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

KARLA CRISTINA NAVES DE CARVALHO

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA COMUNIDADE QUILOMBOLA KALUNGA

Goiânia
2014

KARLA CRISTINA NAVES DE CARVALHO

PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA COMUNIDADE QUILOMBOLA KALUNGA

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

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta

Goiânia
2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
GPT/BC/UFG

C331p

Carvalho, Karla Cristina Naves de.
Prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes da comunidade quilombola Kalunga [manuscrito] / Karla Cristina Naves de Carvalho. – 2014.
137 f. : figs, tabs.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2014.
Bibliografia.

1. Saúde mental – Comunidade Kalunga. 2. Saúde mental – Adolescentes Kalungas. 3. Saúde mental – Crianças Kalungas. 4. Neuropsiquiatria – Brasil. 5. Neuropsicologia – Brasil. I. Título.

CDU: 613.86:396(96)

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM
CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA - FM

UFG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Ata **da Defesa de Tese de Doutorado** realizada por **Karla Cristina Naves de Carvalho**. Aos **onze dias do mês de junho do ano de 2014**, às 08:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Medicina/UFG a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da defesa de Tese intitulada: "**Prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes da comunidade quilombola kalunga**", como parte de requisitos necessários à obtenção do **título de Doutora**, área de concentração **Patologia, Clínica e Tratamento das Doenças Humanas** o Presidente da Comissão julgadora, **Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta**, iniciando os trabalhos concedeu a palavra a candidata, para exposição em até **50** minutos do seu trabalho. A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a argüir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se o mesmo igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a argüição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada ou reprovada.

Banca Examinadora	**Aprovado(a)/Reprovado(a)**
Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta - Presidente	Aprovada
Prof. Dr. Paulo Sérgio Sucasas da Costa – Membro	Aprovado
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb – Membro	APROVADO
Prof. Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo – Membro	Aprovada
Profª. Drª. Renata Teles Vieira – Membro	Aprovada
Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles – Suplente	
Profª. Drª. Mary de Nazaré Baiocchi - Suplente	

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou o candidato **Karla Cristina Naves de Carvalho** Habilitada ( ) Não habilitada ( ). Nada mais havendo a tratar, eu **Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta,** lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

	Assinatura
Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta - Presidente	
Prof. Dr. Paulo Sérgio Sucasas da Costa – Membro	
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb – Membro	
Prof. Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo – Membro	
Profª. Drª. Renata Teles Vieira – Membro	
Prof. Dr. Cláudio Rodrigues Leles – Suplente	
Profª. Drª. Mary de Nazaré Baiocchi - Suplente	

A banca examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Dissertação:

Karla Cristina Naves de Carvalho
Discente: Karla Cristina Naves de Carvalho

Dedico este trabalho a todas as crianças e adolescentes Kalunga e àquelas que se identificam como Kalunga, pois representam toda a razão do esforço dedicado a esta pesquisa. Há muito se fazia necessário um estudo como este para que elas, assim como as nossas crianças não Kalunga, tenham direito à saúde mental, base essencial para seu pleno desenvolvimento como futuros adultos. Desejo que possam conduzir suas vidas como cidadãos e sujeitos de direito, em pleno exercício de sua saúde física e mental, um de seus direitos inalienáveis!

AGRADECIMENTOS

AGRADEÇO

A Deus, acima de tudo e de todos, pelo dom da vida e por todas as oportunidades que sempre tive ao longo de minha existência, buscando ser, verdadeiramente, digna de merecê-la. Também pela máxima demonstração de amor por suas criaturas, mostrando-nos o que tanto necessitamos aprender.

À minha família, que amo muito e está sempre presente, pelo carinho, paciência e incentivo.

Ao Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta, por me acompanhar e orientar com segurança nesta jornada, mostrando-me o caminho da ciência. Agradeço pela confiança e constante incentivo nesta empreitada. Agradeço, também, por ter feito do meu sonho o nosso sonho.

À Sra. Valdecina (Secretária do PPG/Ciências da Saúde/FM/UFG), pois sempre me socorreu nos momentos delicados da burocracia, animando-me no caminho árduo a que me propus, estando ao meu lado, dando-me força e apoio.

Às minhas amigas Cristina e Sônia, que fazem parte do grupo Kalunga, as quais enfrentaram comigo todas as intempéries, possíveis e imagináveis, a fim de que este trabalho tivesse a consistência e a seriedade que almeja alcançar.

Aos Kalungas, por terem participado espontaneamente nesta tese, tornando possível sua concretização.

A Suzana Oellers, que além de fazer excelente revisão de texto e normalização deste trabalho, revelou-se uma verdadeira amiga, contribuindo muito com suas preciosas sugestões.

À Naiara, pelo trabalho árduo de me compreender, auxiliando de forma decisiva na análise estatística dos dados.

À Profa. Me. Maria das Graças Nunes Brasil, inesquecível mestra, que tanto me ensinou ao compartilhar seus profundos conhecimentos dentro da psiquiatria infantil, quando eu ainda dava os primeiros passos neste campo deslumbrante que é o psiquismo humano. Por todo o apoio e incentivo que sempre me demonstrou na busca de me tornar sempre melhor, como profissional e pessoa, minha eterna gratidão!

Aos Professores Dr. Paulo Sérgio Sucasas da Costa, Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, Dra. Renata Teles Vieira e Dra. Mari de Nasaré Baiocchi, pela participação na banca de qualificação desta tese, dando sua inestimável contribuição para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Aos Professores Dr. Paulo Sérgio Sucasas da Costa, Dra. Renata Teles Vieira, Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo, Dr. Alexandre Chater Taleb, Dr. Cláudio Rodrigues Leles e Dra. Mari de Nasaré Baiocchi, que gentilmente aceitaram participar da banca de defesa, por sua disponibilidade em ler este trabalho para seu aprimoramento.

À Sra. Marlene (Secretária do CEPMHA/HC/UFG), que sempre procurou me auxiliar na difícil tarefa de cumprir com máximo zelo as exigências éticas e

legais para executar este trabalho com uma população especial: crianças e adolescentes que se identificam como Kalungas. Sem a sua orientação e paciência, este trabalho não teria sido concluído.

Aos professores da Residência em Pediatria, que sempre estiveram ao meu lado. Meu agradecimento especial aos caros Prof. Sebastião Leite, Prof. Solomar Marques, Prof. Rosseny Júnior, Prof. Luis Gonzalo, Profa. Eliane Teresinha e Profa. Maria Selma Costa.

Aos Prof. Willian e Prof. Rubens (Rubão), que me forneceram bolsa de estudo de Ensino Médio no Colégio WR no momento de que mais necessitei.

A todos que aqui não mencionei, mas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, uma vez que ele é produto de um número muito maior de pessoas que, de um modo ou de outro, cruzaram meu caminho, fizeram-me uma pessoa melhor e tornaram-no possível!

SUMÁRIO

TABELAS E MAPA x
SIGLAS E ABREVIATURAS xiii
RESUMO xiv
ABSTRACT xv
1 INTRODUÇÃO 16
2 OBJETIVOS 18
2.1 Objetivo geral 18
2.2 Objetivos específicos 18
3 REVISÃO DE LITERATURA 20
3.1 Epidemiologia dos transtornos mentais na infância e na adolescência 20
3.1.1 Estudos epidemiológicos em países desenvolvidos 20
3.1.2 Estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento 22
3.1.3 Estudos epidemiológicos de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes de comunidades rurais 25
3.1.4 Estudos epidemiológicos de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes negros 29
3.2 Fatores de risco para transtornos mentais 33
3.3 Repercussões sociopsicológicas dos transtornos mentais 33
3.4 Neuropsiquiatria e neuropsicologia transcultural no Brasil 34
3.5 Comunidade Kalunga: formação e localização geográfica 36
4 MÉTODOS 40
4.1 Aspectos éticos 40
4.2 Desenho experimental 40
4.3 Seleção dos sujeitos 40
4.3.1 Critérios de inclusão 40

4.3.2 Critérios de exclusão 41
4.4 Instrumentos de pesquisa 41
4.4.1 *Child Behavior Checklist for ages 6–18* (CBCL/6–18) 41
4.4.2 *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18) 42
4.5 Coleta dos dados 43
4.6 Análise dos dados 44
5 PUBLICAÇÕES 46
Artigo 1 – Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Brazilian isolated black community 47
METHOD 48
Sample and Procedures 48
Statistical Analysis 49
RESULTS 49
DISCUSSION 54
REFERENCES 56
Artigo 2 – Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and comorbidities in children and adolescents from a Brazilian isolated black community 61
Introduction 63
Methods 64
Sample and procedures 64
Instruments 65
Statistical analysis 65
Results 66
Discussion 71
References 75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 80
REFERÊNCIAS 82
Anexos 89
Anexo 1 – Primeiro parecer do Comitê de Ética 90
Anexo 2 – Segundo parecer do Comitê de Ética 91

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido 94
Anexo 4 – 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) 96
Anexo 5 – Inventário de comportamentos referidos pelo(a) professor(a) para alunos de 6 a 18 anos, versão brasileira do *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18) 110
Anexo 6 – Normas para publicação de artigos no Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Artigo 1) . 122
Anexo 7 – Normas para publicação de artigos na Revista Brasileira de Psiquiatria (Artigo 2) 129

TABELAS E MAPA

REVISÃO DE LITERATURA

Mapa 1. Localização do Patrimônio Cultural e Sítio de Valor Histórico Kalunga, no nordeste do estado de Goiás. …..... 38

Artigo 1 – Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Brazilian isolated black community

Table 1. Distribution by age group, gender, and educational attainment of 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, evaluated from August 2010 to November 2013 ……..... 50

Table 2. Estimated prevalence of mental health problems in 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, based on reports from parents or guardians and teachers, obtained from the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013 ……..... 51

Table 3. Estimated prevalence of mental health problems in 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, according to age band (6 to 11 or 12 to 18 years old), based on reports from parents or guardians and teachers, obtained from the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and

Teacher's Report Form 6–18 for ages (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013 52

Table 4. Estimated prevalence of mental health problems in 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, according to gender, based on reports from parents or guardians and teachers, obtained from the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form 6–8 for ages (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013 ……. 53

Artigo 2 – Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and comorbidities in children and adolescents from a Brazilian isolated black community

Table 1. Sociodemographic characteristics of Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, assessed from August 2010 to November 2013 ……..... 67

Table 2. Distribution of estimated prevalence of ADHD according to gender, educational attainment, and age of Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, based on the responses of parents/guardians and teachers to the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013 68

Table 3. Distribution of estimated prevalence of ADD according to gender, educational attainment, and age of Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, based on the responses of

parents/guardians and teachers to the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013 69

Table 4. Concordance between respondents (parents/guardians vs teachers) regarding ADHD symptoms in Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, based on the responses of parents/guardians and teachers to the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013 70

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADD	– Attention Deficit Disorder
ADHD	– Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ASEBA	– *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach)
CBCL/6–18	– *Child Behavior Checklist for Ages 6–18*
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
DSM	– *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
INCRA	– Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
k	– Índice Kappa
K-SADS-PL	*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children: Present and Lifetime Version*
OMS	– Organização Mundial da Saúde
QMPI	– Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil
SES	– *Socioeconomic status*
SPSS 18.0	– *Statistical Package for Social Sciences version 18.0 for Windows*
TDA	– Transtorno de déficit de atenção
TDAH	– Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade
TRF/6–18	– *Teacher's Report Form for ages 6–18*
UFG	– Universidade Federal de Goiás

RESUMO

Os transtornos mentais são bastante comuns em crianças e adolescentes e repercutem negativamente em sua vida familiar, escolar e social, geralmente persistindo por toda a vida desses indivíduos se não forem detectados e tratados. Este estudo teve como objetivos avaliar a existência e estimar a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes que vivem em uma comunidade rural isolada do grupo quilombola Kalunga (descendentes de escravos africanos fugitivos), localizada na parte nordeste do estado de Goiás, Brasil. Neste estudo transversal, descritivo e quantitativo, uma amostra de 204 crianças e adolescentes Kalungas foi avaliada com base nas respostas dos pais/responsáveis e professores aos instrumentos de rastreamento de problemas de saúde mental e comportamento denominados *Child Behavior Checklist for ages 6–18* (CBCL/6–18) e *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18), respectivamente. A prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes Kalunga foi de 31,4% usando o CBCL/6–18 e de 21,1% usando o TRF/6–18 ($p < 0,01$). Foram encontradas diferenças entre os gêneros, pois as meninas apresentaram mais transtornos internalizantes do que os meninos. A prevalência de problemas de saúde mental encontrada na presente pesquisa foi elevada em comparação com estudos semelhantes em todo o mundo.

Palavras-chave: Prevalência. Transtorno mental. *Child Behavior Checklist for ages 6–18* (CBCL/6–18). *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18). Comunidade negra.

ABSTRACT

Prevalence of mental disorders in children and adolescents from the Kalunga quilombola community

Mental disorders are common in children and adolescents and cause negative impact on their family, school, and social life, often persisting throughout their lives if not detected and treated. This study aimed to assess the existence and estimate the prevalence of mental disorders in children and adolescents living in an isolated rural community of the Kalunga quilombola ethnic group (descendants of African runaway enslaved individuals), located in the northeastern part of the state of Goiás, Brazil. In this cross-sectional, descriptive, quantitative study a sample of 204 Kalunga children and adolescents was evaluated based on the responses of their parents/guardians and teachers to the mental health problems and behavior screening instruments Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively. The prevalence of mental health problems in Kalunga children and adolescents was 31.4% using the CBCL/6–18 and 21.1% using the TRF/6–18 ($p < 0.01$). Differences were found between genders, i.e., girls were more affected by internalizing problems than boys. The prevalence of mental health problems found in the present research was high compared to similar studies around the world.

Key words: Prevalence. Mental disorder. Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18). Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18). Black community.

1 INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais são bastante comuns em crianças e adolescentes e repercutem negativamente em sua vida familiar, escolar e social, geralmente persistindo por toda a vida desses indivíduos se não forem detectados e tratados (ALMEIDA FILHO, 1981; COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005; GIEL et al., 1981; MELTZER et al., 2000; ROHDE et al., 1999b). Embora crescentes, no mundo e no Brasil, as pesquisas nesta área são ainda insuficientes para um completo conhecimento sobre os problemas mentais em crianças e adolescentes (COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005; FLEITLICH; GOODMAN, 2000). Ademais, poucos estudos foram realizados no mundo e no Brasil sobre os transtornos mentais em comunidades negras rurais isoladas.

Inúmeros instrumentos são utilizados em várias partes do mundo para detectar os transtornos mentais. Embora os instrumentos muito específicos possam ser bastante adequados no ambiente clínico, em amostras populacionais não clínicas deixariam de detectar os casos pauci-sintomáticos, o que poderia levar à falsa impressão de baixa prevalência. Desse modo, crianças e adolescentes necessitados de atendimento deixariam de receber a

devida assistência, mesmo não constituindo um caso clínico clássico (JELLINEK et al., 1995).

Os instrumentos do Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach (*Achenbach System of Empirically Based Assessment,* ASEBA), *Child Behavior Checklist for ages 6–18* (CBCL/6–18) e *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18), têm comprovada a sua utilidade na detecção de casos e quadros sub-clínicos ou fronteiriços de problemas de saúde mental e comportamental em crianças e adolescentes de diferentes culturas ao redor do mundo (LAMPERT et al., 2004). Embora não tenham sido desenvolvidos para o diagnóstico final dos principais transtornos mentais (transtorno de déficit de atenção com hiperatividade – TDAH, transtornos afetivos, transtornos de ansiedade, transtorno opositor desafiante e transtorno de conduta), apresentam elevada capacidade de detecção naqueles indivíduos em risco e que devem passar por avaliação clínica mais acurada.

Esse sistema de avaliação já foi utilizado por mais de 8.000 autores e traduzido para 80 línguas até o momento (BÉRUBÉ; ACHENBACH, 2008). Estudos utilizando os referidos instrumentos têm possibilitado evidenciar para o poder público a necessidade de se cuidar da saúde mental na infância, tanto profilática quanto curativamente (COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005; FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar a prevalência de sinais e sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos de idade da comunidade quilombola isolada dos Kalungas.

2.2 Objetivos específicos

a) Avaliar a influência da etnia afrodescendente no acometimento de sinais e sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade.

b) Relacionar a prevalência de sinais e sintomas de transtornos mentais detectada em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade de uma comunidade quilombola isolada com taxas encontradas em estudos realizados com crianças e adolescentes não quilombolas.

c) Determinar a prevalência de TDAH e TDA (transtorno de déficit de atenção) em crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade da comunidade quilombola isolada dos Kalungas.

d) Observar se existe concordância entre os sinais e sintomas de TDAH e TDA avaliados por pais e por professores.

e) Investigar as diferenças dos sinais e sintomas entre gêneros, assim como entre crianças (de 6 a 12 anos de idade) e adolescentes (acima de 12 até 18 anos de idade).

3 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de respaldar esta tese, apresenta-se uma revisão de literatura sobre transtornos mentais na infância e adolescência, bem como acerca da comunidade Kalunga estudada.

3.1 Epidemiologia dos transtornos mentais na infância e na adolescência

Descrevem-se aqui estudos epidemiológicos tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento.

3.1.1 Estudos epidemiológicos em países desenvolvidos

Em sua revisão de literatura, Rohde e colaboradores (1998) incluíram estudos das quatro décadas anteriores, apontando a ampla variação da prevalência estimada de transtornos mentais na infância e na adolescência (de 1% a 51%), além de diferenças nos critérios de classificação diagnóstica utilizados. Salienta-se que os critérios de Rutter foram os mais adotados, seguidos pelos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM).

Vários estudos epidemiológicos indicaram que, durante o curso de um ano, 5% a 15% das crianças entre 9 e 10 anos de idade apresentam transtornos emocionais ou de comportamento com prejuízo funcional (COSTELLO, 1989; RUTTER, 1989; RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970).

Essa ampla variação deve-se, entre outros fatores, à variabilidade na delimitação da fronteira entre o que é considerado normal ou patológico. Muitas vezes não há critérios claros que definam esse limite, havendo apenas graduações no número e na intensidade dos sintomas (MERCUGLIANO, 1999). Assim, a graduação de intensidade dos sintomas foi medida em uma investigação realizada na província de Ontário, no Canadá, utilizando o critério de gravidade para depressão maior. As taxas de prevalência de sintomatologia grave foram de 0,6% e 1,8% para pré-adolescentes e adolescentes, respectivamente, enquanto as de sintomatologia leve foram de 17,5% e 43,9%, respectivamente (FLEMING; OFFORD; BOYLE, 1989).

A falta de concordância entre os diversos informantes a respeito da presença de sintomas em um mesmo indivíduo também está associada à ampla variação das taxas de prevalência dos transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência. No estudo feito em Ontário, a prevalência de hiperatividade em meninos de 4 a 11 anos foi de 2,1% de acordo com o relato dos pais. Entretanto, conforme os professores, essa taxa aumentou para 7,2% (FLEMING; OFFORD; BOYLE, 1989).

Em um estudo epidemiológico conduzido na Inglaterra, 10.500 famílias foram entrevistadas, evidenciando-se 10% de problemas de saúde mental na infância. Naquele estudo, foram utilizados instrumentos e técnicas diagnósticas

que permitiram gerar estimativas mais precisas. Os resultados mostraram que, entre as crianças de 5 a 15 anos de idade, 5% tinham transtorno de conduta clinicamente significativo, 4% apresentavam transtornos emocionais (ansiedade e depressão) e 1% recebeu diagnóstico de hiperatividade (MELTZER et al., 2000).

Estudos nacionais e internacionais, realizados eminentemente com crianças em idade escolar, indicam que entre 3% e 6% da população mundial infantil apresenta TDAH, segundo a classificação norte-americana de transtornos mentais, ou tem transtornos hipercinéticos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (OMS) (POLANCZYK; JENSEN, 2008).

3.1.2 Estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento

Durante 1977 e 1978, um estudo multicêntrico foi realizado na Colômbia, Índia, Filipinas e Sudão, também contando com a participação de pesquisadores do Brasil e do Egito. Apesar de algumas restrições metodológicas, como o reduzido tamanho das amostras e o uso apenas de questionários de rastreamento, naquela pesquisa foram identificadas taxas de transtornos psiquiátricos em crianças semelhantes às encontradas nos países desenvolvidos. Essas taxas variaram de 12% a 29% nas diversas áreas estudadas, tendo sido as mais elevadas identificadas na América do Sul (GIEL et al., 1981).

Como consenso, a literatura sobre os países em desenvolvimento indica a crescente necessidade de obtenção de informações mais precisas sobre os problemas de saúde mental na infância, assim como de seus fatores de risco e proteção, utilizando-se instrumentos apropriados. Essas informações permitiriam melhor organização dos serviços e estabelecimento de estratégias preventivas. Entretanto, nos países em desenvolvimento, ocorre escassez de dados precisos sobre a saúde mental infantil, o que impede a estruturação de serviços e a implementação de estratégias preventivas nesta área (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970).

Em uma revisão de literatura, Hackett e Hackett (1999) apontaram questões relevantes para as investigações de prevalência em saúde mental infantil nos países em desenvolvimento. Entre elas, destacaram a controvérsia entre a adoção de medidas universais ou de categorias locais para a definição de caso, bem como a dificuldade na escolha das fontes mais apropriadas para a identificação de sujeitos, como a domiciliar e a escolar. Em estudo realizado em Kerala, na Índia, Hackett e colaboradores (1999), investigando as questões mencionadas, utilizaram critérios universais para a avaliação de psicopatologias infantis. Desse modo, encontraram taxa de prevalência de 9,4% (IC 95%: 7,9–10,8) e associação dos transtornos com fatores de risco semelhante à registrada nos países desenvolvidos.

Ainda há muitas questões não respondidas no Brasil na área de epidemiologia psiquiátrica na infância e são poucos os estudos existentes. Na década de 1980, Almeida Filho (1981) desenvolveu no Brasil um questionário de rastreamento para pais, denominado Questionário de Morbidade Psiquiátrica

Infantil (QMPI), e o aplicou em estudo envolvendo 829 crianças entre 5 e 14 anos de idade. Em uma segunda etapa, foram feitas entrevistas clínicas revelando taxa de prevalência de 15% de problemas de saúde mental na população estudada. Em estudo posterior, utilizando o mesmo instrumento, Almeida Filho (1984) detectou associação entre problemas de saúde mental na infância com problemas de saúde mental materna.

Duas décadas depois do estudo pioneiro de Almeida Filho (1981), a primeira pesquisa epidemiológica brasileira sobre a prevalência de transtornos mentais foi conduzida por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004) em uma população de 1.251 crianças da cidade de Taubaté, no estado de São Paulo, com bases metodológicas bem definidas. Os autores registraram prevalência total de transtornos mentais em torno de 5,9% na população urbana afluente, 11,4% na população rural e 13,7% na população urbana pobre. A taxa geral de transtornos mentais encontrada por eles foi de 12,7%, enquanto na Grã-Bretanha, usando-se instrumentos de medição comparáveis, foi de 9,7%.

Para realizar estudos epidemiológicos nos países em desenvolvimento, faz-se importante investigar a validade de conceitos e categorias diagnósticas importadas de países desenvolvidos. Ademais, deve-se levar em consideração que, para determinados sintomas ou categorias diagnósticas, pode haver variações culturais. Investigando esse tema, em um estudo realizado em Niterói, no estado do Rio de Janeiro, Brito, Pinto e Lins (1995) observaram que as categorias diagnósticas para TDAH adotadas nos países desenvolvidos também funcionavam no Brasil. As duas dimensões utilizadas nos países desenvolvidos (predomínio do déficit de atenção ou da hiperatividade) foram

igualmente evidenciadas em amostra brasileira, mediante análises multivariadas de questionários respondidos por pais e professores. Em outro estudo, Rohde e colaboradores (1999a) avaliaram a prevalência do TDAH e sua relação com problemas escolares e comportamentos agressivos ou desafiadores, também constatando resultados semelhantes aos de estudos realizados em países desenvolvidos.

Por seu turno, Azevêdo (2009) avaliou a prevalência de TDAH em 144 crianças e adolescentes indígenas das três maiores aldeias da etnia Karajá utilizando o CBCL/6–18 e o TRF/6–18. Os resultados indicaram prevalência de 10,4% (IC 95%: 6,6–14,2) de TDAH quando os respondentes foram os pais/responsáveis e de 2,8% (IC 95%: 0,7–4,8) quando os respondentes foram os professores. O autor concluiu que, entre os 144 participantes, 30 apresentaram TDAH.

3.1.3 Estudos epidemiológicos de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes de comunidades rurais

O estudo realizado por Minde (1977) constou de um levantamento dos sintomas psiquiátricos de crianças do ensino fundamental que frequentavam três escolas em áreas economicamente distintas de Uganda. Os sintomas foram comparados com aqueles apresentados por crianças do ensino fundamental que frequentavam um reformatório e pacientes ambulatoriais de uma clínica psiquiátrica do mesmo país. Os resultados indicaram que houve boa correlação entre pais e professores na identificação de crianças com

transtornos mentais. O autor discutiu a importância de seus achados em relação ao papel que a psiquiatria infantil pode desempenhar nos países em desenvolvimento.

A partir de uma pequena comunidade rural na Nigéria, Abiodun (1993) selecionou, aleatoriamente, 500 crianças com idades entre 5 e 15 anos para participar de um projeto visando avaliar a morbidade psiquiátrica. O pesquisador utilizou o *Reporting Questionnaire for Children* (contendo 10 itens), que foi desenvolvido durante estudo da OMS sobre estratégias para a extensão de saúde mental em países em desenvolvimento. O questionário foi aplicado por quatro assistentes de pesquisa, os quais também coletaram informações sociodemográficas básicas sobre cada criança (idade, sexo, escolaridade, estado civil e profissão dos pais/responsáveis).

O autor relatou que 274 (54,8%) crianças examinadas tinham entre 5 e 10 anos de idade, enquanto os restantes 226 (45,2%) estavam na faixa etária de 11 a 15 anos. Havia 277 (55,4%) indivíduos do sexo feminino e 223 (44,6%) do sexo masculino. Entre os participantes, 440 (88,0%) estavam matriculados em várias instituições de ensino, 358 (71,6%) moravam com os pais e 142 (28,4%) viviam com outros parentes. Com relação aos pais/responsáveis, 89,4% eram casados, ao passo que 10,6% eram viúvos, separados ou divorciados. A prevalência de morbidade psiquiátrica encontrada foi de 15,0%. Os transtornos emocionais e comportamentais constituíram 66,7% dos casos psiquiátricos identificados. Abiodun (1993) constatou que a maioria das crianças com morbidade psiquiátrica (56,7%) pertencia a famílias em que os pais/responsáveis eram separados, divorciados ou viúvos ($p < 0,05$).

Mulatu (1995) determinou a prevalência e os fatores de risco associados à psicopatologia em crianças etíopes com idades entre 6 e 11 anos. Utilizando o *Child Behavior Problem Questionnaire*, foram entrevistadas mães de 611 crianças selecionadas aleatoriamente (317 meninos e 294 meninas) para determinar a presença de 64 problemas comportamentais de crianças. Em análises separadas para meninos e meninas, o autor detectou taxas de prevalência de transtornos de 21,45% para meninos e de 25,17% para meninas. Crianças cujas mães relataram ter mais sintomas psiquiátricos tenderam a ter pontuação mais elevada em pelo menos uma das subescalas de patologia (agressividade, ansiedade, depresão, hiperatividade e pouco comunicativas). Nas crianças etíopes avaliadas, a prevalência de fatores de risco foi similar à encontrada em outros países.

Em sua pesquisa, Adelekan e colegas (1999) visaram determinar prevalência, padrões e correlações psicossociais de transtornos psiquiátricos da infância entre os alunos de uma escola primária em Ilorin, estado de Kwara, na Nigéria. Para isso, 846 pais responderam aos 31 itens da escala Rutter. Os resultados encontrados foram: transtornos neuróticos (7,3%), distúrbios antissociais (8,0%) e distúrbios indiferenciados (3,3%). Os transtornos neuróticos e os distúrbios antissociais predominaram nos indivíduos do sexo masculino, embora não significativamente. Mães de crianças com transtornos psiquiátricos relataram ter tido mais problemas físicos e emocionais durante a gravidez. As crianças e adolescentes mais propensos a ter transtornos mentais foram aqueles que: a) tiveram atraso no desenvolvimento; b) tiveram alguma

doença grave durante a infância; c) eram provenientes de lares desfeitos; d) frequentaram escola localizada na zona rural.

Tadesse e colegas (1999) realizaram uma pesquisa no distrito de Ambo, no oeste da Etiópia, e registraram prevalência de 17,7% de desordem comportamental em crianças, a qual foi mais comum em meninos do que em meninas. A prevalência e o risco de distúrbio comportamental aumentaram com a idade, e os sintomas mais frequentes relatados foram cefaleia e irritabilidade, enquanto o sintoma menos prevalente foi roubo em casa. O aumento do risco de distúrbio comportamental foi estatisticamente significativo no grupo de 15 anos de idade em comparação com a faixa etária de 5–7 anos (OR: 1,89, IC 95%: 1,08–2,85). Houve associação estatisticamente significativa entre transtorno mental na infância e idade e estado civil dos pais. As crianças cujos pais estavam no grupo etário ≤ 24 anos de idade apresentaram maior risco de ter transtornos mentais (OR: 2,03, IC 95%: 1,30–3,16) em comparação com aquelas cujos pais estavam na faixa etária de 45 anos. As crianças cujos pais foram classificados como solteiros, divorciados, separados ou viúvos apresentaram maior risco de ter distúrbios de comportamento (OR: 2,22, IC 95%: 1,70–2,91) do que aquelas cujos pais eram casados. Houve associação estatisticamente significativa entre neuroses parentais e distúrbios de comportamento das crianças. Assim, crianças cujas mães tinham neuroses apresentaram maior risco de ter distúrbios de comportamento em comparação com aquelas cujas mães não tinham psiconeurose (OR: 1,78, IC 95%: 1,34–2,35).

Em estudo transversal conduzido por Ashenafi e colegas (2001), a magnitude de transtornos mentais e comportamentais específicos foi determinada em crianças de Butajira, no sul da Etiópia. A versão do instrumento diagnóstico para crianças e adolescentes em amárico, língua falada na Etiópia, foi utilizada para entrevistar os pais de 1.477 crianças. Entre as crianças pesquisadas, 3,5% tinham pelo menos um ou mais transtornos mentais ou comportamentais. Os diagnósticos mais frequentes foram transtornos de ansiedade (1,6%), TDAH (1,5%) e distúrbios de comportamento (1,5%). Os transtornos de humor (1,0%) foram relativamente menos comuns. O estudo mostrou que os transtornos mentais e comportamentais específicos nessas crianças são problemas significativos de saúde pública.

3.1.4 Estudos epidemiológicos de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes negros

Os transtornos mentais representam três das dez principais causas de incapacidade em pessoas com idades entre 15 e 44 anos e as outras causas são frequentemente associadas com transtornos mentais (MURRAY; LOPEZ, 2002). Entretanto, poucos estudos foram realizados no mundo e no Brasil sobre os transtornos mentais em comunidades negras.

Sabe-se que a maioria dos transtornos mentais é tratável e evitável, corroborando a premissa de que, quando se investe em prevenção e promoção da saúde mental, pode-se reduzir bastante o número de incapacidades resultantes desses transtornos. Ainda não há um estudo representativo dos

índices de prevalência de indivíduos afetados pelos transtornos mentais em crianças e adolescentes negros, mas uma estimativa da extensão do problema já foi apontada em alguns estudos. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo muito úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento (MOHER et al., 2009).

As atuais taxas de prevalência do transtorno de depressão maior em negros estão na faixa de 0,6% na Grã-Bretanha a 3,0% em Porto Rico (KESSLER et al., 2003). Há dificuldades na tentativa de comparar os padrões de depressão entre os estudos de grupos raciais e étnicos, uma vez que o pequeno tamanho da amostra de jovens, crianças e adolescentes de minorias étnicas, na maioria dos estudos de comunidade, diminui o poder estatístico para testar diferenças na prevalência de distúrbios entre subgrupos étnicos específicos. Alguns estudos mostraram que os afro-americanos têm menores taxas de depressão do que os brancos ou os latinos (ROBERTS; CHEN, 1995; ROBERTS; ROBERTS; CHEN, 1997).

Na maioria dos inquéritos comunitários, os pesquisadores encontram taxas quase iguais de transtorno bipolar no sexo masculino e feminino em crianças e adolescentes negros. Tanto a depressão maior quanto o transtorno bipolar estão associados a várias outras doenças, incluindo TDAH (BIEDERMAN et al., 2004; LEWINSOHN et al., 2002; MORENO et al., 2007; YOUNGSTROM et al., 2005), transtornos de ansiedade e/ou de oposição

desafiante (YOUNGSTROM et al., 2005) e de conduta (LEWINSOHN et al., 2002).

As taxas de transtornos de ansiedade em crianças negras variam de 2,2% na Carolina do Norte a 9,5% em Porto Rico. As meninas negras tendem a ter mais de todos os subtipos de transtornos de ansiedade, independentemente da composição etária da amostra (MERIKANGAS; AVENEVOLI, 2002). Dados iniciais de estudos prospectivos revelaram aumento acentuado de transtornos de ansiedade em meninas negras começando a partir de 5 anos de idade, com inclinação a aumentar continuamente por toda a adolescência. Embora as taxas de ansiedade entre os meninos negros também aumentem ao longo da infância e da adolescência, este aumento é muito mais gradual do que o de meninas, e começa a se estabilizar no final da adolescência. Assim, aos 6 anos de idade, as meninas têm significativamente maiores taxas de ansiedade do que os meninos. Apesar do aumento muito mais rápido dos transtornos de ansiedade com a idade em meninas do que em meninos, na idade média não há diferença entre os sexos acerca do início das perturbações de ansiedade ou de sua duração. Há poucas diferenças consistentes na distribuição dos transtornos de ansiedade por etnia e classes sociais (MERIKANGAS et al., 1999).

A comorbidade entre transtornos de ansiedade e outros transtornos mentais já é evidente na infância e na adolescência. Os transtornos de ansiedade estão associados a todas as outras classes principais de distúrbios, incluindo transtornos do humor, comportamentos disruptivos, transtornos alimentares e transtornos por uso de substâncias. A co-ocorrência de transtornos de ansiedade e transtornos do humor é tão comum que há

evidências emergentes de que os transtornos de ansiedade podem ser parte da sequência de desenvolvimento em que a ansiedade é expressa no início da vida, seguido por depressão em adultos (MERIKANGAS; AVENEVOLI, 2002).

Em estudos de prevalência, TDAH variou entre 2% e 8,7% para indivíduos negros de 4 a 17 anos de idade (CANINO et al., 2004; FROEHLICH et al., 2007; ROBERTS; ROBERTS; XING, 2007). Alguns estudos têm mostrado taxas mais baixas de TDAH entre mexicanos-americanos que residem nos Estados Unidos (FROEHLICH et al., 2007) e entre crianças asiáticas que residem no Reino Unido (FORD; GOODMAN; MELTZER, 2003).

As estimativas da prevalência no Reino Unido são de 2,3% para transtorno de oposição desafiante e de 1,5% para transtorno de conduta (FORD; GOODMAN; MELTZER, 2003), enquanto taxas um pouco mais elevadas foram encontradas em estudos nos Estados Unidos, variando de 2,8% a 5,5% para transtorno de oposição desafiante e de 2,0% a 3,32% para transtorno de conduta (CANINO et al., 2004; ROBERTS; ROBERTS; XING, 2007). De modo semelhante aos achados para TDAH, transtorno de conduta também é mais prevalente em meninos do que em meninas, e vários estudos apontam prevalência três a quatro vezes maior para os meninos. A diferença de prevalência de transtorno de oposição desafiante entre meninos e meninas é menos clara. Alguns estudos encontram taxas mais altas em meninos, mas outros acham taxas muito semelhantes entre meninos e meninas (LOEBER et al., 2000).

3.2 Fatores de risco para transtornos mentais

Os vários fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes têm sido bastante investigados, entre os quais se destacam: características sociodemográficas, práticas disciplinares adotadas pelos pais, discórdia conjugal, história de transtornos psiquiátricos nos pais, além da presença de doença física capaz de trazer limitações às crianças (GOODMAN et al., 1998).

Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, encontrou-se associação entre transtornos mentais em jovens com baixa renda familiar e idade materna inferior a 18 anos por ocasião de seus nascimentos. Por outro lado, a presença de pais biológicos casados foi identificada como fator protetor para transtornos psiquiátricos. Outras características familiares e métodos educacionais adotados pelos pais também mostraram associação com os transtornos emocionais e de comportamento. Nesse contexto, verificou-se que os jovens com transtornos recebiam menos supervisão dos pais, mais castigos e punições corporais (GOODMAN et al., 1998).

3.3 Repercussões sociopsicológicas dos transtornos mentais

Estudos epidemiológicos em psiquiatria infantil demonstraram que entre 90% e 100% das crianças apresentam pelo menos alguns sintomas de problemas mentais, com 30% a 50% destas preenchendo critérios diagnósticos, embora 5% a 15% efetivamente apresentem comprometimento funcional e

sofrimento psíquico (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970). Tais pesquisas possibilitam evidenciar ao poder público a necessidade de cuidados com a saúde mental na infância, profilática e curativamente, pois é grande a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento correto para evitar sofrimentos futuros (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

3.4 Neuropsiquiatria e neuropsicologia transcultural no Brasil

A interface entre raça, loucura e cultura foi um assunto desafiador para vários dos mais influentes "alienistas" do século XIX. Um dos trabalhos pioneiros sobre aspectos psicopatológicos transculturais no Brasil, visando estudar especificamente a cultura afro-brasileira, deve ser creditado ao psiquiatra Raimundo Nina-Rodrigues. Em 1903, o autor estudou a existência de paranoia nos negros e sua frequência, descrevendo suas formas clínicas em negros brasileiros. O autor defendeu a existência de uma psicopatologia que se apresentaria em acordo com o funcionamento mental supostamente primitivo dos negros, cujas principais características seriam: grande impulsividade, religiosidade fetichista, tendência ao misticismo exagerado e à superstição, menor capacidade de abstração e menor inteligência com relação aos brancos, predomínio da emoção sobre a razão, marcante sugestionabilidade e selvagens instintos guerreiros e sexuais pouco controláveis (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

A leitura da obra de Nina-Rodrigues fez surgir em Arthur Ramos o interesse pelo estudo da antropologia, sobretudo a investigação da realidade

cultural do povo brasileiro, em particular da cultura negra, das religiões afro-brasileiras e das populações pobres dos morros cariocas, com suas práticas místicas e religiosas. O pesquisador lançou-se ao contato direto com essas realidades e seus protagonistas, produzindo rica obra etnográfica e teórica. Tinha como propósito, sobretudo, refletir sobre as condições culturais concretas do povo brasileiro, de modo a produzir um referencial teórico que servisse de substrato para intervenções políticas, higienistas e educacionais efetivas, no sentido de transformar os graves problemas sociais do país. À vista disso, percebe-se que seu conhecimento sobre a realidade cultural das camadas mais desfavorecidas da população brasileira não era apenas livresco e abstrato, mas fundamentava-se no contato direto com as comunidades marginalizadas, geralmente sem voz ou visibilidade (PEREIRA; GUTMAN, 2007).

Assim, na década de 1920, Arthur Ramos realizou estudos detalhados sobre os estados de possessão do candomblé, considerados fenômenos culturais, diferenciando-os claramente dos transes histéricos, considerados fenômenos psicopatológicos (DALGALARRONDO; SANTOS; ODA, 2003). Outro autor importante na área transcultural, Rubim de Pinho, julgava fundamental chamar a atenção dos psiquiatras brasileiros sobre os fatores culturais que influenciam a psicopatologia e alertava para a peculiaridade e a utilidade das práticas de cura religiosa no país (DALGALARRONDO; SANTOS; ODA, 2003).

3.5 Comunidade Kalunga: formação e localização geográfica

A colonização do estado de Goiás no final do século XVII e início do século XVIII teve como ponto de partida a descoberta das primeiras minas de ouro e a expansão da colônia em direção ao interior do país. O nome do estado originou-se da denominação da tribo indígena *Guayá*, a qual, por corruptela, se tornou Goiás. As populações indígenas que viviam na região foram escravizadas, massacradas ou fugiram à procura de novos locais de moradia (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007).

A percepção da falta de mão de obra levou os colonizadores a trazer africanos escravizados para a província diretamente dos portos de Santos, Salvador e Rio de Janeiro (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007). Eles eram obrigados a esquecer suas origens, desvinculando-se de sua língua pátria, religião e identidade. Não bastando a extenuante jornada de trabalho debaixo de sol quente, ainda eram vítimas de torturas, com a utilização do tronco e do chicote. Em decorrência disso, criaram várias formas de resistência, tendo sido a de maior sucesso a fuga para o mato, individual ou coletivamente. Assim, formaram-se os quilombos, termo banto que significa acampamento guerreiro na floresta, que eram aldeias, cidades ou conjuntos de povoações em que se abrigavam escravos fugidos, em várias partes do país, inclusive no sertão goiano (TIBURCIO; VALENTE, 2007). A diversidade populacional e cultural brasileira é uma característica conhecida e referenciada nas análises das ciências sociais e nos estudos educacionais na contemporaneidade. Entretanto, a percepção concreta dessa diversidade no cotidiano populacional, por meio de

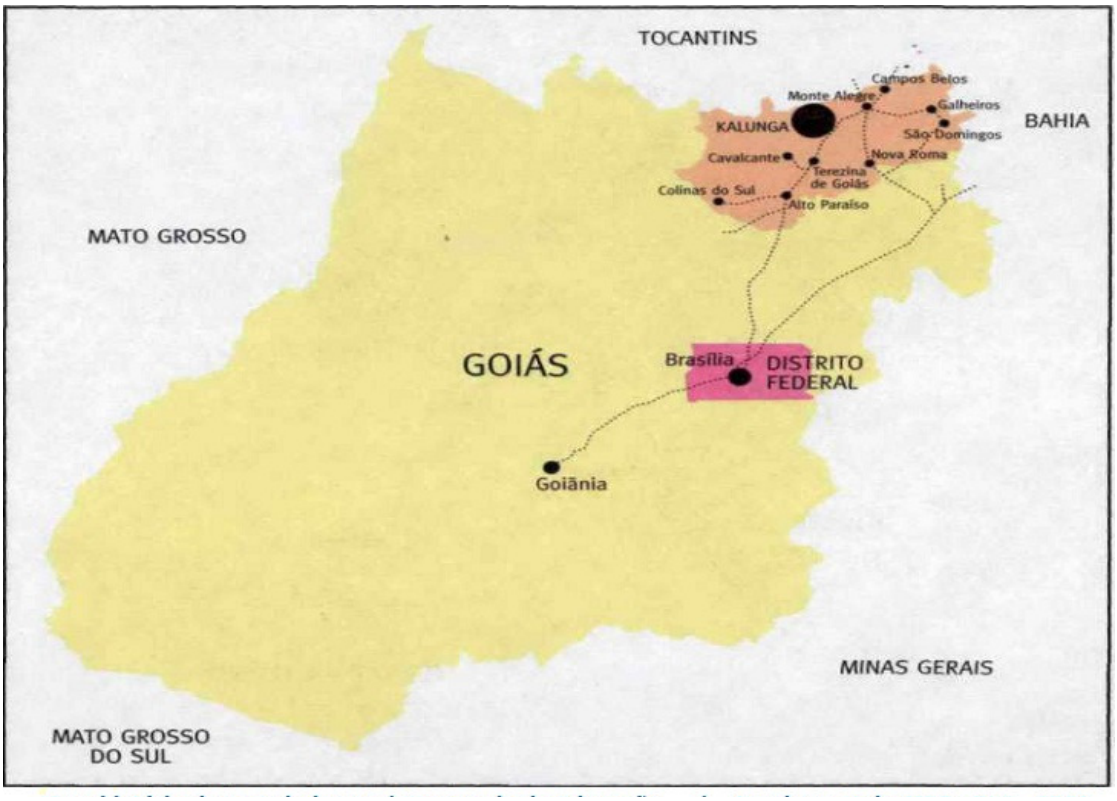
ações presentes no dia a dia dos grupos majoritários e minoritários do Brasil, ainda é incipiente (UMA HISTÓRIA..., 2001). Tem-se na educação formal um dos elementos mais importantes para que essa inclusão seja realmente efetiva, pois, embora não atinja toda a população do país, seus resultados têm reflexos no cotidiano e nos hábitos do povo brasileiro de diversas formas e em diferentes esferas (TIBURCIO; VALENTE, 2007).

Assim sendo, destaca-se aqui a emergência das comunidades remanescentes de quilombos, as quais foram reconhecidas oficialmente pelo Estado Brasileiro em 1988, principalmente pela afirmação de seus direitos territoriais, por meio do Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (BRASIL, 1988). A partir de então, as comunidades quilombolas despertaram uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais, que passaram a fazer parte da discussão sobre o que os quilombos contemporâneos representam na atualidade e sobre a sua efetiva inserção na sociedade (UMA HISTÓRIA..., 2001).

A comunidade quilombola mais antiga do país situa-se nos vãos das serras de uma região localizada na zona rural do nordeste do estado de Goiás (Mapa 1), em local de difícil acesso (TIBURCIO; VALENTE, 2007), nos municípios de Teresina de Goiás, Cavalcante e Monte Alegre, a cerca de 330 km de Brasília (DF), 530 km de Goiânia (GO), 140 km de Arraias (TO) e 413 km de Palmas (TO) (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007).

Seus moradores chamaram este quilombo remanescente no sertão goiano de Kalunga, que na língua banto significa lugar sagrado, de proteção (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007). Esse nome dá um sentido místico à sua

população e vários pesquisadores já se detiveram a procurar o significado dessa palavra, principalmente tentando buscar sua ligação com a África, no intuito de provar que esta comunidade tem ascendência africana (SILVA, 1999). As pesquisas de literatura e de campo (entrevistas) remetem a uma versão vegetal: Kalunga seria uma planta, um símbolo de poder e ancestralidade (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970).



Mapa 1. Localização do Patrimônio Cultural e Sítio de Valor Histórico Kalunga, no nordeste do estado de Goiás.
Fonte: Uma história... (2001).

Os Kalunga venceram as dificuldades do percurso e as condições precárias que o ambiente oferecia. Isolados, sem poder manter contato com o

mundo ao seu redor, foram gradualmente descobrindo que poderiam utilizar os recursos ali disponíveis para a reconstrução de suas vidas. Nisso, tornaram-se mestres, pois conseguiram produzir e reproduzir de tudo e ainda mantiveram suas tradições, trazidas de seu continente de origem, mescladas com o que haviam aprendido nas fazendas escravagistas (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007).

Após a criação do sítio histórico pela Lei nº 11.409 (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 1991), os moradores dessa comunidade saíram definitivamente da invisibilidade e sua identificação como Kalunga se fortaleceu. Os Kalunga vivem, há mais de 200 anos, em uma região inóspita, mas de rara beleza natural. Com área de 253 mil hectares, assegurada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), 97% da qual ainda intocada, na divisa dos estados de Goiás, Tocantins e Bahia, o Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga abriga cerca de 4.500 mil habitantes (60% deles com menos de 20 anos de idade) e mil moradias, muitas delas ainda erguidas com tijolos de adobe e forradas com palha de coqueiro pindoba. Divididos em 28 pequenas comunidades, delimitadas pelos vãos dos rios, eles têm um ritmo de vida estacionado no tempo, praticando a agricultura de subsistência (CARDOSO, 2010).

Em 1996, o governo do estado de Goiás, por meio da Lei Complementar nº 19 (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 1996), reconheceu a área como patrimônio cultural e sítio de valor histórico e, em 2000, o Governo Federal emitiu o título de reconhecimento e domínio da área de 253 mil hectares (CARDOSO, 2010).

4 MÉTODOS

4.1 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFG (Anexo 1 e Anexo 2).

4.2 Desenho experimental

Este é um estudo transversal, descritivo, analítico e quantitativo.

4.3 Seleção dos sujeitos

Na seleção dos sujeitos participantes desta pesquisa foram usados os critérios de inclusão e exclusão explicitados a seguir.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo pais/responsáveis e professores de crianças e adolescentes entre 6 anos completos e 18 anos incompletos, provenientes da

comunidade quilombola Kalunga, localizada no nordeste do estado de Goiás, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 3).

4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo: pais/responsáveis e professores de crianças menores de 6 anos; pais/responsáveis e professores de indivíduos acima de 18 anos; pais/responsáveis e professores de crianças e adolescentes entre 6 anos completos e 18 anos incompletos que não aceitaram responder ao questionário ou não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.4 Instrumentos de pesquisa

Em entrevistas realizadas pela pesquisadora, pais/responsáveis e professores de crianças e adolescentes entre 6 anos completos e 18 anos incompletos da comunidade quilombola Kalunga responderam ao CBCL/6–18 e ao TRF/6–18, respectivamente.

4.4.1 *Child Behavior Checklist for ages 6–18* (CBCL/6–18)

O CBCL/6–18 (Anexo 4) é empregado para coletar informações de pais, parentes próximos e/ou cuidadores de crianças e adolescentes sobre as competências e os problemas comportamentais e emocionais destes sujeitos

(ASEBA, 2009a). Esses participantes fornecem informações acerca de 20 competências que abarcam as atividades, as relações sociais e o desempenho escolar de crianças e adolescentes. O CBCL/6–18 é composto de 113 itens que descrevem problemas comportamentais e emocionais específicos, incluindo dois itens abertos para relatar problemas adicionais. Os pais, parentes próximos e/ou cuidadores avaliam as crianças e adolescentes em relação à veracidade de cada item no presente momento e nos últimos seis meses, utilizando a seguinte escala de três pontos: 0 = falso; 1 = mais ou menos verdadeiro; 2 = bastante verdadeiro.

4.4.2 *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18)

O TRF/6–18 (Anexo 5) foi concebido para obter um relatório dos professores acerca de desempenho escolar, capacidade de adaptação e problemas comportamentais e emocionais de crianças e adolescentes (ASEBA, 2009b). Os professores avaliam as crianças e adolescentes, em relação ao seu desempenho escolar em cada matéria, utilizando uma escala de cinco pontos, que varia de 1 (muito abaixo do nível da série) a 5 (muito acima do nível da série). Também há espaço para registrar resultados de testes cognitivos e de realizações de crianças e adolescentes, se estes estiverem disponíveis. Para a capacidade de adaptação, os professores usam uma escala de sete pontos para comparar as crianças e adolescentes a alunos típicos em termos de esforço despendido na execução dos trabalhos, utilização de comportamentos adequados, aprendizado e felicidade na realização das atividades.

O TRF/6–18 é composto de 113 itens para problemas, dos quais 93 encontram correspondência no CBCL/6–18. Os itens restantes dizem respeito a comportamentos na escola que os pais não têm a oportunidade de observar, tais como dificuldade de seguir instruções e adoção de comportamentos que perturbam os colegas e/ou a disciplina na sala de aula. Os professores avaliam as crianças e adolescentes em relação à veracidade de cada item no presente momento e nos últimos dois meses, utilizando a mesma escala de três pontos empregada no CBCL/6–18.

4.5 Coleta dos dados

A amostra foi composta de pais/responsáveis e professores de 204 crianças e adolescentes, de ambos os sexos, com idades variando entre 6 anos completos e 18 anos incompletos, provenientes da comunidade quilombola Kalunga, localizada no nordeste do estado de Goiás. Inicialmente, foi feita a abordagem dos pais/responsáveis e professores dessas crianças e adolescentes pela pesquisadora, esclarecendo-os a respeito dos objetivos deste estudo. A seguir, foi obtido o consentimento livre e esclarecido de cada um desses sujeitos para participação voluntária na pesquisa.

Em uma fase subsequente, foram aplicados os instrumentos do ASEBA aos pais/responsáveis e professores de crianças e adolescentes da comunidade quilombola Kalunga, na forma de entrevistas coordenadas pela doutoranda-pesquisadora, utilizando o CBCL/6–18 e o TRF/6–18, respectivamente.

4.6 Análise dos dados

Os dados colhidos foram analisados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences version 18.0 for Windows* (SPSS 18.0). Foram analisadas as informações colhidas com os instrumentos isoladamente e, posteriormente, agrupadas. A prevalência de transtornos mentais foi estimada dividindo-se os casos conforme os inventários utilizados: normais, limítrofes e clínicos. Para as comparações entre sexo, idade e escolaridade, tanto intra quanto inter-respondentes (pais e professores), foram utilizadas apenas duas categorias de casos na análise: normais e alterados (sendo estes últimos formados pela soma dos casos limítrofes com os clínicos).

Na comparação dos dados encontrados no presente estudo com outros dados de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes não Kalunga, oriundos de outras culturas por todo o mundo, foram usadas duas categorias de casos: não clínicos (soma dos casos normais e limítrofes) e clínicos, uma vez que a maioria dos estudos foca mais os casos eminentemente clínicos em suas análises.

Do ponto de vista estatístico, foram utilizados nas comparações realizadas o teste do Qui-quadrado (χ^2), com as correções de Yates e, quando as amostras analisadas foram muito pequenas, o Teste Exato de Fisher. O valor de *p* foi calculado por meio dessas equações para verificação dos níveis de significância estatística entre os achados, tendo-se estabelecido $p < 0,05$ como significativo.

Para a análise do nível de concordância entre os respondentes, pais/responsáveis vs. professores, foi empregado o índice Kappa (k). Nas comparações realizadas entre os achados deste estudo e de outros no Brasil e no mundo, com crianças não Kalungas, foi usado o Teste de Proporção.

5 PUBLICAÇÕES

Artigo 1 – Prevalence of mental disorders in children and adolescents from a Brazilian isolated black community

Autores: Karla Cristina Naves de Carvalho, Leonardo Ferreira Caixeta, Renata Teles Vieira

A ser submetido para publicação no Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Artigo 2 – Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and comorbidities in children and adolescents from a Brazilian isolated black community

Autores: Karla Cristina Naves de Carvalho, Leonardo Ferreira Caixeta, Renata Teles Vieira, Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

A ser submetido para publicação na Revista Brasileira de Psiquiatria

Prevalence of Mental Disorders in Children and Adolescents from a Brazilian Isolated Black Community

Karla Cristina Naves de Carvalho, PhD, Leonardo Ferreira Caixeta, PhD, Renata Teles Vieira, PhD

Objective: This study aimed to assess the existence and estimate the prevalence of mental disorders in children and adolescents living in an isolated rural community of the Kalunga Quilombola ethnic group (descendants of African runaway enslaved individuals), located in the northeastern part of the state of Goiás, Brazil. **Method:** In this cross-sectional, descriptive, quantitative study, a sample of 204 Kalunga children and adolescents was assessed. The instruments used in this evaluation were the Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and the Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), answered by their parents/guardians and teachers, respectively. **Results:** The prevalence of mental health problems in Kalunga children and adolescents was 31.4% and 21.1%, according to parents/guardians and teachers' responses, respectively ($p < 0.01$). Differences were found between genders, i.e., girls were more affected by internalizing problems than boys. **Conclusions:**The prevalence of mental health problems was higher in the sample analyzed compared with similar studies around the world. **Key Words:** prevalence, mental disorder, Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18), Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), black community

Mental disorders are common in children and adolescents and cause negative impact on their family, school, and social life, often persisting throughout their lives if not detected and treated.[1-5] Although several studies have been carried out worldwide, the results are still insufficient for a complete knowledge of mental health problems in children and adolescents.[2,6]

In spite of the fact that few researches have been conducted on mental disorders in isolated rural communities worldwide, one important study has been carried out in the state of Goiás, Brazil. In that work, the prevalence of mental health problems was assessed in 192 settlement-dwelling indigenous children and adolescents, from the three largest Karajá ethnic groups in the state, using the Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and the Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–

18).[7] The prevalence of mental diseases was 34.4% when respondents were parents/guardians and 23.4 % when respondents were teachers.[7]

Numerous instruments are used in various parts of the world to detect mental disorders. Although very specific instruments can be quite appropriate in the clinical setting, in non-clinical population samples they fail to detect paucisymptomatic cases, which could lead to the false impression of low prevalence of certain diseases. As a consequence, people in need of care may not receive appropriate assistance while not constituting a strictly classical clinical case.[8] However, the instruments of the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), namely CBCL/6–18 and TRF/6–18, have proven their clinical utility.[9] Although not developed to provide final diagnosis of major mental disorders, the instruments help professionals detect those individuals at risk and that should therefore undergo more accurate clinical evaluation.

Therefore, this study aimed to assess the prevalence of mental health problems in Kalunga children and adolescents aged 6 to 18 years old, who live in an isolated rural community located in the municipality of Cavalcante, in the northeastern part of the state of Goiás, Brazil.

METHOD

Sample and Procedures

All study procedures were approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Goiás (protocol no. 21088913.5.0000.5078). The participants signed a written informed consent.

The study was carried out from August 2010 to November 2013 in the Kalunga isolated rural community located in the municipality of Cavalcante, state of Goiás, Brazil. The inclusion criteria were: (i) being parents/guardians and teachers of children and adolescents of both genders, aged 6 to 18 years old, who identified themselves as Kalunga and had been studying for at least 2 months in four schools of Cavalcante, namely Colégio Estadual Elias Jorge Cheim, Escola Municipal Alcy Alves Moreira, Escola Municipal Joselina Francisco Maia, and Escola Municipal Engenho 2; (ii) accepting to participate in the study and signing the written informed consent; (iii) completely responding the inventories CBCL/6–18 (parents/guardians) and TRF/6–18 (teachers). The exclusion criteria were: (i) being parents/guardians and teachers of children under 6 years old and adolescents over 18 years old; (ii) not accepting to participate in the study; (iii) not completely responding the inventories CBCL/6–18 (parents/guardians) and TRF/6– 18 (teachers). Therefore, a total sample of 204

parents/guardians (n = 198) and teachers (n = 21) of Kalunga children (n = 70) and adolescents (n = 134) aged 6 to 18 years old participated in this research.

For the detection of mental health problems in Kalunga children and adolescents, in the present study the Brazilian versions[10] of CBCL/6–18[11-13] and TRF/6–18[12-15] were used. CBCL/6–18 obtains reports from parents, other close relatives, and/or guardians regarding children's behavioral and emotional problems and competencies. Scores are obtained for: (a) 113 items that describe specific behavioral and emotional problems, plus two open-ended items for reporting additional problems; (b) eight empirically based syndromes, derived using factor analysis:[12] (c) two scales derived from second-order factor analyses of the eight syndromes, one labeled "internalizing and comprising the anxious/depressed, withdrawn/depressed, and somatic complaint syndromes" and the other labeled "externalizing and comprising the rule-breaking behavior and aggressive behavior syndromes"; and (d) "total problems", which consists of the sum of ratings on all 120 problem items.[12]

Statistical Analysis

The collected clinical data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences version 18.0 for Windows (SPSS 18.0). Cut-off points (T scores) were used to classify children and adolescents into three categories, namely clinical (> 63), borderline (≥ 60 and ≤ 63), and non-clinical (< 60). However, for the comparisons, the borderline and the clinical cases were grouped and the analyses were performed in only two categories, non-clinical (< 60) and altered (≥ 60). The chi-square test (χ^2) with Yates's correction for continuity and the Fisher Exact Test were used. We calculated the p value by these equations to check the statistical significance between the findings, and significance was established when $p < 0.05$.

RESULTS

The distribution of the 204 Kalunga children and adolescents evaluated herein by age group, gender, and educational attainment is shown in Table 1. The results obtained from the screening questionnaires CBCL/6–18 and TRF/6–18 are presented in Table 2. Statistically significant differences ($p < 0.05$) were observed comparing the responses given by parents/guardians and teachers regarding the categories "anxious/depressed", "somatic complaints", "aggressive behavior", "internalizing problems", and "total problems", more frequently detected by the form.

TABLE 1 Distribution by age group, gender, and educational attainment of 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, evaluated from August 2010 to November 2013

Parameter	Individuals	
	n	%
Age group		
6 a 11 years	70	33.3
12 a 18 years	134	66.7
Total	204	100.0
Gender		
Female	110	54.0
Male	94	46.0
Total	204	100.0
Educational attainment		
Elementary school	177	86.8
High school	27	13.2
Total	204	100.0

Evaluating the prevalence of mental health problems according to the age band of these children and adolescents (Table 3), statistically significant differences ($p < 0.05$) were registered for the results of the questionnaire CBCL/6–18 only in relation to “aggressive behavior” and “externalizing problems”, which were more common in younger children (6–11 years old) than in the older (12–18 years old) ones. Analyzing the teachers’ responses to questionnaire TRF/6–18, significant differences were found concerning “social problems”, “externalizing problems” ($p = 0.04$), and “aggressive behavior” ($p < 0.00$), also more pronounced in younger children.

The results regarding prevalence of mental health problems in Kalunga children and adolescents according to gender (Table 4) showed statistical difference for the parameters “anxious/depressed” ($p = 0.02$), “externalizing problems” ($p = 0.04$), and “total problems” ($p = 0.04$) when parents/guardians were the respondents and children and adolescents were male.

According to the teachers' assessment, however, statistical difference was observed for the categories "internalizing problems" ($p = 0.01$) and "total problems" ($p = 0.03$) when children and adolescents were female.

TABLE 2 Estimated prevalence of mental health problems in 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, based on reports from parents or guardians and teachers, obtained from the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013

Mental health problem	**Prevalence**				***p***
	CBCL/6–18		**TRF/6–18**		
	n	**%**	**n**	**%**	
Anxious/depressed	38	18.6	9	4.4	0.01
Withdrawn/depressed	14	6.8	11	5.4	0.4
Somatic complaints	10	4.9	2	1	0.01*
Social problems	10	4.9	6	2.9	0.2
Thought problems	7	3.4	4	2	0.1
Attention problems	23	11.3	18	8.8	0.2
Delinquent behavior	37	18.1	28	13.7	0.1
Aggressive behavior	44	21.6	17	8.3	0.01*
Internalizing problems	56	27.5	30	14.7	0.01*
Externalizing problems	46	22.5	42	20.6	0.4
Total problems	64	31.4	43	21.1	0.01

*$p < 0.05$.

TABLE 3 Estimated prevalence of mental health problems in 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, according to age band (6 to 11 or 12 to 18 years old), based on reports from parents or guardians and teachers, obtained from the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form 6–18 for ages (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013

Mental health problem	Prevalence				*p*	Prevalence				*p*
	CBCL/6–18 (n = 204)					TRF/6–18 (n = 204)				
	6 to 11 (n = 70)		12 to 18 (n = 134)			6 to 11 (n = 70)		12 to 18 (n = 134)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Anxious/depressed	23	32.8	15	11.2	0.1	5	7.1	4	3	0.8
Withdrawn/depressed	6	8.6	8	6	1.0	5	7.1	6	4.54	0.8
Somatic complaints	4	5.7	6	4.5	0.6	1	1.4	1	0.7	1.00
Social problems	4	5.7	6	4.5	0.6	9	12.9	2	1.5	0.04*
Thought problems	4	5.7	3	2.3	0.08	3	4.3	1	0.7	0.8
Attention problems	15	21.4	8	6	0.15	12	17.1	6	4.5	0.3
Delinquent behavior	23	32.9	14	10.5	0.06	19	27.1	9	6.7	0.06
Aggressive behavior	31	44.3	13	9.7	0.01*	15	21.4	2	1.5	0.01*
Internalizing problems	33	47.1	23	17.2	0.07	16	22.9	14	10.5	0.8
Externalizing problems	31	44.3	15	11.2	0.01*	27	38.6	15	11.2	0.04*
Total problems	37	52.8	27	20.2	0.13	27	38.6	16	12	0.06

*$p < 0.05$.

TABLE 4 Estimated prevalence of mental health problems in 204 Kalunga children and adolescents, from the municipality of Cavalcante, GO, Brazil, according to gender, based on reports from parents or guardians and teachers, obtained from the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form 6–8 for ages (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013

Mental health problem	Prevalence				*p*	Prevalence				*p*
	CBCL/6–18 (n = 204)					TRF/6–18 (n = 204)				
	Female (n = 110)		Male (n = 94)			Female (n = 110)		Male (n = 94)		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Anxious/depressed	12	10.9	26	28.7	0.02*	2	1.82	7	7.5	0.2
Withdrawn/depressed	7	6.4	7	7.5	0.9	8	7.3	3	3.2	0.1
Somatic complaints	5	4.5	5	5.3	0.9	0	0.00	2	2.1	0.7
Social problems	3	2.8	7	7.5	0.3	4	3.6	7	7.5	0.3
Thought problems	4	3.6	3	3.2	0.8	1	0.90	3	3.2	0.7
Attention problems	11	10.0	12	12.7	0.9	7	6.4	11	11.7	0.4
Delinquent behavior	15	13.6	22	23.4	0.4	17	15.5	11	11.7	0.1
Aggressive behavior	15	13.6	29	30.8	0.06	8	7.3	9	9.6	0.9
Internalizing problems	21	19.1	35	37.2	0.13	20	18.2	10	10.6	0.01*
Externalizing problems	15	13.6	31	33	0.03*	24	21.8	18	19.2	0.11
Total problems	23	20.9	41	43.6	0.04*	26	23.6	17	18.1	0.03*

*$p < 0.05$.

DISCUSSION

To the best of our knowledge, this is the first prevalence study on mental health disorders in children and adolescents aged 6 to 18 years old living in an isolated rural black community in Brazil and one of the few carried out worldwide.

The presence of mental healthdisorders was confirmed in the population of Kalunga children and adolescents aged 6 to 18 years old herein assessed, based on the results obtained using CBCL/6–18 and TRF/6–18. Such finding compels us to a reflection on the well-known, broadly discussed but not yet conclusive issue of biological influences (constitutional factors) versus environmental influences (nature vs. nurture).[16–19] In this sense, an important methodological aspect of the present research is the strategy of combining information from two distinctive sources to generate diagnostic hypotheses, limited to the cases herein presented and taking into consideration that the purpose was not to effectively diagnose mental illnesses, but obtain a screening of the studied population.[5]

In this study the instruments applied (CBCL/6–18 and TRF/6–18) were chosen for being the most widely used in similar works around the world.[11,12,20,21] The establishment of multicultural robustness was carried out through systematic research in order to demonstrate that an instrument performs similarly across different societies in terms of reliability, internal consistency, factor structure, scale scores, and associations of scores with age and gender.[13,22,23] Preliminary validation data from the Brazilian version of the CBCL/6–18 (1991 version) showed 80.4% sensitivity when applied to mothers with low level of education by trained lay interviewers.[10] High sensitivity (78.7%) was also verified in a more recent study comparing the results of the CBCL/6–18 to those obtained for the Brazilian version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children: Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).[24] Finally, CBCL/6–18 has been extensively and successfully used for epidemiological tracking in Brazil.[25-28]

High prevalence of disorders was found in total sample both when parents/guardians (31.4%) and teachers (21.1%) were the respondents. However, as it occurs in virtually all cultures around

the world, statistical differences were observed among respondents, with family members indicating higher occurrence rate of total problems than educators ($p < 0.03$).

Congruent with epidemiological studies on many other cultures, parents/guardians indicated higher occurrence of disorders in the “anxious/depressed” ($p < 0.03$) and “somatic complaints” ($p < 0.01$) syndrome scales than teachers. Although the prevalence estimates were all above the average found in other cultures, the essential features were maintained. Therefore, parents/guardians are the best informants about emotional or internalizing symptoms. Nonetheless, unlike other cultures, in the present study the parents/guardians were also the ones who indicated the most reported externalizing symptoms such as “aggressive behavior” ($p < 0.03$).

In the following evaluations, we considered the occurrence of mental health problems compared with the variables age and sex. Parents/guardians and teachers opinions were evaluated separately and the socioeconomic status (SES) variable was not included in the analysis, since virtually all the Kalunga population is within the same low level.

Analyzing the occurrence of mental health disorders in relation to age band, we found a higher incidence of aggressive behavior and externalizing problems in young children (6 to 11 years) than in the older (12 to 18 years) ones, both according to parents/guardians ($p < 0.01$ for both) and to teachers ($p < 0.01$ and $p = 0.04$, respectively). Social problems were also seen more frequently in younger children by teachers ($p = 0.04$). A possible explanation for this finding is that attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is among externalizing problems and, as the child grows up, the maturation of the frontal lobe can be responsible for a decrease by at least 50% in this problem after childhood.

Analyzing the prevalence estimates of mental health problems in relation to gender, we found similarities and differences with studies in many other cultures. Parents/guardians indicated that boys were more likely to present with symptoms of anxious/depressed syndrome than girls ($p = 0.02$), which differs from other cultures, where girls are more affected by these symptoms.[23,29] Still according to parents/guardians, boys have more externalizing ($p = 0.03$) and total problems ($p = 0.04$) than girls, consistent with most studies in other cultures.[23,30] Nevertheless, according

to teachers, females presented more internalizing ($p = 0.01$) and total ($p = 0.03$) problems than males. The former is similar to the findings of many other studies around the world, but the latter is exactly the opposite.[31]

Among the researches carried out in Brazil, the one presenting more methodological similarity to the present study was performed by Azevêdo et al., [7] in which the same instruments for tracking behavioral and emotional problems were employed. The authors assessed the prevalence of mental health problems in 192 Karajá children and adolescents and reported 34.38% and 23.44% when respondents were parents/guardians and teachers, respectively.

Based on the responses provided by parents/guardians and teachers, the presence of signs and symptoms of mental disorders was evidenced in the population of Kalunga children and adolescents assessed in the present study. In spite of living near waterfalls and having the vast Cerrado in their backyard, different from the great majority of Brazilian children and adolescents, who reside in large urban centers, cloistered in their homes, apartments, or schools, the individuals evaluated in this study showed signs and symptoms of mental disorders. Unlike the results of most population-based studies with children and adolescents, mental health problems were more common in younger individuals than in older ones in this study. Also, girls were more affected by internalizing problems than boys, contradicting the literature. Finally, despite some unexpected results, based on solid statistical data, collected with scientific rigor, it was possible to generate knowledge that may help develop action planning guides and interventions of competent public institutions.

REFERENCES

1. Almeida-Filho, N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian children's behaviour questionnaire for completion by parents. Soc. Psychiatry. 1981;16:205-211. DOI: 10.1007/BF00582661.
2. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:972-986. DOI: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f.

3. Giel R, Arango MV, Climent CE, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. Pediatrics. 1981;68:677-683. PMID: 7312471.
4. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. London: Office for National Statistics; 2000. Available at: http://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99_original_survey_report.pdf. Accessed March 12, 2014.
5. Rohde LA, Biederman J, Knijnik MP et al. Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. J Atten Disord. 1999;3:91-93. DOI: 10.1177/108705479900300203.
6. Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. Rev Bras Psiquiatr, 2000;22:2-6. DOI: 10.1590/S1516-44462000000600002.
7. Azevêdo PVB, Caixeta L, Andrade LHS, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. Arq Neuropsiquiatr. 2010;68:541-544. DOI: 10.1590/S0004-282X2010000400012.
8. Jellinek M, Little M, Murphy JM, Pagano M. The Pediatric Symptom Checklist: support for a role in a managed care environment. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:740-746. DOI: 10.1001/archpedi.1995.02170200030004.
9. 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. J Atten Disord. 2004;8:63-71. DOI: 10.1177/108705470400800204.
10. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. Rev ABP/APAL. 1995;17:55-66.
11. Achenbach TM. Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. Transcult Psychiatry. 2010;47:707-726. DOI: 10.1177/1363461510382590.

12. Achenbach TM, Becker A, Döpfner M, et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49:251-275. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x.
13. Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: implications for mental health assessment. New York: Guilford Press; 2007.
14. Humphrey N, Kalambouka A, Wigelsworth M, Lendrum A, Lennie C, Farrell P. New Beginnings: evaluation of a short social-emotional intervention for primary-aged children. Educ Psychol. 2010;30:513-532. DOI: 10.1080/01443410.2010.483039.
15. Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2007.
16. Rutter M. Commentary: Revisiting the dismissal of shared environmental influences as argued by Burt et al. (2011). J Child Psychol Psychiatry. 2011;52:527-528. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02402.x.
17. Rutter M. Gene-environment interplay. Depress Anxiety. 2010;27:1-4. DOI: 10.1002/da.20641
18. Nikapota A. Cultural issues in child assessment. Child and Adolesc Ment Health. 2009;14:200-206. DOI: 10.1111/j.1475-3588.2009.00537.x.
19. Rutter M, Thapar A, Pickles A. Gene-environment interactions: biologically valid pathway or artifact. Arch Gen Psychiatry. 2009;66:1287-1289. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.167.
20. Abaied JL, Rudolph KD. Mothers as a resource in times of stress: Interactive contributions of socialization of coping and stress to youth psychopathology. J Abnorm Child Psychol. 2010;38:273-289. DOI: 10.1007/s10802-009-9364-7.

21. Bérubé RL, Achenbach TM. Bibliography of published studies using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA): 2010 edition. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2010.
22. Ivanova MY, Achenbach TM, Dumenci L, et al. Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. J Clin Child Adolesc Psychol. 2007;36:405-417. DOI: 10.1080/15374410701444363.
23. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, et al. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. J Emot Behav Disord. 2007;15:130-142. DOI: 10.1177/10634266070150030101.
24. Brasil HHA, Bordin IA. Convergent validity of K-SADS-PL by comparison with CBCL in a Portuguese speaking outpatient population. BMC Psychiatry. 2010;10:83. DOI: 10.1186/1471-244X-10-83.
25. Curto BM, Paula CS, Nascimento R, Murray J, Bordin IA. Environmental factors associated with adolescent antisocial behavior in a poor urban community in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011;46: 1221-1231. DOI: 10.1007/s00127-010-0291-2.
26. Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. Bull World Health Organ. 2009;87:336-344. DOI: 10.2471/BLT.07.043125.
27. Paula CS, Vedovato MS, Bordin IA, Barros MGSM, D'Antino ME, Mercadante MT. Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. Rev Saúde Pública. 2008;42:524-528. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000027.
28. Paula CS, Duarte CS, Bordin IAS. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of São Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29:11-17.
29. Crijnen AA, Achenbach TM, Verhulst FC. Problems reported by parents of children in multiple cultures: the Child Behavior Checklist syndrome constructs. Am J Psychiatry. 1999;156:569-574. PMID: 10200736.

30. Petot D, Petot JM, Achenbach TM. Behavioral and emotional problems of Algerian children and adolescents as reported by parents. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2008;17:200-208. DOI: 10.1007/s00787-007-0654-8.
31. Rescorla LA, Achenbach TM, Ginzburg S, et al. Consistency of teacher-reported problems for students in 21 countries. School Psych Rev. 2007;36:91-110.

Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and comorbidities in children and adolescents from a Brazilian isolated black community

Karla Cristina Naves de Carvalho,[1] Leonardo Ferreira Caixeta,[2] Renata Teles Vieira,[2] Paulo Verlaine Borges e Azevêdo[3]

[1] Medical School, Faculdade Unievangélica de Anápolis, Anápolis, GO, Brazil. [2] Medical School, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brazil. [3] Medical School, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, GO, Brazil.

Correspondence: Karla Cristina Naves de Carvalho, Travessa 6 Qd.75 Lt. 3 Condomínio Privê Atlântico, Jardim Atlântico, 74.343-660, Goiânia, GO, Brazil.

Tel: (62) 3290-1640, (62) 8125-5839

E-mail: medkarcri@yahoo.com.br

Objective: To assess prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms and comorbidities in children and adolescents aged 6 to 18 from a Kalunga community in the state of Goiás, Brazil.

Methods: A sample of 204 Kalunga children and adolescents was evaluated based on the responses of their parents/guardians and teachers to the Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and the Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively.

Results: ADHD and attention deficit disorder (ADD) symptoms were detected in 5.9%, 5.4%, 16.2%, and 15.2% of the individuals assessed, by parents and teachers, respectively. Prevalence of ADD was higher than the national average, while ADHD presented prevalence similar to that of the world population. According to the evaluations of parents/guardians and teachers, the estimated prevalences of comorbid disorders in children and adolescents with signs and symptoms of ADHD and ADD were, respectively, 83%, 90%, 60.6%, and 64% with oppositional defiant disorder and 58.3%, 63.6%, 75.7%, and 80.6% with anxiety disorders.

Conclusions: Due to the high prevalence of ADHD comorbidities found herein, further studies are necessary to assess the prevalence of other mental diseases in the studied community. Therefore deeper knowledge on such a relevant theme can be generated.

Keywords: Kalunga; Prevalence; Attention deficit hyperactivity disorder; CBCL/6–18; TRF/6–18

Introduction

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is quite common in children and adolescents and bring negative effects to their family, school, and social life, often persisting throughout their existence if not detected and treated. It is characterized by motor system, perceptual, cognition, and behavioral disturbances, compromising the learning process of people with adequate intellectual potential.[1-5] This syndrome also causes huge impact on society due to the high financial cost, the stress caused on families, the damage to vocational and academic activities and, above all, the negative effects on the self-esteem of children and adolescents.[5]

Although considerable research has been devoted to this area worldwide, it is still insufficient for the full knowledge of ADHD in children and adolescents.[2,6] Also, few studies have been conducted worldwide on this type of disorder in isolated rural communities and, so far, just two have been performed in Brazil.

In several national and international studies, mostly applied to school-age children, prevalence of ADHD lies between 3% and 6%.[7] This could lead to the false impression of low prevalence, and thus, children and adolescents in need of care would no longer receive appropriate assistance, both prophylactic and curative, while not constituting proper classic clinical cases.[2,6,8]

Therefore, this study aimed to assess the prevalence of ADHD symptoms and comorbidities in children and adolescents aged 6 to 18, belonging to the Kalunga Quilombola ethnic group (descendants of African runaway enslaved

individuals), who live in an isolated rural community located in the municipality of Cavalcante, in the northeastern part of the state of Goiás, Brazil.

Methods

Sample and procedures

All study procedures were approved by the Ethics Committee of the Universidade Federal de Goiás (protocol no. 21088913.5.0000.5078). The participants signed a written informed consent.

The study was conducted from August 2010 to November 2013 in the Kalunga isolated rural community located in the municipality of Cavalcante, state of Goiás, Brazil. The inclusion criteria were: (i) being parents/guardians and teachers of children and adolescents of both genders, aged 6 to 18 years old, who identified themselves as Kalunga and studied for at least 2 months in four schools of Cavalcante, namely Colégio Estadual Elias Jorge Cheim, Escola Municipal Alcy Alves Moreira, Escola Municipal Joselina Francisco Maia, and Escola Municipal Engenho 2; (ii) accepting to participate in the study and signing the written informed consent; (iii) completely responding the inventories Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) (parents/guardians) and the Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18 (teachers). The exclusion criteria were: (i) being parents/guardians and teachers of children under 6 years old and adolescents over 18 years old; (ii) not accepting to participate in the study; (iii) not completely responding the inventories CBCL/6–18 (parents/guardians) and TRF/6–18 (teachers); (iv) having communication

difficulties. Therefore, a total sample of 204 parents/guardians (n = 198) and teachers (n = 21) of Kalunga children (n = 70) and adolescents (n = 134) aged 6 to 18 years old participated in this research.

Instruments

For the detection of ADHD symptoms and comorbidities in Kalunga children and adolescents, in the present study the Brazilian versions[9] of the CBCL/6–18[10-12] and TRF/6–18[11-14] were used. CBCL/6–18 obtains reports from parents, other close relatives, and/or guardians regarding children's behavioral and emotional problems and competencies. Scores are obtained for: (a) 113 items that describe specific behavioral and emotional problems, plus two open-ended items for reporting additional problems; (b) eight empirically based syndromes, derived using factor analysis;[11] (c) two scales derived from second-order factor analyses of the eight syndromes, one labeled "internalizing and comprising the anxious/depressed, withdrawn/depressed, and somatic complaint syndromes" and the other labeled "externalizing and comprising the rule-breaking behavior and aggressive behavior syndromes); and (d) total problems, which consists of the sum of ratings on all 120 problem items.[11]

Statistical analysis

Data obtained using CBCL/6–18 and TRF/6–18 were analyzed for comparisons across gender, age group, and educational attainment of the children and

adolescents evaluated, both intra and inter-respondents (parents/guardians and teachers), employing the Statistical Package for Social Sciences version 18.0 for Windows (SPSS 18.0). To check the statistical significance between the findings *p* value was calculated using the Fisher's exact test, establishing $p < 0.05$ as significant. In the analysis conducted among respondents, parents/guardians versus teachers, kappa (K) statistics was used for assessing the level of agreement between them.

Results

A sample of 204 participants, namely 198 parents/guardians and 21 teachers, responded to CBCL/6–18 and TRF/6–18, respectively. The distribution of the 204 children (n = 70) and adolescents (n = 134) according to the age group (6–11 years and 12–18 years), gender, and educational attainment (elementary school or high school) is presented in Table 1.

In this study, we detected the presence of signs and symptoms of ADHD and ADD in the children and adolescents evaluated, with an estimated prevalence of 5.9% and 16.2%, respectively, when the screening was based on the responses of parents/guardians to CBCL/6–18, and 5.4% and 15.2%, respectively, based on the answers provided by the teachers to TRF/6–18.

Comparing the educational attainement with the estimated prevalence of ADHD and ADD, when respondents were teachers, using TRF/6–18, and when parents/guardians were respondents, using CBCL/6–18, no statistically significant difference was found (Table 2 and Table 3).

Table 1 Sociodemographic characteristics of Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, assessed from August 2010 to November 2013

Variable	Individuals	
	n	%
Age group		
6 a 11 years	70	33.3
12 a 18 years	134	66.7
Gender		
Female	110	54.0
Male	94	46.0
Educational attainment		
Elementary school	177	86.8
High school	27	13.2

According to both parents/guardians and teachers, about 11% of the individuals who were in high school showed presumption of ADHD, whereas for those attending elementary school, the prevalence was 5.1% and 4.5%, respectively (Table 2). A trend in concentration of pure ADD in elementary school was observed (p = 0.087). According to both parents/guardians and teachers, approximately 17% of the subjects studying in elementary school were assessed as having ADD, compared with 7.4% and 3.7% of high school students, respectively (Table 3).

Table 2 Distribution of estimated prevalence of ADHD according to gender, educational attainment, and age of Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, based on the responses of parents/guardians and teachers to the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013

Respondent	Gender				IC 95%	*p*
	Female		Male			
	n	%	n	%		
Parents/guardians	14	12.6	19	20.4	0.27–1.20	0.182
Teachers	14	12.6	17	18.3	0.31–1.40	0.329
	Educational attainment					
	Elementary school		High school			
	n	%	n	%		
Parents/guardians	9	5.1	3	11.1	0.11–1.69	0.201
Teachers	8	4.5	3	11.1	0.09–1.53	0.165
Variable	Age band					
	6–11		12–18			
	n	%	n	%		
Parents/guardians	11	16.7	22	16.2	0.47–2.29	1.000
Teachers	10	15.2	21	15.4	0.43–2.22	1.000

Fisher's Exact Test.

Table 3 Distribution of estimated prevalence of ADD according to gender, educational attainment, and age of Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, based on the responses of parents/guardians and teachers to the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013

Respondent	Gender				IC 95%	*p*
	Female		Male			
	n	%	n	%		
Parents/guardians	7	6.3	5	5.4	0.37–3.87	1.000
Teachers	7	6.3	4	4.3	0.43–5.29	0.758
	Educational attainment					
	Elementary school		High school			
	n	%	n	%		
Parents/guardians	31	17.5	2	7.4	0.60–11.79	0.264
Teachers	30	16.9	1	3.7	0.69–40.63	0.087
Variable	Age band					
	6–11		12–18			
	n	%	n	%		
Parents/guardians	1	1,5	11	8,1	0.02–1,38	0,108
Teachers	11	1,5	10	7,4	0.43–2.22	0,107

Fisher's Exact Test.

The percentage of ADD remained constant regardless of the age, while an increase in the percentage of ADHD was found with increasing age both based on the answers provided by parents/guardians to CBCL/6–18 and by teachers to TRF/6–18, although no statistical significance was detected (Table 2 and Table 3).

High concordance (K = 0.954) was found between the responses provided by parents/guardians using CBCL/6–18 and by teachers using TRF/6–18 regarding the behavior and performance of the children and adolescents evaluated to assess the estimated prevalence of ADHD (Table 4).

Table 4 Concordance between respondents (parents/guardians vs teachers) regarding ADHD symptoms in Kalunga children and adolescents (n = 204), from the municipality of Cavalcante, GO, based on the responses of parents/guardians and teachers to the screening questionnaires Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18) and Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18), respectively, assessed from August 2010 to November 2013

		Teachers		K[1]	*P*[2]
		Yes (%)	No (%)		
Parents/guardians	Yes (%)	11 (100.0)	1 (0.5)	0.954	< 0.001
	No (%)	0 (0.0)	192 (99.5)		

[1] K: Kappa coefficient.

[2] $p < 0.05$.

Based on the assessment of parents/guardians and teachers, the estimated prevalences of comorbid disorders in Kalunga children and adolescents with signs and symptoms of ADHD were, respectively, oppositional defiant disorder 83% and 90%, conduct disorder 41.6% and 45.4%, anxiety disorders 58.3% and 63.6%, and affective disorders 33.3% and 36.3%, whereas in subjects with signs and symptoms of ADD they were, respectively, oppositional defiant disorder 60.6% and 64%, conduct disorder 54.5% and 58%, anxiety disorders 75.7% and 80.6%, affective disorders 57.5% and 61.2%.

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first study on the prevalence of signs and symptoms of ADHD in Kalunga children and adolescents aged 6 to 18 years old. Few studies can be found about ADHD in isolated rural communities and specifically in black people in Brazil.

Furthermore, an important aspect of the method applied is the strategy of combining the opinions of different informants to generate diagnostic hypotheses, limited to the cases herein presented and considering that the purpose was not to effectively diagnose mental illnesses, but obtain a screening of the studied population. It is well known that individuals presenting with ADHD tend not to refer to symptoms of externalizing problems compared with other sources of information, such as parents/guardians and teachers.[7]

The world average estimated prevalence of ADHD is approximately 5.3%, based on varied sources, such as parents, teachers, subjects, and clinical

evaluation,[15] similar to the result of this study. Nevertheless, in some studies, higher estimated prevalences of ADHD were found, but it should be emphasized that the results were based solely on the assessment of teachers, without the requirement of functional impairment.[16,17] In a study screening 6–12-year-old students using diagnostic criteria from the Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) as the first step and, as the second step, parents' interview with the researchers, during which they filled an ADHD symptom questionnaire, the prevalence of ADHD was 13%.[18]

Among the studies on ADHD carried out in Brazil, a research on Karajá children and adolescents had more similarities with this work regarding methods, since the same instruments were used in both. In that work, the prevalence of ADHD was 10.4% when respondents were parents and 2.8% when respondents were teachers.[19]

Comparing our data with the results obtained in a study with children aged 7 to 14 years old, using clinical evaluation based on the analysis of various sources of informants, with the requirement of functional impairment to diagnose the disorder, in all cases the authors found higher and statistically significant ($p < 0.001$) prevalence of ADHD.[20]

In a study on African-Brazilian children and adolescents aged 5 to 14 years old, with the requirement of functional impairment, using clinical evaluation based on various informers, the estimated prevalence of ADHD was lower than that found in this work for all situations ($p < 0.001$). [21]

A survey on African-American children was conducted to compare individuals with and without ADHD. The authors reported that children presenting with

ADHD had higher rates of comorbidities for almost all psychiatric disorders assessed, although statistical significance was only found for oppositional defiant disorder, anxiety disorders, major depression, and bipolar disorder.[22]

Comparing the results of this study with those obtained in a research to evaluate the prevalence, comorbid conditions, and impairments of ADHD among young adolescents, aged 12 to 14 years old, in Porto Alegre, Brazil, using a screening instrument based on the 18 DSM-IV ADHD symptoms, in all cases rates for Kalunga children and adolescents were higher and presented statistical significance ($p < 0.05$).[23]

In most studies on Brazilian children and adolescents in which the methodology included the need for negative impact (dysfunction) on the subject's life, estimated prevalence rates of ADHD were lower than those found herein among Kalunga children and teenagers, as repeatedly demonstrated in the literature.[24]

Analyzing the present results in comparison with a study conducted in Canada for the assessment of Inuit children and adolescents aged 6 to 10 years old, having parents and teachers as informants and without the requirement of functional impairment, the prevalence rates of ADHD in our study are lower.[25] The fact that the Brazilian population evaluated herein is poorer than the Canadian sample reinforces the biological component of ADHD, regardless of the socioeconomic circumstances in which the individual lives.

Based on the results obtained from the responses provided by parents/guardians and teachers to CBCL/6–18 and TRF/6–18, respectively, the presence of symptoms and comorbidities of ADHD in the population of children

and adolescents evaluated was confirmed. This discovery leads to the reflection on the well known and discussed, but not yet conclusive, issue of biological influences versus environmental influences.[26]

The symptoms and comorbidities of ADD presented higher prevalence in the sample compared with the world average and some studies in Brazil, proving to be a mental health problem in children and teenagers all over the world. In contrast, the symptoms and comorbidities of ADHD in this sample showed prevalence similar to that of the world population. Unlike the results found in the literature, which show a prevalence od ADHD and ADD in males, in the present study they were more prevalent in females.[20,24]

This study provided the opportunity to learn about cross-cultural variables that may influence the epidemiology of mental illness. It is still to be known whether the prevalence of mental illness differs between black people from urban and rural communities. The fact that the population under study is relatively isolated geographically reinforces the correlation between nature and nurture. The present data show that the low environmental stress experienced by this community did not seem to influence the prevalence of mental disorders detected, since it is similar to that reported for black populations living in totally different environments. Therefore, it seems that genetic factors determine mental illness more than the environment and, therefore, nature would present more influence than nurture.

According to the assessments of parents/guardians and teachers, the comorbidities (oppositional defiant disorder, conduct disorder, anxiety disorders, and affective disorders) showed high prevalence. Therefore, further research is

needed to assess the prevalence of other mental disorders in the community studied in order to generate deeper knowledge about such a relevant theme and the peculiarities of Kalunga children and adolescents.

Disclosure

The authors report no conflicts of interest.

References

1 Almeida-Filho, N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian children's behaviour questionnaire for completion by parents. Soc. Psychiatry. 1981;16:205-11. DOI: 10.1007/BF00582661.

2 Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44:972-86. DOI: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f.

3 Giel R, Arango MV, Climent CE, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. Pediatrics. 1981;68:677-83. PMID: 7312471.

4 Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. London: Office for National Statistics; 2000. Available at: http://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99_original_survey_report.pdf. Accessed March 12, 2014.

5 Rohde LA, Biederman J, Knijnik MP et al. Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. J Atten Disord. 1999;3:91-3. DOI: 10.1177/108705479900300203.

6 Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. Rev Bras Psiquiatr, 2000;22:2-6. DOI: 10.1590/S1516-44462000000600002.

7 Rohde LA, Busnello ED, Chachamovich E, Vieira GM, Pinzon V, Ketzer CR. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. Rev Bras Psiquiatr. 1998;20:166-78. DOI: 10.1590/S1516-44462000000600003.

8 Jellinek M, Little M, Murphy JM, Pagano M. The Pediatric Symptom Checklist: support for a role in a managed care environment. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995;149:740-746. DOI: 10.1001/archpedi.1995.02170200030004.

9 Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. Rev ABP/APAL. 1995;17:55-66.

10 Achenbach TM. Multicultural evidence-based assessment of child and adolescent psychopathology. Transcult Psychiatry. 2010;47:707-726. DOI: 10.1177/1363461510382590.

11 Achenbach TM, Becker A, Döpfner M, et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. J Child Psychol Psychiatry. 2008;49:251-75. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x.

12 Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: implications for mental health assessment. New York: Guilford Press; 2007.

13 Humphrey N, Kalambouka A, Wigelsworth M, Lendrum A, Lennie C, Farrell P. New Beginnings: evaluation of a short social-emotional intervention for primary-aged children. Educ Psychol. 2010;30:513-32. DOI: 10.1080/01443410.2010.483039.

14 Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2007.

15 Polanczyk G, Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry. 2007;164:942-8. DOI: 10.1176/appi.ajp.164.6.942.

16 Guardiola A, Fuchs FD, Rotta NT. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. Arq Neuro-Psiquiatr. 2000;58:401-7. DOI: 10.1590/S0004-282X2000000300001.

17 Vasconcelos MM, Werner Jr. J, Malheiros AFA, Lima DFN, Santos ISO, Barbosa JB. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. Arq Neuro-Psiquiatr. 2003;61: 67-73. DOI: 10.1590/S0004-282X2003000100012.

18 Fontana RS, Vasconcelos MM, Werner Jr. J, Góes FV, Liberal EF. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. Arq Neuro-Psiquiatr. 2007;65:134-7. DOI: 10.1590/S0004-282X2007000100027.

19 Azevêdo PVB, Caixeta L, Andrade LHS, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. Arq Neuro-Psiquiatr. 2010;68:541-4. DOI: 10.1590/S0004-282X2010000400012.

20 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. DOI: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca.

21 Goodman R, Santos DN, Nunes APR, Miranda DP, Fleitlich-Bilyk B, Almeida-Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:11-7. DOI: 10.1007/s00127-005-0851-z.

22 Samuel VJ, Biederman J, Faraone SV, et al. Clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder in African American children. Am J Psychiatry. 1998;155:696-8. PMID: 9585726.

23 Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, 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;38:716-22. DOI: 10.1097/00004583-199906000-00019.

24 Polanczyk G, Jensen P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2008;17:245-60. DOI: 10.1016/j.chc.2007.11.006.

25 Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. J Atten Disord. 2006;9:642-7. DOI: 10.1177/1087054705284246.

26 Lancy DF. When nurture becomes nature: ethnocentrism in studies of human development. Behav Brain Sci. 2010;33:99-100. DOI: 10.1017/S0140525X10000154.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas respostas fornecidas pelos pais/responsáveis e professores, evidenciou-se a prevalência de sinais e sintomas de transtornos mentais na população de crianças e adolescentes Kalunga avaliada. Embora tenham o Cerrado em seu quintal, diferentemente de grande parte das crianças e adolescentes brasileiros, que residem em grandes centros urbanos, enclausurados em suas casas, apartamentos ou escolas, os indivíduos avaliados neste estudo mostraram sinais e sintomas de transtornos mentais. Ao contrário dos resultados da maioria dos estudos de base populacional com crianças e adolescentes, na presente pesquisa observou-se que os problemas de saúde mental foram mais comuns em indivíduos mais jovens do que nos mais velhos. Além disso, verificou-se que as meninas foram mais afetadas por problemas internalizantes do que os meninos, contrariando a literatura. Por fim, apesar de alguns resultados inesperados, com base em dados estatísticos sólidos, coletados com rigor científico, foi possível gerar conhecimentos que podem ajudar a desenvolver guias de planejamento de ação e intervenções das instituições públicas competentes.

Como este foi um estudo de prevalência em uma comunidade ancestral de remanescentes quilombolas relativamente isolada em zona rural, oferece a

oportunidade de aprendizado sobre variáveis transculturais que podem influenciar na epidemiologia das doenças mentais. O fato de esta população ser relativamente isolada geograficamente e mais homogênea etnicamente confere precisão à correlação entre natureza e ambiente. Os dados obtidos mostram que a baixa demanda de estresse ambiental vivida por esta comunidade pareceu não influir na alta prevalência de transtornos mentais detectada, ou seja, os fatores ambientais pareceram influir menos na determinação da doença mental do que os fatores genéticos. Portanto, neste quesito em particular, a natureza teria exercido mais influência do que o ambiente. Corrobora esse dado o fato de que indivíduos negros vivendo em ambientes muito diferentes apresentam prevalências semelhantes de doenças mentais.

Entretanto, quando fatores transculturais são estudados, existem as dificuldades impostas pela adequação à amostra avaliada de medidas e instrumentos usados na coleta das informações. No presente caso, não houve trabalhos prévios com esta população específica para a validação dos instrumentos empregados. Assim, sugere-se que em trabalhos posteriores sejam abordados outros fatores, como a melhor caracterização de como a alta prevalência de casamentos consanguíneos na comunidade estudada poderia estar influenciando na determinação de maior prevalência de transtornos mentais. Também seria interessante comparar as diferenças de prevalência de consanguinidade entre os indivíduos do grupo que apresenta doença mental e o que não apresenta, no intuito de verificar se seriam significativas.

REFERÊNCIAS

ABIODUN, O. A. Emotional illness in a pediatric population in Nigeria. *Journal of Tropical Pediatrics*, Oxford, v. 39, no. 1, p. 49–51, 1993. doi: 10.1093/tropej/39.1.49.

ADELEKAN, M. L.; NDOM, R. J.; EKPO, M.; OLUBOKA, O. Epidemiology of childhood behavioural disorders in Ilorin, Nigeria-findings from parental reports. *West African Journal of Medicine*, Lagos, v. 18, no. 1, p. 39–48, 1999.

ALMEIDA FILHO, N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian children's behaviour questionnaire for completion by parents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, v. 16, no. 4, p. 205–211, 1981.

ALMEIDA FILHO, N. Family variables and child mental disorders in a Third World urban area (Bahia, Brazil). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, v. 19, n. 1, p. 23–30, 1984.

ASEBA. Achenbach System of Empirically Based Assessment. Child Behavior Checklist for ages 6–18 (CBCL/6–18). Burlington, 2009a. Disponível em: <http://www.aseba.org/forms/schoolagecbcl.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

ASEBA. Achenbach System of Empirically Based Assessment. Teacher's Report Form for ages 6–18 (TRF/6–18). Burlington, 2009b. Disponível em: <http://www.aseba.org/forms/trf.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

ASHENAFI, Y.; KEBEDE, D.; DESTA, M.; ALEM, A. Prevalence of mental and behavioural disorders in Ethiopian children. *East African Medical Journal*, Nairobi, v. 78, no. 6, p. 308–311, 2001.

AZEVÊDO, P. V. B. *Prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em uma população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá*. 2009. 212 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)– Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2009.

BÉRUBÉ, R. L.; ACHENBACH, T. M. *Bibliography of published studies using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)*: 2008 edition. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families, 2008.

BIEDERMAN, J.; MICK, E.; FARAONE, S. V.; VANPATTEN, S.; BURBACK, M.; WOZNIAK, J. A prospective follow-up study of pediatric bipolar disorder in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, Amsterdam, v. 82, supplement, p. S17–S23, 2004. doi: 10.1016/j.jad.2004.05.012.

BRASIL. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm#adct>. Acesso em: 3 jun. 2014.

BRITO, G. N.; PINTO, R. C.; LINS, M. F. A behavioural assessment scale for attention deficit disorder in Brazilian children based on DSM-IIIR criteria. *Journal of Abnormal Child Psychology*, New York, v. 23, no. 4, p. 509–521, 1995. doi: 10.1007/BF01447211.

CANINO, G.; SHROUT, P. E.; RUBIO-STIPEC, M.; BIRD, H. R.; BRAVO, M.; RAMÍREZ, R.; CHAVEZ, L.; ALEGRÍA, M.; BAUERMEISTER, J. J.; HOHMANN, A.; RIBERA, J.; GARCÍA, P.; MARTÍNEZ-TABOAS, A. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 61, no. 1, p. 85–93, 2004. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.85.

CARDOSO, J. A. Povo Kalunga de Goiás consolida sua identidade. *Agência Sebrae de Notícias*, Brasília, DF, 17 out. 2010. Disponível em: <http://www.agenciasebrae.com.br/noticia/10814135/servicos/povo-kalunga-de-goiasconsolida-sua-identidade/>. Acesso em: 3 jun. 2014.

COSTELLO, E. J. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 28, no. 6, p. 836–841, 1989.

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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 44, n. 10, p. 972–986, 2005. doi: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f.

DALGALARRONDO, P.; SANTOS, S. M. A.; ODA, A. M. G. R. A psiquiatria transcultural no Brasil: Rubim de Pinho e as “psicoses” da cultura nacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 59–62, 2003. doi: 10.1590/S1516-44462003000100015.

FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 43, no. 6, p. 727–734, 2004. doi: 10.1097/01.chi.0000120021.14101.ca.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, supl II, p. 2–6, 2000. doi: 10.1590/S1516-44462000000600002.

FLEMING, J. E.; OFFORD, D. R.; BOYLE, M. A. Prevalence of childhood and adolescent depression in the community. Ontario Child Health Study. *British Journal of Psychiatry*, London, v. 155, p. 647–654, 1989.

FORD, T.; GOODMAN, R.; MELTZER, H. The British child and adolescent mental health survey 1999: The prevalence of *DSM-IV* disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 42, no. 11, p. 1203–1211, 2003. doi: 10.1097/00004583-200310000-00011.

FROEHLICH, T. E.; LANPHEAR, B. P.; EPSTEIN, J. N.; BARBARESI, W. J.; KATUSIC, S. K.; KAHN, R. S. Prevalence, recognition, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in a national sample of US children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Chicago, v. 161, no. 9, p. 857–864, 2007. doi: 10.1001/archpedi.161.9.857.

GIEL, R.; ARANGO, M. V.; CLIMENT, C. E.; HARDING, T.; IBRAIM, H. H. A.; LADRIDOIGNACIO, L.; MURTHY, R. S.; SALAZAR, M. C.; WIG, N. N.; YOUNIS, Y. O. Chidhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 68, no. 5, p. 677–683, 1981.

GOODMAN, S. H.; HOVEN, C. W.; NARROW, W. E.; COHEN, P.; FIELDING, B.; ALEGRIA, M.; LEAF, P. J.; KANDEL, D.; HORWITZ, S. M.; BRAVO, M.; MOORE, R.; DULCAN, M. K. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Berlin, v. 33, no. 4, p. 162–173, 1998. doi: 10.1007/s001270050039.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Lei Complementar nº 19, de 5 de janeiro de 1996. Dispõe sobre o sítio histórico e patrimônio cultural que especifica. Diário Oficial, Goiânia, 10 e 22 jan. 1996. Disponível em: <http://www.cpisp.org.br/htm/leis/go05.htm>. Acesso em: 3 jun. 2014.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. Lei nº 11.409, de 21 de janeiro de 1991. Dispõe sobre sítio histórico e patrimônio cultural que especifica. Diário Oficial, Goiânia, 28 jan. 1991. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/9/docs/lc_19-96.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

HACKETT, R.; HACKETT, L. Child psychiatry across cultures. *International Review of Psychiatry*, Abingdon, v. 11, no. 2–3, p. 225–235, 1999. doi: 10.1080/09540269974410.

HACKETT, R.; HACKETT, L.; BHAKTA, P.; GOWERS, S. The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford, v. 40, no. 5, p. 801–807, 1999. doi: 10.1111/1469-7610.00495.

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*, Chicago, v. 149, no. 7, p. 740–746, 1995. doi: 10.1001/archpedi.1995.02170200030004.

KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; KORETZ, D.; MERIKANGAS, K. R.; RUSH, A. J.; WALTERS, E. E.; WANG, P. S. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*, Chicago, v. 289, no. 23, p. 3095–3105, 2003. doi: 10.1001/jama.289.23.3095.

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*, [S.l.], v. 8, no. 2, p. 63–71, 2004. doi: 10.1177/108705470400800204.

LEWINSOHN, P.; SEELEY, J.; BUCKLEY, M.; KLEIN, D. Bipolar disorder in adolescence and young adulthood. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 11, no. 3, p. 461–475, 2002. doi: 10.1016/S1056-4993(02)00005-6.

LOEBER, R.; BURKE, J. D.; LAHEY, B. B.; WINTERS, A.; ZERA, M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 39, no. 11, p. 1468–1484, 2000. doi: 10.1097/00004583-200211000-00009.

MELTZER, H.; GATWARD, R.; GOODMAN, R.; FORD, T. *The mental health of children and adolescents in Great Britain.* Summary report. 2. ed. London: Office for National Statistics, 2000. Disponível em: <http://www.dawba.info/abstracts/B-CAMHS99_original_survey_report.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

MERCUGLIANO, M. What is attention deficit/hyperactivity disorder? *Pediatric Clinics of North America*, Maryland Heights, v. 46, no. 5, p. 831–843, 1999.

MERIKANGAS, K. R.; AVENEVOLI, S. Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. In: TSAUNG, M. T.; TOHEN, M. (Ed.). *Textbook in psychiatric epidemiology*. 2. ed. New York: Wiley-Liss, 2002. p. 657–704.

MERIKANGAS, K. R.; AVENEVOLI, S.; DIERKER, L.; GRILLON, C. Vulnerability factors among children at risk for anxiety disorders. *Biological*

Psychiatry, Amsterdam, v. 46, no. 11, p. 1523–1535, 1999. doi: 10.1016/S0006–3223(99)00172-9.

MINDE, K. K. Children in Uganda: rates of behavioural deviations and psychiatric disorders in various school and clinic populations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Oxford, v. 18, no. 1, p. 23–37, January 1977. doi: 10.1111/j.1469-7610.1977.tb00414.x .

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 6, no. 7, p. e1000097, 2009. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097.

MORENO, C.; LAJE, G.; BLANCO, C.; JIANG, H.; SCHMIDT, A.; OLFSON, M. National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 64, no. 9, p. 1032–1039, 2007. doi: 10.1001/archpsyc.64.9.1032.

MULATU, M. S. Prevalence and risk factors of psychopathology in Ethiopian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 34, no. 1, p. 100–109, 1995. doi: 10.1097/00004583-199501000-00020.

MURRAY, C.; LOPEZ, A. *World Health Report 2002*: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. Uma preciosidade da psicopatologia brasileira: *A paranóia nos negros*, de Raimundo Nina-Rodrigues. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 147–160, 2004.

PARÉ, M. L.; OLIVEIRA, L. P.; VELLOSO, A. D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da Comunidade Kalunga de Engenho II (GO). *Cadernos CEDES*, Campinas, SP, v. 27, n. 72, p. 215–232, 2007. doi: 10.1590/S0101-32622007000200007.

PEREIRA, M. E. C; GUTMAN, G. Primitivo e loucura, ou o inconsciente e a psicopatologia segundo Arthur Ramos. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 10, no. 3, p. 517–525, 2007. doi: 10.1590/S1415-47142007000400014.

POLANCZYK, G.; JENSEN, P. Epidemiologic considerations in attention deficit hyperactivity disorder: a review and update. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, Maryland Heights, v. 17, no. 2, p. 245–260, 2008. doi: 10.1016/j.chc.2007.11.006.

ROBERTS, R. E.; CHEN, Y. W. Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican-origin and Anglo adolescents. *Journal of the American*

Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Hagerstown,v. 34, no. 1, p. 81–90, 1995. doi: 10.1097/00004583-199501000-00018.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R.; CHEN, Y. R. Ethnocultural differences in prevalence of adolescent depression. *American Journal of Community Psychology*, Washington, v. 25, n. 1, p. 95–110, 1997. DOI:10.1023/A:1024649925737.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R.; XING, Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, Oxford, v. 41, no. 11, p. 959–967, 2007. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.09.006.

ROHDE, L. A.; BIEDERMAN, J.; BUSNELLO, E. A.; ZIMMERMANN, H.; SCHMITZ, M.; MARTINS, S.; TRAMONTINA, S. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 38, no. 6, p. 716–722, 1999a. doi: 10.1097/00004583-199906000-00019.

ROHDE, L. A.; BIEDERMAN, J.; KNIJNIK, M. P.; KETZER, C.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. M.; PINZON, V. Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents. *Journal of Attention Disorders*, [S.l.], v. 3, no. 2, p. 91–93, 1999b. DOI: 10.1177/108705479900300203.

ROHDE, L. A.; BUSNELLO, E. D.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G. M.; PINZON, V.; KETZER, C. R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: revisando conhecimentos. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria; Asociación Psiquiátrica de América Latina*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 166–178, 1998. doi: 10.1590/S1516-44462000000600003.

RUTTER, M. Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Hagerstown, v. 28, no. 5, p. 633–653, 1989. doi: 10.1097/00004583-198909000-00001.

RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. *Education, health and behaviour*. London: Longman, 1970.

SILVA, A. M. *Kalunga*: identidade étnica de uma comunidade remanescente de quilombos. 1999. Dissertação (Mestrado)–Vrije Universiteit, Amsterdam, 1999.

TADESSE, B.; KEBEDE, D.; TEGEGNE, T.; ALEM, A. Childhood behavioural disorders in Ambo district, western Ethiopia. I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Copenhagen, v. 100, Supplement S397, p. 92–97, 1999. doi: 10.1111/j.1600-0447.1999.tb10700.x.

TIBURCIO, B. A.; VALENTE, A. L. E. F. O comércio justo e solidário é alternativa para segmentos populacionais empobrecidos? Estudo de caso em Território Kalunga (GO). *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, DF, v. 45, n. 2, p. 497–519, 2007. doi: 10.1590/S0103-20032007000200010.

UMA HISTÓRIA do povo Kalunga. Brasília, DF: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental, 2001.

YOUNGSTROM, E. A.; FINDLING, R. L.; YOUNGSTROM, J. K.; CALABRESE, J. R. Toward an evidence-based assessment of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, Mahwah, v. 34, no. 3, p. 433–448, 2005. doi: 10.1207/s15374424jccp3403_4.

ANEXOS

Anexo 1 – Primeiro parecer do Comitê de Ética

Anexo 2 – Segundo parecer do Comitê de Ética

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 4 – 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)

Anexo 5 – Inventário de comportamentos referidos pelo(a) professor(a) para alunos de 6 a 18 anos, versão brasileira do *Teacher's Report Form for ages 6–18* (TRF/6–18)

Anexo 6 – Normas para publicação de artigos no Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Artigo 1)

Anexo 7 – Normas para publicação de artigos na Revista Brasileira de Psiquiatria (Artigo 2)

Anexo 1 – Primeiro parecer do Comitê de Ética

SERVIÇO PÚBLICO FED
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUM

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 088/09 **Goiânia, 13/08/2009**

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): *Dra. Karla Cristina Naves de Carvalho*
Orientador: *Dr. Leonardo Ferreira Caixeta*

TÍTULO: *"Prevalência dos sinais e sintomas do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDHA) em crianças e adolescentes da comunidade quilombola kalunga."*

Área Temática: *Grupo III*
Área de Conhecimento: *Ciências da Saúde - Medicina*
Local de Realização: *Comunidade Kalunga*

Senhora Pesquisadora,

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **aprovou** o projeto de acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

- **Não há** necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

- **Após inicio da pesquisa, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, data de encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).**

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)

Farm. José Mário Coelho Moraes
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG

1ª AVENIDA S/Nº, SETOR LESTE UNIVERSITÁRIO - CEP: 74.605-050 - FONE: 3269.8338 - FAX: 3269.8426
GOIÂNIA - GOIÁS

Anexo 2 – Segundo parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - GO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de sinais e sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes da Cidade da Cidade de Cavalcante-GO que se identificam como Kalunga

Pesquisador: Karla Naves
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 21088913.5.0000.5078
Instituição Proponente: Faculdade de Medicina
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 472.176
Data da Relatoria: 28/12/2013

Apresentação do Projeto:
Trata-se de respostas às pendências submetidas pela pesquisadora responsável para análise ética deste comitê.

Objetivo da Pesquisa:
Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Não se aplica

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
De acordo

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
1. O projeto geral da pesquisa data o ano de 2011. PENDENCIA ATENDIDA
2. As crianças e adolescentes diagnosticados como portadores serão encaminhados para

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

tratamento num centro especializado e sem custo - está bastante vago - é significativo porém beira uma promessa. PENDENCIA ATENDIDA.

3. Ver o cronograma de execução. PENDENCIA ATENDIDA

4. Adequar o TCLE de acordo com o item IV da Resolução 466/12:

A. Não haverá custo aos participantes e nem pagamento em decorrência da pesquisa. A pesquisadora assumirá qualquer risco em decorrência da pesquisa. PENDENCIA ATENDIA

B. Há o consentimento - pais e professores - não percebi no projeto a carta de assentimento - já que são crianças com idade a partir de 6 anos. PENDENCIA ATENDIDA.

As pendências foram atendidas satisfatoriamente pela pesquisadora responsável. Não apresentando mais nenhum óbice ético e estando de acordo com as recomendações da Resolução CNS 466/12 esta pesquisa pode ser realizada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações. O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

GOIANIA, 28 de Novembro de 2013

Assinador por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clinica
Bairro: St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) em uma pesquisa, conduzida pela pesquisadora responsável Karla Cristina Naves de Carvalho, que atua na área de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Após ler ou escutar atentamente a leitura das orientações a respeito do referido estudo, que constam neste documento, e ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo telefone (62) 8125-5839. Se houver quaisquer dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3269-8338 (Sra. Marlene).

Título da pesquisa: "**Prevalência de sinais e sintomas de transtornos mentais em crianças e adolescentes da comunidade quilombola Kalunga**".

Este estudo tem como objetivo verificar quais transtornos mentais ocorrem em crianças e adolescentes quilombolas da comunidade Kalunga. Os transtornos mentais podem atrapalhar a vida familiar, escolar ou social.

Esta pesquisa será feita por meio de questionários (perguntas) aplicados aos pais/responsáveis e professores das crianças e adolescentes da comunidade. A

participação no estudo é voluntária, não havendo qualquer pagamento aos participantes ou qualquer risco.

Os dados obtidos durante esta pesquisa poderão ser usados em forma de tese, resumos e/ou artigos científicos publicados em periódicos especializados, com finalidade científica e garantia de total sigilo quanto à identidade dos participantes.

Declaro que, após convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora responsável e de ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

_____

Nome e assinatura do participante

_____

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

_____,____de_____20___

Anexo 4 – Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, versão brasileira do *Child Behavior Checklist for ages 6–18* (CBCL/6–18)

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS PARA CRIANÇAS E DOLESCENTES DE 6 A 18 ANOS, VERSÃO BRASILEIRA DO *CHILD BEHAVIOR CHECKLIST FOR AGES 6–18* (CBCL/6–18)

Número de identificação:.....

Data de hoje: ...../...../.....

Nome da criança/adolescente (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, professora 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: .....

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 este questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento de seu(ua) filho(a), 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.

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

( ) Nenhum

a. .....

b. .....

c. .....

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele(a) 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(a) 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 de seu(ua) filho(a) (excluir os esportes). Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, boneca, carrinho, ler, cantar, computador, videogame, etc. (Incluir brincadeiras em grupo) (não incluir rádio e TV).

( ) Nenhum

a. .....

b. .....

c. .....

Comparando com outros da mesma idade, quanto tempo ele(a) 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(a) 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(ua) filho(a) 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(a) 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(ua) filho(a). Por exemplo: office boy, ajudante em feira, trabalho em loja, tomar conta de crianças, varrer a casa, arrumar a cama, lavar a louça, etc. (incluir trabalhos e tarefas pagos e sem pagamento).

( ) Nenhum

a. .....

b. .....

c. .....

Comparando com outros da mesma idade, qual o desempenho dele(a) 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(ua) filho(a) tem? (não incluir irmãos e irmãs)

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

2. Quantas vezes por semana seu(ua) filho(a) 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(as) da mesma idade, de que forma seu(ua) filho(a):

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(a)?

( ) Pior ( ) Igual ( ) Melhor

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

Comparando com outros(as) da mesma idade, como é o desempenho de seu(ua) filho(a) nas matérias escolares? (Só deixe em branco as matérias que seu(ua) filho(a) 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(ua) filho(a) está em classe especial ou em escola especializada?

( ) Não ( ) Sim – Em caso positivo, especifique o tipo de classe ou escola: .....

3. Seu(ua) filho(a) já repetiu de ano?

( ) Não ( ) Sim – Em caso positivo, especifique as séries e os motivos: .....

.....

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

( ) Não ( ) Sim – Em caso positivo, descreva os problemas: .....

.....

Quando começaram esses problemas? .....

Esses problemas já se resolveram? ( ) Não ( ) Sim – Quando? .....

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

( ) Não ( ) Sim – Descreva .....

Quais suas maiores preocupações em relação a seu(ua) filho(a)?

.....

Descreva as qualidades, os pontos positivos de seu(ua) filho(a). .....

.....

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(ua) filho(a) ATUALMENTE E NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

▪ Marque 0 se o item for FALSO ou o comportamento for ausente.

▪ Marque 1 se o item for MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou o comportamento às vezes estiver presente.

▪ Marque 2 se o item for BASTANTE VERDADEIRO ou o comportamento frequentemente estiver 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(ua) filho(a).

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 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. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário/penico.

0 1 2 7. É convencido(a), 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(a), não para quieto(a).

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

0 1 2 12. Queixa-se de solidão.

0 1 2 13. Parece estar confuso(a), atordoado(a).

0 1 2 14. Chora muito.

0 1 2 15. É maldoso(a) com os animais.

0 1 2 16. É maldoso(a) com as pessoas.

0 1 2 17. É muito distraído(a), perdido(a) 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(a).

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. Apresenta falta de arrependimento, não se sente culpado(a) 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 de fazer tudo certinho.

0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele(a).

0 1 2 34. Acha que os outros o(a) perseguem.

0 1 2 35. Sente-se desvalorizado(a), inferior.

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

0 1 2 37. Entra em muitas brigas.

0 1 2 38. É alvo de gozações frequentemente.

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(a), age sem pensar.

0 1 2 42. Prefere ficar sozinho(a) do que na companhia de outros.

0 1 2 43. Mente ou engana os outros.

0 1 2 44. Rói unhas.

0 1 2 45. É nervoso(a) ou tenso(a).

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(a).

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

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

0 1 2 51. Tem tonturas.

0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado(a).

0 1 2 53. Come muito.

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

0 1 2 55. Está gordo(a) demais.

56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervosismo" (sem causa médica):

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

0 1 2 b. Dores de cabeça.

0 1 2 c. Náuseas, enjoos.

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(a), desajeitado(a) (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(a), fechado(a), 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(a) com o que as pessoas possam achar dele(a).

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(a)/envergonhado(a).

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

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

0 1 2 78. É desatento(a), 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 ideias estranhas. Descreva: .....

0 1 2 86. É mau humorado(a), irrita-se com facilidade.

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

0 1 2 88. Fica emburrado(a) facilmente.

0 1 2 89. É desconfiado(a).

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 muito.

0 1 2 94. Gosta de rir dos outros.

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

0 1 2 96. Pensa muito 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 2 100. Tem problemas com o sono. Descreva:

.....

0 1 2 101. Falta às aulas.

0 1 2 102. É pouco ativo(a), movimenta-se vagarosamente ou falta-lhe energia.

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido(a).

0 1 2 104. É barulhento(a) demais.

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

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas (ex.: quadra de esportes, telefone público, 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(a), não se relaciona com os outros.

0 1 2 112. É muito preocupado(a).

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu(ua) filho(a) 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.

Anexo 5 – Inventário de comportamentos referidos pelo(a) professor(a) 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(A) PROFESSOR(A) 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(a) aluno(a) com alunos de outros professores que preencheram questionários semelhantes. A informação deste questionário também será comparada com outras informações sobre este(a) aluno(a). 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(a) aluno(a) (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, professora 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: .....

Esta ficha está sendo preenchida por (informante):

Nome completo: .....

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Sua função na escola:

( ) Professor(a) ( ) Auxiliar de professor(a) ( ) Professor(a) substituto(a)

( ) Coordenador(a) ou Diretor(a) ( ) Outro (especificar): .....

Favor preencher este questionário de acordo com seu ponto de vista sobre o comportamento do(a) aluno(a), mesmo que outras pessoas não concordem. FAVOR RESPONDER TODOS OS ITENS.

I. Há quantos meses você conhece este(a) aluno(a)? ..... meses

II. Você o(a) conhece bem? ( ) Não ( ) Mais ou menos bem ( ) Muito bem

III. Quanto tempo por semana ele(a) tem aula com você ou fica a seus cuidados? .....

IV. Que tipo de aula você dá ou qual é o serviço que você presta para este(a) aluno(a)? (seja específico(a), como por exemplo: todas as aulas da 4ª série, aula de matemática na 7ª série, orientador(a) pedagógico, etc.)

.....

V. Este(a) aluno(a) já foi encaminhado(a) para classe especial, programas especiais ou reforço escolar?

( ) Não sei ( ) Não ( ) Sim – Em caso positivo, especifique o tipo de encaminhamento e quando ocorreu.

.....

VI. Ele(a) já repetiu de ano? ( ) Não sei ( ) Não ( ) Sim – Em caso positivo, especifique as séries e os motivos.

.....

VII. Como é o desempenho deste(a) aluno(a) 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(a) está se dedicando aos estudos?

( ) Muito menos ( ) Pouco menos ( ) Menos ( ) Na média ( ) Pouco mais ( ) Mais ( ) Muito mais

2. Quão apropriado está o comportamento dele(a)?

( ) Muito menos ( ) Pouco menos ( ) Menos ( ) Na média ( ) Pouco mais ( ) Mais ( ) Muito mais

3. Quanto ele(a)está aprendendo?

( ) Muito menos ( ) Pouco menos ( ) Menos ( ) Na média ( ) Pouco mais ( ) Mais ( ) Muito mais

4. Quão feliz ele(a) 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 do teste: ...../...../.....

Nota ou nível de desempenho:

.....

X. Testes de QI, prontidão e aptidão (opcional)

Nome do teste: .....

Data do teste: ...../...../.....

QI ou pontuação equivalente: .....

Este(a) aluno(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?

( ) Não ( ) Sim – Em caso positivo, descreva:

.....

.....

Quais suas maiores preocupações em relação a este(a) aluno(a)?

.....

.....

.....

.....

Descreva as qualidades, os pontos positivos deste(a) aluno(a):

.....

.....

.....

.....

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

A lista abaixo contém itens que descrevem comportamentos de alunos. Considere seu(ua) aluno(a) ATUALMENTE E NOS ÚLTIMOS DOIS MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

▪ Marque 0 se o item for FALSO ou o comportamento for ausente.

▪ Marque 1 se o item for MAIS OU MENOS VERDADEIRO ou o comportamento às vezes estiver presente.

▪ Marque 2 se o item for BASTANTE VERDADEIRO ou o comportamento frequentemente estiver presente.

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

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento deste(a) aluno(a).

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 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(a), 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(a), não para quieto(a).

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

0 1 2 12. Queixa-se de solidão.

0 1 2 13. Parece estar confuso(a), atordoado(a).

0 1 2 14. Chora muito.

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

0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas.

0 1 2 17. Fica no "mundo da lua", perdido(a) 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(a).

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. Apresenta falta de arrependimento, não se sente culpado(a) 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 de fazer tudo certinho.

0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele(a).

0 1 2 34. Acha que os outros o(a) perseguem.

0 1 2 35. Sente-se desvalorizado(a), inferior.

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

0 1 2 37. Entra em muitas brigas.

0 1 2 38. É alvo de gozações frequentemente.

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(a), age sem pensar.

0 1 2 42. Prefere ficar sozinho(a) do que na companhia de outros.

0 1 2 43. Mente ou engana os outros.

0 1 2 44. Rói unhas.

0 1 2 45. É nervoso(a) ou tenso(a).

0 1 2 46. Tem alguma mania, “tique nervoso”, cacoete.

Descreva: .....

0 1 2 47. Segue regras de modo exagerado.

0 1 2 48. Os colegas não gostam dele(a).

0 1 2 49. Tem dificuldade para aprender.

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

0 1 2 51. Tem tonturas.

0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado(a).

0 1 2 53. Fala fora de hora.

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

0 1 2 55. Está gordo(a) demais.

56. Na sua opinião, apresenta problemas físicos por "nervosismo" (sem causa médica):

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

0 1 2 b. Dores de cabeça.

0 1 2 c. Náuseas, enjoos.

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. É apático(a), indiferente ou desmotivado(a).

0 1 2 61. Não vai bem na escola.

0 1 2 62. É desastrado(a), desajeitado(a) (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. Faz bagunça na classe.

0 1 2 68. Grita muito.

0 1 2 69. É reservado(a), fechado(a), 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(a) com o que as pessoas possam achar dele(a).

0 1 2 72. Seus trabalhos escolares ou lições são sujos e malcuidados.

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(a).

0 1 2 76. É estourado(a) e tem comportamento imprevisível.

0 1 2 77. Quer ter suas vontades atendidas na hora, fica frustrado(a) facilmente.

0 1 2 78. É desatento(a), 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(a) quando é criticado(a).

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 ideias estranhas. Descreva: .....

0 1 2 86. É mau humorado(a), irrita-se com facilidade.

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

0 1 2 88. Fica chateado(a) facilmente.

0 1 2 89. Não confia em ninguém.

0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões.

0 1 2 91. Fala que vai se matar.

0 1 2 92. Não tira boas notas na escola.

0 1 2 93. Fala muito.

0 1 2 94. Gosta de rir dos outros.

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

0 1 2 96. Pensa muito em sexo.

0 1 2 97. Ameaça as pessoas.

0 1 2 98. Chega atrasado(a) na escola ou na aula.

0 1 2 99. Fuma cigarro.

0 1 2 100. Não faz os trabalhos escolares ou as lições que deveria fazer.

0 1 2 101. Falta às aulas.

0 1 2 102. Movimenta-se pouco, é preguiçoso(a).

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido(a).

0 1 2 104. É barulhento(a) demais.

0 1 2 105. Usa drogas ou bebidas alcoólicas (excluir tabaco). Descreva: .....

0 1 2 106. Fica o tempo todo querendo agradar os outros.

0 1 2 107. Não gosta da escola.

0 1 2 108. Tem medo de errar.

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha.

0 1 2 110. Vai sujo(a) para a escola.

0 1 2 111. É envergonhado(a), não tem amizade com os outros.

0 1 2 112. É muito preocupado(a).

113. Favor anotar abaixo outros problemas deste(a) aluno(a) 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.

Anexo 6 – Normas para publicação de artigos no Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (Artigo 1)

Journal of the American Academy of
CHILD & ADOLESCENT PSYCHIATRY

Instructions for Authors

Scope
Types of Manuscripts
Manuscript Preparation
- Manuscript Submission Form
- Article Length and Word Count
- Manuscript Components
- Letters to the Editor

Authors' Professional and Ethical Responsibilities
- Authorship
- Scientific and Publication Ethics

Manuscript Submission
- Submission Questions
- Corresponding Author
- Manuscript Processing
- Editing Services for Non-English Speakers

Publication Policies
- Copyright
- Public Access Policy
- Media

SCOPE

The *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*'s *(JAACAP)* goal is to advance the science of child and adolescent psychiatry by publishing original research and papers of theoretical, scientific, and clinical relevance to the field. *JAACAP* welcomes unpublished manuscripts whose primary focus is on the mental health of children, adolescents, and families. Submissions may come from diverse viewpoints including but not limited to: genetic, epidemiological, neurobiological, and psychopathological research; cognitive, behavioral, psychodynamic, and other psychotherapeutic investigations; parent-child, interpersonal, and family research; and, clinical and empirical research in inpatient, outpatient, consultation-liaison, and school-based settings. *JAACAP* also seeks to promote the well-being of children and families by publishing scholarly papers on such subjects as health policy, legislation, advocacy, culture and society, and service provision as they pertain to the mental health of children and families.

TYPES OF MANUSCRIPTS

We wish to receive only papers in which the subjects are 18 years of age or younger unless the subjects are parents or have been followed since childhood. Papers that clearly do not fit our format, mission, or publication priorities will be returned without review. All New Research and Review articles considered for publication will undergo peer review.

New Research articles are reports of original work that contribute, analyze, and/or explain new evidence and data from a sizeable group of patients. They must be no longer than 6,000 words (all word counts include the title page, abstract, text, references, tables, figures, and figure legends.

Review articles (theoretical or critical analyses of the literature) must be invited by the Editor, Associate Editor, or Deputy Editors. Inquiries about potential topics are welcome. Authors can propose topics for Review articles by submitting their proposal to Mary Billingsley at mbillingsley@jaacap.org. Including an abstract or brief summary of the proposed review is recommended.

Clinical Review articles seek to address the everyday needs of practitioners working 'in the trenches,' and are practical in nature. In general, contributions to Clinical Reviews are invited by the Editor, Associate Editor, or Deputy Editors. Inquiries about potential topics are welcome. Authors can propose topics for Clinical Review articles by submitting their proposal to Mary Billingsley at mbillingsley@jaacap.org. Including an outline of the proposed Clinical Review is recommended.

Letters to the Editor do not require pre-approval and should be formatted according to the instructions listed under Letters to the Editor.

Other: Ideas for Translations, Clinical Perspectives, special series, or special communications must be approved by the Editor before submission. In general, *JAACAP* solicits contributions to Editorials, Translations, Clinical Perspectives, and the Book Forum. However, interested authors are encouraged to contact Mary Billingsley at mbillingsley@jaacap.org to propose potential submissions.

MANUSCRIPT PREPARATION

Authors are encouraged to read the preparation and submission instructions carefully. Any manuscripts not conforming to these guidelines will be returned to the author for correction before the manuscript is processed. The Publisher and Editors regret that they are not able to consider submissions that do not follow these procedures.

All manuscripts must be submitted in electronic form through Editorial Manager, *JAACAP*'s online submission and review web site (http://jaacap.edmgr.com). Submission is a representation that all authors have personally reviewed and given final approval of the version submitted, and neither the manuscript nor its data have been previously published (except in abstract) or are currently under consideration for publication elsewhere.

Corresponding authors will be required to register as a new user at http://jaacap.edmgr.com upon their first visit. Straightforward login and registration instructions can be found on the website. Returning authors do not need to register again, but all corresponding authors should review their profile information and update accordingly before beginning the submission process. The manuscript status is available to the corresponding author at any time by logging into the Editorial Manager website.

Upon finalizing the submission, the corresponding author will immediately receive an e-mail notification that the submission has been received by the Editorial Office. If such documentation has not been received, then a problem likely occurred during the submission process and should be investigated by contacting the Editorial Office at support@jaacap.org.

Instructions for Authors *(continued)*

Authors are encouraged to follow the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (available at: http://www.icmje.org); this is the format used in PubMed/MEDLINE. They should strive for a concise article that is unencumbered by excessive detail. Authors who are not fluent in English should have their manuscript checked by a native speaker of English and/or an editing service that provides such assistance (see Editing Services for Non-English Speakers for details and resources).

Microsoft Word® is preferred. Double-space all copy, including title page, abstract, list of references, tables, and figure captions in a 10 point font size using one of the following fonts: Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, or Arial. After the title page, number pages consecutively throughout including the reference pages, tables, and figure legends. Blinding is the responsibility of the author. All files (cover letter, title page, blinded manuscript file, figures, Manuscript Submission Form, and supplementary materials) will be uploaded separately during the submission process. Files should be labeled with appropriate and descriptive file names (e.g. SmithText.doc, SmithFig1.eps). Acronyms must be spelled out on first use in text, and where used in tables or figures, in each of their legends. Use the generic term for a drug. When it is necessary to refer to the proprietary name, list it in parentheses after the generic term, followed by the register mark (®). When using direct quotations, cite the page number for the quotation along with the source in the reference list. The manuscript file should be uploaded in its native format, such as DOC. Do not upload any text files in PDF or XLS.

Each manuscript submitted to *JAACAP* must contain the following components: cover letter, title page, blinded manuscript, and Manuscript Submission Form.

The review of manuscripts lacking one of these parts may be delayed until the submission is complete. The preferred order of files is as follows: cover letter, title page, blinded manuscript file containing table(s) if required, Manuscript Submission Form, figure(s), supplemental information.

MANUSCRIPT SUBMISSION FORM (MSF)

A properly completed MSF(s), signed by all authors, must be included with the submission in order to be considered for publication. The MSF is available online at: http://jaacap.edmgr.com. Multiple forms are allowed. Submissions of revised manuscripts do not require an updated MSF, unless the author list or the Acknowledgments or Financial Disclosures sections have changed, or revisions are requested by the Editorial Office. Forms with signatures "on behalf of" or "for" other authors will not be accepted. Authors who are not allowed to transfer copyright must still complete this form. The Editorial Office requests that the signed MSF be scanned and uploaded at the time of submission. However, if an author is unable to provide the MSF electronically, a faxed copy to (202) 330-5097 will be accepted. The author must then indicate during the submission process that the MSF is being sent off-line.

JAACAP requires all authors on all types of articles (including letters) to specify the nature of all biomedical financial interests and potential conflicts of interest, financial or otherwise, on the Manuscript Submission Form at the time of submission. This disclosure includes direct or indirect financial or personal relationships, interests, and affiliations whether or not directly related to the subject of the paper that have occurred over the last two years, or that are expected in the foreseeable future. This disclosure includes, but is not limited to, grants or funding, employment, affiliations, patents (in preparation, filed, or granted), inventions, honoraria, consultancies, royalties, stock options/ownership, or expert testimony.

NOTE: If an author (or authors) has/have no conflicts of interest to declare, this must be explicitly stated. For example, Dr. Stearns reports no biomedical financial interests or potential conflicts of interest. Authors should contact the Editorial Office with questions or concerns, but should err on the side of inclusion when in doubt.

NOTE: The box in Section 2 of the Manuscript Submission Form must contain the acknowledgments, funding pertaining to the article, and the financial disclosures of all authors. If the acknowledgements and disclosure statements will not fit within the box, place the information on a separate page and insert "See Attachment" in the box on the form. Upload this along with the MSF(s) in the same file.

All authors are required to acknowledge that the disclosures are complete for both themselves and their co-authors, to the best of their knowledge, when completing the Manuscript Submission Form. Manuscripts that fail to include the complete statements of all authors upon submission will be returned to the corresponding author and will delay the processing and evaluation of the manuscript.

Authors' disclosures will accompany the accepted manuscripts in print and online. Authors are responsible for making certain that their final, accepted manuscript and page proofs provide the accurate and complete disclosures as described in the preceding paragraphs.

ARTICLE LENGTH AND WORD COUNT

Word length includes the title page, abstract, text, references, tables, figures, and figure legends. Manuscripts exceeding word limits will not be accepted without permission from the Editor. Manuscripts of excessive length may be returned without being reviewed.

- Research articles:
  - Total Manuscript Word Length: 6,000
  - Abstract Word Length: 250
  - Figures and Tables: Limited to 5 total
  - References: As required
- Review and Clinical Review articles:
  - Total Manuscript Word Length: 7,000
  - Abstract Word Length: 250
  - Figures and Tables: Limited to 5 total
  - References: Limited to 100
- Letters to the Editor:
  - Total Manuscript Word Length: 750
  - No abstract
  - References: Limited to 5

MANUSCRIPT COMPONENTS

Cover Letter

A cover letter is required for all articles and should be uploaded as a separate file. This letter should outline the significance of the work and should make reference to any other publications that utilize the same data set (see Divided Publication).

Title Page

Manuscript titles should not contain acronyms and should be less than 100 characters and a maximum of 15 words. A running title of less than 40 characters should be included on the title page.

Include the full names of all authors and their highest academic degree. Also include all authors' academic or professional affiliations written out in paragraph form (not footnoted), along with the corresponding author's complete contact information (name, address, telephone and fax numbers, and e-mail address). Multiple corresponding authors are not allowed.

Separately list the number of words in both the abstract and text (excluding abstract, acknowledgments, and financial disclosures), and the number of figures, tables, and supplementary material (if zero, state zero for each item). Five keywords should also be included.

The title page should include an acknowledgement paragraph, of no more than 120 words, that includes any funding directly related to the content of the manuscript, any necessary credit lines, and the name(s) of the study statistical expert, if applicable. Academic or professional affiliations must be included for any non-author individuals listed in the acknowledgement.

Structured Abstract

The structured abstract for New Research articles should be a maximum of 250 words and must be formatted with sections entitled as follows: Objective, Method, Results, Conclusions.

According to the ICMJE recommendations, the abstract "should provide the context or background for the study and should state the study's purpose, basic procedures (selection of study subjects or laboratory animals, observational and analytical methods), main findings (giving specific effect sizes and their statistical significance, if possible), and principal conclusions. It should emphasize new and important aspects of the study or observations."

Because abstracts are the only substantive portion of the article indexed in many electronic databases, and the only portion many readers read, authors need to be careful that they accurately reflect the content of the article.

For those manuscripts that require clinical trials registration (see Clinical Trials Registration section, below), the registry name, URL, and registration number should be included at the end of the abstract.

The structured abstract for Review articles should be a maximum of 250 words and must be formatted with sections entitled as follows: Objective, Method, Results, Conclusions. The Method section should provide data sources and study selection (the number of articles reviewed and the selection process). This formatting is not required for Clinical Review articles but the suggested components should be included where applicable.

Text

Text should begin on the second numbered page, and should be divided into the following sections: Introduction, Method, Results, Discussion, References, and Tables (if required). This formatting is not required for Clinical Review articles but the suggested components should be included where applicable. All components must be in a single file, except any figures, each of which should be uploaded separately.

Introduction:

The introduction should include the purpose of the study, a review of recent and relevant literature, and an *a priori* hypothesis.

Method:

Include the participants/subjects and, if appropriate, include information on whether parts of these data have been published elsewhere; sampling frame, and sampling and recruitment strategies; and inclusion and exclusion criteria. Consider inclusion of determination of sample size (include power calculation).

Also include information about sample composition including demographic details. Use the current and codable occupational categories, four educational attainment categories (without H.S. diploma, H.S. graduate without college education, some college education, degree from 4-year college or more), and five race/ethnicity categories (e.g., U.S. Bureau of Census).

For measures, authors should describe variables measured and instruments used. Authors must provide sufficient information about rating scales and other measures so that readers can access them for their own use; unpublished instruments may be made available via the online only content feature at the request of the Editor.

For randomized controlled trials (RCTs): See CONSORT guidelines (www.consort-statement.org). Authors of manuscripts reporting on studies of diagnostic interviews or rating scales are encouraged to submit the STARD flow diagram and checklist.

Include the method of randomization (if applicable), blinding, response rates or follow-up rates and possible bias.

If a manual-based treatment is used, authors must include information on how to obtain the manual. The online only content feature may be used to provide access. For studies that involve testing, imaging or other procedures, sufficient information should be given to allow other investigators to replicate the study.

When devices or software are mentioned, please provide the name of the manufacturer followed by city and state of the manufacturer's headquarters.

Data Analysis. Describe all analyses with names of specific statistical tests used and how these correspond to the hypotheses postulated in the introduction. Justify and clearly reference the use of unusual statistical techniques. If multiple comparisons are unavoidable, use an appropriate adjustment to control type I error. State whether tests were one- or two-tailed.

Results:

Summarize statistics and when reporting significant results, include the statistical test used, the value of the test statistic, degrees of freedom, and p values. When appropriate, report effect sizes and/or confidence intervals on the main findings.

Discussion:

Include the clinical implications and limitations of the manuscripts findings, but do not use subheadings.

References

References cited within the text:

Cite references in numerical order using Arabic superscript numbers outside periods and commas within the text. When multiple references are cited at a given place in the text, use an en dash to join the first and last numbers of a closed series, use commas without spaces to separate non-sequential references.

When using bibliographic software, use the American Medical Association (JAMA) as the reference format.

Reference list:

- Accuracy of references is the responsibility of the author. Arrange in numerical order based on call out in the text.
- Use initials and surnames of authors.
- List all authors when there are six or fewer; for seven or more, list only the first three and add ", et al."
- Refer to the U.S. National Library of Medicine's List of Journals Indexed in Index Medicus or for Online Users for the appropriate abbreviations of journal titles (ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/lsiweb.pdf).
- Unpublished manuscripts accepted for publication should be referenced in the text and the reference list. Label the reference "in press" in the reference list. Authors must provide "in press" manuscripts clearly labeled as such by uploading them with submission.

- Unpublished manuscripts submitted or under consideration but not yet accepted should be noted in the text as "unpublished manuscript," but should not be included in the reference list. Authors must provide "unpublished manuscripts" clearly labeled as such by uploading them with submission.
- Personal communications should also be mentioned in the body of the text. Authors must state in the cover letter that permission was obtained by the author of any personal communication cited in the article.
- Consult the American Medical Association Manual of Style, 10th Edition, for reference formats.

Tables and Figures

Authors must identify figures or tables that are unpublished or previously published from another source in the cover letter. Written permission should be obtained from the copyright holder. Such permission should be included in the manuscript submission. Failure to provide permission will delay in the processing of the manuscript.

The combined number of tables and figures should not exceed 5 and should comprise no more than a total of 5 double-spaced manuscript pages. Tables should be created in black and white. Color in figures should be used only when the color serves to increase clarity of the figure content. There are no color charges associated with color figures when color is deemed necessary. Each table and/or figure must be cited at least once in the manuscript text.

Tables:

Tables should be cited in the text, numbered consecutively (i.e., Table 1, Table 2, Table 3) in the order of their mention, and have brief descriptions. Place tables after the references in the blinded manuscript file. Tables that constitute a single column are actually lists and should be included in the text as such.

Create tables using the table creation and editing feature of your word processing software. Do not use Microsoft Excel® or comparable spreadsheet programs. Tables submitted in any other format will be returned to the author for reformatting. Begin each table on a separate page with the title and legend included. Double-space the table and any notes. Set each separate entry in a single table cell. Do not use underlining. Properly align numbers, both horizontally and vertically. Use brief headings for columns. Define any abbreviations and/or acronyms used in the table note at the end of the table. All *p*-values should be expressed as less than or equal to (≤) one of the following levels and denoted using the symbols indicated in parentheses: 0.05 (*), 0.01 (**), 0.001 (***). Keep notes to a minimum; if necessary, use superscript letters to denote them.

Figures:

Figures should be cited in the text, numbered consecutively (i.e., Figure 1, Figure 2, Figure 3) in the order of their mention, and have brief descriptions. Each figure must be submitted as a separate electronic file and should not be embedded in the blinded manuscript text file. The preferred file format for figures and graphics is EPS or TIFF. Please upload each figure file individually (i.e. two figures should be uploaded separately as Figure 1 and Figure 2). Figures should be consistent in color and size on a white background, and be designed proportionally so that each item within it is to scale (particularly numbers, letters, and symbols) so it can later be sized as needed without loss of legibility or quality.

For multiple data sets, choose symbols that are easily distinguishable from one another: for example, filled circles and open circles. Color can be used to distinguish data sets. Figures divided into panels or parts should label each part with A, B, etc. in upper-case bold type.

Complete instructions for electronic artwork submission can be found at http://www.elsevier.com/artwork.

Supplemental Material

Authors may be invited by the Editor to submit supplementary material to enhance their article's text. Supplementary material is made available via links in the online article but not published in print. All such material will be posted exactly as it is received, and should be submitted as intended for viewing (blinded). Thus, all supplementary figures and tables should have their legends/keys included in the relevant file. All supplementary information should be saved in a separate file(s), and denoted as such when uploading. Supplemental material must be called out in the manuscript text (e.g. "see Table S1, available online"), and the files should be labeled Table S1, Figure S1, Figure S2, etc. Supplemental text should be labeled and called out as Supplement 1, Supplement 2, etc. Multimedia content, in formats such as AVI or MPG, can also be included as supplementary material. Permission from the copyright holder must be obtained for any supplementary material that has been previously published in print or online. Please confirm in your cover letter to the editor that the material is original and you are the copyright holder, or that permission has been obtained from the copyright holder.

Supplementary material may include the following types of content: text documents, graphs, tables, figures, graphics, illustrations, audio, and video. Supplemental material does not count toward Total Manuscript Word Length.

LETTERS TO THE EDITOR

JAACAP invites reader comments on published articles, as well as issues of concern and interest to child and adolescent psychiatry. The Editor reserves the right to solicit and publish responses from the authors of articles and from others, in response to letters; the author(s) of the original letter waive(s) the right to review or respond to those responses. All letters are subject to editing. *JAACAP* will acknowledge receipt of letters, but reserves the right to decide not to publish the letter. Submit Letters to the Editor online at http://jaacap.edmgr.com. All letters must be accompanied by a title page and the Manuscript Submission Form(s). Letters should be blinded and limited to 750 words or fewer, including references, and cite 5 or fewer references prepared according to *Journal* style. The letter should be double-spaced. If the letter contains case material, follow instructions as described under Authors' Professional and Ethical Responsibilities. A title page must be included in a separate electronic document (see Manuscript Components under Preparation of Manuscripts for details). A completed Manuscript Submission Form (MSF) must be included (see Manuscript Submission Form under Preparation and Submission of Manuscripts).

AUTHORS' PROFESSIONAL AND ETHICAL RESPONSIBILITIES

AUTHORSHIP

Authors must have participated sufficiently to take public responsibility for the content. Authorship is ascribed only if substantial contributions have been made to all of the following:

- Conception and design of study or analysis and interpretation of data.

- Drafting the article or revising it critically for important intellectual content.
- Final approval of the version to be published.

NOTE: Participation solely in the acquisition of funding, the recruitment of subjects, or the collection of data does not justify authorship. General supervision of the research group is not sufficient for authorship.

Persons that have written or edited the manuscript, and who do not qualify for authorship on the paper must be identified upon submission of the manuscript and on the title page. If the manuscript is accepted, these persons' names and employer(s) will appear in the Acknowledgments section of the manuscript in print and online.

SCIENTIFIC AND PUBLICATION ETHICS

Research involving human beings must be conducted ethically with due regard for informed consent. Please include in the manuscript a statement of Institutional Review Board approval and a brief description specifying how consent/assent was obtained and from whom.

Scientific misconduct includes fabrication, falsification, and plagiarism with the intent to deceive by the authors. Honest error or differences in interpretation are not considered misconduct. Breaches of publication ethics include: failure to reveal financial conflicts of interest; omitting a deserving author or adding a noncontributing author; misrepresenting publication status in the reference list; self-plagiarism without attribution; duplicate or redundant publication; and inclusion of one or more sentences verbatim from another source without citing the original source and putting the sentence(s) in quotation marks.

JAACAP takes seriously its responsibility in ensuring scientific integrity, and will pursue any allegations of misconduct.

Patient Anonymity

Patient anonymity must be protected and any identifying information omitted (including but not limited to name, address, chart number, and date of birth). Any submission that has not been approved by an Internal Review Board but that includes patient information (such as clinical case presentations, clinical images or case studies) requires the parent/guardian's signed permission for publication and the child's written assent (if the child is able). A copy of the written assent is required at the time of submission. A form for the written assent is available at www.jaacap.org.

Duplicate Publication

Manuscripts are considered for publication with the understanding that they represent original material and have not been published, submitted, or accepted elsewhere, either in whole or any substantial part.

Divided Publication

Each publication should report enough new data to make a significant and meaningful contribution to the development of new knowledge or understanding, and therefore *JAACAP* does not accept small amounts of data from the same study or research project.

When data from a study are reported in more than one publication, the author(s) should note in the cover letter and in the submission itself when and where parts of the sample have been published before. This includes data on any of the same subjects that have been published, are in press, have been submitted elsewhere, or are in preparation, regardless of authorship. The authors should directly address the relevance of this new submission in light of these other publications and why this submission warrants independent publication. Published papers from the same project that are closely related to the submission or contain key methodological descriptions must be cited in the manuscript, and copies of them must be included at the time of submission (files are blinded to reviewers). In order to minimize disruptions when submitting a new manuscript, verify there are no security settings enabled on any files to be uploaded as Divided Publication. Editorial Manager will not allow files to be uploaded if protected.

Disclosure of Biomedical Financial Interests and Potential Conflicts of Interest

JAACAP requires all authors on all types of articles (including letters) to specify the nature of all biomedical financial interests and potential conflicts of interest, financial or otherwise. This disclosure includes direct or indirect financial or personal relationships, interests, and affiliations whether or not directly related to the subject of the paper that have occurred over the last two years, or that are expected in the foreseeable future. This disclosure includes, but is not limited to, grants or funding, employment, affiliations, patents (in preparation, filed, or granted), inventions, honoraria, consultancies, royalties, stock options/ ownership, or expert testimony. The disclosure statements should be included on the Manuscript Submission Form at the time of submission for all article types.

NOTE: If an author has nothing to declare, this must be explicitly stated. For example, Dr. Stearns reports no biomedical financial interests or potential conflicts of interest. Authors should contact the Editorial Office with questions or concerns, but should err on the side of inclusion when in doubt.

Authors' disclosures will accompany the accepted manuscripts in print and online. Authors are responsible for making certain that their final, accepted manuscript and page proofs provide the accurate and complete disclosures as described in the preceding paragraphs.

Clinical Trials Registration and Reporting Requirements

In concordance with the ICMJE, *JAACAP* requires the registration of all clinical trials whose primary purpose is to affect clinical practice as a condition of submission and consideration for publication. For this purpose, the ICMJE defines a clinical trial as any research study that prospectively assigns human participants or groups of humans to one or more health-related interventions to evaluate the effects on health outcomes. Health-related interventions include any intervention used to modify a biomedical or health-related outcome (for example, drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, dietary interventions, and process-of-care changes). Health outcomes include any biomedical or health-related measures obtained in patients or participants, including pharmacokinetic measures and adverse events. Purely observational studies (those in which the assignment of the medical intervention is not at the discretion of the investigator) will not require registration. All clinical trials, regardless of when they were completed, and secondary analyses of original clinical trials must be registered before submission of a manuscript based on the trial. Trials must have been registered at or before the onset of patient enrollment for any clinical trial that began patient enrollment on or after February 1, 2007. The trial name, URL, and registration number should be included at the end of the abstract and also during online manuscript submission. In the text of the manuscript, the hypotheses, aims and methods, including primary outcome measures, should be described. In addition, the authors should state explicitly any changes in these that occurred between the time the study was entered into the clinical trials registry and the time of manuscript submission.

JAACAP accepts the following trial registries:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry
  http://www.anzctr.org.au/

- Clinical Trials http://www.clinicaltrials.gov/
- ISRCTN Register http://isrctn.org
- Nederlands Trial Register http://www.trialregister.nl
- UMIN Clinical Trials Registry http://www.umin.ac.jp/ctr

MANUSCRIPT SUBMISSION

During the submission process the corresponding author will be required to provide:

1. A running head (an abbreviated form of the main title) of 40 or fewer characters and spaces.
2. Full names, degrees, and email addresses for each author.
3. A structured abstract.
4. A word count (including the title page, abstract, text, references, tables, figures, and figure legends.
5. Five keywords or terms.
6. The name(s) of the study's statistical expert(s) if used.
7. Clinical Trials Registration information (where applicable).
8. Answers to submission questions, described below.
9. Published articles or "in press" manuscripts that are closely related to this submission or contain key methodological descriptions.
10. A region of origin for the manuscript.

SUBMISSION QUESTIONS

Upon online submission of the manuscript using Editorial Manager, the corresponding author is required to indicate agreement to one of the following copyright statements. Manuscripts will not be reviewed until this requirement is met.

(1) For papers submitted by all authors except those whose work is part of their employment with the United States federal government:

In consideration of the *Journal*'s taking action in reviewing and editing my (our) submission, (title of article), the author(s) undersigned hereby transfer(s), assign(s), or otherwise convey(s) all copyright ownership to the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry in the event that such work is published in the *Journal*. I (we) warrant that the material contained in the manuscript represents original work, has not been published elsewhere, and is not under consideration for publication elsewhere.

(2) For papers prepared as part of an author's employment with the federal government:

The work described in the above manuscript was done as part of my (our) employment with the federal government and is therefore in the public domain. The author(s) undersigned warrant(s) that the material contained in the manuscript represents original work, has not been published elsewhere, and is not under consideration for publication elsewhere.

In addition, the corresponding author must address whether any of the content of the manuscript has been written or edited by anyone other than those individuals listed as an author on the submission. If there is an additional contributor, the individual's name and employer should be listed. If the manuscript is accepted, the contributor's name and employer will be published in the Acknowledgements section of the article.

The corresponding author must also confirm that any tables and figures submitted with the manuscript are original and that the author(s) is the copyright holder, or that permission has been obtained from the copyright holder. Costs associated with obtaining permission to reuse material are the responsibility of the author. More information regarding copyright can be found at http://www.elsevier.com/wps/find/authorsview.authors/rights under the Permissions tab.

CORRESPONDING AUTHOR

By electing to approve and finalize the submission of a manuscript as the corresponding author, *JAACAP* assumes the author's acknowledgment and acceptance of the following responsibilities: (1) act as the sole correspondent with the Editorial Office and the publisher, Elsevier, on all matters related to the submission, including review and correction of the typeset proof; (2) assurance that all individuals who meet the criteria for authorship are included as authors on the manuscript title page, and that the version submitted is the version that all authors have approved; and (3) assurance that written permission has been received from all individuals whose contributions to the work are included in the Acknowledgments section of the manuscript, with the exception of individuals that are listed in their capacity as members of a Research Group.

MANUSCRIPT PROCESSING

The selection of reviewers will be made by the editors. As a general rule, papers will be evaluated by three independent reviews and, on occasion, an additional review for statistical adequacy may also be obtained. The comments of the reviewers are generally communicated to the authors within 4–6 weeks of submission unless otherwise notified by the Editorial Office. A paper is judged by five essential criteria, namely that the material is: ethically-obtained and presented; original; methodologically sound; an important addition to the current literature; and comprehensible. *JAACAP* excludes reviewers who work at the same institution as any author, or those who have any other obvious conflict of interest. The identity of individual reviewers remains confidential to the reviewers and authors.

Authors should be aware that manuscripts may be returned without outside review when the editors deem that the paper is of insufficient general interest for the broad readership of *JAACAP*, or that the scientific priority is such that it is unlikely to receive favorable reviews. The Editor makes the final decision to accept, reject, or request revision of the manuscript. A request for revision does not guarantee ultimate acceptance of the revised manuscript. Editorial rejection is done to expedite the editorial process and to allow the authors' manuscript to be promptly submitted and reviewed elsewhere.

Revised manuscripts should include a unique file (separate from the cover letter) with blinded responses to reviewers' comments, and when applicable, the Managing Editor's note. Please include the Manuscript Submission Form when uploading the revised manuscript.

Accepted papers are subject to editorial revisions and copyediting. However, the contents of the paper remain the responsibility of the author.

Following acceptance, the corresponding author will receive proofs by e-mail generally within 6 weeks of acceptance, which must be corrected and returned within 48 hours of receipt. Authors should carefully review and proofread the entire article for accuracy, as the Editorial Office does not participate in the proofing of articles.

EDITING SERVICES FOR NON-ENGLISH SPEAKERS

For the non-English speaking authors, a professional editing service may help improve the presentation of the paper. Papers with serious deficiencies in English may be returned without review. Listed below are a number of organizations offering these types of services. *JAACAP* does not endorse or have involvement with the following services. Furthermore, use of the editing services listed does not have bearing on the Editor's ultimate decision. Please note that this information is provided solely for the convenience of the authors.

www.biosciencewriters.com

www.biomedicalsciencewriters.com

www.bostonbioedit.com

www.prof-editing.com

www.journalexperts.com

PUBLICATION POLICIES

COPYRIGHT

Upon acceptance of an article by *JAACAP*, the corresponding author will be contacted by Elsevier and asked to transfer copyright to the *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* on behalf of all authors by completing the Journal Publishing Agreement. This transfer will ensure the widest possible dissemination of information under U.S. Copyright Law. All copies, paper or electronic, or other use of information must include an indication of the Elsevier Science Inc. and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry copyright and full citation of the journal source. All requests for other uses will be handled through Elsevier Inc.

Authors publishing in *JAACAP* retain wide rights to continue to use their works to support scientific advancement, teaching, and scholarly communication. However, to preserve the integrity of the official record of publication, the final published version of an article will continue to be available only on an Elsevier site. Authors retain the following rights: 1) Patent and trademark rights and rights to any process or procedure described in the article. 2) The right to photocopy or make single electronic copies of the article for their own personal use, including for their own classroom use, or for the personal use of colleagues, provided the copies are not offered for sale, and are not distributed in a systematic way outside of their employing institution (e.g., via an e-mail list of public file server). Posting of the article on a secure network (not accessible to the public) within the author's institute is permitted. However, if a prior version of this work (normally a preprint) has been posted to an electronic public server, the author(s) agree not to update and/or replace this prior version on the server in order to make it identical in content to the final published version, and further that posting of the article as published on a public server can only be done with Elsevier, Inc.'s written permission. 3) The right, subsequent to publication, to use the article or any part thereof free of charge in a printed compilation of works of their own, such as collected writings or lecture notes, in a thesis, or to expand the article to book-length form for publication. Please see Journal Publishing Agreement for details. Full author rights can be found at http://www.elsevier.com/wps/find/authorsview.authors/rights.

PUBLIC ACCESS POLICY

Elsevier has established agreements and developed policies to allow authors who publish in Elsevier journals to comply with manuscript archiving requirements of multiple funding bodies, including the National Institutes of Health and Wellcome Trust, as specified in the conditions of researcher grant awards. Please see the full details at www.elsevier.com/fundingbodyagreements.

As a service to *JAACAP* authors, Elsevier will deposit to PubMed Central (PMC) author manuscripts on behalf of Elsevier authors reporting National Institutes of Health (NIH) funded research. This service is a continuation of Elsevier's 2005 agreement with the NIH when the NIH introduced their voluntary "Public Access Policy."

The service will help authors comply with the National Institutes of Health (NIH) revised "Public Access Policy," effective April 7, 2008. The NIH's revised policy requires that NIH-funded authors submit to PubMed Central (PMC), or have submitted on their behalf, their peer-reviewed author manuscripts, to appear on PMC no later than 12 months after final publication.

Elsevier will send to PMC the final peer-reviewed manuscript, which was accepted for publication and sent to Elsevier's production department, and that reflects any author-agreed changes made in response to peer-review comments. Elsevier will authorize the author manuscript's public access posting 12 months after final publication. Following the deposit by Elsevier, authors will receive further communications from the NIH with respect to the submission.

Authors are also welcome to post their accepted author manuscript on their personal or institutional web site. Please note that, consistent with Elsevier's author agreement, authors should not post manuscripts directly to PMC or other third party sites.

MEDIA

All articles published in *JAACAP* are embargoed until 3PM ET of the day they are published as corrected proofs online. Articles cannot be publicized as accepted abstracts. Contents of the publication should not be released to or by the media or government agencies before this date. A limited number of *JAACAP* articles will be selected for press release development. This selection is made by the Editor in consultation with the Editorial Office and the Publisher. Press Releases are posted and archived at www.jaacap.org.

Medical and health journalists may request the full text of embargoed articles by contacting the Editorial Office. Upcoming articles can be found under the Articles in Press on www.jaacap.org. Press officers from research institutions may inquire about projected publication dates for articles by authors affiliated with their organization.

Anexo 7 – Normas para publicação de artigos na Revista Brasileira de Psiquiatria (Artigo 2)

Revista Brasileira de Psiquiatria
RBPPsychiatry

ISSN **1516-4446** *printed version*
ISSN **1809-452X** *online version*

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

- Aim and editorial policy
- Manuscript preparation
- Manuscript submission

Aim and editorial policy

Revista Brasileira de Psiquiatria is a quarterly publication that aims to publish original manuscripts in all areas of psychiatry, including public health, clinical epidemiology, basic science, and mental health problems. Articles should be written in English.

These instructions were written based on the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publications, edited by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). The original document is available at http://www.icmje.org/.

Revista Brasileira de Psiquiatria supports the clinical trial registration policies of the World Health Organization (WHO) and the ICMJE, recognizing the importance of such initiatives for the registration and disclosure of trial results to the international community through open access. According to this recommendation and to the BIREME/OPAS/OMS guidelines for journals indexed in the LILACS and SciELO databases, ***Revista Brasileira de Psiquiatria*** will only accept for publication clinical trials that have been

registered in Clinical Trials Registries that meet the WHO and ICMJE requirements (URLs available at http://www.icmje.org/faq_clinical.html; a Brazilian registry is also available at http://www.ensaiosclinicos.gov.br/). The clinical trial registration number should be informed at the end of the abstract.

Peer review process

The selection of manuscripts for publication is based on their originality, relevance of the topic, methodological quality, and compliance with these instructions. All manuscripts considered for publication are peer-reviewed by anonymous external referees. Whenever possible, an editorial decision (acceptance, revisions required, or rejection) will be made within one month after submission.

Manuscript preparation

Revista Brasileira de Psiquiatria publishes original articles, brief communications, review articles, update articles, editorials, and letters to the Editor. Consult a current issue of the Journal for style and format. The text should be double-spaced with broad margins.

Original articles, review articles, update articles, and brief communications all follow the format described below.

Title page: Full title, authors' names, their departments and institutions, including the city and country of origin. Please also include a running title with a maximum of 50 characters (letters and spaces). The full name, telephone number, fax

number, e-mail address and full postal address of the corresponding author should be stated.

Page 2: A structured abstract not exceeding 200 words with the following sections: Objective, Methods, Results, and Conclusion. Please indicate three to five keywords in strict accordance with Medical Subject Headings.

Main text: The Introduction should be one to three pages long (do not extensively review the literature), concluded by a clear statement of the aims of the study. A thorough Methods section should include study design, setting, participants, main outcome measures, statistical analyses, trial registration, ethics committee approval, and informed consent procedures (avoid referring to design, method and material described in previously published articles). Results should be clear; repetition of data in the text and in tables/figures is not allowed. Discussion: Do not include a conclusion section; concluding remarks should be presented in the final paragraph of the text.

Acknowledgements: Should include grants, sponsorships and other types of support provided to the study. Some authors may wish to thank collaborators who contributed significantly to the manuscript but do not fulfill authorship criteria. It is the responsibility of the author to obtain permission from the persons mentioned.

Disclosure: Each author should disclose potential conflicts of interest in general, not only related to the present study. Examples include but are not limited to previous or current jobs/positions, research grants, speaker’ s honoraria,

ownership interest, and work as a consultant or advisory board for organizations. Studies that in any way involve pharmaceutical companies or other private or public enterprises should clearly disclose the role of these organizations in the study. Moreover, if the study in any way investigates pharmaceutical compounds, the Disclosure should contain information about by whom and which institutions the statistical analyses were performed and an e-mail address where to obtain the protocol.

Reference list: References should be kept to the pertinent minimum and should be numbered consecutively in the order in which they appear in the text, in accordance with the Vancouver system. We recommend the use of a tool such as Reference Manager or Endnote for reference management and formatting. Identify references in text, tables, and legends using superscript Arabic numerals. References cited only in tables or figure legends should be numbered in accordance with their first citation in the text.

Please observe the style of the examples below. To include manuscripts accepted, but not published, inform the abbreviated title of the journal followed by (in press). Papers published electronically, but not yet in print, should be identified by their DOI number. Information from manuscripts not yet accepted should be cited only in the text as personal communication. Reference accuracy is the responsibility of the authors. Journal titles should be abbreviated in accordance with Index Medicus.

Examples:

Standard journal article: List all authors when six or fewer. When there are seven or more, list only the first six authors and add "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013;35:51-6.

Book: Gabbard GO. Gabbard' s treatment of psychiatric disorders. 4th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Book chapter: Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. The nature and treatment of therapy-resistant depression. In: Cryan JF, Leonard BE, editors. Depression: from psychopathology to pharmacotherapy. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.

Theses and dissertations: Trigeiro A. Central nervous system corticotropin releasing factor (CRF) systems contribute to increased anxiety-like behavior during opioid withdrawal: an analysis of neuroanatomical substrates [dissertation]. San Diego: University of California; 2011.

Tables and figures: All figures/tables should clarify/complement rather than repeat the text; their number should be kept to a minimum. All illustrations should be submitted on separate pages, following the order in which they appear in the text and numbered consecutively using Arabic numerals. All tables and figures should include descriptive legends, and abbreviations should be defined. Any tables or figures extracted from previously published works should be accompanied by written permission for reproduction from the

current copyright holder at the time of submission.

Abbreviations and symbols: All terms or abbreviations should be spelled out at first mention and also in table/figure legends. All units should be metric. Avoid Roman numerals.

Supplementary material online

Revista Brasileira de Psiquiatria does not publish supplementary or supporting material online.

Manuscript categories

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 should not exceed 5,000 words, excluding tables, figures, and references. No more than six tables or figures, and a maximum of 40 references, will be accepted. The text should be organized in the following sections: Introduction, Methods, Results, and Discussion. Clinical implications and limitations of the study should be stated. Randomized clinical trials should be registered in online clinical databases (the clinical trial registration number should be informed at the end of the abstract).

Brief communications: Original but shorter manuscripts addressing topics of interest in the field of psychiatry, with preliminary results or results of immediate relevance. These papers should be limited to 1,500 words, one table or figure, and 15 references.

Review articles: These articles are preferably solicited (by the Editors) from experts in the field. They are systematic, critical assessments of literature and data sources, aimed at critically reviewing and evaluating existing knowledge on a designated topic, in addition to commenting on studies by other authors. The search strategy and selection process (including inclusion/exclusion criteria) should be described in detail. Review articles are limited to 6,000 words, excluding tables, figures and references. The total number of tables and figures may not exceed six.

Update articles: Update articles address current information relevant to clinical practice and are less comprehensive than review articles. Update articles should be no longer than 2,000 words and 30 references.

Editorials: Critical and in-depth commentary invited by the Editors or written by a person with known expertise in the topic. Editorials should not exceed 900 words and five references. A title page should be included as described above.

Letters to the Editor: Letters can contain reports of unusual cases, comments on relevant scientific topics, critiques of editorial policy, or opinions on the contents of the journal. Letters should include a maximum of 500 words, one table, one figure, and five references.

Copyright form

Authors of accepted manuscripts should complete the Copyright Transfer Agreement below and send it to editorial@abpbrasil.org.br. To avoid any delays in publication,

a signed form should be sent to the production office as soon as the manuscript is accepted for publication (not required upon submission). Production will not commence until the signed copyright form is received.

Copyright Transfer Agreement

I, the undersigned author, certify that I and all other co-authors of the manuscript no. _____, entitled

_____,

submitted for publication in *Revista Brasileira de Psiquiatria*, have participated sufficiently in the intellectual content, data analysis, and writing of the manuscript, and take public responsibility for it. Also, I and each of the co-authors have reviewed the final version of the manuscript, believe it represents valid work, and approve it for publication. On behalf of all coauthors, I certify that the manuscript has not been previously published or accepted for publication, nor is it currently under consideration for publication elsewhere, either in whole or in part.

Finally, I do hereby agree to transfer copyright of above mentioned article Associação Brasileira de Psiquiatria. I am aware that all the contents of the journal, except where otherwise noted, are licensed under a Creative Commons License, meaning that materials may be copied, distributed, transmitted, and adapted for noncommercial purposes only, provided the original source is cited. I am also aware that the reproduction of accepted articles in whole or in part is forbidden without written permission from the editors.

Manuscript submission

Revista Brasileira de Psiquiatria uses ScholarOne Manuscripts (http://mc.manuscriptcentral.com/rbp). Registration (login and password) is required on first access, prior to submission. For system support, please e-mail us at editorial@abpbrasil.org.br.

(cc) BY-NC All the content of the journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons License

Associação Brasileira de Psiquiatria
Rua Pedro de Toledo, 967 casa 1
04039-032 São Paulo SP Brasil
Tel.: +55 11 5081-6799
Fax: +55 11 5579-6210

e-Mail

editorial@abpbrasil.org.br