERIDOS PELO
PROFESSOR PARA ALUNOS DE 6 A 18 ANOS VERSÃO BRASILEIRA
DO “TEACHER’S REPORT FORM FOR AGES 6-18” (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. **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.

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 freqüentemente 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 desse aluno.

0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade

0 1 2 2. Faz sons com a boca ou outros barulhos estranhos durante a aula

0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que se espera que ele faça)

0 1 2 4. Não consegue terminar as coisas que começa

0 1 2 5. Há poucas coisas que lhe dão prazer

0 1 2 6. Desafia, "responde" às pessoas que trabalham na escola

0 1 2 7. É convencido, conta vantagem

0 1 2 8. Não se concentra, não consegue prestar atenção por muito tempo

0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões)

descreva: _____

0 1 2 10. É agitado, não para quieto

0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente

0 1 2 12. Queixa-se de solidão

0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado

0 1 2 14. Chora muito

0 1 2 15. Fica fazendo pequenos movimentos, mostrando-se inquieto

0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas

0 1 2 17. Fica no 'mundo da lua', perdido nos próprios pensamentos (devaneios)

0 1 2 18. Machuca-se de propósito, ou já tentou suicidar-se

0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele

0 1 2 20. Destrói coisas dos outros

0 1 2 21. Destrói as coisas de sua família ou de outras pessoas

0 1 2 22. Tem dificuldade para obedecer ordens ou seguir instruções

0 1 2 23. É desobediente na escola

0 1 2 24. Atrapalha os colegas

0 1 2 25. Não se dá bem com os colegas

0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal

Descreva: _____

0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente

0 1 2 28. Desrespeita regras da escola

0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não incluir a escola)

Descreva: _____

0 1 2 30. Tem medo da escola

Descreva: _____

0 1 2 31. Tem medo de pensar ou de fazer algo destrutivo (contra si ou contra outros)

0 1 2 32. Tem "mania de perfeição", acha que tem que fazer tudo certinho

0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele

0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem

0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior

0 1 2 36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes

0 1 2 37. Entra em muitas brigas

0 1 2 38. É alvo de gozações freqüentemente

0 1 2 39. Anda em más companhias

0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem

Descreva: _____

0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar

0 1 2 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros

0 1 2 43. Mentira ou engana os outros

- 0 1 2 44. Rói unhas
0 1 2 45. É nervoso ou tenso
0 1 2 46. Tem "tique nervoso", cacoete
Descreva: _____

- 0 1 2 47. Segue regras de modo exagerado
0 1 2 48. Os colegas não gostam dele
0 1 2 49. Tem dificuldade para aprender
0 1 2 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais
0 1 2 51. Tem tonturas
0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado
0 1 2 53. Fala fora de hora
0 1 2 54. Sente-se cansado demais sem motivo
0 1 2 55. Está gordo demais
56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervoso" (**sem causa médica**):
- 0 1 2 a. Dores (**diferentes** das citadas abaixo)
0 1 2 b. Dores de cabeça
0 1 2 c. Náuseas, enjôos
0 1 2 d. Problemas com os olhos (que **não desaparecem** com o uso de óculos)
Descreva: _____

- 0 1 2 e. Problemas de pele
0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga
0 1 2 g. Vômitos
0 1 2 h. Outras queixas
Descreva: _____

- 0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas
0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo
Descreva: _____

- 0 1 2 59. Dorme durante a aula
0 1 2 60. Apático, indiferente ou desmotivado
0 1 2 61. Não vai bem na escola
0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)
0 1 2 63. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais velhas
0 1 2 64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas
0 1 2 65. Recusa-se a falar
0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)

- Descreva: _____

- 0 1 2 67. Faz bagunça na classe
0 1 2 68. Grita muito
0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém
0 1 2 70. Vê coisas que não existem
Descreva: _____

- 0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele
0 1 2 72. Seus trabalhos escolares ou lições são sujos e mal cuidados
0 1 2 73. Comporta-se de modo irresponsável
Descreva: _____

- 0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas
0 1 2 75. É muito tímido
0 1 2 76. É estourado e tem comportamento imprevisível
0 1 2 77. Quer ter suas vontades atendidas na hora, fica frustrado facilmente
0 1 2 78. É desatento, distrai-se com facilidade
0 1 2 79. Tem problemas de fala
Descreva: _____

- 0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio"
0 1 2 81. Sente-se magoado quando é criticado
0 1 2 82. Rouba
0 1 2 83. Junta coisas das quais não precisa e que não servem para nada
Descreva: _____

- 0 1 2 84. Tem comportamento estranho
Descreva: _____

- 0 1 2 85. Tem idéias estranhas
Descreva: _____

- 0 1 2 86. É mau humorado, irrita-se com facilidade
0 1 2 87. 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 _____

8.9. Anexo 9 – CBCL/6-18 adaptado para a população de índios 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

CBCL/6-18 adaptado para a população de índios 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(completo):

SEXO: () Masculino () Feminino

GRUPO ÉTNICO OU RAÇA: _____

IDADE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

ESCOLARIDADE (série atual):

() NÃO FREQUENTA ESCOLA:

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

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

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 freqüentando a escola, favor especificar o motivo:

Comparando com outros da mesma idade, como seu filho se sai nas matérias escolares? (Só deixe 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 freqüentemente 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 filho 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 filho 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 filho gosta de fazer

6. **0 1 2** Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário

7. **0 1 2** Seu filho conta vantagem (se acha melhor que os outros)

8. **0 1 2** Seu filho não consegue prestar atenção por muito tempo

9. **0 1 2** Seu filho tem algum pensamento que não sai da cabeça

Descreva: _____

10. **0 1 2** É nervoso, é muito barulhento

11. **0 1 2** Fica sempre junto dos adultos, precisa dos adultos para tudo

12. **0 1 2** Fala que se sente sozinho

13. **0 1 2** Parece estar confuso, perdido nos pensamentos

14. **0 1 2** Chora muito

15. **0 1 2** É mau com os animais

16. **0 1 2** É mau com as pessoas

17. **0 1 2** Seu filho fica perdido nos próprios pensamentos

18. **0 1 2** Seu filho se machuca por querer ou já tentou se matar

19. **0 1 2** Seu filho gosta de chamar atenção para ele

20. **0 1 2** Seu filho(a) quebra as próprias coisas

21. **0 1 2** Seu filho(a) quebra as coisas de sua família ou de outras pessoas

22. **0 1 2** Seu filho(a) não faz o que os pais pedem em casa

23. **0 1 2** Seu filho(a) não faz o que os professores pedem na escola

24. **0 1 2** Seu filho(a) não gosta de se alimentar direito

25. **0 1 2** Seu filho(a) não consegue ter amizade com outras crianças ou adolescentes

26. **0 1 2** Seu filho(a) não se sente culpado após ter feito algo errado

Descreva: _____

27. **0 1 2** Seu filho(a) fica com ciúmes facilmente

28. **0 1 2** Seu filho(a) não respeita regras em casa, na escola ou em outros lugares

29. **0 1 2** Seu 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 filho(a) tem medo da escola

Descreva: _____

31. **0 1 2** Seu filho(a) tem medo de pensar ou de fazer algo ruim (ibinare) contra ele próprio ou contra outras pessoas

32. **0 1 2** Seu filho(a) acha que tem que fazer tudo certinho

33. **0 1 2** Seu filho(a) acha que ninguém gosta dele

34. **0 1 2** Seu filho(a) acha que existem pessoas querendo fazer algo ruim (ibinare) contra ele

35. **0 1 2** Seu filho(a) sente que não é valorizado

36. **0 1 2** Seu filho(a) sempre se machuca

37. **0 1 2** Seu filho(a) sempre briga com outras crianças

38. **0 1 2** Os amigos de seu filho(a) sempre ficam rindo dele

39. **0 1 2** Seu filho(a) sempre está junto com pessoas que vocês (os pais) não gostam

40. **0 1 2** Seu filho(a) escuta sons ou vozes que ninguém mais escuta

Descreva: _____

41. **0 1 2** Seu filho(a) faz as coisas sem pensar

42. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de ficar sozinho

43. **0 1 2** Seu filho(a) conta muitas mentiras para os outros

44. **0 1 2** Seu filho(a) come unhas

45. **0 1 2** Seu filho(a) é nervoso

46. **0 1 2** Seu filho(a) tem alguma mania (faz movimentos involuntários várias vezes)

Descreva: _____

47. **0 1 2** Seu filho(a) tem sonhos ruins

48. **0 1 2** As outras crianças ou adolescentes não gostam de seu filho(a)

49. **0 1 2** Seu filho(a) não consegue defecar (fazer buxo) freqüentemente

50. **0 1 2** Seu filho(a) é nervoso ou muito bravo

51. **0 1 2** Seu filho(a) tem tonturas (perde o equilíbrio)

52. **0 1 2** Seu filho(a) se sente muitas vezes culpado

53. **0 1 2** Seu filho(a) come muito

54. **0 1 2** Seu filho(a) sente-se muito cansado sem motivo (sem saber o por quê)

55. **0 1 2** Seu filho(a) está gordo demais

56. Seu filho(a) têm (sem ser por um problema médico):

0 1 2 a. Dores de cabeça

0 1 2 b. Vontade de vomitar

0 1 2 c. Problemas com os olhos (que continuam mesmo usando óculos)

Descreva: _____

0 1 2 d. Problemas de pele

0 1 2 e. Dores de estômago ou de barriga

0 1 2 f. Vômitos

0 1 2 g. Outras dores

Descreva: _____

57. **0 1 2** Seu filho(a) briga com as pessoas

58. **0 1 2** Seu filho(a) fica mexendo (colocando o dedo)

no nariz, na pele ou outras partes do corpo

Descreva: _____

59. **0 1 2** Seu filho(a) fica mexendo nas partes íntimas

perto de outras pessoas

60. **0 1 2** Seu filho(a) coloca muito a mão nas partes

íntimas

61. **0 1 2** Seu filho(a) não vai bem na escola

62. **0 1 2** Seu filho(a) é atrapalhado, faz as coisas mal

feitas

63. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de ficar perto de crianças

ou adolescentes mais velhos

64. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de ficar perto de crianças

ou adolescentes mais novos

65. **0 1 2** Seu filho(a) não gosta de falar

66. **0 1 2** Seu filho(a) faz todos os dias a mesma coisa

Descreva: _____

67. **0 1 2** Seu filho(a) foge de casa

68. **0 1 2** Seu filho(a) grita muito

69. **0 1 2** Seu filho(a) não conta as coisas que ele(a)

faz para ninguém

70. **0 1 2** Seu filho(a) vê coisas que outras pessoas não

vêm

Descreva: _____

71. **0 1 2** Seu filho(a) fica com vergonha na frente dos outros com facilidade, com medo do que as pessoas achem dele

72. **0 1 2** Seu filho(a) põe fogo nas coisas

73. **0 1 2** Seu filho(a) tem dificuldades sexuais

Descreva: _____

74. **0 1 2** Seu filho(a) fica sempre fazendo brincadeiras para chamar atenção dos outros

75. **0 1 2** Seu filho(a) é muito vergonhoso

76. **0 1 2** Seu filho(a) dorme menos que as outras crianças ou adolescentes

77. **0 1 2** Seu filho(a) dorme mais que as outras crianças ou adolescentes durante o dia e/ou a noite

Descreva: _____

78. **0 1 2** Seu filho(a) não consegue prestar atenção

79. **0 1 2** Seu filho(a) tem dificuldades na fala

Descreva: _____

80. **0 1 2** Seu filho(a) fica com o olhar parado, olhando o vazio

81. **0 1 2** Seu filho(a) rouba em casa

82. **0 1 2** Seu filho(a) rouba fora de casa

83. **0 1 2** Seu filho(a) junta em casa coisas das quais não precisa e que não servem para nada

Descreva: _____

84. **0 1 2** Seu filho(a) tem comportamento estranho (jeito esquisito, fora do normal)

Descreva: _____

85. **0 1 2** Seu filho(a) tem idéias diferentes das dos outros

Descreva: _____

86. **0 1 2** Seu filho(a) fica nervoso facilmente

87. **0 1 2** Seu filho(a) muda de alegre para triste facilmente, no mesmo dia

88. **0 1 2** Seu filho(a) fica com raiva, emburrado (teburere) sempre

89. **0 1 2** Seu filho(a) não confia em ninguém

90. **0 1 2** Seu filho(a) xinga ou fala palavrões

91. **0 1 2** Seu filho(a) fala que vai se matar

92. **0 1 2** Seu filho(a) fala ou anda dormindo

Descreva: _____

93. **0 1 2** Seu filho(a) fala muito (conversa muito)

94. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de rir dos outros

95. **0 1 2** Seu filho(a) é nervoso, fica com raiva facilmente

96. **0 1 2** Seu filho(a) pensa muito em sexo

97. **0 1 2** Seu filho(a) gosta de passar medo nas pessoas

98. **0 1 2** Seu filho(a) chupa o dedo

99. **0 1 2** Seu filho(a) fuma cigarro

100. **0 1 2** Seu filho(a) tem dificuldades para dormir

Descreva: _____

101. **0 1 2** Seu filho(a) falta muito as aulas

102. **0 1 2** Seu filho(a) movimenta-se pouco, movimenta-se devagar

103. **0 1 2** Seu filho(a) não é feliz (é triste)

104. **0 1 2** Seu filho(a) é barulhento demais

105. **0 1 2** Seu filho(a) usa drogas que não sejam álcool (koha) ou cigarro

Descreva: _____

106. **0 1 2** Seu filho(a) estraga coisas públicas na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde)

107. **0 1 2** Seu filho(a) faz xixi na roupa durante o dia

108. **0 1 2** Seu filho(a) faz xixi durante a noite quando está dormindo

109. **0 1 2** Seu filho(a) fica chorando e reclamando sempre

110. **0 1 2** Seu filho(a) gostaria de ser menina(o)

111. **0 1 2** Seu filho(a) não brinca com outras crianças

112. **0 1 2** Seu filho(a) é muito preocupado

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

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

8.10. Anexo 10 – TRF/6-18 adaptado para a população de índios 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 índios 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 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?

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

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 aluno 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 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 freqüentemente 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 freqüentemente

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

49. **0 1 2** Tem dificuldade para aprender

50. **0 1 2** É nervoso, bravo, 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, enjôos

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 vêem

Descreva: _____

71. **0 1 2** Fica com vergonha na frente dos outros com facilidade, com medo do 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 vergonhoso

76. **0 1 2** É nervoso, 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** Junta 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 idéias diferentes das dos outros

Descreva: _____

86. **0 1 2** É bravo, fica nervoso facilmente

87. **0 1 2** Muda de alegre para triste na mesma hora

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 _____

8.11. 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 índios 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 índios da etnia Karajá.

No CBCL, foram modificados:

Onde se lê: TRABALHO DOS PAIS: OCUPAÇÃO HABITUAL, 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 filho 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 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 se sai](#) em cada uma dessas atividades?

Onde se lê: 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.

Passou-se a ler: 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.

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 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 amigos** seu filho 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 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 filho 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 filho 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 filho faz \(tem\) de bom](#).

Onde se lê: 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade

Passou-se a ler: 1. [Seu filho 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 filho 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 filho gosta de fazer](#).

Onde se lê: 7. É convencido, conta vantagem

Passou-se a ler: 7. [Seu filho 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 filho](#) 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 filho tem algum pensamento que não sai](#) da cabeça

Onde se lê: 10. É agitado, não para quieto

Passou-se a ler: 10. [É nervoso, é muito barulhento](#). 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](#)

Onde se lê: 13. Parece estar confuso, atordoado

Passou-se a ler: 13. Parece estar confuso, [perdido 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** com os animais

Onde se lê: 16. É cruel, maltrata as pessoas

Passou-se a ler: 16. É **mau com** as pessoas

Onde se lê: 17. Fica no “mundo da lua”, perdido nos próprios pensamentos (devaneios)

Passou-se a ler: 17. **Seu filho fica** perdido 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 filho se machuca por querer ou já tentou se matar**

Onde se lê: 19. Exige que prestem atenção nele

Passou-se a ler: 19. **Seu filho gosta de chamar a atenção para ele**

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 filho não faz o que os pais pedem](#) em casa

Onde se lê: 23. É desobediente na escola

Passou-se a ler: 23. [Seu filho 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 filho 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 filho 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 filho](#) não se sente culpado 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 filho 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 filho 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 filho tem medo de pensar ou de fazer algo de ruim (ibinare) contra ele próprio 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 filho acha que tem que fazer tudo certinho

Onde se lê: 34. Acha que os outros o perseguem

Passou-se a ler: 34. Seu filho acha que existem pessoas querendo fazer algo ruim (ibinare) contra ele

Onde se lê: 35. Sente-se desvalorizado, inferior

Passou-se a ler: 35. Seu filho sente que não é valorizado

Onde se lê: 36. Machuca-se com freqüência, tem tendência a sofrer acidentes

Passou-se a ler: 36. Seu filho sempre se machuca

Onde se lê: 37. Entra em muitas brigas

Passou-se a ler: 37. Seu filho sempre briga com outras crianças

Onde se lê: 38. É alvo de gozações

Passou-se a ler: 38. [Os amigos do seu filho sempre ficam rindo dele](#)

Onde se lê: 39. Anda com más companhias

Passou-se a ler: 39. [Seu filho 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 filho](#) escuta sons ou vozes que [ninguém mais escuta](#)

Onde se lê: 41. É impulsivo, age sem pensar

Passou-se a ler: 41. [Seu filho faz as coisas](#) sem pensar

Onde se lê: 42. Prefere ficar sozinho que na companhia de outros

Passou-se a ler: 42. [Seu filho gosta de ficar sozinho](#)

Onde se lê: 43. Mentira ou engana os outros

Passou-se a ler: 43. [Seu filho conta muitas mentiras para](#) os outros

Onde se lê: 44. Rói unhas

Passou-se a ler: 44. [Seu filho come](#) unhas

Onde se lê: 45. É nervoso ou tenso

Passou-se a ler: 45. [Seu filho é nervoso](#)

Onde se lê: 46. Tem “tique nervoso”, cocoete

Passou-se a ler: 46. [Seu filho tem alguma “mania” \(faz movimentos que não quer várias vezes\)](#)

Onde se lê: 47. Tem pesadelos

Passou-se a ler: 47. [Seu filho tem sonhos ruins](#)

Onde se lê: 49. Tem prisão de ventre, intestino preso

Passou-se a ler: 49. [Seu filho não consegue defecar \(fazer buxo\) muitas vezes](#)

Onde se lê: 50. É apreensivo, aflito ou ansioso demais

Passou-se a ler: 50. [Seu filho é nervoso ou muito bravo](#)

Onde se lê : 51. Tem tonturas

Passou-se a ler : 51. [Seu filho tem tonturas \(perde o equilíbrio\)](#)

Onde se lê : 52. Sente-se excessivamente culpado

Passou-se a ler : 52. [Seu filho se sente muitas vezes culpado](#)

Onde se lê : 53. Come exageradamente

Passou-se a ler : 53. [Seu filho come muito](#)

Onde se lê : 54. Sente-se cansado demais sem motivo

Passou-se a ler : 54. Seu filho sente-se muito cansado sem motivo (sem saber o por quê)

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 filho têm (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 filho 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 filho 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 filho fica mexendo nas partes íntimas perto de outras pessoas](#)

Onde se lê : 60. Mexe demais nas partes íntimas

Passou-se a ler : 60. [Seu filho coloca muito a mão nas partes íntimas](#)

Onde se lê : 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora)

Passou-se a ler : 62. [Seu filho é atrapalhado, faz as coisas mal feitas](#)

Onde se lê : 63. Prefere conviver com crianças ou adolescentes mais velhos

Passou-se a ler : 63. [Seu filho 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 filho gosta de ficar perto de crianças ou adolescentes mais novos](#)

Onde se lê : 65. Recusa-se a falar

Passou-se a ler : 65. [Seu filho não gosta de falar](#)

Onde se lê : 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões)

Passou-se a ler : 66. [Seu filho 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 filho não conta as coisas que ele faz](#) para ninguém

Onde se lê : 70. Vê coisas que não existem

Passou-se a ler : 70. [Seu filho 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 filho fica com vergonha](#) na frente dos outros com facilidade, [com medo do que as pessoas achem dele](#)

Onde se lê : 73. Tem problemas sexuais

Passou-se a ler : 73. [Seu filho 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 filho fica sempre fazendo brincadeiras para chamar atenção dos outros

Onde se lê : 75. É muito tímido

Passou-se a ler : 75. Seu filho é muito vergonhoso

Onde se lê : 76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes

Passou-se a ler : 76. Seu filho 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 filho 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 filho não consegue prestar atenção

Onde se lê : 79. Tem problemas de fala

Passou-se a ler : 79. Seu filho tem dificuldades na fala

Onde se lê : 84. Tem comportamento estranho

Passou-se a ler : 84. Seu filho tem comportamento estranho (jeito esquisito, fora do normal)

Onde se lê : 85. Tem idéias estranhas

Passou-se a ler : 85. [Seu filho tem idéias diferentes das dos outros](#)

Onde se lê : 86. É mal humorado, irrita-se com facilidade

Passou-se a ler : 86. [Seu filho fica nervoso facilmente](#)

Onde se lê : 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos

Passou-se a ler : 87. [Seu filho muda de alegre para triste facilmente, no mesmo dia](#)

Onde se lê : 88. Fica emburrado facilmente

Passou-se a ler : 88. [Seu filho fica com raiva, emburrado \(teburere\) sempre](#)

Onde se lê : 89. É desconfiado

Passou-se a ler : 89. [Seu filho não confia em ninguém](#)

Onde se lê : 93. Fala demais

Passou-se a ler : 93. [Seu filho fala muito \(conversa muito\)](#)

Onde se lê : 94. Gosta de 'gozar da cara' dos outros

Passou-se a ler : 94. [Seu filho gosta de rir dos outros](#)

Onde se lê : 95. É esquentado, tem acessos de raiva

Passou-se a ler : 95. [Seu filho é nervoso, fica com raiva facilmente](#)

Onde se lê : 96. Pensa demais em sexo

Passou-se a ler : 96. [Seu filho](#) pensa [muito](#) em sexo

Onde se lê : 97. Ameaça as pessoas

Passou-se a ler : 97. [Seu filho gosta de passar medo nas](#) pessoas

Onde se lê : 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheia tabaco

Passou-se a ler : 99. [Seu filho fuma cigarro](#)

Onde se lê : 100. Tem problemas com o sono

Passou-se a ler : 100. [Seu filho tem dificuldades para dormir](#)

Onde se lê : 101. Mata aula (cabula aula, gazeia)

Passou-se a ler : 101. [Seu filho falta muito as aulas](#)

Onde se lê : 102. É pouco ativo, movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia

Passou-se a ler : 102. [Seu filho movimenta-se pouco, movimenta-se devagar](#)

Onde se lê : 103. É infeliz, triste ou deprimido

Passou-se a ler : 103. [Seu filho não é feliz \(é triste\)](#)

Onde se lê : 105. Usa drogas (**excluir** álcool e tabaco)

Passou-se a ler : 105. Seu filho 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 filho 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 filho 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 filho 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 filho não gosta de brincar com outras crianças