



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DO
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E
HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
DA CIDADE DE CAVALCANTE-GO QUE SE
IDENTIFICAM COMO KALUNGA**

Goiânia

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Karla Cristina Naves de Carvalho

**PREVALÊNCIA DE SINAIS E SINTOMAS DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA CIDADE
DE CAVALCANTE-GO QUE SE IDENTIFICAM COMO KALUNGA**

Tese de mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde da Universidade Federal de
Goiás para a obtenção do título de Mestre
em Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta

Goiânia

2011

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 este trabalho. 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

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, e pela máxima demonstração do amor por suas criaturas, o que tanto necessitamos aprender.

Ao meu marido, Alexandre, que caminhando junto comigo se tornou minha verdadeira fonte de alegria e paz, me energizando no percurso da vida. Às suas renúncias ao tempo e à atenção que lhe eram de direito, sacrificando-se, em pura compreensão e apoio incondicional, em minhas ausências, que nos foram impostas durante a elaboração desta dissertação.

Aos meus amados pais, Antonio e Eraci; a meus irmãos, Astrogildo e Antonio Carlos, sempre presentes, me auxiliando e facilitando meu caminho nesta jornada.

Ao Prof. Dr. Leonardo Ferreira Caixeta, por me acompanhar e orientar com segurança nesta caminhada, compartilhando os seus conhecimentos de forma desprendida, sendo mentor acadêmico e profissional. Agradeço-lhe pela confiança e constante incentivo nesta empreitada.

Às Sras. Elisa e Luciana (Secretaria do PPG/IPq/FM/USP), Viviane (Secretaria do PPG/Psiquiatria/EPM/UNIFESP), Valdecina e Raquel (Secretaria do PPG/Ciências da Saúde/FM/UFG) e Raquel (anteriormente bibliotecária da FM/UFG e atualmente na Biblioteca Central da UFG), pois sempre me socorreram nos momentos delicados da burocracia a ser trilhada, me animando no percurso do caminho árduo a que me propus, não me deixando desistir jamais de concretizá-lo.

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 Kalunga, pelo apoio decisivo para que a realização deste trabalho fosse concretizada, bem como por suas sugestões preciosas.

A todos os professores das escolas participantes, que disponibilizaram seu tempo e apoio, sempre dispostos a me auxiliar.

À 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 do psiquismo humano. Por todo o apoio e incentivo que sempre me demonstrou, na busca de me tornar sempre melhor, como profissional e pessoa, a ela meu muito obrigada e minha eterna gratidão!

Às Profa. Dra. Mari de Nasaré Baiocchi, Profa. Dra. Ruth Losada de Menezes, Profa. Dra. Regina Maria Bringel Martins e Profa. Dra. Marília Dalva Turchi, por terem aceito participar da banca de qualificação desta dissertação, dando sua inestimável contribuição para o aperfeiçoamento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Quirino Cordeiro Júnior, que gentilmente aceitou participar da banca de defesa, dando sua preciosa contribuição para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Paulo Sérgio Sucasas da Costa, que atenciosamente contribuiu na banca de qualificação e aceitou, mais uma vez, compor a banca de defesa, enriquecendo sobremaneira este trabalho.

À Sra. Marlene (Secretaria do CEPMHA/HC/UFG), que sempre procurou me auxiliar na difícil tarefa de trilhar com máximo zelo o caminho das exigências éticas e legais para executar este trabalho com uma população especial: as 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 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.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), que me forneceu bolsa de formação para a concretização deste projeto.

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!

RESUMO

Poucos estudos foram realizados no mundo sobre Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em comunidades rurais e nenhum no Brasil até o momento. Esta é a primeira pesquisa de prevalência de sinais e sintomas do TDAH em crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, bem como um dos pioneiros neste campo especificamente com negros no Brasil. Teve como objetivo geral investigar a presença dos sinais e sintomas do TDAH em crianças e adolescentes (de 6 a 18 anos) que se identificam como Kalunga, em Cavalcante-GO, Brasil. No total, 204 crianças e adolescentes foram avaliados por meio das respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis e pelos professores durante entrevistas utilizando-se o *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18) e o *Teacher's Report Form for Ages 6-18* (TRF/6-18), respectivamente. Usando o CBCL/6-18 e do TRF/6-18, os sinais e sintomas do TDAH foram detectados em 5,9% e 5,4% dos indivíduos avaliados, enquanto os do TDA foram observados em 16,2% e 15,2% deles, respectivamente. Também se verificou que a prevalência do TDA neste estudo foi superior à média nacional, ao passo que a do TDAH foi mediana quando comparada com a da população mundial. De acordo com as avaliações dos pais ou responsáveis e dos professores, houve as seguintes prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH, respectivamente: 83% e 90% de transtorno opositor desafiador; 41,6% e 45,4% de transtorno de conduta; 58,3% e 63,6% de transtornos de ansiedade; 33,3% e 36,3% de transtornos afetivos. Conforme as avaliações dos pais ou responsáveis e dos professores, foram registradas as seguintes prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDA, respectivamente: 60,6% e 64% de transtorno opositor desafiador; 54,5% e 58% de transtorno de conduta; 75,7% e 80,6% de transtornos de ansiedade; 57,5% e 61,2% de transtornos afetivos. Constatou-se que o TDA existe em uma população culturalmente diversa, as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga residentes em Cavalcante-GO, com alta taxa de prevalência, tendo sido observadas as comorbidades habitualmente encontradas em outras populações de crianças das mais variadas culturas ao redor do mundo. Já os sinais e sintomas do TDAH nesta amostra tiveram prevalência equiparada à da população mundial, também com alta taxa de prevalência e igualmente apresentando as comorbidades habitualmente encontradas em estudos conduzidos em várias partes do mundo e alguns realizados no Brasil.

Palavras-chave: Kalunga. Prevalência. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

ABSTRACT

PREVALENCE OF SIGNS AND SYMPTOMS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS FROM THE MUNICIPALITY OF CAVALCANTE-GO WHO IDENTIFY THEMSELVES AS KALUNGA

Few studies have been conducted worldwide on Attention Deficit Disorder and Hyperactivity Disorder (ADHD) in rural communities and none in Brazil so far. This is the first prevalence research on the signs and symptoms of ADHD in children and adolescents who identify themselves as Kalunga, as well as one of the pioneers on this field specifically with African descendants in Brazil. Its overall objective was the investigation of the presence of signs and symptoms of ADHD in children and adolescents (from 6 to 18 years) who identify themselves as Kalunga, in Cavalcante-GO, Brazil. A total of 204 children and adolescents were assessed through the responses provided by their parents or guardians and their teacher during interviews 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), respectively. Using the CBCL/6-18 and TRF/6-18, the signs and symptoms of ADHD were detected in 5.9% and 5.4% of the individuals assessed, whereas those of ADD were observed in 16.2% and 15.2% of them, respectively. Also, we detected that the prevalence of ADD in this study was higher than the national average, while the ADHD presented median prevalence compared with that of the world population. According to the evaluations of parents or guardians and teachers, the following estimated prevalences of comorbidities with signs and symptoms of ADHD were observed, respectively: 83% and 90% with oppositional defiant disorder; 41.6% and 45.4% with conduct disorder; 58.3% and 63.6% with anxiety disorders; 33.3% and 36.3% with affective disorders. In accordance with the evaluations of parents or guardians and teachers, the following estimated prevalences of comorbidities with signs and symptoms of ADHD were registered, respectively: 60.6% and 64% with oppositional defiant disorder; 54.5% and 58% with conduct disorder; 75.7% and 80.6% with anxiety disorders; 57.5% and 61.2% with affective disorders. We concluded that ADD exists in a culturally diverse population, the children and adolescents who identify themselves as Kalunga and who live in Cavalcante-GO, Brazil, presenting a high prevalence rate, with comorbidities commonly found in other populations of children from various cultures around the world. On the other hand, the signs and symptoms of ADHD in the present sample presented a prevalence that can be compared with that of the world population, also with comorbidities commonly found in studies performed in several parts of the world and some carried out in Brazil.

Key words: Kalunga. Prevalence. Attention deficit hyperactivity disorder.

LISTA DE ABREVIATURAS

APA	– <i>American Psychiatric Association</i> (Associação Americana de Psiquiatria)
ASEBA	– <i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i> (Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach)
CBCL/6-18	– <i>Child Behavior Checklist for Ages 6-18</i> (Lista de Verificação do Comportamento de Crianças entre as idades de 6 e 18 anos)
CID	– Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV-TR	– <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
ICD	– <i>International Classification of Diseases</i> (Classificação Internacional de Doenças)
INCRA	– Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
OMS	– Organização Mundial de Saúde
QMPI	– Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil
SPSS 16.0	– <i>Statistic Package for Social Sciences 16.0 for Windows</i> (Pacote Estatístico para Ciências Sociais 16,0 para Windows)
TAf	– Transtornos afetivos
TAns	– Transtornos de ansiedade
TC	– Transtorno de conduta
TDAH	– Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TOD	– Transtorno opositivo desafiador
TRF/6-18	– <i>Teacher's Report Form for Ages 6-18</i> (Formulário para o Relatório de Professores de Crianças entre as idades de 6 e 18 anos)
UFG	– Universidade Federal de Goiás
UNESCO	– <i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i> (Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas)
WHO	– <i>World Health Organization</i> (Organização Mundial de Saúde)

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Prevalência estimada de sinais e sintomas do TDAH e do TDA entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, quando os respondentes foram os pais ou responsáveis, utilizando o CBCL/6-18.	49
Gráfico 2.	Prevalência estimada de sinais e sintomas do TDAH e do TDA entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, quando os respondentes foram os professores, utilizando o TRF/6-18.	49
Gráfico 3.	Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 ($p < 0,001$).	57
Gráfico 4.	Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos professores às questões do TRF/6-18 ($p < 0,001$).	57
Gráfico 5.	Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDA nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 ($p < 0,001$).	58
Gráfico 6.	Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos professores às questões do TRF/6-18 ($p < 0,001$).	58

LISTA DE FOTOGRAFIAS E MAPAS

Mapa 1.	Localização do Patrimônio Cultural e Sítio de Valor Histórico Kalunga, no nordeste do estado de Goiás.	34
Mapa 2.	Comunidades Kalunga distribuídas na área do Patrimônio Cultural e Sítio de Valor Histórico Kalunga, no nordeste do estado de Goiás.	34
Fotografia 1.	Vista externa do Colégio Municipal Alcy Alves Moreira.	36
Fotografia 2.	Vista interna do Colégio Municipal Alcy Alves Moreira.	36
Fotografia 3.	Vista externa do Colégio Estadual Elias Jorge Cheim.	37
Fotografia 4.	Vista interna do Colégio Estadual Elias Jorge Cheim.	37
Fotografia 5.	Abordagem de pais ou responsáveis para participação na pesquisa.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das características gerais das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010.	48
Tabela 2.	Distribuição segundo gênero e escolaridade em relação à faixa etária das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010.	48
Tabela 3.	Distribuição segundo gênero, escolaridade e prevalência estimada do TDAH e do TDA das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos professores às questões do TRF/6-18 e as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18.	51
Tabela 4.	Distribuição segundo escolaridade e prevalência estimada do TDAH e do TDA das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.	52
Tabela 5.	Prevalência estimada do TDAH das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18. ..	53
Tabela 6.	Prevalência estimada do TDA das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.	54
Tabela 7.	Descrição do TDAH e do TDA em relação à idade das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.	56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 REVISÃO DE LITERATURA	17
1.1 Epidemiologia em saúde mental na infância e na adolescência	17
1.1.1 <i>Países desenvolvidos</i>	17
1.1.2 <i>Países em desenvolvimento</i>	18
1.2 Fatores de risco para transtornos mentais	20
1.3 Repercussões sociopsicológicas	21
1.4 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)	21
1.4.1 <i>Quadro clínico</i>	23
1.4.2 <i>Repercussões sociopsicológicas</i>	23
1.4.3 <i>Epidemiologia do TDAH no Brasil e no mundo</i>	24
1.4.3.1 Fatores ambientais, geográficos e étnico-genéticos na gênese do TDAH	25
1.4.3.2 Fatores neurobiológicos na gênese do TDAH	26
1.4.3.3 Fatores genéticos na gênese do TDAH	27
1.4.4 <i>Instrumentos de avaliação do TDAH</i>	28
1.5 Neuropsiquiatria e neuropsicologia transcultural no Brasil	29
1.6 Comunidade Kalunga: formação e localização geográfica	31
1.7 Cidade de Cavalcante e identidade cultural	35
1.8 Relevância da pesquisa	38
2 OBJETIVOS	40
2.1 Objetivo geral	40
2.2 Objetivos específicos	40
3 METODOLOGIA	41
3.1 Delineamento e local do estudo	41
3.2 Aspectos éticos	41
3.3 Instrumentos para a coleta de dados	42
3.3.1 <i>A escolha do instrumento de rastreamento</i>	42
3.3.2 <i>Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18)</i>	43
3.3.3 <i>Teacher's Report Form for Ages 6-18 (TRF/6-18)</i>	43
3.4 Crítérios de inclusão e exclusão	44

3.5 Procedimento de coleta dos dados	45
3.6 Análise dos dados	46
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	65
APÊNDICES	74
APÊNDICE A – Termo de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás	75
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis e professores	76
ANEXOS	78
ANEXO A Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, versão brasileira do <i>Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)</i> – pais ou responsáveis	79
ANEXO B – Inventário de comportamentos referidos pelo(a) professor(a) para alunos de 6 a 18 anos, versão brasileira do <i>Teacher’s Report Form for ages 6-18 (TRF/6-18)</i>	92

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é bastante comum em crianças e adolescentes e repercute negativamente em sua vida familiar, escolar e social, geralmente persistindo por toda a existência destes indivíduos se não for detectado e tratado. Caracteriza-se por alterações dos sistemas motor, perceptivo, cognitivo e comportamental, comprometendo o aprendizado daquelas pessoas que apresentam potencial intelectual adequado (ALMEIDA FILHO, 1981; COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005; GIEL et al., 1981; MELTZER et al., 2000; ROHDE et al., 1999b).

Esse transtorno causa também enorme impacto na sociedade se forem levados em consideração seu alto custo financeiro, o estresse provocado nas famílias, o prejuízo para as atividades acadêmicas e vocacionais e, acima de tudo, seus efeitos negativos sobre a autoestima das crianças e, conseqüentemente, dos adolescentes dela portadores (ROHDE et al., 2000).

Embora crescentes, no mundo e no Brasil, as pesquisas nesta área são ainda insuficientes para o completo conhecimento acerca do TDAH em crianças e adolescentes (COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005; FLEITLICH; GOODMAN, 2000). Ademais, poucos estudos foram realizados no mundo sobre esse tipo de transtorno em comunidades negras rurais isoladas e, até o momento, nenhum no Brasil.

Vários estudos nacionais e internacionais, em sua maioria aplicados a crianças em idade escolar, situam a prevalência do TDAH entre 3% e 6% (ROHDE et al., 1998). Para detectar sinais e sintomas do TDAH, existem inúmeros instrumentos utilizados em várias partes do mundo. Os instrumentos muito específicos para essa detecção podem ser bastante adequados no ambiente clínico; porém, em amostras populacionais não clínicas, deixariam de detectar os casos paucissintomáticos. Isso poderia levar à falsa impressão de baixa prevalência e, deste modo, crianças e adolescentes necessitados de atendimento deixariam de receber a devida assistência, mesmo não constituindo casos clínicos propriamente clássicos (JELLINEK et al., 1995).

Entretanto, os instrumentos do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA, Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach), *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18, Lista de Verificação do Comportamento de Crianças entre as idades de 6 e 18 anos) e *Teacher's Report Form for Ages 6-18* (TRF/6-18, Formulário para o Relatório de Professores de Crianças entre as idades de 6 e 18 anos), já têm comprovada a sua utilidade para esse fim (LAMPERT et al., 2004). Embora não tenham sido desenvolvidos para o diagnóstico final dos principais transtornos mentais (TDAH, transtorno opositivo desafiador – TOD, transtorno de conduta – TC, transtornos de ansiedade – TAns e transtornos afetivos – TAf), apresentam elevada capacidade de detecção naqueles indivíduos sob risco e que devem passar por avaliação clínica mais acurada.

Portanto, estudos utilizando os referidos instrumentos possibilitam evidenciar para o poder público a necessidade de se cuidar do TDAH na infância, tanto profilática quanto curativamente (COSTELLO; EGGER; ANGOLD, 2005; FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

1 REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de respaldar esta pesquisa, segue uma revisão de literatura sobre transtornos mentais na infância e adolescência, bem como acerca da comunidade estudada.

1.1 Epidemiologia em saúde mental na infância e na adolescência

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

1.1.1 Países desenvolvidos

Em sua revisão abarcando trabalhos publicados acerca de transtornos mentais na infância e adolescência, Rohde e outros (1998) incluíram estudos das quatro últimas décadas, apontando a ampla variação de sua prevalência estimada, entre 1% e 51%, além de diferenças nos critérios de classificação diagnóstica utilizados. Salienta-se que os critérios de Rutter, Tizard e Whitmore (1970) foram os mais adotados, seguidos pelos critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (APA, 2000).

Vários estudos epidemiológicos indicam 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 e o que se caracteriza como 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 por Fleming, Offord e Boyle (1989) 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.

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. Em consonância com esse cenário, 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, ao passo que, de acordo com os professores, esta taxa aumentou para 7,2% (FLEMING; OFFORD; BOYLE, 1989).

Em um estudo epidemiológico conduzido na Inglaterra por Meltzer e outros (2000), 10.500 famílias foram entrevistadas, tendo os autores detectado 10% de problemas de saúde mental infantil. Nesse 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 TC clinicamente significativo, 4% apresentavam transtornos emocionais (TAns e depressão) e 1% recebeu diagnóstico de hiperatividade.

Estudos nacionais e internacionais, realizados eminentemente com crianças em idade escolar, indicam que 5,9% da população mundial infantil, em média, apresenta TDAH (POLANCZYK; JENSEN, 2008), segundo a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2000), ou tem transtornos hipercinéticos, de acordo com a *International Classification of Diseases* (ICD, Classificação Internacional de Doenças – CID) da *World Health Organization* (WHO, Organização Mundial da Saúde – OMS) (OMS, 1993; ROHDE et al., 1998).

1.1.2. Países em desenvolvimento

Durante 1977 e 1978, um estudo multicêntrico foi realizado na Colômbia, Índia, Filipinas e Sudão, contando também com a participação de pesquisadores do

Brasil e do Egito. Não obstante algumas restrições metodológicas, como o reduzido tamanho das amostras e o uso apenas de questionários de rastreamento (*screening*), nessa 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 infantil, mais especificamente 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 da literatura científica, 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 e a de categorias locais para a definição de caso, bem como a dificuldade na escolha das fontes mais apropriadas para a identificação de sujeitos, tais como a domiciliar e a escolar.

Investigando as questões mencionadas, em um estudo realizado em Kerala, na Índia, Hackett e outros (1999) utilizaram critérios universais para a avaliação de psicopatologias infantis. Encontraram taxa de prevalência de 9,4% (IC 95%; 7,9%–10,8%) e associação dos transtornos mentais 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 neste campo. Na década de 1980, Almeida Filho (1981) desenvolveu em nosso país 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, as quais revelaram taxa de prevalência de 15% de problemas de saúde mental na população estudada.

Em estudo posterior, utilizando o mesmo instrumento, Almeida Filho (1984) detectou a associação entre problemas de saúde mental na infância e 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 e Goodman (2000), 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 afluenta, 11,4% na população rural e 13,7% na população urbana pobre. A taxa geral de transtornos mentais encontrada por eles foi de 12,5%, enquanto na Grã-Bretanha, usando-se instrumentos de medição comparáveis, foi de 9,5%.

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.

1.2 Fatores de risco para transtornos mentais

Os vários fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes têm sido intensamente 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 doenças físicas capazes de trazer limitações às crianças (GOODMAN et al., 1998).

Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, Goodman e outros (1998) encontraram associação entre transtornos mentais em jovens com baixa renda familiar e idade materna inferior a 18 anos por ocasião de seus nascimentos. A presença de pais biológicos casados foi identificada pelos pesquisadores como fator protetor para transtornos psiquiátricos. Outras características familiares e métodos educacionais adotados pelos pais também mostraram associação, principalmente, com os transtornos emocionais e de comportamento. Nesse contexto, os autores

verificaram que os jovens com transtornos recebiam menos supervisão dos pais, mais castigos e punições corporais.

1.3 Repercussões sociopsicológicas

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 se cuidar da saúde mental na infância, tanto profilática quanto curativamente, pois é grande a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento correto para evitar sofrimentos futuros (FLEITLICH; GOODMAN, 2000). Adicionalmente, levando em consideração que o Brasil possui dimensões continentais e, conseqüentemente, possui vasta riqueza sociocultural, deve-se proceder a investigações regionais das taxas de prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes, de modo a dispor de subsídios para documentar a necessidade de estruturação de serviços e programas de prevenção em saúde mental infantil no país (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

1.4 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)

O TDAH recebeu designações diferentes ao longo do tempo, tendo sido denominado “lesão cerebral mínima” por Strauss e Lehtinen em 1947 e, em um simpósio que ocorreu em Oxford em 1962, foi modificada para “disfunção cerebral mínima” (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005, p. 479). Inicialmente, foi descrito como transtorno caracterizado por níveis excessivos de atividade, conceito que foi ampliado para incluir desatenção e impulsividade, além da hiperatividade (ROHDE et al., 1999a). Assim, foi cunhada a expressão transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade e, em 1987, a designação foi alterada para

transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005; ROHDE et al., 1999b), denominação mantida até o presente momento (POSSA; SPANEMBERG; GUARDIOLA, 2005; VASCONCELOS et al., 2003).

A *American Psychiatric Association* (APA, Associação Americana de Psiquiatria) define o TDAH como um padrão persistente de desatenção ou hiperatividade, mais frequente e grave do que aquele tipicamente observado nos indivíduos em nível equivalente de desenvolvimento, e associado a algum prejuízo causado pelos sintomas em pelo menos dois contextos, como, por exemplo, casa, escola ou trabalho (APA, 2000).

Ainda conforme APA (2000), o TDAH é subdividido em três tipos: a) com predomínio de sintomas de desatenção, mais frequente no gênero feminino e com maior taxa de prejuízo acadêmico; b) com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade, mais frequente no gênero masculino, levando seus portadores a serem mais agressivos e com altas taxas de impopularidade e rejeição entre os colegas; e c) combinado, no qual sintomas de oposição e desafio em associação a problemas de conduta ocorrem comumente, acarretando prejuízo no funcionamento global muito maior do que nos dois tipos anteriores.

Investigando esse tema, em um estudo realizado em Niterói, 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 conduzido no Brasil, Rohde e outros (1999a) avaliaram a prevalência do TDAH e sua relação com problemas escolares e comportamentos agressivos ou desafiadores, também constatando resultados semelhantes aos de trabalhos realizados em países desenvolvidos.

Um importante trabalho de mestrado nesta área foi realizado no estado de Goiás por Azevêdo (2009). O pesquisador avaliou a prevalência de TDAH em 144 crianças e adolescentes índias 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 ou responsáveis e de 2,8% (IC 95%; 0,7–4,8) quando os respondentes foram os professores. O autor concluiu que, dos 144 participantes, 30 apresentaram TDAH (20,8%).

1.4.1 Quadro clínico

Em geral, os portadores de TDAH são inteligentes, criativos e intuitivos; apesar disto, habitualmente, não conseguem atingir todo o seu potencial em função das três principais características deste transtorno: desatenção, impulsividade e hiperatividade (POLANCZYK; JENSEN, 2008). Esses indivíduos têm dificuldade em assistir aulas e palestras e de fazer leituras; por isto, cometem erros decorrentes da falta de atenção aos detalhes. Por outro lado, fazem várias coisas simultaneamente, mas, em geral têm diversos projetos pendentes e inúmeras tarefas por terminar (ROHDE et al., 2000).

Quando motivada ou desafiada, a pessoa portadora desse distúrbio apresenta hiperconcentração; entretanto, é desorganizada tanto internamente, pois inúmeros pensamentos e ideias lhe ocorrem ao mesmo tempo, como externamente, encontrando dificuldade em manter a ordem em mesas, gavetas, papéis, bem como em cumprir horários e prazos. A impulsividade domina o comportamento do portador de TDAH e sua compulsão o faz falar, comer, comprar, trabalhar, ficar em salas de bate-papo da Internet, beber ou jogar sem controle; fala e faz o que lhe vem à cabeça sem pensar se é adequado ou não, o que pode lhe causar embaraços e estragos. Costuma ser impaciente, disfórico (irritadiço), "pavio curto" (baixa tolerância), podendo também apresentar alterações de humor. Com facilidade, muda de metas e planos e, não raro, tem mais de um casamento ou relacionamento estável (ROHDE et al., 2000).

1.4.2 Repercussões sociopsicológicas

O TDAH repercute na vida da criança e do adolescente, ocasionando-lhe prejuízos em múltiplas áreas, como na adaptação ao ambiente acadêmico, nas

relações interpessoais e no desempenho escolar (ARNOLD; JENSEN, 1999; BARKLEY, 2002), denominados sintomas não cardinais, ou seja, embora não imprescindíveis para o diagnóstico do transtorno, frequentemente fazem parte das queixas do portador (MERCUGLIANO, 1999). Tanto as repercussões do mau desempenho escolar na vida do aluno com TDAH – tais como a necessidade de turmas especiais de apoio e o sofrimento pessoal e familiar – como a influência deste distúrbio na vida adulta justificam o investimento em diagnóstico e manejo precoces deste problema (KLEIN; MANNUZZA, 1991).

Estão associadas ao TDAH inúmeras comorbidades, citando-se as seguintes (juntamente com sua prevalência associada): comportamentos disruptivos, TOD e TC (35% a 65%); depressão (15% a 20%); TAns (25%); transtorno de aprendizagem (10% a 25%); abuso ou dependência de drogas (9% a 40%) (ANACHE; BENEDETTI, 2008).

A inexistência de diagnóstico e a conseqüente falta de tratamento correto geram grandes prejuízos à vida profissional, social, pessoal e afetiva do indivíduo com TDAH sem que ele saiba os motivos. Na ausência de tratamento, outros distúrbios vão se associando (comorbidades), tais como TOD e TC, entre outros. Estudos de comorbidade revelaram taxas elevadas de ocorrência de outros transtornos psiquiátricos em portadores de TDAH, em especial, transtornos de humor, de comportamento e de ansiedade (BIEDERMAN; NEWCORN; SPRICH, 1991). A autoestima fica cada vez mais comprometida e a pessoa vai se isolando do mundo, criando um ambiente propício ao desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (KESSLER et al., 2005).

1.4.3 Epidemiologia do TDAH no Brasil e no mundo

Muito embora o TDAH atinja cerca de 5% da população mundial em idade escolar (POLANCZYK et al., 2007) e seja um dos transtornos mais comuns na infância e adolescência (AAP, 2000), até hoje permanece desconhecido por muitos, inclusive profissionais da saúde, que tratam apenas de suas conseqüências. Não obstante evidências científicas confirmem os diagnósticos, a validade e a eficácia do tratamento, alguns profissionais de saúde mental, erroneamente baseados em suas crenças

personais, reagem com preconceito e rejeitam a necessidade de atenção para o indivíduo com TDAH (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970). Em adição a isso, nos países em desenvolvimento, há escassez de dados precisos sobre o TDAH, o que impede a adequada estruturação e implementação de serviços e estratégias preventivas nesta área (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970).

Por outro lado, na década entre 1997 e 2007, pelo menos 71 estudos epidemiológicos sobre o TDAH foram conduzidos em todos os continentes, os quais, porém, mostraram ampla variação nas estimativas de prevalência do transtorno, indicando desde valores extremamente baixos (0,2%) até taxas muito elevadas (27%) (POLANCZYK; JENSEN, 2008).

Considerando-se os prejuízos funcionais nos âmbitos familiar, acadêmico, profissional e social, com custos tanto financeiros quanto emocionais para os indivíduos com TDAH e suas famílias, pode-se deduzir que este transtorno psiquiátrico causa enorme impacto negativo na sociedade. Além disso, por meio de estudos epidemiológicos, tem-se observado que crianças e adolescentes diagnosticados com TDAH podem ter risco aumentado de apresentar outros transtornos psiquiátricos, tanto no presente quanto na vida adulta (BIEDERMAN; NEWCORN; SPRICH, 1991).

Torna-se fundamental, ainda, lembrar que existem subgrupos da população infantil, como crianças em situação de rua, menores infratores, com doenças crônicas, indígenas, entre outros, os quais, por suas peculiaridades sob o ponto de vista da saúde mental, merecem investigação individualizada (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970). Tais estudos possibilitarão evidenciar ao poder público a necessidade de se cuidar do TDAH na infância, tanto profilática quanto curativamente (FLEITLICH; GOODMAN, 2000), pois é grande a necessidade de diagnóstico precoce e tratamento correto para evitar sofrimentos futuros.

1.4.3.1 Fatores ambientais, geográficos e étnico-genéticos na gênese do TDAH

O TDAH tem prevalência estimada em torno de 3,5% a 8% em diferentes áreas geográficas do mundo, inclusive no Brasil (ROHDE et al., 2000). A prevalência desse transtorno é mais alta no meio urbano do que no rural e aumenta em função

de condições socioeconômicas mais precárias. O estudo de Montiel-Nava, Montiel-Barbero e Peña (2007) apontou para uma igualdade de prevalência entre os gêneros masculino e feminino. Adicionalmente, o TDAH tem sido associado com fatores genéticos e ambientais, podendo ser fatores predisponentes ao transtorno a exposição materna a álcool ou tabagismo durante a gestação e a ocorrência de depressão materna (MICK et al., 2002).

O consumo de nicotina e a ingestão de álcool pela mãe gestante podem ser causas significativas de anormalidades no desenvolvimento da região frontal do cérebro da criança em gestação. Pesquisas indicam que mães alcoolistas têm mais chance de gerar filhos com problemas de hiperatividade e desatenção (MICK et al., 2002). O retardo no crescimento intrauterino em combinação com o baixo peso ao nascimento (< 1500 g) estão relacionados com a propensão ao desenvolvimento de TDAH (STRANG-KARLSSON et al., 2008).

Alguns autores sugerem que também pode ser causa de TDAH em crianças a desordem familiar, como alto grau de discórdia, baixa instrução da mãe quando solteira, famílias com apenas um dos pais, funcionamento familiar caótico e famílias com nível socioeconômico diminuído (BENCZIK, 2002). Todavia, outros estudos negam essa concepção (CARLSON; JACOBVITZ; SROUFE, 1995; HECHTMAN, 1996; MIRANDA-CASAS; GARCÍA-CASTELLAR; PRESENTACIÓN-HERRERO, 2002; PRESENTACIÓN-HERRERO et al., 2006), afirmando alguns pesquisadores que as dificuldades familiares tendem ser mais consequência do que causa do TDAH, podendo agravar o quadro, mas não causá-lo (PAIANO et al., 2007).

A superstição e o folclore criaram outros fatores que já foram aventados e posteriormente abandonados como causa do TDAH: corante amarelo, aspartame, luz artificial, deficiência hormonal (principalmente da tireoide), deficiências vitamínicas na dieta. Contudo, todas essas possíveis causas foram investigadas cientificamente e desacreditadas (BENCZIK, 2002).

1.4.3.2 Fatores neurobiológicos na gênese do TDAH

É provável que, no cérebro do indivíduo com TDAH, haja alteração no funcionamento de um sistema de substâncias químicas denominadas

neurotransmissores, principalmente as monoaminas (QUIST; KENNEDY, 2001). Entre as monoaminas, cabe destaque às neurotransmissoras dopamina e noradrenalina, as quais se encontram diminuídas nas pessoas com TDAH, fazendo com que a atividade funcional neuroquímica de seu córtex pré-frontal seja menor. A base neuroquímica do TDAH é tão consistentemente relatada que torna obrigatória a caracterização desta entidade como sendo neurobiológica (SILVA; TAKASE, 2010).

1.4.3.3 Fatores genéticos na gênese do TDAH

Embora as causas precisas do TDAH não estejam esclarecidas, a influência de fatores genéticos é fortemente sugerida por estudos epidemiológicos, cujas evidências impulsionaram grande número de investigações com genes candidatos (COOK JUNIOR et al., 1995). Todavia, até o presente momento, apesar da ênfase dada a esse enfoque, nenhum gene pôde ser considerado necessário ou suficiente ao desenvolvimento do TDAH. Entrementes, a busca por genes que influenciem esse processo ainda é o foco de muitas pesquisas. Com base no que se pôde apurar até agora, os genes parecem ser responsáveis não pelo transtorno em si, mas por uma predisposição ao TDAH (QUIST; KENNEDY, 2001).

Inicialmente, suspeitou-se que haveria a participação de genes na etiologia do distúrbio a partir de observações de que, nas famílias de indivíduos com TDAH, a presença de parentes que também apresentavam este transtorno era mais frequente do que nas famílias que não possuíam outras pessoas por ele afetadas. A prevalência desse transtorno entre os parentes das crianças afetadas é cerca de duas a dez vezes maior do que na população em geral, o que é chamado de recorrência familiar (ROMAN; ROHDE; HUTZ, 2002).

A partir dos dados desses estudos observacionais, o próximo passo na pesquisa genética do TDAH foi o início da investigação sobre os genes que poderiam causar o distúrbio. É importante salientar que no TDAH, como na maioria dos transtornos do comportamento, em geral multifatoriais, não se deve falar em determinação genética, mas em predisposição ou influência genética. Nesses transtornos a predisposição genética envolve vários genes e não um único gene, como também é regra para várias características físicas. Provavelmente, não existe,

ou não se acredita que haja, um único “gene do TDAH” (ROMAN; ROHDE; HUTZ, 2002).

1.4.4 Instrumentos de avaliação do TDAH

Existem inúmeros instrumentos utilizados quase universalmente para detectar o TDAH. Diante desse cenário, podem ser mencionados *Conners' Parent and Teacher Rating Scales* (CRS-R) (CONNERS, 2000); *Conners/Wells' Adolescent Self-Report of Symptoms* (CASS) (CONNERS, 2000); *ADHD-IV Rating Scale* (REID et al., 1998); *SNAP-IV* (SWANSON et al., 2001); *Assessment of Hyperactivity and Attention* (AHA) (MEHRINGER et al., 2002); *Attention Deficits Disorders Evaluation Scale* (ADDES) (McCARNEY, 1989); *Brown ADD Scales* (BROWN, 1995); *Wender Utah Rating Scale* (WURS) (WENDER, 1995); *ADD-H: Comprehensive Teacher Rating Scale* (ULLMAN; SLEATOR; SPRAGUE, 1991); *Attention Problem Scale of the Child Behavior Checklist – Parent and Teacher Versions* (ACHENBACH; DUMENCI, 2001).

Conforme o objetivo, a maior ou a menor amplitude de detecção do transtorno (sintomatologia mais ampla ou específica do TDAH), o tipo de respondente ou informante que se deseja (pais, professores, adolescentes ou crianças), o estágio de desenvolvimento (crianças, adolescentes ou adultos) e o propósito (rastreamento, diagnóstico, monitoração do tratamento, entre outros), pode-se optar por um ou outro entre os vários instrumentos disponíveis (LAMPERT et al., 2004).

1.5 Neuropsiquiatria e neuropsicologia transcultural no Brasil

De acordo com Oda e Dalgarrondo (2004), um dos estudos pioneiros sobre aspectos psicopatológicos transculturais no Brasil, enfocando especificamente a cultura afro-brasileira, deve ser creditado ao psiquiatra Raimundo Nina-Rodrigues. Em 1903, esse pesquisador estudou a existência de paranoia nos negros e sua frequência, descrevendo as formas clínicas desta patologia nos negros brasileiros. Em suas conclusões, o autor defendeu a existência de uma psicopatologia que se

apresentaria de 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 em relação aos brancos, predomínio da emoção sobre a razão, marcante sugestionabilidade e selvagens instintos guerreiros e sexuais pouco controláveis. Tais características seriam exacerbadas nos episódios de alienação mental, em quadros que, como regra, seriam mais pobres em manifestações mentais do que os dos brancos e nos quais os comportamentos agitados e agressivos predominariam.

Entretanto, embora jamais duvidasse da inferioridade mental inata dos negros, embasado em sua experiência clínica, Nina-Rodrigues ressaltou que estes seriam, sim, capazes de produzir uma psicopatologia complexa e elaborada, desde que viessem de certos grupos africanos culturalmente “superiores” – como os sudaneses –, ou tivessem um nível educacional elevado, ou fossem produto de mestiçagem com brancos, o que elevaria a sua capacidade intelectual. Portanto, entende-se porque para ele era tão importante uma classificação racial que diferenciava corretamente os tipos puros dos mestiços. Os tipos puros (brancos, negros ou índios) teriam certas características físicas e mentais inatas praticamente fixas, ou de evolução lentíssima, mas os mestiços, se vindos de progenitores racialmente muito desiguais, quase sempre apresentariam algum desequilíbrio físico e/ou mental (degenerescência) em relação ao padrão dos ascendentes diretos (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Verifica-se, então, que para Nina-Rodrigues, a paranoia dos negros teria fundo racial e, com base em sua experiência clínica, ele não duvidava da inferioridade mental inata dos negros e do desequilíbrio físico e mental (degenerescência) que forçosamente ocorreria nos indivíduos mestiços. É óbvio que, à luz dos conhecimentos modernos, tais afirmações não se sustentam. Nina-Rodrigues, provavelmente, não soube diferenciar entre as variáveis “etnia” e “condição socioeconômica” e as confundiu em sua influência sobre os sintomas comportamentais e cognitivos (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

Em sua obra, Nina-Rodrigues conduziu um detalhado estudo psicopatológico que possibilitou diferenciar o delírio de negação de órgãos do doente (associado ao delírio paranoico e com configurações alucinatórias) daquele descrito por Cotard

(relacionado à melancolia). Em seu estudo sobre “formas clínicas” da paranoia, apresentou dez casos, do total de 16 observações clínicas compiladas. Os casos II a V tiveram como diagnóstico o “delírio crônico de evolução sistemática de Magnan” (grupo A). As observações VI a VIII se referem a casos que seriam chamados de “paranoia” por Teixeira Brandão ou de “delírio sistematizado dos degenerados” por Magnan (grupo B) (NINA-RODRIGUES, 2004).

Deve-se salientar que, a despeito da divisão das observações em seis grupos nosográficos, Nina-Rodrigues afirmou acreditar que as variadas formas clínicas da paranoia não seriam categorias estanques, mas poderiam ter contiguidade, porquanto teriam em comum a existência de uma estruturação mental patológica, degenerativa, caracterizada, sobretudo, pelo orgulho e pela desconfiança (NINA-RODRIGUES, 2004). Os casos XII e XIII seriam representantes do grupo D, classificado por ele como “paranoia aguda”; os casos XIV e XV pertenceriam ao grupo E, denominado “paranoia indiferente ou sem delírio”; e o caso XVI exemplificaria o grupo F, dos “perseguidos-perseguidores ou querelantes” (ODA; DALGALARRONDO, 2004).

O conceito de degenerescência de Nina-Rodrigues apontou para uma predisposição ao desequilíbrio mental, à loucura e ao comportamento criminoso. Seus estudos são bastante conceituados, principalmente aqueles dedicados aos transtornos mentais coletivos. Somente *a posteriori* o pesquisador passou a analisar os fatores psicopatológicos e a contextualização sociocultural dos casos que estudava (NINA-RODRIGUES, 2004).

Em alguns trabalhos, Nina-Rodrigues enfocou a influência dos trópicos e do clima sobre o sistema nervoso de imigrantes no Brasil, embora, na verdade, muito raramente tenham sido observadas estas perturbações em nosso país. Sem maiores comprovações, porém, autores do início do século XX afirmaram que “quando o golpe de calor atinge o sistema nervoso central, este pode ostentar três formas: a comatosa, a convulsiva e a delirante. Esta última é caracterizada por um delírio agudo” (MOREIRA; PEIXOTO, 2004, p. 805). Há, ainda, inúmeros preconceitos a se discutir sobre a influência do clima na psicopatologia dos negros; no entanto, pode-se concluir que parece não haver nenhuma forma psicopatológica diferente ou desconhecida da neuropsiquiatria tradicional dentro destas zonas climáticas e que o clima em nada influi sobre os sintomas da psicose (MOREIRA; PEIXOTO, 2004).

Na década de 1920, Arthur Ramos realizou estudos detalhados sobre os estados de possessão do candomblé, considerados fenômenos culturais, diferenciando-os claramente dos transe históricos, considerados fenômenos psicopatológicos (DALGALARRONDO; SANTOS; ODA, 2003). De sua leitura da obra de Nina-Rodrigues, Arthur Ramos fez brotar o interesse pelo estudo da antropologia, especialmente pela investigação da realidade cultural do povo brasileiro, em particular pela cultura negra, pelas religiões afro-brasileiras e pelas populações pobres dos morros cariocas, com suas práticas místicas e religiosas. Lançou-se ao contato direto com essas realidades e seus protagonistas, produzindo uma rica obra etnográfica e teórica. Seu propósito era, 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. Seu conhecimento acerca da realidade cultural das fatias mais desfavorecidas da população brasileira não era, pois, apenas livresca e abstrata, mas fundamentava-se igualmente no contato direto com as comunidades marginalizadas, em geral deixadas sem voz ou reconhecimento (PEREIRA; GUTMAN, 2007).

Outro autor importante na área transcultural, Rubim de Pinho, considerava 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 na sociedade brasileira (DALGALARRONDO; SANTOS; ODA, 2003).

1.6 Comunidade Kalunga: formação e localização geográfica

A colonização de Goiás, no final do século XVII e início no 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, sendo utilizados para isto o tronco e o 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). A educação formal constitui 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 (BRASIL, 1988). A partir de então, as comunidades quilombolas despertaram uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais, as quais passaram a fazer parte da discussão sobre o que os quilombos contemporâneos representam na atualidade e a sua efetiva inserção na sociedade (UMA HISTÓRIA..., 2001).

A comunidade quilombola mais antiga do país, remanescente no sertão goiano, foi chamada por seus moradores de Kalunga, o que, na língua banto,

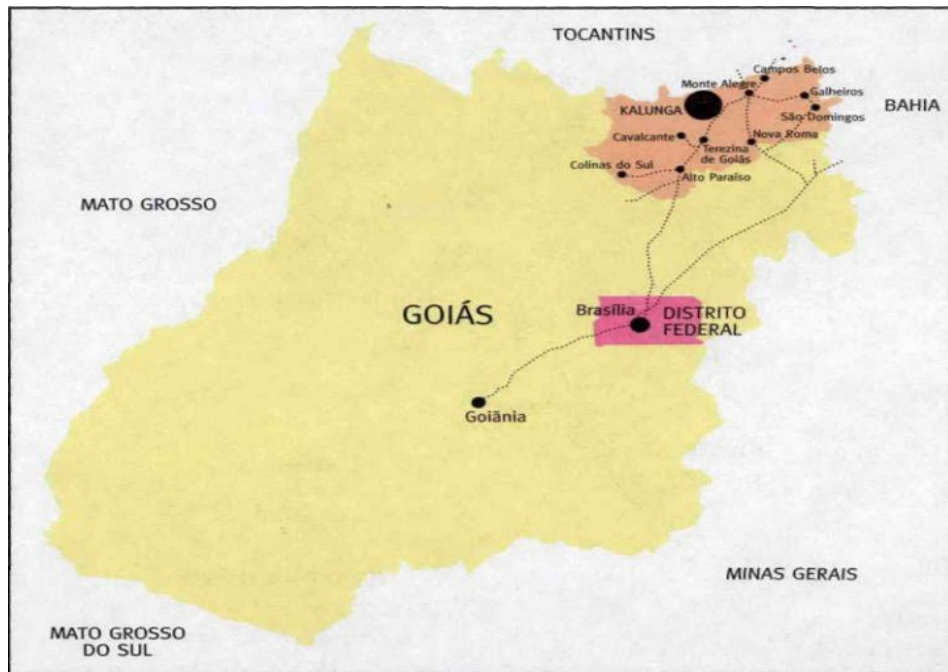
significa lugar sagrado, de proteção (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007). Esse nome dá um sentido místico à sua população e vários pesquisadores já se detiveram a procurar seu significado, principalmente tentando buscar sua ligação com a África, querendo provar que esta comunidade tem ascendência africana (SILVA, 1999). As pesquisas de literatura e de campo (entrevistas) remetem à seguinte versão: Kalunga seria uma planta, um símbolo de poder e ancestralidade (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970).

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. Tornaram-se mestres nisso, conseguindo produzir e reproduzir de tudo e, em adição a isto, mantiveram suas tradições trazidas do continente africano, mesclando-as com o que haviam aprendido nas fazendas escravagistas (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007).

Assim, os Kalunga têm vivido, há mais de 200 anos, em local inóspito, mas de rara beleza natural, situado nos vãos das serras de uma região localizada na zona rural do nordeste do estado de Goiás, de difícil acesso (TIBURCIO; VALENTE, 2007). Os moradores dessa comunidade saíram definitivamente da invisibilidade e sua identificação como Kalunga se fortaleceu, nos âmbitos regional e nacional, após a divulgação de sua existência pelo projeto *Kalunga: povo da terra (1981-1998)* e depois da criação do sítio histórico pela Lei nº 11.409 (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 1991).

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 (CARDOSO, 2010).

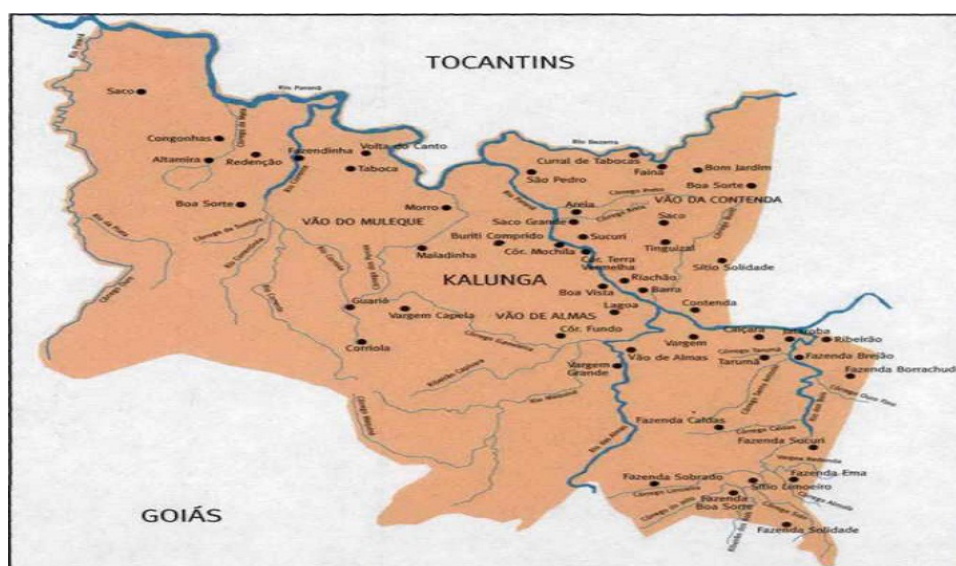
Na área delimitada de 253 mil hectares, assegurada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), 97% da qual ainda se encontra intocada, na divisa dos estados de Goiás, Tocantins e Bahia, entre os municípios de Teresina de Goiás, Cavalcante e Monte Alegre, a cerca de 330 km de Brasília (DF), 530 km de Goiânia (GO), 140 km de Arraias (TO) e 413 km de Palmas (TO) (PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007), situa-se o Sítio Histórico e Patrimônio Cultural Kalunga (Mapa 1).



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

Fonte: Uma história... (2001).

Nessa área, habitam aproximadamente 4.500 pessoas, 60% delas com menos de 20 anos de idade, em mil moradias, muitas das quais ainda erguidas com tijolos de adobe e forradas com palha de coqueiro pindoba. Divididos em 28 pequenas comunidades, delimitadas pelos vãos dos rios (Mapa 2), eles têm um ritmo de vida estacionado no tempo e praticam a agricultura de subsistência (CARDOSO, 2010).



Mapa 2. Comunidades Kalunga distribuídas na área do Patrimônio Cultural e Sítio de Valor Histórico Kalunga, no nordeste do estado de Goiás.

Fonte: Uma história... (2001).

Em março de 2004, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva visitou o território. Em 2006, foi assinado um termo de cooperação entre o INCRA e a Agência Rural do estado de Goiás, sendo definidos como seus objetivos a identificação, o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a regularização e a titulação das terras em favor dos Kalunga. No documento, havia previsão de recursos do INCRA no montante de R\$ 16 milhões para a desapropriação de terras, o pagamento de benfeitorias e as despesas de custeio técnico (CARDOSO, 2010).

1.7 Cidade de Cavalcante e identidade cultural

O fundador da cidade de Cavalcante foi Diogo Teles Cavalcante, que descobriu, nos meados do século XVIII, as minas de ouro existentes na localidade e que estão atualmente abandonadas. O município herdou-lhe o nome (HISTÓRICO..., 2006) e teve grande participação na história do nordeste goiano. Abrange 65% da área do Parque Nacional da Chapada dos Veadeiros, reconhecida pela *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO, Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas) como Sítio do Patrimônio Mundial Natural, e detém o título de Reserva da Biosfera do Cerrado Goyaz. Constitui a principal porção preservada de Cerrado de altitude do país, bem como uma das áreas de maior biodiversidade localizada ao longo do vale do Rio Paranã, Bacia do Rio Tocantins. Todo esse aparato natural é somado com a cultura, abrigando o povo Kalunga (CARDOSO, 2010).

Existem mais de 100 cachoeiras ao redor da cidade de Cavalcante, que é circundada pelos cânions da chapada, ideal para esportes de aventura. O turismo religioso também movimenta a região, principalmente na romaria das comunidades quilombolas, em homenagem a Nossa Senhora da Abadia, que atrai mais de mil romeiros a cada ano (CAVALCANTE-GO, 200-?). Assim, a população de Cavalcante cultua várias festividades religiosas.

Há dois colégios importantes localizados no município, que são: Colégio Municipal Alcy Alves Moreira (Fotografias 1 e 2) e Colégio Estadual Elias Jorge Cheim (Fotografias 3 e 4). Nessas escolas, encontram-se crianças que sentem

orgulho de se identificar como Kalunga e cujos pais ensinaram-lhes conhecimentos que vêm sendo transferidos entre as gerações.



Fotografia 1. Vista externa do Colégio Municipal Alcy Alves Moreira.

Fonte: Original da autora (2010).



Fotografia 2. Vista interna do Colégio Municipal Alcy Alves Moreira.

Fonte: Original da autora (2010).



Fotografia 3. Vista externa do Colégio Estadual Elias Jorge Cheim.

Fonte: Original da autora (2010).



Fotografia 4. Vista interna do Colégio Estadual Elias Jorge Cheim.

Fonte: Original da autora (2010).

Todo o conjunto de conhecimentos, modos de agir e de pensar dá origem à cultura, e sabe-se que toda sociedade tem a sua, pois não existe sociedade sem cultura, independentemente do lugar em que se encontra. Por seu turno, a identidade cultural caracteriza as pessoas pelo seu modo de agir e de falar, como se as rotulasse a partir dos modos específicos de sua cultura. Além disso, a identidade cultural move os sentimentos, os valores, o folclore e uma infinidade de itens impregnados nas mais variadas sociedades do mundo, apresentando-se como o reflexo da convivência humana (OLIVEIRA, 2010).

A cultura é fruto da miscigenação de diferentes povos que introduziram seus hábitos e, com o contato de uns com os outros, há a geração de novos usos e costumes. Assim, desde os primeiros minutos de vida, os seres humanos já começam, de certa maneira, seu processo de socialização, pois existem várias pessoas ao seu redor criando relações sociais e culturais. Quando estiver falando ou aprendendo a falar, vai adquirir uma língua que é, indubitavelmente, uma herança cultural, sem contar o seu modo de vestir, que vai variar conforme o país, a alimentação, os rituais, entre outros (OLIVEIRA, 2010).

1.8 Relevância da pesquisa

Levando em conta que o TDAH pode acarretar prejuízos funcionais nas esferas familiar, acadêmica, profissional e social, também representando ônus financeiro e emocional para os indivíduos que o apresentam bem como para suas famílias, conclui-se que este transtorno mental pode ter grande impacto negativo na sociedade. Ademais, crianças e adolescentes com TDAH podem ter maiores riscos de apresentar outros transtornos psiquiátricos durante a infância e a puberdade e também na vida adulta (BIEDERMAN; NEWCORN; SPRICH, 1991).

Como já mencionado anteriormente neste trabalho, deve-se ter em mente que há subgrupos da população infantil que apresentam peculiaridades em relação à saúde mental, sendo necessário conduzir investigações individualizadas para cada um deles (RUTTER; TIZARD; WHITMORE, 1970).

A maior relevância desta pesquisa é exatamente a possibilidade de vir a contemplar uma população de crianças e adolescentes marginalizada. A escolha da comunidade Kalunga se deu pelos seguintes motivos: primeiro, trata-se de uma

população de crianças e adolescentes culturalmente diversa da maioria da população infantil brasileira e, assim, ideal para se investigar a interferência da cultura sobre a nosografia psiquiátrica tradicionalmente aceita como universal; segundo, trata-se de uma população culturalmente diferente, para a qual ainda não foram conduzidos estudos acerca desta temática.

A abordagem do estudo com crianças e adolescentes se deve ao fato de que é nesta a faixa etária que a prevenção, pela atenuação de fatores de risco para transtornos mentais, se torna efetiva de fato. Adicionalmente, considerando-se que o Brasil tem dimensões continentais e, conseqüentemente, possui vasta riqueza sociocultural, deve-se proceder a investigações regionais das taxas de prevalência de sinais e sintomas do TDAH em crianças e adolescentes, de modo a dispor de subsídios para documentar a necessidade individualizada de estruturação de serviços e programas de prevenção em saúde mental infantil no país (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

Por fim, a partir de dados estatísticos sólidos, colhidos com todo o rigor científico possível, este estudo colocará à disposição da comunidade científica e dos gestores públicos conhecimentos que possam nortear medidas de planejamento e intervenção dos órgãos competentes do poder público.

2 OBJETIVOS

Para a consecução deste estudo, delimitaram-se um objetivo geral e três objetivos específicos descritos a seguir.

2.1 Objetivo geral

Investigar a presença dos sinais e sintomas do TDAH em população de crianças e adolescentes (de 6 a 18 anos de idade) que se identificam como Kalunga, na cidade de Cavalcante, estado de Goiás, Brasil.

2.2 Objetivos específicos

a) Estimar a prevalência de sinais e sintomas do TDAH em população de crianças e adolescentes na faixa etária compreendida entre 6 e 18 anos que se identificam como Kalunga, na cidade de Cavalcante, estado de Goiás, Brasil.

b) Investigar a presença de comorbidades (com outros transtornos mentais) e estimar suas prevalências nos sujeitos eventualmente portadores de sinais e sintomas do TDAH.

c) Comparar os resultados encontrados quanto às prevalências estimadas de sinais e sintomas do TDAH com as encontradas em outros estudos com crianças e adolescentes brasileiros que não se identificam como Kalunga, com crianças e adolescentes não brasileiros e com a média mundial.

3 METODOLOGIA

Descreve-se, a seguir, o percurso metodológico seguido para a execução desta pesquisa.

3.1 Delineamento e local do estudo

Nesta pesquisa, de cunho transversal, descritivo, observacional e quantitativo, utilizou-se o método de estudo de prevalência ou epidemiológico.

O universo pesquisado, a comunidade Kalunga, situa-se geograficamente na cidade de Cavalcante, estado de Goiás, Brasil, como já mostrado no Mapa 1.

3.2 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás (UFG) e devidamente aprovado em 13 de agosto de 2009 (Apêndice A).

Em seguida, a mestranda-pesquisadora realizou visita à comunidade Kalunga para esclarecimentos sobre o estudo e convite para participação voluntária de pais ou responsáveis e professores de crianças e adolescentes que estavam frequentando o Ensino Fundamental ou o Ensino Médio no Colégio Municipal Alcy Alves Moreira ou no Colégio Estadual Elias Jorge Cheim, no município de Cavalcante, e que se identificam como Kalunga. O projeto de pesquisa foi apresentado de forma simplificada, sem, no entanto, deixar de contemplar as informações exigidas pela Resolução nº 196 (BRASIL, 1996). Os pais ou responsáveis e os professores que aceitaram participar deste estudo assinaram, então, o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B).

3.3 Instrumentos para a coleta de dados

Dois instrumentos de pesquisa foram utilizados: o *Child Behavior Checklist for Ages 6-18* (CBCL/6-18, Lista de Verificação do Comportamento de Crianças entre as idades de 6 e 18 anos) (Anexo A) e o *Teacher's Report Form for Ages 6-18* (TRF/6-18, Formulário para o Relatório de Professores de Crianças entre as idades de 6 e 18 anos) (Anexo B), que estão detalhados a seguir.

3.3.1 A escolha do instrumento de rastreamento

Neste trabalho, investiga-se a existência de sinais e sintomas do TDAH em uma população de crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, assim como a estimativa de sua prevalência. Geralmente, são utilizadas escalas de comportamento para a detecção desse transtorno, por meio das quais são obtidas valiosas informações (DULCAN, 1997). Para este estudo, optou-se pelo uso do CBCL/6-18 e do TRF/6-18, em suas sessões referentes aos sintomas do TDAH.

A opção por esses instrumentos de rastreamento deve-se ao fato de que, além de ter sido comprovada sua utilidade para esse fim (LAMPERT et al., 2004), também possibilitam o levantamento de outros aspectos fundamentais, tais como o das comorbidades existentes com o TDAH. Também foram considerados instrumentos robustos no rastreamento de problemas comportamentais e emocionais em crianças e adolescentes de nove diferentes culturas (CRIJNEN; ACHENBACH; VERHULST, 1997). Em adição a isso, o CBCL/6-18 já foi traduzido para o português e possui validação prévia no Brasil (BORDIN; MARI; CAIEIRO, 1995).

Embora não sejam instrumentos desenvolvidos para o diagnóstico final do problema, apresentam elevada capacidade para detecção dos indivíduos sob risco e merecedores de uma avaliação clínica mais acurada. Adicionalmente, embora instrumentos muito específicos possam se adequar bem ao ambiente clínico, em amostras populacionais não clínicas, deixariam de detectar os casos paucissintomáticos, levando a falsos resultados de baixa prevalência. Isso poderia ocasionar subdiagnóstico em crianças e adolescentes que necessitam de

atendimento, mesmo que não constituam casos clínicos clássicos propriamente ditos (JELLINEK et al., 1995).

O desempenho de instrumentos mais amplos de rastreamento usados no levantamento do TDAH, tais como CBCL/6-18 e TRF/6-18, tem sido estudado e atestado. Biederman e outros (1993) observaram a excelente convergência entre a escala de problemas atencionais do CBCL/6-18 e o diagnóstico do transtorno por meio de entrevistas estruturadas (LAMPERT et al., 2004). Esse sistema de avaliação já foi utilizado por mais de 8.000 autores e traduzido para 80 línguas até o momento (BÉRUBÉ; ACHENBACH, 2008).

3.3.2 Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (CBCL/6-18)

O CBCL/6-18 visa colher informações a respeito das competências e problemas comportamentais e/ou emocionais de crianças e adolescentes por meio das respostas às questões contidas no instrumento fornecidas por seus pais ou responsáveis. Esse instrumento fornece informações sobre 20 competências, as quais abarcam as atividades, as relações sociais e o desempenho escolar das crianças e adolescentes avaliados.

O CBCL/6-18 é composto por 118 itens, os quais descrevem problemas comportamentais e emocionais específicos, além de dois itens abertos para relatar problemas adicionais. Além disso, por intermédio desse instrumento, torna-se possível avaliar crianças e adolescentes em relação à veracidade de cada item tanto no presente momento como nos últimos seis meses, utilizando a seguinte escala de três pontos: 0 = não verdadeiro (pelo que você sabe); 1 = parcialmente verdadeiro ou algumas vezes verdadeiro; 2 = bastante verdadeiro ou frequentemente verdadeiro (ASEBA, 2009a).

3.3.3 Teacher's Report Form for Ages 6-18 (TRF/6-18)

O TRF/6-18 foi concebido para obter um relatório dos professores visando o desempenho escolar, a capacidade de adaptação e os problemas

comportamentais/emocionais das crianças e adolescentes pesquisados. Os professores os avaliam em relação ao seu desempenho escolar em cada matéria, utilizando uma escala de cinco pontos, que varia de um (muito abaixo do nível da série) a cinco (muito acima do nível da série). Também há espaço para registrar resultados de testes cognitivos e das realizações de crianças e adolescentes, caso estejam disponíveis. Para a capacidade de adaptação, os professores usam uma escala de sete pontos, de modo a comparar as crianças e adolescentes com alunos típicos em termos de esforço despendido na execução dos trabalhos, utilização de comportamentos adequados, aprendizado e felicidade, por intermédio do que é demonstrado em seu desempenho durante as atividades executadas.

O TRF/6-18 é composto de 113 itens para problemas, dos quais 93 encontram correspondência com o CBCL/6-18. Os itens restantes dizem respeito especificamente a comportamentos na escola, espaço em que os pais não têm a oportunidade de observá-los em momentos de dificuldade, em termos de seguimento das instruções, adoção de comportamentos que perturbam os colegas ou disciplina em 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 (ASEBA, 2009b).

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Inicialmente, havia 262 crianças e adolescentes, de ambos os gêneros, com idades variando entre 6 e 18 anos incompletos, que se identificaram como Kalunga e estudavam há pelo menos 2 meses em Cavalcante, no Colégio Estadual Elias Jorge Cheim ou na Escola Municipal Alcy Alves Moreira. Aceitaram fazer parte desta pesquisa 198 pais ou responsáveis e 21 professores, os quais assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam aos inventários CBCL/6-18 (pais ou responsáveis) e TRF/6-18 (professores), tendo apenas 41 dos pais ou responsáveis contactados se recusado a participar do estudo. Desse modo, foram obtidos 204 inventários respondidos pelas duas fontes em comum, ocorrendo uma perda amostral de 58 crianças e adolescentes.

Foram excluídos do estudo os indivíduos menores de 6 anos e maiores de 18 anos de idade, aqueles entre 6 e 18 anos incompletos que tiveram alguma doença ou dificuldade de comunicação, ou cujos pais ou responsáveis não aceitaram responder ao questionário ou não assinaram o termo de consentimento, ou cujos professores se recusaram a responder ao questionário ou não assinaram o termo de consentimento.

3.5 Procedimento de coleta dos dados

Inicialmente, foram feitas reuniões prévias com as diretoras e os professores das duas escolas citadas para explicar-lhes o estudo. Em seguida, foi anunciado, por meio da rádio local, o dia em que a mestranda-pesquisadora estaria na cidade para aplicar o instrumento de pesquisa.

Por intermédio de palestras proferidas pela mestranda-pesquisadora, na semana em que estava havendo o Conselho de Classe, em agosto de 2010, nas duas escolas já mencionadas, foi feita a abordagem de pais ou responsáveis de crianças e adolescentes, esclarecendo-os a respeito dos objetivos deste estudo (Fotografia 5).



Fotografia 5. Abordagem de pais ou responsáveis para participação na pesquisa.

Fonte: Original da autora (2010).

A seguir, foram obtidos os consentimentos livres e esclarecidos dos pais ou responsáveis e professores para participação voluntária na pesquisa. Na fase seguinte, foram aplicados, na forma de entrevistas coordenadas pela mestranda-pesquisadora, os dois instrumentos selecionados para este estudo, os inventários CBCL/6-18 e TRF/6-18, respectivamente para pais ou responsáveis e professores de crianças e adolescentes que estudam há mais de dois meses nessas escolas.

Utilizou-se o método de estudo de prevalência ou transversal, aplicando-se os supracitados questionários de rastreamento do ASEBA, os quais, embora não sejam instrumentos de diagnóstico, são instrumentos de triagem considerados bastante sensíveis para detectar prováveis casos de problemas em saúde mental.

3.6 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados empregando-se o *Statistic Package for Social Sciences 16.0 for Windows* (SPSS 16.0, Pacote Estatístico para Ciências Sociais 16,0 para Windows), tendo-se extraído e tabulado as informações descritivas da amostra investigada. Foram analisadas as informações colhidas com o emprego dos instrumentos CBCL/6-18 e TRF/6-18 para as comparações entre gênero, idade e escolaridade das crianças e adolescentes avaliados, tanto intra quanto inter-respondentes (pais ou responsáveis e professores). Optou-se por utilizar nessa análise apenas duas categorias de casos: normais e alterados, sendo estes últimos o resultado da soma dos casos limítrofes com os casos clínicos.

Do ponto de vista estatístico, calculou-se o valor de p (teste exato de Fisher) para verificar os níveis de significância estatística entre os achados, tendo-se estabelecido $p < 0,05$ como significativo.

Na análise realizada entre os respondentes, pais ou responsáveis versus professores, optou-se pelo Índice Kappa (κ) para a avaliação do nível de concordância entre eles.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de prevalência de sinais e sintomas do TDAH em crianças e adolescentes, entre 6 e 18 anos de idade, que se identificam como Kalunga no Brasil. Constitui, ainda, o primeiro trabalho acerca do TDAH em comunidade rural, além de ser um dos pioneiros sobre a prevalência de sinais e sintomas especificamente em negros no Brasil.

A partir do número inicial de 262 potenciais crianças e adolescentes que se encaixavam nos critérios de inclusão desta pesquisa na comunidade avaliada, houve recusa em participar do estudo por parte de apenas 41 dos pais ou responsáveis, acarretando perda amostral de 58 crianças e adolescentes. Todos os pais ou responsáveis que se recusaram a participar da pesquisa afirmaram estar com receio de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Assim, 198 pais ou responsáveis e 21 professores responderam aos inventários CBCL/6-18 e TRF/6-18, respectivamente, tendo sido obtido um total de 204 inventários respondidos pelas duas fontes em comum. A distribuição por faixa etária agrupada (6 a 11 anos e 12 a 18 anos de idade), gênero e escolaridade (Ensino Fundamental ou Ensino Médio) das 204 crianças e adolescentes avaliados encontra-se na Tabela 1.

Na Tabela 2, mostra-se a distribuição por gênero e escolaridade (Ensino Fundamental ou Ensino Médio) das crianças e adolescentes avaliados em relação à faixa etária agrupada (6 a 11 anos e 12 a 18 anos de idade).

Quando os respondentes foram os pais ou responsáveis, utilizando o CBCL/6-18, detectaram-se as prevalências estimadas de sinais e sintomas do TDAH e do TDA, entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante, mostradas no Gráfico 1.

Entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante, registraram-se as prevalências estimadas de sinais e sintomas do TDAH e do TDA apresentadas no Gráfico 2 quando os respondentes foram os professores, utilizando o TRF/6-18.

Tabela 1. Distribuição das características gerais das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010.

Fator	Indivíduos	
	n	%
<i>Faixa etária</i>		
6 a 11 anos	70	33,3
12 a 18 anos	134	66,7
Total	204	100,0
<i>Gênero</i>		
Feminino	110	54,0
Masculino	94	46,0
Total	204	100,0
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental	177	86,8
Médio	27	13,2
Total	204	100,0

Tabela 2. Distribuição segundo gênero e escolaridade em relação à faixa etária das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010.

Fator	Faixa etária (anos)				IC 95%	p
	6 a 11		12 a 18			
	n	%	n	%		
<i>Gênero</i>						
Feminino	38	54,3	72	53,7	0,58–1,88	1,000
Masculino	32	45,7	62	46,3		
Total	70	100,0	134	100,0		
<i>Escolaridade</i>						
Fundamental	68	100,0	109	80,1	0,58–0,71	< 0,001
Médio	0	0	27	19,9		
Total	68	100,0	136	100,0		

Teste Exato de Fisher.

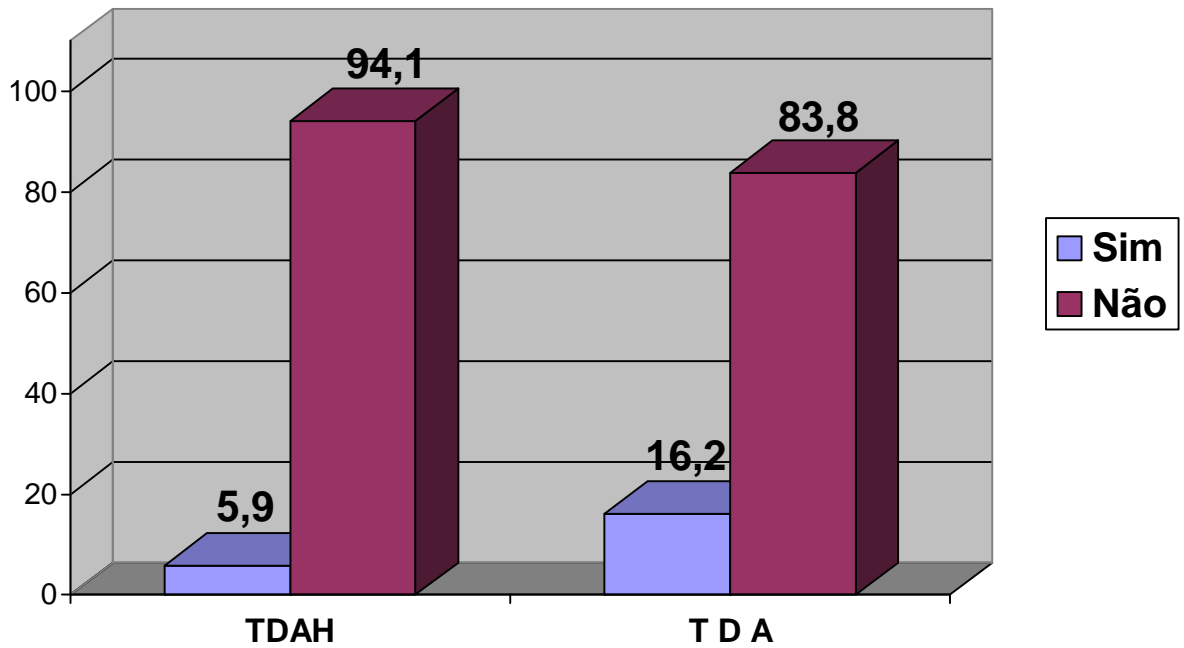


Gráfico 1. Prevalência estimada de sinais e sintomas do TDAH e do TDA entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, quando os respondentes foram os pais ou responsáveis, utilizando o CBCL/6-18.

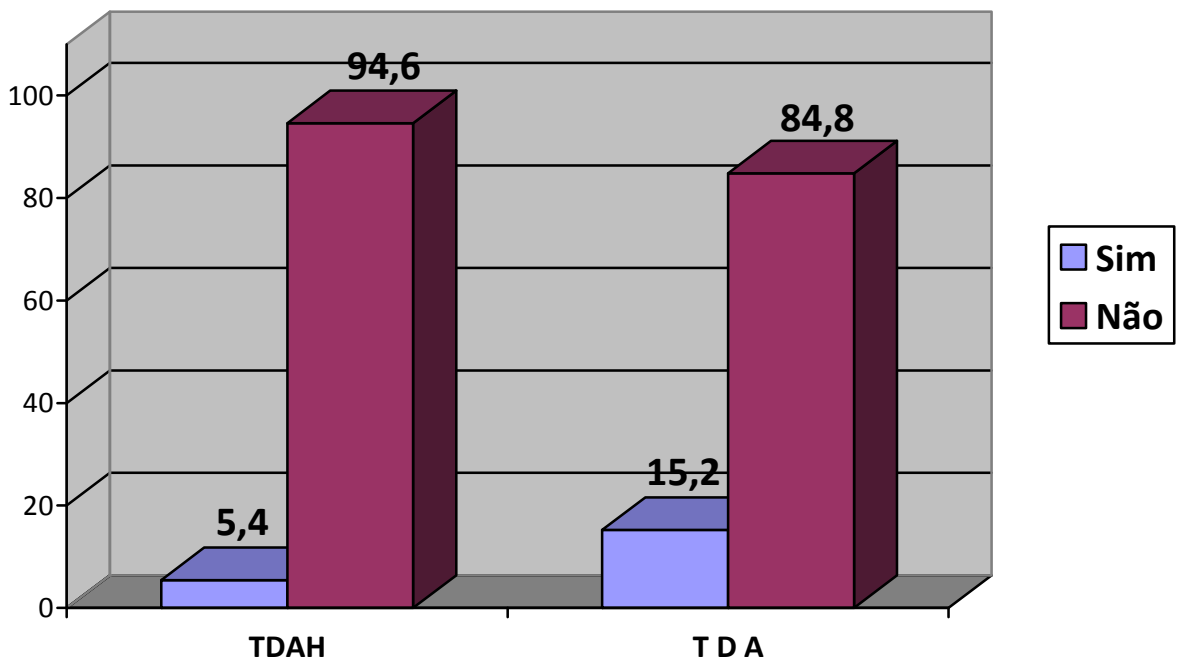


Gráfico 2. Prevalência estimada de sinais e sintomas do TDAH e do TDA entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, quando os respondentes foram os professores, utilizando o TRF/6-18.

Neste estudo, detectou-se a presença de sinais e sintomas do TDAH e do TDA nas crianças e adolescentes avaliados, com prevalência estimada de 5,9% e 16,2%, respectivamente, quando foi feito o rastreamento com base nas respostas dos pais ou responsáveis ao CBCL/6-18 (Gráfico 1), e com prevalência estimada de 5,4% e 15,2%, respectivamente, com base nas respostas fornecidas pelos professores ao TRF/6-18 (Gráfico 2).

Considerando-se que o TDAH é diagnosticado clinicamente, os critérios adotados e a validade dos instrumentos de medição utilizados representam aspecto metodológico fundamental. Neste estudo, optou-se pela utilização dos critérios do DSM-IV-TR (APA, 2000) em detrimento daqueles que constam na CID-10 (OMS, 1993), bem como pela comparação com outros estudos nacionais e internacionais realizados com os mesmos critérios diagnósticos. Cabe ressaltar que, ao utilizar os critérios estipulados pelo DSM-IV, reconhecidamente são obtidas estimativas de prevalência do TDAH maiores do que quando se utilizam os da CID-10.

Neste estudo, foram utilizados questionários de rastreamento, os quais servem para detectar a presença sugestiva de sinais e sintomas do TDAH, obviamente elevando as estimativas de prevalência. Um dos instrumentos de rastreamento empregado nesta pesquisa, o CBCL/6-18, já foi validado para várias culturas, incluindo a etnia negra, tanto na África (Etiópia) quanto na América Central (Jamaica) (IVANOVA et al., 2007).

Como pode ser visto na Tabela 3, ao se comparar a escolaridade com a prevalência estimada do TDAH e do TDA, quando os respondentes foram os professores, utilizando o TRF/6-18, e quando os pais ou responsáveis foram os respondentes, utilizando o CBCL/6-18, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Verifica-se, também, que a maior parte dos indivíduos com TDAH é do gênero masculino, enquanto a maioria dos indivíduos com TDA é do gênero feminino, exatamente o contrário do que se encontra descrito na literatura.

Pelos dados constantes na Tabela 4, verifica-se que, com base na prevalência estimada do TDAH e do TDA, quando os pais ou responsáveis foram os respondentes, utilizando o CBCL/6-18 e quando os respondentes foram os professores, utilizando o TRF/6-18, a maioria dos indivíduos com presunção do TDAH e do TDA encontrava-se no Ensino Fundamental.

Tabela 3. Distribuição segundo gênero, escolaridade e prevalência estimada do TDAH e do TDA das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos professores às questões do TRF/6-18 e as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18.

Fator	Gênero				IC 95%	p
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%		
<i>Escolaridade</i>						
Fundamental	96	87,3	81	86,2	0,51–2,55	0,841
Médio	14	12,7	13	13,8		
Total	110	100,0	94	100,0		
PAIS OU RESPONSÁVEIS						
<i>TDAH</i>						
Sim	14	12,6	19	20,4	0,27–1,20	0,182
Não	97	87,4	74	79,6		
Total	111	100,0	93	100,0		
<i>TDA</i>						
Sim	7	6,3	5	5,4	0,37–3,87	1,000
Não	104	93,7	88	94,6		
Total	111	100,0	93	100,0		
PROFESSORES						
<i>TDAH</i>						
Sim	14	12,6	17	18,3	0,31–1,40	0,329
Não	97	87,4	76	81,7		
Total	111	100,0	93	100,0		
<i>TDA</i>						
Sim	7	6,3	4	4,3	0,43–5,29	0,758
Não	104	93,7	89	95,7		
Total	111	100,0	93	100,0		

Teste Exato de Fisher.

Tabela 4. Distribuição segundo escolaridade e prevalência estimada do TDAH e do TDA das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.

Fator	Escolaridade				IC 95%	p
	Fundamental		Médio			
	n	%	n	%		
PAIS OU RESPONSÁVEIS						
<i>TDAH</i>						
Sim	9	5,1	3	11,1	0,11–1,69	0,201
Não	168	94,9	24	88,9		
Total	177	100	27	100		
<i>TDA</i>						
Sim	31	17,5	2	7,4	0,60–11,79	0,264
Não	146	82,5	25	92,6		
Total	177	100	27	100		
PROFESSORES						
<i>TDAH</i>						
Sim	8	4,5	3	11,1	0,09–1,53	0,165
Não	169	95,5	24	88,9		
Total	177	100	27	100		
<i>TDA</i>						
Sim	30	16,9	1	3,7	0,69–40,63	0,087
Não	147	83,1	26	96,3		
Total	177	100	27	100		

Teste Exato de Fisher.

De acordo com os dados mostrados na Tabela 4, cerca de 11% dos indivíduos que estavam no Ensino Médio apresentaram presunção do TDAH, de acordo com as respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis e professores, em comparação com 5,1% e 4,5%, respectivamente, para aqueles cursando o Ensino Fundamental. Além disso, pode-se notar que houve tendência da concentração do TDA puro no Ensino Fundamental ($p = 0,087$).

Adicionalmente, observa-se que aproximadamente 17% dos sujeitos do Ensino Fundamental foram avaliados como tendo TDA, comparados com 7,4% e 3,7% do Ensino Médio, segundo pais ou responsáveis e professores, respectivamente.

Por meio desses resultados, verifica-se que a maior parte dos indivíduos apresentando TDAH e TDA cursava o Ensino Fundamental, devendo-se enfatizar que 66% da amostra foi composta por adolescentes. Portanto, constata-se que a maioria dos indivíduos com presunção do TDAH e do TDA encontrava-se em situação de atraso escolar, o que pode ser justificado pela ocorrência destes transtornos.

Pelos dados sobre prevalência estimada de TDAH, apresentados na Tabela 5, verifica-se que foi alto o índice de concordância ($\kappa = 0,954$) entre as respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis, utilizando o CBCL/6-18, e as fornecidas pelos professores, usando o TRF/6-18, acerca do comportamento e desempenho das crianças e adolescentes avaliados, tornando esses resultados mais confiáveis.

Tabela 5. Prevalência estimada do TDAH das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.

Professores	Sim	%	Não	%	κ	p
Pais						
Sim	11	100,0	1	0,5	0,954	< 0,001
Não	0	0,0	192	99,5		
Total	11	100,0	193	100,0		

Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 6, são mostrados os dados acerca da prevalência estimada de TDA, também se podendo observar que foi alto o índice de concordância ($\kappa = 0,963$) entre as respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis, utilizando o CBCL/6-18, e aquelas fornecidas pelos professores, empregando o TRF/6-18, sobre o comportamento e o desempenho das crianças e adolescentes avaliados, o que torna esses resultados mais confiáveis.

Tabela 6. Prevalência estimada do TDA das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.

Professores	Sim	%	Não	%	K	p
Pais						
Sim	31	100,0	2	1,2	0,963	< 0,001
Não	0	0,0	171	98,8		
Total	31	100,0	173	100,0		

Teste Exato de Fisher

Embora não tenha havido significância estatística, observa-se que, independentemente da maturação etária, em números absolutos, a presunção do TDA se manteve constante tanto na visão dos pais ou responsáveis como dos professores.

Para a congruência observada entre os respondentes ($p < 0,001$), pais ou responsáveis e professores, deve-se atentar para o que é tradicionalmente detectado em estudos realizados com populações de diferentes culturas pelo mundo (ROHDE et al., 1999a, 1999b, 2000).

Em estudos que investigam a epidemiologia do TDAH, é largamente sabido que a escolha da metodologia pode resultar em estimativas de prevalência bastante diversas. Assim, a depender de aspectos tais como os critérios diagnósticos utilizados, a exigência ou não de impacto negativo sobre a vida do sujeito, a fonte de coleta de informações (pais ou professores), a estratégia de coleta dos dados e suas

combinações, depara-se com inúmeras possibilidades de interpretação dos resultados obtidos (POLANCZYK; JENSEN, 2008).

Deve-se considerar como um dos aspectos metodológicos mais importantes das pesquisas utilizando este tipo de instrumento o modo como a amostra é recrutada. Somente a partir de uma amostra representativa da população-alvo, a estimativa de prevalência poderá ser extrapolada para a comunidade em questão. Assim sendo, na presente pesquisa, atentou-se para este aspecto com esmero, constituindo uma amostra que tanto quantitativa quanto qualitativamente representaria a população total de crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, entre 6 e 18 anos de idade, na comunidade de Cavalcante.

Adicionalmente, em decorrência da maior sensibilidade dos pais ou responsáveis e dos professores a determinados sintomas apresentados por crianças e adolescentes, o pesquisador deve basear sua coleta de dados nos relatos subjetivos destes informantes, como ocorreu neste estudo. Assim procedendo, foi constatada e discutida a ocorrência de alta concordância entre os dados fornecidos pelos pais ou responsáveis e aqueles fornecidos pelos professores com relação ao relato sintomático do TDAH, seja devido à apresentação dinâmica dos sintomas do problema, seja em função do ambiente (casa ou escola, por exemplo) ou das exigências sobre o sujeito.

Deduz-se da discussão acima que as taxas de prevalência estimada podem apresentar resultados semelhantes a depender: a) de se tratar de uma fonte única de informação (o próprio sujeito, pais ou responsáveis, professores); b) da soma de informações colhidas com mais de um informante (considerando-se como presentes se os sintomas são observados por ambos ou se por apenas um destes informantes); c) da avaliação clínica, na qual um clínico experiente revê todas as informações colhidas e toma a decisão diagnóstica com base na combinação dos dados; d) da avaliação direta do indivíduo (POLANCZYK et al., 2007).

Observa-se na Tabela 7 que, independentemente da idade, a porcentagem de TDA se manteve constante, enquanto a porcentagem de TDAH aumentou com o aumento da idade, com base tanto nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 quanto nas respostas dos professores às questões do TRF/6-18, embora não tenha havido significância estatística.

Tabela 7. Descrição do TDAH e do TDA em relação à idade das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, de acordo com as respostas dos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e as respostas dos professores às questões do TRF/6-18.

Fator	Faixa etária (anos)				IC 95%	p
	6 a 11		12 a 18			
	n	%	n	%		
PAIS OU RESPONSÁVEIS						
<i>TDAH</i>						
Sim	11	16,7	22	16,2	0,47–2,29	1,000
Não	55	83,3	114	83,8		
Total	66	100,0	136	100,0		
<i>TDA</i>						
Sim	1	1,5	11	8,1	0,02–1,38	0,108
Não	65	98,5	125	91,9		
Total	66	100,0	136	100,0		
PROFESSORES						
<i>TDAH</i>						
Sim	10	15,2	21	15,4	0,43–2,22	1,000
Não	56	84,8	115	84,6		
Total	66	100,0	136	100,0		
<i>TDA</i>						
Sim	1	1,5	10	7,4	0,02–1,55	0,107
Não	65	98,5	126	92,6		
Total	66	100,0	136	100,0		

Teste Exato de Fisher

No Gráfico 3 e no Gráfico 4, constam os resultados referentes à presença de comorbidades (TOD, TC, TAns e TAf) com sinais e sintomas do TDAH com base nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e pelos professores às questões do TRF/6-18, respectivamente.

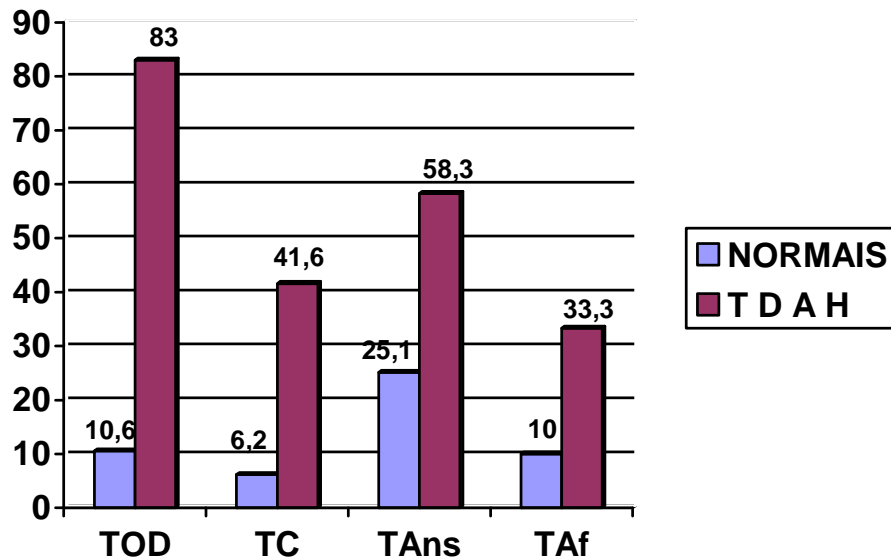


Gráfico 3. Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 ($p < 0,001$).

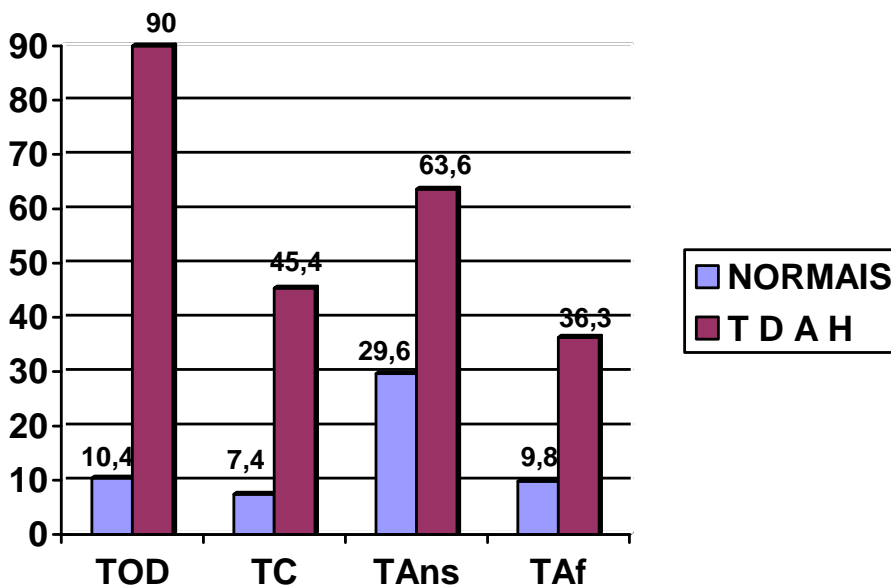


Gráfico 4. Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos professores às questões do TRF/6-18 ($p < 0,001$).

No Gráfico 5 e no Gráfico 6, são mostrados os resultados referentes à presença de comorbidades com sinais e sintomas do TDA obtidos com base nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 e pelos professores às questões do TRF/6-18, respectivamente.

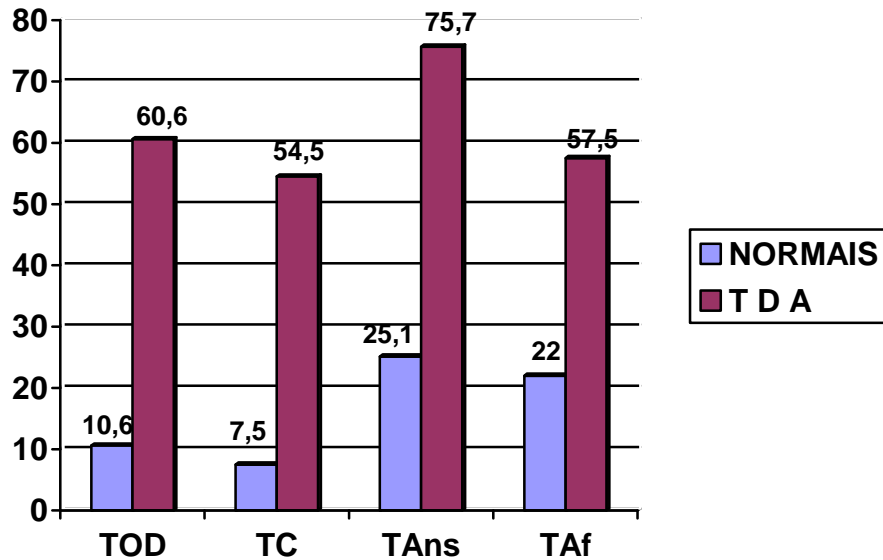


Gráfico 5. Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDA nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis às questões do CBCL/6-18 ($p < 0,001$).

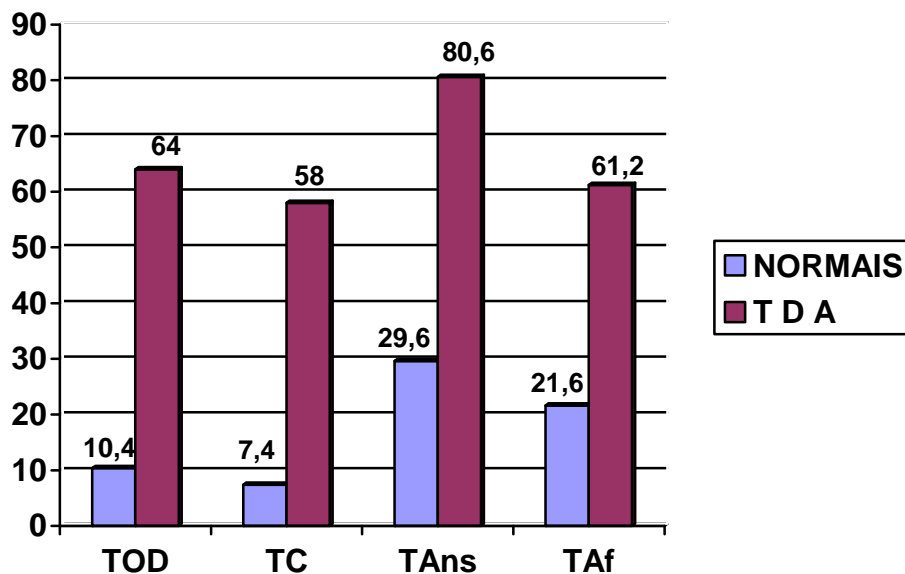


Gráfico 6. Prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH nas crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, em Cavalcante (GO), avaliados em agosto e setembro de 2010, com base nas respostas fornecidas pelos professores às questões do TRF/6-18 ($p < 0,001$).

De acordo com as avaliações dos pais ou responsáveis e dos professores, houve as seguintes prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDAH, respectivamente: 83% e 90% de transtorno opositor desafiador; 41,6% e 45,4% de transtorno de conduta; 58,3% e 63,6% de transtornos de ansiedade; 33,3% e 36,3% de transtornos afetivos. Conforme as avaliações dos pais ou responsáveis e dos professores, foram registradas as seguintes prevalências estimadas de transtornos comórbidos com sinais e sintomas de TDA, respectivamente: 60,6% e 64% de transtorno opositor desafiador; 54,5% e 58% de transtorno de conduta; 75,7% e 80,6% de transtornos de ansiedade; 57,5% e 61,2% de transtornos afetivos.

Nesse sentido, outro aspecto importante, do ponto de vista metodológico, consiste na estratégia utilizada para se combinar informações diferentes de modo a gerar as hipóteses diagnósticas, que aqui se limitam aos casos, tendo sido eleita para isto a triagem positiva e não efetivamente o diagnóstico. Em função da natureza do exame clínico a que as crianças e adolescentes são submetidos para detecção do TDAH, frequentemente estes indivíduos não apresentam os sintomas do referido transtorno durante a avaliação. Também se sabe que esses sujeitos tendem a não se referir aos sintomas dos problemas externalizantes, eminentemente do TDAH, do TOD e do TC, comparativamente a outras fontes de informações, como pais ou responsáveis e professores (ROHDE et al., 2000).

Para as estimativas de prevalência do TDAH, nesta pesquisa tomou-se como base a soma de informações colhidas a partir de duas fontes – pais ou responsáveis e professores –, considerando-se tanto os casos nos quais ambas concordavam com a presença dos sintomas quanto aqueles em que apenas uma das fontes os observou.

Conforme o que foi exposto, pode-se discutir com mais propriedade a respeito dos resultados verificados no presente estudo com uma população de crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga em comparação com as estimativas de casos de triagem positiva para o TDAH obtidas em outras pesquisas realizadas no Brasil (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; FONTANA et al., 2007; GOODMAN et al., 2005; GUARDIOLA; FUCHS; ROTTA, 2000; ROHDE et al., 1999a; VASCONCELOS et al., 2003) e com a média mundial (POLANCZYK et al., 2007).

Comparando-se os resultados aqui obtidos com a média mundial da prevalência estimada do TDAH, de aproximadamente 5,3% (IC 95%, 5,01–5,56), levando-se em consideração que esta teve origem na junção de estudos muito heterogêneos entre si ($p < 0,001$) e que estes foram realizados com as mais variadas fontes, como pais, professores, sujeitos, avaliação clínica, exigência de apenas uma fonte ou de duas concordantes quanto ao diagnóstico (POLANCZYK et al., 2007), observa-se que a prevalência estimada do TDAH para as crianças e adolescentes Kalunga foi superior tanto quando os respondentes foram os pais ou responsáveis quanto quando as respostas foram fornecidas pelos professores.

Nos estudos realizados por Guardiola, Fuchs e Rotta (2000) e Vasconcelos e outros (2003), foram encontradas prevalências estimadas maiores do que as observadas na presente pesquisa. Deve-se salientar, entretanto, que, de acordo com a metodologia empregada pelos investigadores citados, apenas os professores das crianças de 6 anos de idade (1ª série do Ensino Fundamental) ou das crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos de idade avaliados, respectivamente, foram as fontes de informações, sem a exigência de comprometimento funcional.

Já no estudo de Fontana e outros (2007), em que foi empregada apenas uma fonte de observação dos sintomas do TDAH entre duas investigadas, na avaliação de crianças e adolescentes entre 6 e 18 anos de idade, sem a exigência de comprometimento funcional, a prevalência estimada apurada foi de 13%, não apresentando diferenças estatisticamente significativas na comparação com as detectadas nesta pesquisa.

Entre os trabalhos executados no Brasil, o que mais teve semelhança metodológica com o presente estudo foi o de Azevêdo (2009), em que foram empregados os mesmos instrumentos de rastreamento epidemiológico de problemas comportamentais e emocionais, o CBCL/6-18 e o TRF/6-18, usados nesta pesquisa. Os resultados obtidos por Azevêdo (2009), em sua pesquisa com crianças e adolescentes índias da etnia Karajá, indicaram prevalência do TDAH de 10,4% (IC 95%, 6,6–14,2) quando os respondentes foram os pais ou responsáveis e de 2,8% (IC 95%, 0,7–4,8) quando os respondentes foram os professores. O pesquisador concluiu que, dos 144 entrevistados, 30 eram portadores do TDAH, tendo 86,7% (IC 95% 74,5 98,8) destes apresentado TC, 86,7% (IC 95% 74,5 98,8) TOD, 83,3% (IC 95%, 70,0–96,7) TAns e 60% (IC 95%, 42,5–77,5) TAf.

Ao se comparar os dados aqui obtidos com aqueles oriundos do estudo realizado por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2004), com crianças de 7 a 14 anos de idade, no qual foi empregada a avaliação clínica a partir da análise de várias fontes de informantes, com a exigência de comprometimento funcional para que se realizasse o diagnóstico do transtorno, observa-se que, em todas as situações, as taxas que aqueles pesquisadores encontraram foram maiores do que as deste estudo, com significância estatística ($p < 0,001$).

Em outro estudo brasileiro, conduzido por Goodman e outros (2005) na Ilha de Maré, no estado da Bahia, com crianças e adolescentes afrodescendentes, entre 5 e 14 anos de idade, com a exigência de comprometimento funcional, tomando por base dados coletados por intermédio da avaliação clínica a partir da análise de várias fontes informantes, as taxas de prevalência estimada foram todas menores do que as apuradas no presente trabalho, com $p < 0,001$ em todas as situações.

Samuel et al. (1998) conduziram uma pesquisa com crianças afro-americanas na qual compararam aquelas sem TDAH com as que apresentavam este transtorno. Os autores constataram que as crianças com TDAH apresentaram taxas mais elevadas de comorbidades para quase todos os transtornos psiquiátricos avaliados, embora tenha havido diferença estatisticamente significativa apenas para TOD, TAns, depressão maior e transtorno bipolar.

Comparando-se os resultados da presente pesquisa com os obtidos no estudo realizado por Rohde e outros (1999a), no qual foram avaliadas crianças entre 12 e 14 anos de idade, tendo como base a avaliação clínica a partir da análise de várias fontes informantes, bem como a exigência de comprometimento funcional, verifica-se que, em todas as situações, as taxas encontradas para as crianças e adolescentes Kalunga foram superiores, com significância estatística ($p < 0,05$).

Percebe-se que, na maioria dos estudos realizados com crianças e adolescentes brasileiros, nos quais a metodologia incluiu a necessidade de impacto negativo (disfunção) sobre a vida do sujeito, as taxas de prevalência estimada do TDAH foram inferiores às encontradas entre as crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga, como reiteradamente comprovado na literatura (POLANCZYK; JENSEN, 2008).

Na comparação da presente pesquisa com o estudo conduzido por Baydala e outros (2006), para a avaliação de crianças e adolescentes índios canadenses da etnia Inuit, estudantes da 1ª à 5ª séries do Ensino Fundamental (assim, presumivelmente com idades compreendidas entre 6 e 10 anos de idade), tendo por fontes de informação os pais e os professores e sem referência à exigência de comprometimento funcional, observa-se que as taxas de prevalência do TDAH encontradas neste estudo são inferiores às registradas por aqueles pesquisadores no Canadá. Considerando que a população brasileira aqui avaliada é mais pobre do que a canadense estudada por Baydala e outros (2006), reforça-se o componente biológico do TDAH, independentemente das circunstâncias socioeconômicas em que o indivíduo viva.

Observa-se que tanto no estudo de Baydala e outros (2006) quanto no presente trabalho não houve a exigência de impacto negativo (disfunção) sobre os sujeitos suspeitos de serem portadores do TDAH. Deve-se ressaltar que nesta pesquisa, em todas as outras realizadas no Brasil e naquela conduzida com crianças e adolescentes índios canadenses foram utilizados como critérios diagnósticos aqueles propostos pela DSM-IV-TR (APA, 2000).

Com base nos resultados obtidos, a partir das respostas fornecidas pelos pais ou responsáveis ao CBCL/6-18 e pelos professores ao TRF/6-18, foi constatada a presença de sinais e sintomas do TDAH na população de crianças e adolescentes avaliada. Tal descoberta remete à reflexão acerca da conhecida e bem debatida, porém ainda não conclusiva, questão entre as influências da biologia (fatores constitucionais) e as influências ambientais (LANCY, 2010).

Como se pode apreender a partir dos resultados obtidos neste estudo, apesar de se tratar de crianças e adolescentes que vivem perto de cachoeiras (em vez de ruas asfaltadas) e tendo no quintal de suas casas o vasto Cerrado, e mesmo apresentando toda a liberdade que não possui a grande maioria das crianças e adolescentes brasileiros, residente em grandes centros urbanos do país, enclausurada em suas casas, apartamentos ou escolas, com a exigência de comportamentos adultomorfos, os indivíduos avaliados nesta pesquisa não deixaram de apresentar um dos transtornos psíquicos mais prevalentes na população infanto-juvenil de todo o mundo.

Mesmo em se tratando de crianças e adolescentes que detêm liberdade muito grande de ir e vir, é interessante observar como a prevalência dos sinais e sintomas de TDAH foi relativamente alta neste estudo. Fortalecem-se, assim, o componente biológico do transtorno por um lado e o componente ambiental por outro, no que tange às precárias condições socioeconômicas a que as populações brasileiras menos favorecidas estão submetidas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sinais e sintomas do TDA apresentaram prevalência mais elevada na amostra em estudo, comparando-se com a média mundial e com alguns estudos realizados no Brasil, sendo um problema de saúde mental em crianças e adolescentes de todas as partes do mundo. Já os sinais e sintomas do TDAH nesta amostra tiveram prevalência semelhante à da população mundial. De acordo com as avaliações dos pais ou responsáveis e dos professores, as comorbidades (TOD, TC, TAns e TAf) mostraram prevalência elevada.

Diante dos resultados obtidos, foi feito contato telefônico com as diretoras das duas escolas, recomendando-se que as crianças e adolescentes com sinais e sintomas do TDAH e do TDA fossem encaminhadas para tratamento especializado. Naquela ocasião, as diretoras afirmaram que alguns professores e muitos pais ou responsáveis não sabiam da existência do TDAH antes das entrevistas. Acrescentaram que os esclarecimentos que receberam durante as entrevistas para o estudo foram fundamentais tanto para saber que existe este tipo de transtorno quanto para se informar sobre tratamentos para a desatenção e/ou a hiperatividade.

Após cinco meses, em novo contato telefônico, as diretoras relataram que 18 crianças e adolescentes com sinais e sintomas do TDAH e do TDA estavam fazendo tratamento em Brasília, apresentando melhora acentuada de comportamento em comparação com o que havia sido constatado por meio das entrevistas realizadas.

A partir da disponibilização para a comunidade científica e os gestores públicos de dados estatísticos sólidos, colhidos com todo o rigor científico neste estudo, espera-se que estes conhecimentos possam nortear medidas de planejamento e intervenção dos órgãos competentes do poder público, de modo a atender os casos de TDAH e TDA ainda na infância, tanto profilática quanto curativamente.

Como se apurou haver grande incidência de comorbidades, novas pesquisas são necessárias para avaliar a prevalência de outros transtornos mentais na comunidade estudada, visando gerar conhecimentos mais profundos acerca de tão relevante tema e das peculiaridades das crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga.

REFERÊNCIAS

- AAP. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 105, n. 5, p. 1158–1170, 2000. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/108/4/1033>>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- ACHENBACH, T. M.; DUMENCI, L. Advances in empirically based assessment: revised cross-informant syndromes and new DSM-oriented scales for the CBCL, YSR, and TRF: comment on Lengua, Sandowksi, Friedrich, and Fisher. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 69, p. 4, p. 699–702, 2001.
- ALMEIDA FILHO, N. Development and assessment of the QMPI: a Brazilian children's behaviour questionnaire for completion by parents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 16, n. 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*, v. 19, n. 1, p. 23–30, 1984.
- ANACHE, A. A.; BENEDETTI, I. M. M. Problematizando o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade. *Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) Boletins Eletrônicos*, São Paulo, v. 7, 2008. Disponível em: <<http://www.abrapee.psc.br/artigo30.htm>>. Acesso em: 23 jan. 2011.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. 4. ed. rev. Washington, D.C., 2000.
- ARNOLD, L. E.; JENSEN, P. S. Transtorno do déficit de atenção. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (Ed.). *Tratado de psiquiatria*. Tradução Andrea Caleffi, Dayse Batista, Irineo C. S. Ortiz. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 2495–2511.
- 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: 20 jan. 2011.
- 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: 20 jan. 2011.
- 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.
- BARKLEY, R. A. *Transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo e autorizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Tradução Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BAYDALA, L.; SHERMAN, J.; RASMUSSEN, C.; WIKMAN, E.; JANZEN, H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *Journal of Attention Disorders*, Thousand Oaks, v. 9, n. 4, p. 642–647, 2006.

BENCZIK, E. B. P. *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização diagnóstica terapêutica*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

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.; FARAONE, S. V.; DOYLE, A.; LEHMAN, B. K.; KRAUS, I.; PERRIN, J.; TSUANG, M. T. Convergence of the Child Behavior Checklist with structured interview-based psychiatric diagnoses of ADHD children with and without comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 34, n. 7, p. 1241–1251, 1993.

BIEDERMAN, J.; NEWCORN, J.; SPRICH, S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 148, n. 5, p. 564–577, 1991.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAIEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL): inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria; Asociación Psiquiátrica de América Latina*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 55–66, 1995.

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: 30 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 10 set. 2010.

BRITO, G. N.; PINTO, R. C.; LINS, M. F. A behavioural assessment scale for attention deficit disorder in Brazilian children based on DSM-III-R criteria. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 23, n. 4, p. 509–521, 1995.

BROWN, T. *Brown attention deficit disorder scales*. San Antonio: The Psychological Corporation, 1995.

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-goias-consolida-sua-identidade/>>. Acesso em: 25 nov. 2010.

CARLSON, E. A.; JACOBVITZ, D.; SROUFE, L. A. A developmental investigation of inattentiveness and hyperactivity. *Child Development*, v. 66, n. 1, p. 37–54, 1995.

CAVALCANTE-GO. São Paulo: Guia Hotel In Site - Guia de Hotéis Brasil, [200-?]. Disponível em: <<http://www.hotelinsite.com.br/cidades/cavalcante.html>>. Acesso em: 25 nov. 2010.

CONNERS, C. K. *Conners' Rating Scales Revised (CRS-R)*. Toronto: Multi-Health Systems, 2000.

COOK JUNIOR, E. H.; STEIN, M. A.; KRASOWSKI, M. D.; COX, N. J.; OLKON, D. M.; KIEFFER, J. E.; LEVENTHAL, B. L. Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, Boston, v. 56, n. 4, p. 993–998, 1995.

COSTELLO, E. J. Developments in child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 28, n. 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*, v. 44, n. 10, p. 972–986, 2005.

CRIJNEN, A. A. M.; ACHENBACH, T. M.; VERHULST, F. C. Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 36, n. 9, p. 1269–1277, 1997.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25n1/15159.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

DULCAN, M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 36, suppl. 10, p. 85S–121S, 1997.

FLEITLICH, B. W.; GOODMAN, R. Epidemiologia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, supl II, p. 2–6, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3787.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

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

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.

FONTANA, R. S.; VASCONCELOS, V. M.; WERNER JÚNIOR, J.; GÓES, F. V.; LIBERAL, E. F. ADHD prevalence in four Brazilian public schools. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 134–137, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n1/a27v65n1.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2011.

- GIEL, R.; ARANGO, M. V.; CLIMENT, C. E.; HARDING, T.; IBRAIM, H. H. A.; LADRIDO-IGNACIO, L.; MURTHY, R. S.; SALAZAR, M. C.; WIG, N. N.; YOUNIS, Y. O. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 68, n. 5, p. 677–683, 1981.
- GOODMAN, R.; NEVES DOS SANTOS, D.; ROBATTO NUNES, A. P.; MIRANDA, D. P.; 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. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, v. 40, n. 1, p. 11–17, 2005.
- 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*, v. 33, n. 4, p. 162–173, 1998.
- 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/html/leis/go05.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2011.
- 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: 30 jan. 2011.
- GUARDIOLA, A.; FUCHS, F. D.; ROTTA, N. T. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorders in students. Comparison between DSM-IV and neuropsychological criteria. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 58, n. 2B, p. 401–407, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n2B/2238.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.
- HACKETT, R.; HACKETT, L. Child psychiatry across cultures. *International Review of Psychiatry*, v. 11, n. 2–3, p. 225–235, 1999.
- 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*, v. 40, n. 5, p. 801–807, 1999.
- HECHTMAN, L. Families of children with attention deficit hyperactivity disorder: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, Ottawa, v. 41, n. 6, p. 350–360, 1996. Disponível em: <<http://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/PDF/1996/Aug/hechtman.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2011.
- HISTÓRICO de Cavalcante. Goiânia: SEBRAE-GO, 2006. Disponível em: <<http://www.sistur.tur.br/cavalcante/site.php?secao=historico>>. Acesso em: 25 nov. 2010.

IVANOVA, M. Y.; DOBREAN, A.; DOPFNER, M.; EROL, N.; FOMBONNE, E.; FONSECA, A. C.; FRIGERIO, A.; GRIETENS, H.; HANNESDOTTIR, H.; KANBAYASHI, Y.; LAMBERT, M.; ACHENBACH, T. M.; LARSSON, B.; LEUNG, P.; LIU, X.; MINAEI, A.; MULATU, M. S.; NOVIK, T. S.; OH, K. J.; ROUSSOS, A.; SAWYER, M.; SIMSEK, Z.; DUMENCI, L.; STEINHAUSEN, H. C.; METZKE, C. W.; WOLANCZYK, T.; YANG, H. J.; ZILBER, N.; ZUKAUSKIENE, R.; VERHULST, F. C.; RESCORLA, L. A.; ALMQVIST, F.; WEINTRAUB, S.; BILENBERG, N.; BIRD, H.; CHEN, W. J. Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, v. 36, n. 3, p. 405–417, 2007.

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, n. 7, p. 740–746, 1995.

KESSLER, R. C.; ADLER, L.; AMES, M.; DEMLER, O.; FARAONE, S.; HIRIPI, E.; HOWES, M. J.; JIN, R.; SECNIK, K.; SPENCER, T.; USTUN, T. B.; WALTERS, E. E. The World Health Organization adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, v. 35, n. 2, p. 245–256, 2005.

KLEIN, R. G.; MANNUZZA, S. Long-term outcome of hyperactive children: a review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 30, n. 3, p. 383–387, 1991.

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*, Thousand Oaks, v. 8, n. 2, p. 63–71, 2004.

LANCY, D. F. When nurture becomes nature: ethnocentrism in studies of human development. *Behavioral and Brain Sciences*, v. 33, n. 2–3, p. 99–100, 2010.

McCARNEY, S. B. *Attention deficit disorders evaluation scale-home version*. Columbia: Hawthorne Educational Services, 1989.

MEHRINGER, A. M.; DOWNEY, K. K.; SCHUH, L. M.; POMERLEAU, C. S.; SNEDECOR, S. M.; SCHUBINER, H. The assessment of hyperactivity and attention (AHA): development and preliminary validation of a brief self-assessment of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, Thousand Oaks, v. 5, n. 4, p. 223–231, 2002.

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.

MERCUGLIANO, M. What is attention deficit/hyperactivity disorder? *Pediatric Clinics of North America*, Maryland Heights, v. 46, n. 5, p. 831–843, 1999.

MICK, E.; BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; SAYER, J.; KLEINMAN, S. Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 41, n. 4, p. 378–385, 2002.

- MIRANDA-CASAS, A.; GARCÍA-CASTELLAR, R.; PRESENTACIÓN-HERRERO, M. J. Factores moduladores de la eficacia de una intervención psicosocial en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, Barcelona, v. 34, supl 1, p. S91–S99, 2002. Disponível em: <http://www.jmunozzy.org/files/9/Necesidades_Educativas_Especificas/tdah/documentos/Intervencion_psicosocial_en_ninos_con_TDAH_Ana_Miranda_Casas.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2011.
- MONTIEL- NAVA, C; MONTIEL-BARBERO, I.; PEÑA, J. A. Presentación clínica del transtorno por déficit de atención-hiperactividad como función del género. *Investigación Clínica*, Maracaibo, v. 48, n. 4, p. 459–468, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ve/pdf/ic/v48n4/art06.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.
- MOREIRA, J.; PEIXOTO, A. As doenças mentais nos climas tropicais. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 794–811, 2004. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/v08_04/historia1.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2011.
- NINA-RODRIGUES, R. Apresentação: A paranóia nos negros, (Nina-Rodrigues), parte 2. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 128–130, 2004. [Artigo original: NINA-RODRIGUES, R. La paranoïa chez les nègres. *Archives d' Anthropologie Criminelle, de Criminologie et de Psychologie Normale et Pathologique*, Lyon, v. 18, n. 118, p. 609–651; n. 119, p. 689–714, 1903. Tradução Martha Gambini]. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/set4/apres.psiquiatria.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2010.
- 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. Disponível em: <<http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun4/historia.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2011.
- OLIVEIRA, L. M. B. Identidade cultural. In: ESPMU. *Dicionário de direitos humanos*. Brasília, DF: Escola Superior do Ministério Público da União, 2010. Disponível em: <<http://www.esmpu.gov.br/dicionario/tiki-index.php?page=Identidade%20cultural>>. Acesso em: 10 jan. 2011.
- OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- PAIANO, M.; ANDRADE, B. B.; CAZZONI, E.; ARAÚJO, J. J.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Distúrbios de conduta em crianças do ensino fundamental e sua relação com a estrutura familiar. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 111–121, 2007. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v17n2/12.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2011.
- 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v27n72/a07v2772.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

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, n. 3, p. 517–525, 2007.

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, n. 2, p. 245–260, 2008.

POLANCZYK, G.; LIMA, M. S.; HORTA, B. L.; BIEDERMAN, J.; ROHDE, L. A. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 164, n. 6, p. 942–948, 2007.

POSSA, M. A.; SPANEMBERG, L.; GUARDIOLA, A. Comorbidades do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças escolares. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 63, n. 2-B, p. 479–483, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n2b/a21v632b.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2011.

PRESENTACIÓN-HERRERO, M. J.; GARCÍA-CASTELLAR, R.; MIRANDA-CASAS, A.; SIEGENTHALER-HIERRO, R.; JARA-JIMÉNEZ, P. Impacto familiar de los niños con transtorno por déficit de atención con hiperactividad subtipo combinado: efecto de los problemas de conducta asociados. *Revista de Neurología*, Barcelona, v. 42, n. 3, p. 137–143, 2006. Disponível em: <<http://cyberpediatria.com/sddaimpactofamiliar.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

QUIST, J. F.; KENNEDY, J. L. Genetics of childhood disorders: XXIII. ADHD, Part 7: the serotonin system. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 40, n. 2, p. 253–256, 2001. Disponível em: <<http://medicine.yale.edu/labs/lombroso/pdfs/column38.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

REID, R.; DUPAUL, G. J.; POWER, T. J.; ANASTOPOULOS, A. D.; ROGERS-ADKINSON, D.; NOLL, M. B.; RICCIO, C. Assessing culturally different students for attention deficit hyperactivity disorder using behavior rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 26, n. 3, p. 187–198, 1998.

ROHDE, L. A.; BARBOSA, G.; TRAMONTINA, S.; POLANCZYK, G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 7–11, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3788.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

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*, v. 38, n. 6, p. 716–722, 1999a.

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*, Thousand Oaks, v. 3, n. 2, p. 91–93, 1999b.

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.

ROMAN, T.; ROHDE, L. A.; HUTZ, M. H. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 196–201, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n4/12729.pdf>>. Acesso em: 7 jan. 2011.

RUTTER, M. Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 28, n. 5, p. 633–653, 1989.

RUTTER, M.; TIZARD, J.; WHITMORE, K. *Education, health and behavior: : psychological and medical study of childhood development*. London: Longman, 1970.

SAMUEL, V. J.; BIEDERMAN, J.; FARAONE, S. V.; GEORGE, P.; MICK, E.; THORNELL, A.; CURTIS, S.; TAYLOR, A.; BROME, D. Clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder in African American children. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 155, n. 5, p. 696–698, 1998.

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

SILVA, J. V. A.; TAKASE, E. Aspectos neurobiológicos do TDAH e a TCC como modelo psicoterápico. *efdeportes.com Revista Digital*, Buenos Aires, v. 14, n. 141, 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd141/aspectos-neurobiologicos-do-tdah.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2010.

STRANG-KARLSSON, S.; RÄIKKÖNEN, K.; PESONEN, A. K.; KAJANTIE, E.; PAAVONEN, E. J.; LAHTI, J.; HOVI, P.; HEINONEN, K.; JÄRVENPÄÄ, A. L.; ERIKSSON, J. G.; ANDERSSON, S. Very low birth weight and behavioral symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in young adulthood: the Helsinki study of very-low-birth-weight adults. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 165, n. 10, p. 1345–1353, 2008.

SWANSON, J. M.; KRAEMER, H. C.; HINSHAW, S. P.; ARNOLD, L. E.; CONNERS, C. K.; ABIKOFF, H. B.; CLEVINGER, W.; DAVIES, M.; ELLIOTT, G. R.; GREENHILL, L. L.; HECHTMAN, L.; HOZA, B.; JENSEN, P. S.; MARCH, J. S.; NEWCORN, J. H.; OWENS, E. B.; PELHAM, W. E.; SCHILLER, E.; SEVERE, J. B.; SIMPSON, S.; VITIELLO, B.; WELLS, K.; WIGAL, T.; WU, M. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 40, n. 2, p. 168–179, 2001.

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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/resr/v45n2/10.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

ULLMAN, R. K.; SLEATOR, E. K.; SPRAGUE, R. L. *ADD-H comprehensive teacher's rating scale*. 2. ed. Odessa: Psychological Assessment Resources, 1991.



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

VASCONCELOS, M. M.; WERNER JÚNIOR, J.; MALHEIROS, A. F. A.; LIMA, D. F. N.; SANTOS, I. S. O.; BARBOSA, J. B. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 67–73, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n1/15018.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

WENDER, P. H. *Attention-deficit disorder in adults*. New York: Oxford University Press, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal da Universidade Federal de Goiás

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESENVOLVIMENTO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROCOLO 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.”

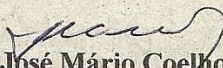
Área Temática: Grupo III
Área de Conhecimento: Ciências da Saúde - Medicina
Local de Realização: Comunidade Kalunga

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, **aprova** 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 início 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

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para pais ou responsáveis e professores

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, Karla Cristina Naves de Carvalho pelo telefone (62) 8125-5839. Se houver quaisquer dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você pode entrar em contato com 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 do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças e adolescentes da cidade de Cavalcante-GO que se identificam como Kalunga”.

Este estudo tem como objetivo verificar se sinais e sintomas do chamado transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ocorre em crianças e adolescentes que se identificam como Kalunga na cidade de Cavalcante.

O TDAH é um distúrbio que faz com que a pessoa seja desatenta e agitada na maioria dos lugares em que esteja, o que atrapalha sua vida familiar, escolar e na comunidade.

Esta pesquisa será feita por meio de questionários (perguntas) aplicados aos pais ou responsáveis e professores de crianças e adolescentes da comunidade. Aqueles diagnosticados como portadores do transtorno serão encaminhados para tratamento médico especializado em ambulatório adequado sem qualquer custo.

A participação no estudo é voluntária, tendo o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa, não havendo

qualquer pagamento aos participantes e sem qualquer risco, prejuízos, desconforto ou lesões que possam ser provocados pela pesquisa para os participantes. Caso resolva desistir da participação, poderá fazer isto a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, não havendo perda do direito de assistência médica caso a deseje.

Os dados obtidos durante esta pesquisa poderão ser usados em forma de dissertação, 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 do presente Protocolo de Pesquisa.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

_____, de _____ 2010

ANEXOS

ANEXO A Inventário de comportamentos para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos, versão brasileira do *Child Behavior Checklist for ages 6-18 (CBCL/6-18)* – pais ou responsáveis

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

Número de identificação:

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

Nome da criança/adolescente (completo):

.....

Gênero: () 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:

Gênero: () 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 o 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 da mesma idade, de que forma seu filho:

a. Se dá com seus irmãos e irmãs?

Pior Igual Melhor Não tem irmãos ou irmãs

b. Se dá com outras crianças ou adolescentes?

Pior Igual Melhor

Não tem contato com outras crianças ou adolescentes

c. Se comporta em relação aos pais?

Pior Igual Melhor

d. Brinca ou trabalha sozinho(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 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 SEIS 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. 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. Mentira 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 a 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 gênero

0 1 2 97. Ameaça as pessoas

0 1 2 98. Chupa o dedo

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

.....
.....
0 1 2 101. 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 na aldeia (ex.: quadra de esportes, orelhão, escola, posto de saúde)

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

0 1 2 108. Faz xixi na cama

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha

0 1 2 110. Gostaria de ser do gênero 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.

ANEXO B – 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(ua) 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):

.....

Gênero: () 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:

Gênero: () 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 o 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. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal. Descreva:

.....
.....

0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente

0 1 2 28. Desrespeita regras da escola

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

Descreva:

.....
.....

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

.....
.....

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

0 1 2 32. Tem “mania de perfeição”, acha que tem 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. Mentira 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 "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. 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 velhas

0 1 2 64. Prefere conviver com crianças (ou adolescentes) mais novas

0 1 2 65. Recusa-se a falar

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

.....
.....

0 1 2 67. Faz bagunça na classe

0 1 2 68. Grita muito

0 1 2 69. É reservado(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 mal cuidados

0 1 2 73. Comporta-se de modo irresponsável. Descreva:

.....
.....

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas

0 1 2 75. É muito tímido(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 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 gênero
- 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 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.