



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

Daniela Londe Rabelo Taveira

**PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM POPULAÇÃO INDÍGENA
INFANTIL DA FLORESTA AMAZÔNICA**



**Goiânia
2018**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☐ Dissertação ☒ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: DANIELA LONDE PABLO TAVEIRA

Título do trabalho: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM POPULAÇÃO INDÍGENA INFANTIL DA FLORESTA AMAZÔNICA

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Daniela Londe Pablo Taveira

Assinatura do(a) autor(a)²

Ciente e de acordo:

Charmelo L. B. B. B. B.

Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 27 / 11 / 19

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

Daniela Londe Rabelo Taveira

***PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM
POPULAÇÃO INDÍGENA INFANTIL DA FLORESTA
AMAZÔNICA***

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

Orientador: Prof. Dr. Leonardo
Ferreira Caixeta

Co-orientador: Prof. Dr. Paulo
Verlaine Borges e Azevêdo

Goiânia / 2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

TAVEIRA, DANIELA LONDE RABELO
PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM POPULAÇÃO
INDÍGENA INFANTIL DA FLORESTA AMAZÔNICA [manuscrito] /
DANIELA LONDE RABELO TAVEIRA, LEONARDO FERREIRA
CAIXETA. - 2018.
XIII, 151 f.

Orientador: Profa. Dra. LEONARDO FERREIRA CAIXETA; co
orientadora Dra. PAULO VERLAINE BORGES E AZEVEDO.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
Goiânia, 2018.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, fotografias, abreviaturas, símbolos.

1. psiquiatria transcultural; . 2. população indígena. 3. prevalência. 4.
transtornos psiquiátricos. 5. psiquiatria de criança e adolescente; . I.
CAIXETA, LEONARDO FERREIRA. II. CAIXETA, LEONARDO
FERREIRA, orient. III. AZEVEDO, PAULO VERLAINE BORGES E, co
orient. IV. Título.

CDU 616.89

Ata da Defesa de Tese de Doutorado realizada por Daniela Londe Rabelo Taveira. Aos vinte e dois dias de agosto de 2018, às 14:30 horas, reuniu-se na Sala de Teleconferência da Faculdade de Medicina/UFG a Comissão Julgadora infra nomeada para proceder ao julgamento da defesa da Tese intitulada: "PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS MENTAIS EM POPULAÇÃO INFANTIL DE INDÍGENAS DA ETNIA KARAJÁ", como parte de requisitos necessários à obtenção do título de Doutora, área de concentração Patologia, clínica e tratamento das doenças humanas o Presidente da Comissão julgadora, Prof. Dr. Leonardo Ferreira Calixeta, iniciando os trabalhos concedeu a palavra a candidata, para exposição em até 50 minutos do seu trabalho. A seguir, o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos Examinadores, os quais passaram a arguir a candidata durante o prazo máximo de 30 minutos, assegurando-se o mesmo igual prazo para responder aos Senhores Examinadores. Ultimada a arguição que se desenvolveu nos termos regimentais, a Comissão, em sessão secreta, expressou seu Julgamento, considerando a candidata aprovada ou reprovada

Banca Examinadora

Aprovado(s)/Reprovado(a)

Prof. Dr. Leonardo Ferreira Calixeta - Presidente
Prof. Dr. Paulo Verilaine Borges Azevêdo - Membro
Prof. Dr. João Bosco Siqueira Júnior - Membro
Prof. Dr. Keila Mara Cassiano - Membro
Prof. Dr. Erico Castro e Costa - Membro
Prof. Dr. Renata Teles Vieira - Suplente
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb - Suplente

Aprovado
Prof. Dr. Paulo Verilaine Borges Azevêdo
Prof. Dr. João Bosco Siqueira Júnior
Prof. Dr. Keila Mara Cassiano
Prof. Dr. Erico Castro e Costa
Prof. Dr. Renata Teles Vieira
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb

Em face do resultado obtido, a Comissão Julgadora considerou a candidata Daniela Londe Rabelo Taveira Habilitada () Não habilitada (). Nada mais havendo a tratar, eu, Prof. Dr. Leonardo Ferreira Calixeta, lavrei a presente ata que, após lida e achada conforme foi por todos assinada.

Prof. Dr. Leonardo Ferreira Calixeta - Presidente
Prof. Dr. Paulo Verilaine Borges Azevêdo - Membro
Prof. Dr. João Bosco Siqueira Júnior - Membro
Prof. Dr. Keila Mara Cassiano - Membro
Prof. Dr. Erico Castro e Costa - Membro
Prof. Dr. Renata Teles Vieira - Suplente
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb - Suplente

Assinatura
Prof. Dr. Leonardo Ferreira Calixeta
Prof. Dr. Paulo Verilaine Borges Azevêdo
Prof. Dr. João Bosco Siqueira Júnior
Prof. Dr. Keila Mara Cassiano
Prof. Dr. Erico Castro e Costa
Prof. Dr. Renata Teles Vieira
Prof. Dr. Alexandre Chater Taleb

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

Prevalência de Transtornos mentais em população indígena infantil da Planície Amazônica

Daniela Londe Rabelo Taveira
Daniela Londe Rabelo Taveira

Dedico este trabalho...

À todos os jovens em sofrimento mental, que perdem sua primavera ao padecer das mazelas da mente; em especial às crianças indígenas, estrelas deste trabalho, que perdem seu brilho sem o conhecimento do restante do mundo; aos pais e cuidadores, que tanto sofrem anonimamente na busca por socorro.

AGRADECIMENTOS

Vejo este trabalho como uma longa jornada, mas que não se iniciou com o princípio do doutorado. As ferramentas para construí-lo foram sendo adquiridas muito antes, desde a minha graduação, quando tive os primeiros contatos e fui me apaixonando pela psiquiatria. Pelo caminho conheci muitas pessoas, algumas das quais me deram conhecimento para arquitetar esta tese, enquanto outras que me deram forças para prosseguir, mas cada qual me auxiliando na edificação deste trabalho à sua maneira. Na impossibilidade de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para esta arte final, coloco aqui, de forma breve, peças essenciais que contribuíram com meu conhecimento e experiência:

Agradeço;

A todos os professores da pós-graduação da Universidade Federal de Goiás (UFG), com os quais muito aprendi nesses anos.

A meus pais, Roberto e Denise, e meu noivo, Paulo Roberto, por sempre me apoiarem e pela paciência que tiveram com minha constante ausência. Em especial, agradeço à minha mãe, meu braço direito, sempre fonte de confiança e inspiração para as lutas diárias na minha vida, me incentivando sempre nos momentos de cansaço.

A meus mestres, todos aqueles que, direta ou indiretamente, plantaram a semente da Psiquiatria em mim: Dr. Paulo Verlaine, Dr. Leonardo Caixeta, Dr. Cláudio Reimer, Dr. Marcelo Caixeta, Dr. Ciro Vargas, entre outros tantos colegas que conheci ao longo dos anos. Sou e serei eternamente grata!

A todos os pacientes que sofrem com as mazelas da mente. É graças a eles que temos uma dose extra de esperança sempre guardada, nos impulsionando a fazer sempre mais. Em especial, os jovens indígenas da etnia Karajá, as almas desta tese.

A estatística Erika de Aquino, que gentilmente me cedeu seu tempo e conhecimento para estruturarmos os pilares estatísticos deste trabalho.

A Ana Caroline Vilela, que me auxiliou na estruturação da tese com conselhos valiosos.

A Valdecina Quirino, por ter me orientado sempre pacientemente sobre aspectos burocráticos da pós graduação.

Meu agradecimento e homenagem carinhosa aos meus (sempre) professores, Drs. Leonardo Caixeta e Paulo Verlaine, pelas valiosas contribuições e responsabilidade direta na construção desta tese.

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	VI
TABELAS, FIGURAS	X
ANEXOS.....	XI
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XIII
RESUMO.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. A EPIDEMIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NO BRASIL E NO MUNDO.....	11
1.1.1. <i>A Epidemiologia de Transtornos Mentais em População Indígena Infantil no Brasil e no Mundo.....</i>	14
1.2. A PSIQUIATRIA TRANSCULTURAL.....	18
1.3. INDÍGENAS NO BRASIL E A ETNIA KARAJÁ.....	21
1.3.1. <i>Religiosidade Mítica Kara.....</i>	25
1.3.2. <i>História dos Karajá do Fundo.....</i>	28
1.3.3. <i>Mito Karajá.....</i>	32
1.3.4. <i>A cultura Karajá.....</i>	36
1.4. JUSTIFICATIVA.....	41
2. OBJETIVOS.....	45
3. MÉTODOS.....	52
3.1. DESENHO.....	54
3.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	56
3.3. INSTRUMENTOS.....	58
3.4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCL).....	61
3.5. COLETA DE DADOS.....	63
3.6. ANÁLISE DOS DADOS.....	66
4. PUBLICAÇÕES.....	71
ARTIGO1 – EM VIAS DE SUBMISSÃO.....	74
ARTIGO 2 – EM VIAS DE SUBMISSÃO.....	77
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81

6. REFERÊNCIAS.....	81
7. ANEXOS.....	86

TABELAS, FIGURAS E ANEXOS

FIGURAS

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

Figura 2 - Debò ijasò ijyy..... 1

Figura 3 - O Peixe Aruanã..... 1

Figura 4 - Índia Karajá - Ritual de Iniciação..... 1

Figura 5 – Adolescentes indígenas Karajá com 12 anos de idade, no ritual de iniciação masculina Hetohoky (esquerda) e com as pinturas e plumários típicos do ritual (direita). Casa Grande, ao fundo (foto da esquerda). Crédito Wendel Reis (2008)..... 1

Figura 6 – Indígenas da etnia Karajá adultos com a veste típica para o ritual da dança de Aruanã. Crédito: Emerson Silva / Governo do Tocantins..... 1

Figura 7 - Ceramista Karajá..... 1

Figura 8 – Fluxograma da formação da amostra de crianças e adolescentes indígenas da etnia Karajá das quatro maiores aldeias (Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos)..... 1

Figura 9 - Figura 1 - Jovens índios da etnia Karajá se concentram e se preparam para o ritual de passagem para a vida adulta, o hetohoky..... 1

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética (CONEP/CNS/MS)..... 1

Anexo 2 – Parecer da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)..... 1

Anexo 3 – TCLE..... 1

Anexo 4 – Normas para submissão: Revista Wolrd Psychiatry..... 1

Anexo 5 - Normas para submissão: The Canadian Journal of Psychiatry..... 1

Anexo 6 - Versão respondida pelos pais (SDQ-Pa⁴⁻¹⁷)..... 1

Anexo 7 - Versão respondida pelos professores (SDQ-Pr⁴⁻¹⁷)..... 1

Anexo 8 - Cálculo da Pontuação para sintomas anormais/clínicos..... 1

Anexo 9 – Coeficiente de Concordância – Kappa..... 1

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

κ – índice ‘*kappa*’ de concordância

χ^2 – teste estatístico do qui-quadrado

ADHD – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, do inglês “*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*”

APA – Associação Psiquiátrica Americana, do inglês “*American Psychiatric Association*”

ASEBA – Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado de Achenbach, do inglês “*Assessment System Empirically Based of Achenbach*”

CBCL/6-18 – Inventário de Comportamentos para Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (versão brasileira), do inglês “*Child Behavior Checklist for ages 6 to 18*”

CEPMHA/HC/UFG – Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

CGEP – Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, Décima Edição, da Organização Mundial de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

Conep/CNS/MS – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais Quinta Edição

Funai – Fundação Nacional do Índio

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC 95% – Intervalo de Confiança de 95%

LDB – Lei de Diretrizes Básicas

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

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

OMS – Organização Mundial de Saúde

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

p – significância estatística ($< 0,05$)

SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades, do inglês “*Strengths and Difficulties Questionnaire*”

SDQ-A - Questionário de Capacidades e Dificuldades versão auto-avaliação

SDQ-Pa - Questionário de Capacidades e Dificuldades versão para os pais

SDQ-Por - Questionário de Capacidades e Dificuldades versão em Português (Brasil)

SDQ-Pr - Questionário de Capacidades e Dificuldades versão para os professores

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

TC – Transtorno de Conduta

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

TOD – Transtorno Opositor Desafiante

YSR – Inventário de Auto avaliação para jovens (versão brasileira), do inglês, “*youth self report*”

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de problemas mentais em crianças e adolescentes de uma população indígena aldeada na Amazônia Brasileira. **Métodos:** Estudo de prevalência analítico em amostra de 214 crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, entre os 07 e 14 anos de idade. As prevalências foram determinadas pelo Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), em suas versões SDQ-Por Pa⁴⁻¹⁷ e SDQ-Por Pr⁴⁻¹⁷, respectivamente para pais/cuidadores e professores dos jovens entre 4 e 17 anos de idade. Foi avaliada a diferença entre as prevalências encontradas pelos avaliadores (professores e pais) e a associação de risco entre o sexo, idade e os sintomas psiquiátricos. **Resultados:** Foi encontrada uma prevalência de problemas totais de 22.1% segundo o SDQ-Por Pa⁴⁻¹⁷ e de 15.2% segundo o SDQ-Por Pr⁴⁻¹⁷, sendo encontrado um índice de concordância fraco entre avaliadores para a prevalência total de problemas ($k=0.042$, $P=0.007$). Houve maior ocorrência de sintomas psiquiátricos e de transtornos psiquiátricos em crianças (7 a 10 anos) do que em adolescentes (11 a 14 anos). **Conclusão:** A prevalência da pontuação total de dificuldades é superior à encontrada em estudos nacionais e internacionais com população não indígena, porém, semelhante às taxas com população indígena. Observou-se que mesmo na etnia *Karajá*, que preserva os aspectos culturais primordiais dos seus ancestrais que viveram há 10.000 anos, existem problemas psiquiátricos com apresentações clínicas similares às encontradas em sociedades modernas civilizadas, podendo o contexto cultural influenciar nas manifestações dos sintomas e da prevalência.

Palavras Chave: psiquiatria transcultural; população indígena; psiquiatria de criança e adolescente; prevalência; transtornos psiquiátricos.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of mental disorders in children and adolescents of an indigenous village population in the Brazilian Amazon. **Methods:** Analytical prevalence study in a sample of 214 *Karajá* indigenous children and adolescents, aged between 07 and 14 years. Prevalences were determined by the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), in their SDQ-Por versions P^{4-17} and T^{4-17} , respectively for parents/caregivers and teachers of young people between 4 and 17 years of age. The difference between the prevalences found by the evaluators (teachers and parents) and the risk association between sex, age and psychiatric symptoms were evaluated. **Results:** A prevalence of total problems of 22.1% according to the SDQ-Por Pa^{4-17} and 15.2% according to the SDQ-Por T^{4-17} was found, and a weak agreement index among the reviewers was found for the total prevalence of problems ($k = 0.042$, $P = 0.007$). There was a greater occurrence of psychiatric symptoms and psychiatric disorders in children (7 to 10 years) than in adolescents (11 to 14 years). **Conclusion:** The prevalence of the total score of difficulties is higher than that found in national and international studies with non-indigenous population, but similar to the rates with indigenous population. It was observed that even in the *Karajá* ethnic group, which preserves the primordial cultural aspects of their ancestors that lived 10,000 years ago, there are psychiatric problems with clinical presentations similar to those found in modern civilized societies, and the cultural context may influence the manifestations of symptoms and prevalence .

Keywords: transcultural psychiatry; indigenous population; child and adolescent psychiatry; prevalence; psychiatric disorders.

1. INTRODUÇÃO

“Nossa capacidade de alcançar a unidade na diversidade
será a beleza e o teste de nossa civilização”.
Mahatma Gandhi

1.1. A Epidemiologia dos Transtornos Mentais da Infância e Adolescência no Brasil e no Mundo

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), doença mental é uma síndrome caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental . No que se referem à frequência psicopatológica, os estudos epidemiológicos são os mais apropriados para a mensuração e investigação da prevalência, incidência e fatores associados das patologias psiquiátricas .

Pesquisas comunitárias que medem a frequência de crianças com problemas emocionais e comportamentais são conduzidas desde a primeira metade do século 20. Essas pesquisas iniciais utilizavam métodos não padronizados, com estratégias de amostragem e abordagens de medição que limitaram a validade interna e externa dos resultados . Na segunda

metade do século 20, o desenvolvimento de princípios e métodos fortes em epidemiologia atingiu a psiquiatria infantil, uma disciplina emergente na época . Paralelamente, a introdução de critérios diagnósticos explícitos, incluindo transtornos da infância no DSM-III (1980), permitiu o desenvolvimento de entrevistas psiquiátricas padronizadas e estimularam a pesquisa epidemiológica no campo. Pesquisas comunitárias que empregam métodos epidemiológicos sólidos e seguindo critérios diagnósticos padronizados, foram publicadas nas décadas de 1980 e 1990, fornecendo estimativas mais confiáveis de taxas de transtornos mentais em crianças e adolescentes na comunidade .

Na infância e adolescência os sistemas biológicos, psicológicos e sociais sofrem mudanças de desenvolvimento acentuadas, sendo uma fase que expõem o indivíduo a inúmeros fatores que podem contribuir para o surgimento de problemas físicos e mentais . Os transtornos mentais repercutem negativamente na vida pessoal, familiar e escolar, estendendo-se para a vida adulta quando não diagnosticados e tratados . No adulto causam problemas como alcoolismo, dependência de drogas, desemprego, criminalidade, desarmonia familiar e suicídio .

Até a metade da década de 1990, quando os critérios para o impacto dos transtornos mentais na vida do sujeito não eram considerados nas avaliações diagnósticas, um grande número de estudos epidemiológicos relatava altas taxas de prevalência de transtornos psiquiátricos, podendo chegar a quase 50% . Com a avaliação dos sintomas anormais, associado aos impactos negativos causados na vida do indivíduo, as estimativas de prevalência de transtornos psiquiátricos tendem a ser mais conservadoras.

Atualmente, estimativas apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresente pelo menos um transtorno mental . Um importante e recente estudo de meta-análise identificou uma prevalência global de transtornos mentais em crianças e adolescentes de 13.4% . Esta prevalência foi calculada selecionando estudos com estimativas associadas à presença de comprometimento funcional, portanto, com jovens mais propensos a precisar de tratamento. As taxas de prevalência, após nenhum requisito de comprometimento, são ainda maiores, podendo chegar a quase 30% de prevalência . Tais problemas são responsáveis por incapacidade funcional de 15 a 30% dos anos de vida ajustados, durante as três primeiras décadas de vida .

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os transtornos mentais são um dos líderes na causa de incapacidade em todo o mundo, sendo que a depressão é a principal causa de incapacidade de realização das tarefas do dia a dia entre jovens de 10 a 19 anos. Um dos desfechos mais temidos – o suicídio – já é a segunda causa de morte no Brasil em jovens entre 15 e 29 anos .

A epidemiologia dos problemas mentais em crianças e adolescentes ainda é pouco explorada no Brasil e vem tomando forma principalmente com estudos com amostras ainda pouco representativas, ou com a pesquisa abordando transtornos específicos, e poucas vezes baseada na prevalência total de qualquer transtorno psiquiátrico. Podemos citar alguns estudos epidemiológicos, que foram importantes para a construção nacional de dados referentes à prevalência total de transtornos mentais (e não apenas

transtornos específicos) em crianças e adolescentes não indígenas do Brasil.

Um estudo pioneiro, realizado no Nordeste, mais especificamente em Salvador – Bahia apresentou uma prevalência total de transtornos mentais graves e moderados de 10% para as 828 crianças e adolescentes, entre 5-14 anos investigadas . Na região Sudeste do país, em Taubaté, em uma população de 1.251 escolares de 7 a 14 anos, foi encontrado 12.7% de prevalência para a apresentação de qualquer transtorno psiquiátrico, adotando critérios da DSM-IV . No município de Salvador, em uma zona rural chamada Ilha da Maré, região Nordeste do país, 7% de 430 crianças entre 7-14 anos – uma amostra representativa em se tratando da população total da ilha – apresentaram pelo menos um transtorno mental . Um quarto estudo realizado em Embu, no estado de São Paulo, avaliou 479 crianças e adolescentes com idades entre 6-17 anos, utilizando os instrumentos CBCL e YSR. A prevalência de problemas de saúde mental encontrada foi de 24.6% desconsiderando prejuízo funcional global, e 7.3% considerando o prejuízo funcional global (casos que necessitam tratamento) .

1.1.1. A Epidemiologia de Transtornos Mentais em População Indígena Infantil no Brasil e no Mundo

Quando retomamos o foco para nosso principal objeto de estudo, a população indígena infantil, percebemos o desinteresse – ou mesmo descaso – com essa população, à medida que são praticamente inexistentes trabalhos que abordem sua saúde mental, mais especificamente a

prevalência de transtornos mentais, dos indígenas brasileiros. A preocupação com as crescentes taxas de suicídio, abuso de álcool e violência são demonstradas em alguns estudos, mas normalmente com população adulta .

Alguns autores já se propuseram a fazer estudos gráficos sobre a ocorrência de suicídio entre indígenas brasileiros, encontrando taxas alarmantes. Segundo Brand e Vietta (1991), entre os anos de 1981 e 2000, contabiliza-se um total de 436 casos de suicídios entre os indígenas *Kaiowá/Guarani*, no Mato Grosso do Sul, mas cabe atentar que a partir de 1990 este número aumentou de forma assustadora. Um total de 389 casos foram registrados entre os anos de 1990 e 2000. De forma alarmante, é sobre os jovens adultos que incide as maiores taxas. Dos 436 casos levantados, 225 estão entre pessoas de 12 a 21 anos, com uma incidência de 91 casos entre 15 a 18 anos. Trata-se, portanto, de um fenômeno que atinge de forma especial os jovens adultos .

Apesar dos principais fatores relacionados às altas taxas de suicídio nessa população serem relacionados às intrigas familiares, violência física e sexual e brigas territoriais, parece-nos um pouco vaga esta justificativa. Sendo os principais fatores de risco para o suicídio uma tentativa prévia e a prevalência de transtornos mentais, é imprescindível a pesquisa deste segundo. Até onde vai nosso conhecimento, contamos com um único estudo que avaliou a prevalência de transtornos mentais em população indígena. Azevedo et al. (2010) avaliaram a prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em população infanto-juvenil de etnia *Karajá* .

Em âmbito internacional, tem-se estudado o impacto dos transtornos psiquiátricos nas populações indígenas infantis, porém os trabalhos ainda se concentram principalmente na população adulta. Quando a população infantil é investigada, os estudos também se concentram quase exclusivamente em áreas temáticas focais, tais como alcoolismo, transtorno por uso e abuso de substâncias e suicídio . Embora o suicídio indígena seja reconhecido como um problema grave, as investigações epidemiológicas sobre precipitações e fatores contribuintes estão faltando.

Estudos internacionais já realizados nos Estados Unidos , Canadá , Chile , Noruega , Taiwan e Austrália apresentam dados provenientes de estudos epidemiológicos em população infantil indígena. A maioria aponta para maiores taxas de transtornos mentais em indígenas , quando comparados com seus pares não indígenas.

Em relação a implicações administrativas e à saúde pública, uma taxa de prevalência agregada contribui para estimar a carga econômica de transtornos, serviços de planejamento e alocação de recursos . Além disso, é um parâmetro relevante para avaliar a cobertura de cuidados de saúde dentro de uma determinada área. Saber as prevalências e os fatores de risco e proteção é fundamental para as políticas de saúde pública .

1.2. A Psiquiatria Transcultural

É possível encontrar diversas definições para a palavra cultura. Para o propósito deste trabalho, cultura é definida como o conjunto de

significados, valores, práticas e normas de comportamento de um grupo social particular . O conhecimento sobre doença e saúde é bastante influenciado pela cultura, donde importa atentar para as peculiaridades dela. Exige-se o que é chamado de “competência cultural” , para estabelecer uma boa relação médico-paciente, tornar útil e válido o diagnóstico e aperfeiçoar o cuidado clínico .

O conceito de infância é uma construção social, que influencia a percepção de necessidades das crianças . A idade é uma variável biológica, mediada por expectativas baseadas na cultura do papel da criança e papéis de responsabilidades relacionadas à idade. As culturas e os países variam quanto à idade em que uma criança pode trabalhar, de quando é capaz de tomar decisões independentes, ou de ser responsável. No Reino Unido, por exemplo, um jovem pode trabalhar com a idade de 16 anos, votar aos 18 anos, mas pode ser julgado competente para decidir sobre o tratamento após 12 anos . Essas diferenças de papel e grau de autoridade ou responsabilidade parental podem ser confusas para clínicos de outros países, ou em estudos transculturais quando o pesquisador não é nativo.

O impacto da cultura sobre as crianças pode ser melhor conceituado pela visualização da criança dentro de camadas de "contextos". Estes são micro, meso e macro sistemas, que distinguem interações proximais com a criança, surgindo primeiro da família e dos pares, então da escola e vizinhança e mais distal, influências como valores societários e culturais, respectivamente micro, meso e macro sistemas . Valores culturais, costumes e leis são fatores mais distais que influenciam a criança através de interações mais proximais, como pais, irmãos, escola e vizinhança .

Em qualquer país, as definições de criança e de infância serão diferentes de acordo com o status socioeconômico e as atitudes dos grupos subculturais, fazendo parte do sistema macro do contexto da infância. Nos países com baixo nível de desenvolvimento econômico, por exemplo, as expectativas sociais e familiares podem ser as variáveis definidoras – demonstrando a interação entre macro, meso e micro sistemas. Por conseguinte, algumas crianças de bairros pobres urbanos ou rurais, trabalharão antes de atingir a idade legal designada para o emprego. Em países de baixa renda, não serão vistas como compartilhando as mesmas necessidades da infância que seus pares mais abonados economicamente. No entanto, a criança que está trabalhando ainda será considerada como sendo de autoridade parental .

O gênero é outro atributo biológico, onde as atitudes culturais conduzem os papéis, responsabilidades, vulnerabilidades e riscos . As meninas são particularmente vulneráveis, começando pela alta incidência de feticídios femininos em algumas culturas, oportunidades reduzidas de educação e maiores taxas de vitimização devido aos mais diversos tipos de abusos .

O comportamento é uma resposta a um evento, uma emoção, uma experiência . Os dados normativos sobre o comportamento desenvolveram-se como resultado de pesquisas epidemiológicas, particularmente dos países com alto nível de desenvolvimento econômico, como a América do Norte, a Europa (particularmente França, Reino Unido e Alemanha), Austrália, Nova Zelândia . A avaliação do comportamento requer uma boa descrição do próprio comportamento, antecedentes e consequências, se

apropriado ou inapropriado em termos de idade, gravidade da resposta, frequência e duração . Clínicos e pesquisadores precisam considerar se os comportamentos apresentados na avaliação são os mesmos em todas as culturas; se emoções ou experiências semelhantes provocam comportamentos diferentes. Muitas experiências que as crianças enfrentam são semelhantes, mas algumas diferem, e os sistemas ou contextos micro (tipo familiar), meso (escola e vizinhança) e macro (sociedade e país) podem ser muito diferentes. Onde os comportamentos semelhantes são suscitados, alguns questionamentos devem ser feitos, como: o limiar para a identificação do problema é diferente? Os comportamentos semelhantes têm o mesmo significado ?

Uma série de estudos transculturais sobre o comportamento, usando questionários estruturados, demonstraram que comportamentos semelhantes podem ser identificados em diferentes grupos culturais, e que a variação de idade e gênero nesses comportamentos são universais . Os comportamentos externalizantes, por exemplo, são mais comuns em meninos, embora as taxas variem. Dessa forma, a diferença de gênero entre meninos e meninas varia em grau entre países e culturas . Essas diferenças parecem se relacionar com os sistemas de valores nas sociedades e à medida que tais comportamentos resultam em controle parental, medidas disciplinares e desaprovação social, temos mais um exemplo de interação entre micro e macro sistemas. Onde o comportamento de externalização é aprovado ou não desencorajado e reprovado, as taxas são maiores para ambos os sexos .

Onde há diferentes expectativas de gênero, observa-se uma alteração do comportamento . Por exemplo, onde o conceito de "machismo" é forte, o comportamento externalizante pode ser tolerado, ou mesmo encorajado para meninos, e desencorajado ativamente para as meninas. A maioria dos países budistas asiáticos, como a Tailândia, desencorajam exhibições de agressão. As crianças tailandesas apresentam comportamentos mais internalizantes e menos comportamentos externalizantes em comparação com crianças nos Estados Unidos . Um estudo adicional na Tailândia mostrou que os adolescentes tailandeses e Norte Americanos têm desejos semelhantes de alcançar seus próprios objetivos, mas os tailandeses adotam comportamentos mais amenos, e não claramente desafiadores, para atingir seu alvo. Os adolescentes tailandeses desenvolvem estratégias alternativas para exibir e lidar com a frustração em relação aos seus semelhantes dos Estados Unidos .

Apesar de já ser estabelecido que os fatores e contextos culturais influenciem na apresentação e manifestação dos sintomas psiquiátricos, ainda não há consenso sobre o quanto influenciam. Podemos afirmar que tal situação persiste devido à ausência de marcadores biológicos e instrumentos precisos de avaliação dos problemas de saúde mental que os validem. A validade transcultural desses transtornos pode variar drasticamente dependendo do transtorno e da população estudada, mas faltam evidências empíricas para sustentar isso. Necessitamos de realizar estudos sobre interação entre fatores biológicos e socioambientais no surgimento desses transtornos/síndromes nas várias culturas. Ao lidar com uma população etnicamente heterogênea como a brasileira, torna

indispensável conhecer os aspectos culturais de cada grupo estudado. Caso contrário, corre-se o risco de taxar o normal de patológico . Finalmente, os clínicos devem considerar o contexto cultural na apresentação de problemas psicopatológicos em uma criança, independentemente das suas visões pessoais .

1.3. Indígenas no Brasil e a Etnia *Karajá*

No Brasil, a Fundação Nacional do Índio (Funai) é o órgão indigenista oficial. Vinculada ao Ministério da Justiça, é a coordenadora e principal executora da política indigenista do Governo Federal. Sua missão institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil, promovendo estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas, além de monitorar e fiscalizar as terras indígenas .

Desde 1.500 até a década de 1.970 a população indígena brasileira decresceu acentuadamente e muitos povos foram extintos. Este panorama começou a dar sinais de mudança nas últimas décadas do século passado . A partir de 1991, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) incluiu os indígenas no censo demográfico nacional. No Censo IBGE 2010, a população indígena total do país é de 896.917 indivíduos, presentes nas cinco regiões do país, correspondendo a 0,47% da população total do Brasil. Foram registradas 305 etnias e 274 línguas diferentes , o que nos torna uma das maiores sociodiversidades das Américas. No entanto, a população

indígena brasileira é bastante vulnerável, com os piores indicadores de saúde .

A etnia *Karajá* é uma representante das 230 etnias indígenas do Brasil. Habitam uma extensa região do vale do rio Araguaia, abrangendo os estados de Goiás, Tocantins e Mato Grosso. A maioria das aldeias está na ilha do Bananal, maior ilha fluvial do mundo (20 mil Km²), situada na Amazônia Legal. A ilha do bananal compreende os estados de Goiás, Tocantins e Mato Grosso, e está representada abaixo (Figura 1).



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

A população cresceu no seu território original, de 470 sujeitos (1969) para 1.266 (2007) nas duas maiores aldeias (Santa Isabel e Fontoura).

Considerando a população total, eram representados por um total de 2.486 indivíduos em 2007 segundo os dados da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), constituídos apenas de indígenas da etnia *Karajá*. Em 2013, já quantificavam 3.261 indivíduos segundo o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

As aldeias indígenas *Karajá* que fizeram parte deste estudo, com os seus respectivos nomes na língua nativa e os seus significados, foram: a aldeia de Santa Isabel do Morro, chamada de *Hãwalo Mahãdu*, que quer dizer “povo do morro alto”; a aldeia de Fontoura, chamada de *Bõiry Mahãdu*, que quer dizer “o povo do caminho do peixe”; a aldeia de Macaúba, chamada de *Heryri Mahãdu*, que quer dizer “o povo do lugar da Macaúba”; e a aldeia de São Domingos, chamada de *Ere Hawa Mahãdu*, que quer dizer “povo da morada do martim-pescador”. Existem várias outras aldeias menores que fazem parte do povo de baixo e do povoadas por um número menor de indivíduos.

A história do estado de Goiás imbrica com a história do rio Araguaia e dos *Karajá*. Essa preocupação com a vida do rio está registrada na fala de Samuel Karajá, cacique da aldeia São Domingos-MT, por ocasião do 5º Simpósio Ambientalista Brasileiro do Cerrado, em novembro de 1999 :

A nossa história sempre foi ali da região do Rio Araguaia... *Karajá* não sabe viver sem o rio. Eles sempre viveram ali... sempre ocorreu ali a história do rio Berohoky... essa a denominação que *Karajá* dá aquele rio. Então essa é a preocupação que a gente tem a respeito do Rio Araguaia, quando há um projeto sem nenhuma preocupação com o meio ambiente, com as populações que ali vivem há milhares de anos, né?... As nossas festas, como por exemplo, Aruanã, a gente traz do rio. A representação do Aruanã vem do rio. Tudo isso é importante para a sobrevivência da cultura *Karajá*.

Um *Karajá*, quando já tem o entendimento de “ser” pertencente ao mundo ele se fortalece com muitos símbolos de significância e de importâncias variadas, como é entendimento do próprio corpo, do espaço “terra” que vive, da importância dada à natureza, da questão dos laços parentais, da morte e da vida espirituais dentre outras questões também importantes. Além disso, tem-se na cultura *Karajá*, uma infinidade de símbolos que evocam mensagens significativas para melhor compreensão das relações sociais e cerimoniais, que são tão importantes para a vida *Karajá*.

Antes mesmo de adentrarmos em outras especificidades dos indígenas da etnia *Karajá*, é importante realizarmos uma análise a respeito de seu universo mitológico, mesmo que não tão profunda. Assim, mostra-se aqui um pouco do mundo dos filhos do Araguaia, um povo que se autodenomina *Iny*.

1.3.1. Religiosidade Mítica *Karajá*

Kynyxiwe para os *Karajá* é um homem jovem, forte, um ser especial igual a um guerreiro *Karajá*. *Kynyxiwe* é associado pelos *Karajá* como um Deus, que tem poderes transformadores; é o criador do mundo e em alguns mitos é travestido de *Karajá* e tem um comportamento alegre e arteiro.

O Mito da Criação do Mundo (Mito 1)
(Narrado por um *hyri* (xamã))

*Aruanã era um peixe que vivia nas profundezas do rio Araguaia.
De vez em quando subia às margens do grande rio, e*

contemplava a vida humana. Seu ser aquático enchia-se de tristeza, pois pensava que a verdadeira felicidade estava no cheiro do ar, na beleza da terra. Sentia-se perdido e infeliz em viver nas águas e ser um peixe. Sonhava um dia ser transformado em homem e correr pela terra seca.

Na festa do Boto, o senhor das águas, realizada nas profundezas do Araguaia, todos os seres aquáticos participavam felizes. Lá estavam a bela lara e a sua irmã Jururá-Açú, deusa das chuvas, e todos os peixes e habitantes do grande rio, numa alegria radiante. Só Aruanã mostrava-se infeliz, a sentir-se estranho àquele mundo, a lamentar ter nascido no rio e jamais poder respirar o ar.

Ao sair da festa do Boto, Aruanã nadou, nadou, subindo sempre na direção da superfície das águas. Num ímpeto de coragem e determinação em sentir o aquecimento esplendido da força do Sol sobre a Terra, ele pôs a cabeça de fora das águas. Quase a sufocar com o ar, falou com todas as suas forças de peixe sonhador em busca da felicidade:

- Grande Tupã, senhor da vida e da natureza na água nasci, mas nela não quero morrer. Se peixe é o meu corpo, meu coração é humano. Tira-me das águas que me faz infeliz e sem sentido, dá-me o ar como forma de pulsar e a condição de homem como realizador da vida. As palavras de Aruanã saíram tão veementes, que Tupã percebeu o verdadeiro destino do valente peixe e a essência da sua alma.

Compadecido, o senhor das matas desceu às profundezas do rio Araguaia, arrebatando de lá o infeliz peixe. Voou com Aruanã, que não podendo respirar, debatia-se no ar. Por fim, Tupã deixou-o no campo, sob os raios intensos do Sol e das brisas suaves dos ventos.

Aruanã debatia-se sobre a relva, pensando que iria sufocar. Não amaldiçoou Tupã, pelo contrário, mesmo sem conseguir respirar o ar da Terra, agradeceu por aquele momento final, iria morrer longe das águas, como sempre sonhara. Fez um louvor ao deus e cerrou os olhos, à espera da morte e da felicidade alcançada.

Comovido, Tupã iniciou a metamorfose do peixe. Em vez da morte, Aruanã viu as escamas transformadas em pele, revestida de pelos suaves que a brisa contornava em desenhos; braços e pernas musculadas davam-lhe o aspecto viril. O ar finalmente chegou-lhe aos pulmões. Sentiu o cheiro da Terra. Olhou emocionado para o seu corpo e sorriu feliz, já não era um peixe, e sim um homem, forte e belo.

- Provaste que tens um coração grandioso e valente. – Disse-lhe Tupã.– Serás um grande guerreiro entre os homens; pai da mais sábia das tribos. Aruanã peixe foste, Aruanãs hás de te chamar como homem. Vá, cumpre o teu destino de homem guerreiro!

Para saldar o belo e jovem Aruanãs, as Parajás, entidades da justiça das matas, vieram e prestaram honras ao guerreiro. Deram a ele uma tribo e as mais belas mulheres. Unindo-se às mulheres, o jovem guerreiro gerou filhos e filhas, dando origem aos valentes Carajás, que formaram uma tribo de índios valentes a viver às margens do rio Araguaia. Todos os anos, por ocasião da Lua cheia, os Carajá realizam o Ritual do Aruanã, prestando, por meio da dança e do canto, a homenagem justa ao pai da nação Carajá.

1.3.2.

História dos Karajá do Fundo

O mito contado de pai para filho e de filho para filho transforma-se no espírito da realidade para os *Karajá*.



Figura 2 - Debò ijasò ijyy

Fonte: Silva, Maria do Socorro Pimentel da, 2009

Mito 2

Quando Kÿnyxiwe criou tainahãkÿ (estrela d'alva) esticou seu dedo cheio de luz e falou para todos os Karajá:

- Essa estrela grande, a maior dos céus, pode pertencer a cada um de vocês. Vejam bem, eu dei o berohokÿ (rio Araguaia) para que vocês vivessem no fundo do rio. Vocês não quiseram morar lá onde estariam livres de todos os perigos e dores. Não faz mal. Fiz o grande o Sol para aquecer o frio e embranquecer as praias, para chocar os ovos das tartarugas, colorir as folhas das árvores e as asas dos colhereiros. Depois dei a todos vocês a lua para embelezar a solidão da noite e ajudar as viagens de todas as canoas. Agora com tainahãkÿ é diferente. Ela é muito maior do que qualquer outra estrela, não é?

- Ela maior, sim, Kÿnyxiwe.

Kÿnyxiwe sorriu dentro de toda a sua bondade.

- Eu sei. Quando vocês tiverem de fazer a "última" das viagens devem olhar para ela e falar de coração:

- Bom dia, estrela grande. Eu vim de longe para viver nos seus grandes rios, nas suas selvas lindas, longe do perigo, da dor e na casa da paz. Entenderam?

Todos concordaram, mas alguém perguntou:

- E o Araguaia com seu fundo lindo, não voltaremos lá?

Kÿnyxiwe balançou a cabeça tristemente. - Vocês não o quiseram. Terão de acreditar em mim e viajar para a estrela grande. Agora, adeus! Cruzou todos os dedos de luz no peito e desapareceu .

Depois que tudo foi criado pelo deus Kynyxiwe outros mitos trazem informações também importantes de como os Karajá vêm e classificam o mundo.

Mito 3

Antigamente, os Karajá moravam no fundo do rio Araguaia. E no fundo rio havia muito frio, que chegava a morrer de uma a três pessoas por dia. O chefe dos Karajá do fundo do rio mandava seus guerreiros, os “ijoi”, para procurarem um lugar de clima melhor para que eles mudassem daquele lugar onde moravam. E assim, os guerreiros saíram a procura de um novo lugar, mas não encontram. Um certo dia, assim como todos os dias, eles saíram tanto para o lado oeste, como para o lado sul, o norte e todos os lados. Os “ijoi” saíram. Por fim um outro saiu por último. Ele saiu na mesma direção que os outros ao lado do sul. No caminho, ele viu um outro caminho bem mais estreitos do que os outros. Ele seguiu em frente e encontrou um buraco. Parou em frente, ficou olhando e disse consigo:

“eu vou entrar neste buraco ara ver o que vai acontecer comigo, ou vou morrer, ou volto vivo”.

Ele entrou no buraco e seguiu, seguiu, andou, andou mais um pouco, viu um clarão, continuou e logo sal no fundo do rio, saiu do buraco de pedra e logo viu um lugar agradável, com ar, sol e calor. Este mesmo ar que está correndo entre nós ele sentiu. Sentou-se na saída e disse:

“Be! Que lugar bonito que achei, vou voltar para fora e sentir na pele essa beleza: as praias, os pássaros que voavam em sua volta como estivessem o saudando, dando-lhes boas vindas.

Então, na saída da pedra, ele deixou um pedaço de um pau qualquer, para não se perder da pedra, no caminho de volta para o rio. Saindo da toca da pedra, viu que estava no meio do lago, mas havia pedras que o levava até terra firme, no seco.

Na beira do lago, viu muitos patos e pássaros voando, assim como tuiuiús, colheiros, garças e outras aves a beira de um lago. Viu onças, veados, anta e capivaras. E assim viu outros vários animais. Viu também frutos silvestres que estava caído pronto para ser colhido e comido. Ele saiu andando e deparando com tudo que existe aqui na terra. Andando mais um pouco e saiu numa outra praia. Ele andou mais um pouco e chegou ao rio Berohoky, o Araguaia, e disse “Ebe”! Que lugar! Lindo rio! Lindas praias! “Tirou uma palha e sentou-se na areia fazendo uma cesta comprida. “vou levar as frutas para mostrar”, dizia ele consigo.

Chegando à sua toca, entrou no lugar da pedra, pegando o caminho de volta. Um pouco mais tarde dos outros chegarem, ele chegou e encontrou os seus colegas contando o que fizeram durante o dia, assim como todos os Karajá. Na casa dos homens eles reuniam e preparava a batalha para o outro dia.

Ao chegar ao grupo ele deu o grito de vitória “Wyhyrarò”. Ainda sem falar nada, os que estavam no pátio, disseram: “olha”?! O que foi que aconteceu com ele?! Será que ele está ficando doido?! Disseram os homens num tom de brincadeira, como todos os Karajá, no pátio, espaço dos homens se reunirem e decidirem

tudo. Chegando perto do grupo, ele disse e mostrou as frutas que trouxeram “Oh! Turma! Estou muito contente, entrei num lugar muito lindo, vejam as frutas que eu trouxe de amostra para vocês. Os homens não acreditaram em nenhuma palavra que ele dissesse. Foi procurar então, o seu chefe que ouvira, mas não dava também atenção à história dele. Estou falando a verdade, por que trago essas frutas e venho até vocês? É por que tenho novidades para contar. Depois de muito tempo, convencido o chefe propõe que ele retornasse ao lugar e voltasse com um grupo de seis pessoas para todos falarem a verdade. Imediatamente ele foi com o grupo, sem errar o caminho da toca de pedra, chegando entraram no buraco de pedra. “Vamos entrar e não fiquem assustados e nem tristes por que vamos sair”. Todos entraram e saíram e realmente gostaram do viram e ficaram felizes. Não demorou e todos estavam de volta e o chefe falou para eles, por terem voltado muito rápido, que todos estavam mentindo. Passaram muito tempo tentando convencer o chefe, que só no início da noite ficou convencido e disse ao grupo: agora vai ser diferente, são seis pessoas falando uma mentira. Portanto quero que todos os homens vão a esse lugar para que eu possa acreditar. Podem deixar que eu fico na companhia das mulheres.

No dia seguinte todos foram ao lugar combinado. Não demorou muito todos chegaram e começaram a apreciar a beleza do lugar. Logo voltaram e foram contar as novidades ao chefe. Tudo bem, agora um de você fica com as mulheres e eu vou com os demais conhecer esse lugar. Ao chegar o chefe resolveu ficar para ver a noite como seria naquele lugar. Passaram a noite contemplando as estrelas e gostaram também do clima da noite. E ordenou ao grupo para trabalharem com afinco para saírem do fundo do rio, pois lá era muito frio. De primeiro a ordem era severa, não era como as de hoje. Então eles fizeram tudo dentro de uns três a quatro dias terminando as tarefas foram buscar as suas famílias. Aqueles que saíam gostavam e os que vinham atrás de Kyboi vinham ansiosos.

O primeiro que saiu comandou o grupo, dizendo a todos o que cada um tinha que fazer uma canoa para fazer uso próprio na sua morada, porque não era bom um grupo grande, pois ficaria melhor para controlar e coordenar. Por isso se dividiram. Uns subiram o rio chegando até a cabeceira e outros desceram o rio, tendo hoje os de Xambioá, no norte e Burdina, no sul.

Os guerreiros andavam no interior da Ilha do Bananal e não encontravam nada de bichos ferozes, somente as onças, nem outros índios encontravam.

Assim o meu pai contava para mim quando eu era criança. Esse conhecimento adquirir do meu pai a tempos atrás.

1.3.3.

Mito *Karajá*

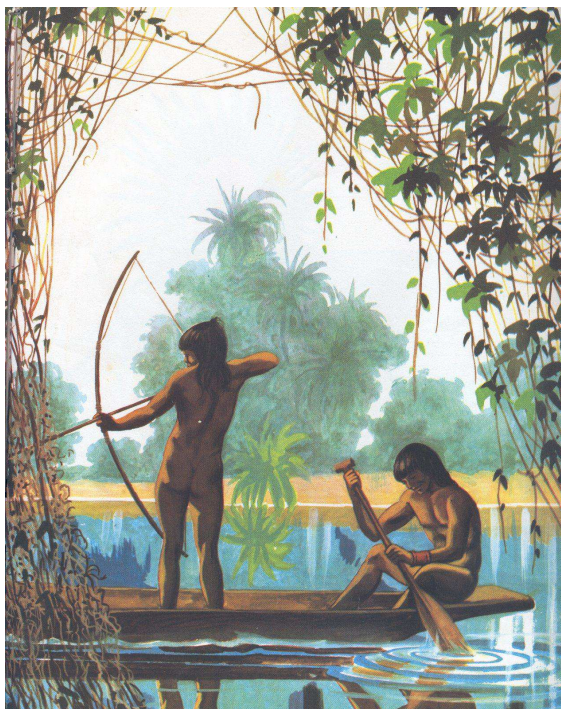


Figura 3 - O Peixe Aruanã

Fonte: Vladimir Kozak, Museu Paranaense. S.d. acesso em 12/10/2012

Mito 4 - “História de peixe aruanã (ijasò)”

“Havia um jovem esperto no fundo do rio, o Ijasò, e ele saiu nadando, nadou, nadou, até que saiu na terra. Ele ficou deslumbrado com as belezas da terra: „Como é lindo isto aqui!“. Ele ficou encantado com as flores, com as árvores, com o céu azul de nuvens brancas e com os pássaros coloridos que voavam por todos os lados. Distraído, o jovem entrou em um rio e chegou no Araguaia. Sua admiração foi maior ainda. Diz que ele ficou encantado com as belas e tranquilas praias do rio. De repente, o jovem se assustou, sentiu que estava se transformando. Seu corpo foi crescendo e transformou-se em pessoa iny. Transformado, ele pode correr na praia, sentir o perfume das flores, ouvir os pássaros cantando, coletar frutas, comer mel de abelha etc.

Diz que, no auge de sua alegria, lembrou-se dos conselhos do pajé sobre o mundo aqui fora, sobre os perigos e a morte. Diz que ele pensou: “O que significa isso”? Resolveu tirar a limpo e voltou para sua antiga morada. Quando caiu na água, transformou-se de novo em ijasò. Quando ele chegou à sua morada, já estava sendo esperado pelo velho sábio pajé, que lhe perguntou:

Aonde andou meu jovem?

Estava na terra, conheci um mundo novo.

O pajé exclamou?

Estamos perdidos! Nossas leis foram violadas. Kanyxiwe Deus vai retirar nossa imortalidade e vocês vão conhecer o sofrimento, o perigo e a morte.

O pajé não parava de afirmar:

Tudo lá fora é ilusão, a felicidade eterna está aqui.

Diz que todos os Ijasò ficaram encantados com o que foi narrado sobre a terra. Jovens e adultos quiseram vir para a terra e vieram. Não atenderam às advertências do pajé sobre a vida curta e falsa na terra.

Diz que, quando chegaram ao rio Araguaia, transformaram-se em gente e se adaptaram à nova vida. Ficaram maravilhados com as belezas da terra, até que aconteceu a primeira morte. Os Karajá foram morrendo um atrás do outro. Entraram em pânico. Lembraram das advertências do pajé.

Perguntaram ao (hàri tymara) pajé novo:

O que vamos fazer?

Diz que eles tentaram comunicar-se com os Ijasò para pedir ajuda, mas não conseguiram. Diz que o pânico tomou conta dos Karajá e foi aí que eles se espalharam ao longo do rio Araguaia, formando pequenas aldeias.

Algumas famílias tentaram voltar às suas origens. Atiraram-se nas águas e transformaram-se novamente em peixe, mas não conseguiram ir até as profundezas de onde vieram, porque, na passagem para a volta, havia uma cobra. É por isso que os Karajá não matam o peixe aruanã, eles são seus parentes. “Esta é a história dos peixes aruanãs”.

1.3.4. A cultura *Karajá*

Os indígenas da etnia *Karajá* preservaram muitos dos seus costumes, como a língua, os rituais, o artesanato (cestaria com palha de buriti e bonecas de cerâmica) e as pinturas corporais (tais como os dois círculos nas faces, característicos dessa etnia), estes presentes na figura 4 .



F
igura 4 -
Índia Karajá - Ritual de Iniciação
Fonte: Fladimir Kozak - Museu paranaense s/d.

Quando começam a andar, os *Karajá* são classificados em categorias de idades distintas de acordo com o sexo. Até a idade de seis anos o menino é reconhecido como *weryry riòre* (menino pequeno). Entre a faixa de

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

Quando um *weryry hÿkÿ* atinge a idade de doze anos, aproximadamente, os pais normalmente procuram o *ixÿdinodu* (chefe de rituais) da aldeia para combinarem a realização da festa do *Hetohokÿ*, que é um ritual de iniciação masculina (Figura 5) . Porém, embora seja o modo ideal de iniciar os meninos na concepção dos *Karajá*, nem todos passam por este rito. A realização do *Hetohokÿ* requer muito trabalho em termos de preparo de alimentos que devem ser plantados, pescados e caçados, bem como comprados na cidade de São Félix do Araguaia (MT). Por esta razão, se o menino é órfão de pai e nenhum outro homem *Karajá* o assumiu, sua iniciação ocorre com os *kyre* levando-o até a Casa de *Aruanã* onde ele terá o seu primeiro contato com as máscaras de *Aruanã* e, através de uma saudação em grito dos demais meninos, se transforma também em um *kyre*

(ariranha), nome da categoria de idade dos meninos recém - iniciados. Uma vez *jyre*, os meninos permanecerão nesta categoria por um ou dois anos .

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

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

Ao casar, o *weryrybò* passa a ser chamado de *hãbu* (homem casado). Ele deixa a casa materna e vai morar na casa do sogro. Com o casamento vem a obrigação de sustentar a sua própria família e a casa da sogra. O

hãbu, portanto, deve fazer a sua roça, pescar com frequência e vender peças de artesanato. O casamento normalmente ocorre aos 15 ou 16 anos e, atingidos os 20 anos e não estando casados, passam a ser alvo de comentários na aldeia .

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

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



Figura 5 – Adolescentes indígenas Karajá com 12 anos de idade, no ritual de iniciação masculina *Hetohoky* (esquerda) e com as pinturas e plumários típicos do ritual (direita). Casa Grande, ao fundo (foto da esquerda). Crédito Wendel Reis (2008).

A menina, por sua vez, tem como faixas etárias e suas designações: de 0 a 3 anos, *ulado*; dos 4 aos 7, *hirari*; dos 8 aos 12 anos, *hirarihyky*; dos 12 aos 15 anos, *ijadoma*; dos 16 aos 17 anos, *hawyy*. Assim que ocorre a menarca a menina é policiada pela avó materna, com a qual têm uma ligação afetiva forte, e também fica isolada, só aparecendo em público por ocasião da dança com os *Aruanãs*, igualmente com o corpo enfeitado com pinturas e plumagens (Figura 2). Desde criança, a menina já inicia atividades tais como cuidar de um irmão menor e auxiliar a mãe nas atividades domésticas, tais como lavar roupas. Não existe um rito específico de iniciação da menina.



Figura 6 – Indígenas da etnia *Karajá* adultos com a veste típica para o ritual da dança de Aruanã. Crédito: Emerson Silva / Governo do Tocantins

As crianças têm o rio e a natureza como fontes de lazer constante. A educação formal ocorre em escolas dentro das aldeias, iniciando aos 7 anos de idade. A criança indígena da etnia *Karajá* aprende a língua materna com sua família e, ao entrar na escola, é alfabetizada inicialmente também em *Karajá*. Somente depois é realizada a transição para a língua Portuguesa, quando aos 8 ou 9 anos de idade ela começa a aprender inicialmente a falar e somente depois a escrevê-la. A educação é então bilíngue a partir desta idade. Dessa forma, as crianças na faixa etária dos 7 aos 10 anos de idade, na sua grande maioria, falavam apenas a língua materna. Já as crianças e adolescentes na faixa etária dos 11 aos 14 anos dominavam ambas as línguas: *Karajá* e Português. Aos 14 anos muitas já se casam e abandonam a escola pelos afazeres domésticos e filhos.

Os homens são responsáveis pela defesa do território, preparo das roças, pesca, construção das casas e vida política. Também respondem pelo intercâmbio com os não-indígenas e os rituais principais .

As mulheres cuidam dos meninos até o ritual de iniciação (figuras 5 e 6) e das meninas pela vida toda. São responsáveis pelas atividades domésticas, colheita da roça, artesanato de bonecas e cerâmica, preparo dos rituais e providenciar o casamento dos filhos . Além de servir como renda extra, as bonecas têm um papel lúdico para as crianças. Para “as meninas servem a uma função de socialização, com a dramatização de acontecimentos da vida cotidiana” .

Aos homens cabe defender o território, preparar as roças, pescar, construir as casas, cuidar da vida política que se dá na Casa de *Aruanã*

(também chamada de praça dos homens), proceder ao intercâmbio com os não indígenas e coordenar os rituais principais .

Na composição das famílias extensas e facções *Karajá*, o casamento desempenha papel fundamental, ocorrendo quando a menina e o menino estão em condições de iniciar a vida sexual. Pode-se observar meninos e meninas de 12 ou 13 anos casados e alguns já com seus próprios filhos . Através de uma série de arranjos, os pais dos noivos tentam concretizar articulações com o objetivo de não dispensar os membros da família e estabelecer alianças proveitosas, preferencialmente no interior do mesmo grupo local. Através do casamento uxorilocal, ou seja, o marido mora na mesma casa da sogra, o genro passa a viver e trabalhar juntamente com o sogro e sua família. Para evitar a “evasão dos homens”, ou um genro com parentes inconvenientes ou com interesses divergentes, os *Karajá* procuram casar seus filhos com os de seus irmãos ou de seus primos cruzados e paralelos. São assim comuns casamentos entre primos paralelos e cruzados de 1º e 2º graus. A eficácia dos arranjos visando neutralizar os efeitos da uxorilocalidade é tal que boa parte dos filhos homens acabam se casando e vivendo com mulheres do mesmo grupo local, vivendo próximo aos pais da noiva, mas na mesma aldeia que os seus próprios .

Apesar da busca da prática de exogamia, esta na verdade está inserida em uma perspectiva endogâmica. Há uma permuta de pessoas entre os diversos grupos domésticos numa mesma aldeia. No caso *Karajá* pode-se dizer que há um reforço nesta perspectiva endogâmica, uma vez que os casamentos ocorrem em grande porcentagem entre os habitantes da mesma aldeia. Nos casos de falta de opção, a aldeia mais próxima é

preferida. Antes de procurarem um casamento fora de seu grupo local, os *Karajá* tiram proveito de situações comuns nas aldeias, tais como os casamentos desfeitos e a viuvez .

A família é um importante referencial na vida dos *Karajá*. Os *Karajá* são, assim como a sociedade não indígena brasileira, monogâmicos. A família elementar é constituída por um homem, uma mulher e seus filhos. Geralmente todos os produtos cultivados, comprados ou ganhos por um homem, são distribuídos por ele entre a família elementar. Como a regra de residência é uxorilocal (matrilocal), normalmente os gêneros alimentícios são também distribuídos entre os demais moradores da casa. Contudo, cada família tem o seu próprio espaço na casa para guardar os seus pertences e para realizar as refeições . A manutenção das prerrogativas dos pais dentro do casamento tradicional, a despeito da opinião dos noivos, e em particular do noivo, que muitas vezes não aceitam o “arranjo” ou se rebelam contra as obrigações devidas aos sogros, é um ponto de tensão permanente da sociedade *Karajá* .

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

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

A subsistência vem da pesca e da cultura do milho, da mandioca, da banana e da melancia, bem como da coleta de frutos do cerrado (pequi, p. ex.) e do mel silvestre . Uma importante fonte de renda para a etnia *Karajá* é a atividade de artesanato com cerâmica (potes, pratos, bonecas) e palha de buriti (cestaria) (figura 7). A primeira é atividade exclusiva das mulheres e a cestaria é feita, também, por homens. Além de servir como renda extra, as bonecas têm um papel lúdico para as crianças, “sendo que para as meninas servem a uma função de socialização, com a dramatização de acontecimentos da vida cotidiana” .

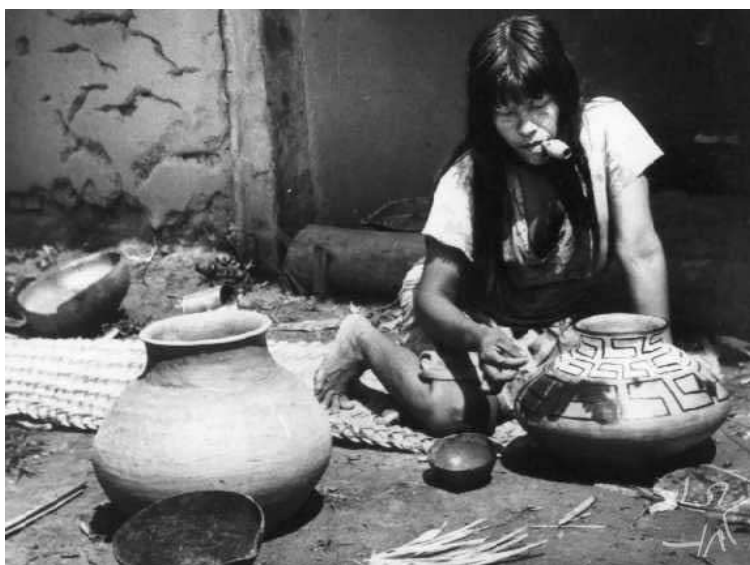


Figura 7 - Ceramista Karajá
Fonte: Museu do Índio s/d- acesso em 7/12/2011

A pintura corporal tem grande significado, mesmo diferente do passado, quando os púberes eram submetidos à aplicação da *omarura* (figura 4). A *omarura* são dois círculos tatuados nas faces. Eram feitos com o dente do peixe cachorra e recebiam uma mistura de tinta de jenipapo com

carvão. Atualmente, pelo preconceito dos não-indígenas, apenas desenhavam dois círculos para os rituais. As outras pinturas são faixas pretas nas pernas e nos braços, conforme a faixa etária. A arte plumária reduz-se a alguns adereços, muito elaborados, como o *lorilorie* e *aheto*, usados no ritual de iniciação dos meninos (Figura 5).

1.4. JUSTIFICATIVA

Os aspectos culturais podem influenciar o diagnóstico psiquiátrico ao criar fontes específicas de estresse e disfunção, ou determinando a maneira pela qual as pessoas interpretam e valorizam os sintomas . Uma má interpretação, ou mesmo a não observância desses fatores, influencia diretamente nos dados epidemiológicos obtidos. Tais aspectos evidenciam-se principalmente quando se trata da saúde mental infantil.

A própria definição de infância se torna importante, pois é construída pela sociedade, que influencia na percepção das suas necessidades e deveres. Assim, a idade é uma variável biológica mediada pela expectativa cultural do papel de uma criança . Pode haver variações culturais relacionadas à idade de início de trabalho, autonomia e responsabilidade legal . A apresentação de um problema mental na criança é influenciada pelo ambiente, que molda a expressão da vulnerabilidade biológica .

Assim, pesquisamos a prevalência de sintomas sugestivos de problemas mentais em uma população de crianças indígenas *Karajá*. Observamos se os aspectos culturais distintos desse grupo interferiram na

manifestação dos sintomas, normalmente encontrados em populações não indígenas.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Determinar a prevalência de sintomas sugestivos de transtornos psiquiátricos, em uma população representativa de crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*.

Objetivos específicos:

1. Rastrear sinais e sintomas sugestivos de transtornos psiquiátricos na população infantil das aldeias *Karajá* de Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos.
2. Determinar sinais e sintomas sugestivos de transtornos psiquiátricos na população infantil *Karajá* das aldeias estudadas, segundo as variáveis sexo e idade (7 a 10 e 11 a 14 anos).
3. Determinar sinais e sintomas sugestivos de transtornos psiquiátricos na população infantil *Karajá* das aldeias estudadas, segundo os professores e pais/cuidadores.
4. Determinar a razão de prevalência entre sexo (masculino e feminino) e idade (7 a 10 e 11 a 14 anos).
5. Discutir, diante dos dados encontrados, as interações entre fatores biológicos e culturais determinando a ocorrência dos problemas mentais na população infantil indígena *Karajá*.

3. MÉTODOS

3.1. Desenho

Estudo transversal e descritivo sobre a prevalência de sinais e sintomas de transtornos psiquiátricos, em população de crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*.

3.2. População/Amostra

População infantil com idade entre os 7 14 anos, moradores das aldeias *Karajá* de Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos. As aldeias de Santa Isabel do Morro e Fontoura localizam-se na margem do rio Araguaia do lado da Ilha do Bananal no Estado do Tocantins (TO) e as de São Domingos e Macaúba na margem do rio do lado do Estado de Mato Grosso (MT), com localização em termos de coordenadas geográficas em graus, minutos e segundos (WGS84) de – 8°35'00" de latitude e de – 49°28'00" de longitude. A população indígena total dessa etnia era de 2.486 pessoas no senso de 2007 da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Desta, a população total de indígenas, considerando as aldeias selecionadas era de 1.905 (Santa Isabel do Morro com 643, Fontoura com 623, Macaúba com 449 e São Domingos com 190 índios).

Essas aldeias foram escolhidas por serem as maiores, localizarem-se relativamente longe de centros urbanos e apresentarem vias de acesso mais fáceis aos pesquisadores. Foram excluídas as aldeias pequenas, de difícil acesso aos pesquisadores, de etnias miscigenadas e localizadas muito próximas a centros urbanos não indígenas. As aldeias de Santa Isabel do Morro e Fontoura localizam-se na margem do rio Araguaia na Ilha do Bananal no Estado do Tocantins (TO). As aldeias de São Domingos e Macaúba estão na margem do rio do lado do Estado de Mato Grosso (MT).

Como critérios de inclusão foram considerados: crianças com idade entre os 07 anos completos e os 15 anos incompletos; com pelo menos um dos pais sendo indígena da etnia *Karajá*; residentes em uma das quatro aldeias acima mencionadas; cujos pais/responsáveis e professores assinassem o TCLE.

A população infantil na faixa etária de 7-14 anos nas aldeias selecionadas era de 450 indivíduos, sendo 242 meninos e 208 meninas. A amostra inicial calculada foi de 219, mas ao final participaram 214 sujeitos, com uma perda amostral de 5 sujeitos (figura 4). Os 219 sujeitos foram escolhidos em forma aleatória e proporcional ao tamanho de cada aldeia participante. A escolha ocorreu obedecendo a lista de nomes da planilha do censo populacional mais recente à época (até julho de 2007). A amostra foi selecionada considerando-se a prevalência de 20% de transtornos mentais na população geral de mesma faixa etária, e em poucos estudos internacionais infantis com indígenas. Com uma estimativa de erro de 5% em torno de uma média de prevalência de 20%, com intervalo de confiança de 95%, significância de 5% ($p=0,05$), e previsão de 10% de perda amostral,

foram selecionados 219 sujeitos, que com as perdas, resultaram em uma amostra final de 214 participantes para o estudo (Figura 8).

Jovens até 10 anos têm dois modelos de questionários respondidos (pelos pais e por professores), enquanto jovens a partir de 11 anos têm 3 modelos (pais, professores e também o questionário de auto avaliação). Foram incluídos no nosso estudo todos os jovens que tiveram questionários respondidos pelos pais e professores, ou por pelo menos uma fonte.

3.3. Instrumentos

Este estudo utiliza um conjunto de instrumentos de rastreamento de problemas de saúde mental infantil, denominado Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Desenvolvido no Reino Unido por Robert Goodman em 1997, é considerado um questionário breve (duas páginas) e de fácil aplicação. É aplicável aos pais/responsáveis e professores de crianças e adolescentes de 4 a 17 anos e a versão de auto avaliação pode ser aplicada a adolescentes a partir dos 11 anos – esta última não utilizada neste estudo. Contém 25 questões (1ª página), divididas em 5 sub escalas com 5 itens cada: problemas emocionais, hiperatividade, relacionamento, conduta e comportamento pró social. Adicionalmente, há um suplemento de impacto (2ª página) para avaliar o comprometimento causado pelos sintomas, na vida do jovem .

Foi traduzido e retro traduzido para o Português do Brasil por Fleitlich e Goodman . Tem boa validade e confiabilidade, para populações tão distintas como as pobres rurais e urbanas e as abastadas urbanas . As versões em Português constam do SDQ-Por Pa⁴⁻¹⁷ e SDQ-Por Pr⁴⁻¹⁷,

respectivamente para pais/cuidadores e professores dos jovens entre 4 e 17 anos de idade. O SDQ-Por A¹¹⁻¹⁷, para os jovens entre 11 anos completos e 17 anos. Todos com os respectivos suplementos de impacto, que avaliam o sofrimento e disfunção nas esferas pessoal, acadêmica e sócio familiar . Os instrumentos encontram-se nos anexos 6 e 7.

O SDQ é eficaz para identificar sinais e sintomas de transtornos mentais na população de crianças e adolescentes. Optamos em nosso estudo por não utilizar os dados provenientes dos questionários de auto avaliação. Uma vez que a população dos 11-14 anos apresenta ainda breve contato com a língua portuguesa – aprendem a falar por volta de 8-9 anos – e o questionário validado aplicado encontra-se em Português, dificuldades referentes à compreensão de termos poderia ocorrer, causando um viés à obtenção da pontuação e posterior cálculo para avaliar a presença de um transtorno psiquiátrico provável.

O Instrumento SDQ foi escolhido, também, pela facilidade de aplicação como entrevista. A grande maioria da população alvo é analfabeta ou semianalfabeta (pais e responsáveis). Abaixo, mostramos o fluxograma da formação da amostra (Figura 8).



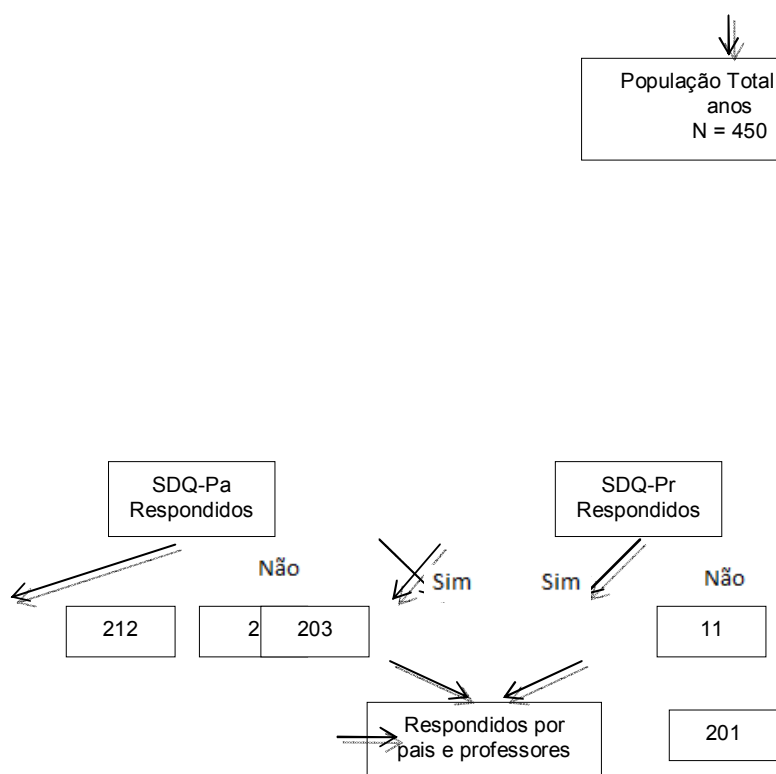


Figura 8 – Fluxograma da formação da amostra de crianças e adolescentes indígenas das etnia *Karajá* das quatro maiores aldeias (Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos).

A pontuação para cada uma das subescalas do SDQ é obtida somando as pontuações dos cinco itens que compõem cada subescala, gerando assim uma pontuação que varia de 0 a 10. As pontuações nas subescalas de hiperatividade, problemas emocionais, conduta e relacionamento são somadas, gerando uma pontuação total de dificuldades, que vai de 0 a 40. A pontuação da escala pró-social não é incorporada na pontuação total de dificuldades, pois a ausência de comportamentos pró-sociais é conceitualmente diferente da presença de dificuldades psicológicas. O suplemento de impacto questiona se a criança tem "dificuldades" e, se positivo, pergunta sobre sua cronicidade, sobre o

sofrimento que os problemas relatados causam, sua interferência na rotina diária e sobre a deficiência que eles causam. Quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2, será considerado anormal, o resultado de 1 é limítrofe e o resultado de 0 é normal. Utilizamos os pontos de corte pré-estabelecidos para a versão em português (brasileira), disponíveis na Internet em www.sdqinfo.com e no anexo 8, a fim de definir pontuações "normais", "limítrofes" e "anormais". Para a análise dos dados, utilizamos duas categorias: não-clínicos (normais e limítrofes) e clínicos (sintomas anormais).

3.4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Uma carta de anuência das lideranças Karajá foi obtida, após explicação do projeto por parte do investigador principal. A exposição do projeto ocorreu na reunião mensal do Conselho Indígena da Comunidade Karajá na cidade de São Félix do Araguaia/MT. O projeto foi entregue previamente para a diretora do Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia (DSEI), membro do Conselho, para análise dos integrantes indígenas e não-indígenas.

O TCLE (anexo 3) seguiu as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, vigente na época da realização do projeto. Foi obtido dos pais/responsáveis, após esclarecimentos dos pesquisadores. O termo foi traduzido no momento da entrevista por um acompanhante indígena Karajá. Dependendo do local da coleta de dados, pelo agente de saúde ou pelo professor, quando na escola da aldeia. Isso porque alguns

indígenas tinham dificuldade em compreender plenamente o Português, mesmo o usando.

O projeto (Protocolo 058/2006) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEPMHA/HC/UFG). Por se tratar de população especial, foi avaliado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). Protocolo 13093, Processo 25000.094785/2006-06, pareceres 761/2006 (25/07/2006) e emenda 004/2008 (14/05/2008), aprovados.

O projeto também foi aprovado pela Fundação Nacional do Índio do Ministério da Justiça (FUNAI/MJ, Processo 1918/06), Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas (Ofício 116/CGEP/06). O ingresso nas terras indígenas foi liberado entre 18/12/2006 e 18/12/2009 (Ofício 156/CGEP/07) (anexo 2).

3.5. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada, após a obtenção do TCLE, no período compreendido entre Agosto/2008 e Maio/2009. O grupo de pesquisadores foi constituído pelo médico psiquiatra infantil Dr. Paulo Verlaïne Borges e Azevêdo, o psiquiatra Dr. Leonardo Ferreira Caixeta, a médica Dra. Daniela Londe Rabelo Taveira, e dois tradutores, sendo um farmacêutico e uma enfermeira, funcionários da FUNASA/DSEI Araguaia. Os dois últimos, além de habituados com a população indígena *Karajá*, receberam treinamento ministrado pelos pesquisadores principais. Para uniformização plena na

coleta, apenas a Enfermeira (Giane dos Reis) colheu os dados, por ser dentre os profissionais a mais aceita pelos indígenas.

Os questionários foram aplicados como entrevista aos professores nas escolas das aldeias, num primeiro momento. Num segundo momento foram aplicados aos pais ou responsáveis, nas escolas ou postos de saúde das aldeias, por agendamento. Os pesquisadores foram acompanhados por um professor ou agente de saúde locais, que auxiliaram voluntariamente na pesquisa. Optou-se pela entrevista porque a maioria dos pais/responsáveis era analfabeta. Para uniformizar a coleta, os professores também foram entrevistados.

3.6. Análise dos Dados

Os dados obtidos foram analisados pelo pacote estatístico Stata/SE 13.0. Foi feita análise bivariada e usados os testes do Qui-quadrado de Pearson (χ^2) e Exato de Fisher, quando aplicáveis, para comparar a prevalência de cada diagnóstico entre as categorias em análise (sexo e faixa etária). Para a análise das variáveis usamos duas categorias: não-clínica (normais e limítrofes somados) e clínica (casos triagem positiva). A concordância entre as avaliações de prevalências de sintomas psiquiátricos de pais/responsáveis e professores foi verificada pelo Índice Kappa ($<0,00$ sem concordância; $0,00-0,19$ insatisfatória; $0,20-0,39$ satisfatória; $0,40-0,59$ moderada; $0,60-0,79$ substancial e $0,80-1,00$ quase perfeita), anexo 9 (36). Todos os testes estatísticos foram aplicados considerando o nível de significância de 95%.

4. PUBLICAÇÕES

Artigo 1 – MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG ISOLATED INDIGENOUS CHILD AND ADOLESCENTS FROM AMAZONIAN FOREST

Autores:

Daniela Londe Rabelo Taveira

Leonardo Ferreira Caixeta M.D.; PhD.

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo M.D.; PhD.

Revista Wolrd Psychiatry, em vias de submissão

Artigo 2 – PREVALENCE OF PSYCHIATRIC DISORDERS IN INDIGENOUS CHILDREN POPULATION: ARTICLE REVIEW

Autores:

Daniela Londe Rabelo Taveira

Leonardo Ferreira Caixeta M.D.; PhD.

Paulo Verlaine Borges e Azevêdo M.D.; PhD.

Revista The Canadian Journal of Psychiatry, em vias de submissão

**ARTIGO ORIGINAL:
MENTAL HEALTH PROBLEMS AMONG ISOLATED INDIGENOUS CHILD AND
ADOLESCENTS FROM AMAZONIAN FOREST**

Daniela Londe Rabelo Taveira¹
Leonardo Ferreira Caixeta M.D.; PhD.²
Paulo Verlaine Borges e Azevêdo M.D.; PhD.¹
Erika Carvalho de Aquino³

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

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

³ Postgraduate Program in Tropical Medicine of IPTSP at the Postgraduate Program in Tropical Medicine

Corresponding Autor:

Daniela Londe Rabelo Taveira

Telephone number: +55(62) 98484-7447

e-mail address: dlonde@gmail.com

Postal address: Rua Pau Cetim, Quadra V3, Lote 7, Alphaville Flamboyant – CEP 74884-670.

Goiânia – Goiás - Brasil

Our objective is to estimate the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents from indigenous people living in isolated tribes in the Brazilian Amazon Basin. This is a cross-sectional study. The sample is composed of 214 subjects ranging from 7-14 years-old of *Karajá* ethnicity indigenous children and adolescents. The measurement of prevalence of mental health problems in children and adolescents was made using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), in parents and teachers versions. We found that the prevalence of mental health problems (total problems) in children and adolescents is 22.1% according to parents (SDQ-P) and 15.2% according to teachers (SDQ-T). Contrary to observed in literature, younger children showed higher prevalence of mental disorders than adolescents in all domains evaluated. The prevalence of mental health problems was significant suggesting that, even in an ancestral culture that maintains habits from over 10,000 years, mental problems exist with the same presentation that is found in industrialized societies, but with a higher prevalence. There are mental health problems in such ethnic distinguished populations as in populations worldwide, although cultural context may influence its manifestations.

Keywords: transcultural psychiatry, psychopathology, child, adolescent, epidemiology, indigenous population, Amazon

INTRODUÇÃO

Os transtornos psiquiátricos são bastante comuns na infância, afetando uma em cada quatro a cinco crianças no mundo (1). Os transtornos são responsáveis por cerca de 15 a 30% dos anos de vida ajustados para incapacidade durante as três primeiras décadas de vida (2). Repercutem negativamente na vida pessoal, familiar e escolar, estendendo-se para a vida adulta quando não diagnosticados e tratados adequadamente (3-5). São muitas vezes precursores de problemas como alcoolismo, dependência de drogas, abandono escolar, criminalidade, desarmonia familiar e suicídio (5, 6). Apesar do seu grande impacto, a epidemiologia dos problemas mentais em crianças e adolescentes ainda é pouco explorada no Brasil e, apenas recentemente, vem recebendo maior interesse (4, 5). O conhecimento sobre minorias étnicas, como as crianças indígenas, é ainda mais escasso (7, 8), consequentemente deixando-as sem assistência psiquiátrica adequada.

Tem-se estudado o impacto dos transtornos psiquiátricos nas populações indígenas internacionalmente, porém os trabalhos se concentram principalmente na população adulta. Quando a população infantil é investigada, os estudos se concentram quase exclusivamente em áreas temáticas focais, tais como alcoolismo, transtorno por uso e abuso de substâncias e suicídio (9). Estudos internacionais já realizados nos Estados Unidos (10-12), Canadá (13-16), Chile (17, 18), Noruega (19, 20), Taiwan (21) e Austrália (22-24) apresentam dados provenientes de estudos epidemiológicos em população infantil indígena. A maioria aponta para maiores taxas de transtornos mentais em indígenas (11-16, 20-24), quando comparados com seus pares não indígenas. No entanto, uma minoria desses estudos abordou população indígena isolada (14-16). No Brasil, apenas um estudo avaliou a prevalência de transtornos mentais (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) em população indígena isolada (25).



Figura 9 - Figura 1 - Jovens índios da etnia Karajá se concentram e se preparam para o ritual de passagem para a vida adulta, o *hetohoky*.

A grande maioria dos estudos já realizados apresenta o viés de avaliar populações que, ou já estão vivendo sob o mesmo espaço que não indígenas, ou que, por ocupação territorial, foram expulsos para áreas mais distantes. Tem-se aqui o início de diversos fatores estressores dessas minorias. Os nativos passam a sofrer com a perda territorial, discriminação, piores condições socioeconômicas, apresentação a substâncias como álcool e drogas, e ao próprio processo de aculturação – fatores que estão associados a um aumento na prevalência de transtornos mentais (7) – mascarando a real prevalência de transtornos mentais nessas populações.

Na tentativa de verificar de forma mais fidedigna a prevalência de transtornos mentais em população indígena infantil não aculturada, buscamos por uma das etnias com a maior preservação cultural do planeta. O Brasil é lar de mais povos isolados que qualquer outro lugar. Existem em torno de 896.000 indígenas no Brasil, distribuídos em mais de 238 tribos, sendo que 100 ou mais são tribos isoladas (26). Os indígenas da etnia *Karajá* vivem na Bacia Amazônica Brasileira, na Ilha do Bananal – a maior ilha fluvial do planeta – isolados da população não indígena. Mantém suas características culturais milenares, como a língua *Karajá* (nativa e única no planeta) plenamente preservada, os rituais e costumes dos antepassados e atributos culturais típicos (a tatuagem de um círculo abaixo dos olhos, os brincos de rosetas de plumas, o labrete masculino e a tanga de embira feminina) (figura 1) (27). Vivem exclusivamente de extrativismo (coletores, caçadores e pescadores) e, portanto, lembrando nossos antepassados de há 10.000 anos (fase pré-agricultura da humanidade) (28).

A criança indígena da etnia *Karajá* aprende a língua materna com sua família e, ao entrar na escola – por volta de 7 anos – é alfabetizada inicialmente também em *Karajá*. Somente depois é realizada a transição para a língua Portuguesa, quando aos 8 ou 9 anos de idade, começa a aprender inicialmente a falar e somente depois a escrevê-la. A educação é então bilíngue a partir desta idade (28, 29).

Temos a possibilidade de descrever a prevalência de transtornos psiquiátricos em população infantil de indígenas isolados na Amazônia, sem as interferências de fatores socioculturais típicos da cultura ocidental moderna, considerados potenciais geradores de transtornos mentais (estresse excessivo, dietas inadequadas, privação paterna, guerras, violência urbana, racismo e exclusão social, grandes êxodos). Nosso estudo pode representar um passo adiante na discussão “nature vs. nurture”, no sentido de que poderíamos tentar, através desta amostra muito original e particular, enfatizar os determinantes biológicos dos transtornos mentais, na medida em que o ambiente em que vive essa amostra é radicalmente diferente do encontrado em sociedades industrializadas.

Nosso estudo visa oferecer uma metodologia para tentarmos vislumbrar como seriam as apresentações psicopatológicas prevalentes numa sociedade ancestral, isolada e pouco contaminada, que simula o *modus vivendi* de nossos antepassados de 10.000 anos atrás, na fase pré-agricultura da humanidade, sem o processo de aculturação.

MÉTODOS

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal e descritivo sobre a prevalência de transtornos mentais, em população de crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, vivendo em tribos isoladas na Amazônia legal Brasileira.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEPMHA/HC/UFG), sob o registro 058/2006. Obtivemos também autorização da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil. Finalmente, a autorização da Fundação Nacional do Índio do Ministério da Justiça do Brasil (FUNAI/MJ). O consentimento informado por escrito foi obtido antes de cada entrevista.

POPULAÇÃO/AMOSTRA

A amostra é composta de crianças e adolescentes entre os 7 e 14 anos que tinham pelo menos um dos pais indígena *Karajá*. Residem na maior ilha fluvial do mundo (Ilha do Bananal), localizada na Amazônia legal brasileira (figura 2). Foram selecionadas as quatro maiores aldeias: Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos, principalmente por localizam-se distantes de centros urbanos não indígenas. Assim, a amostra preservava ao

máximo os aspectos culturais fundamentais da etnia. Foram excluídas as aldeias pequenas, de etnias miscigenadas e localizadas próximas a centros urbanos não indígenas.

A população indígena total da etnia *Karajá* era de 2.486 pessoas no senso de 2007 da Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Destes, a população total de indígenas nas aldeias selecionadas era de 1905 índios (Santa Isabel do Morro com 643, Fontoura com 623, Macaúba com 449 e São Domingos com 190 índios). A população na faixa etária determinada (7 a 14 anos) era de 450, sendo 242 meninos e 208 meninas. Das 450 crianças e adolescentes que constituíram a população alvo, selecionaram-se 219 sujeitos, aleatoriamente e estratificados conforme a idade, gênero e proporcionalidade por aldeia. Adotamos para o cálculo amostral a prevalência de 20% de transtornos mentais na população infantil (1) e em estudos internacionais com população indígena infantil (10, 23). Utilizamos estimativa de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, significância de 5% ($p=0,05$) e previsão de 10% de perda amostral. Houve cinco recusas de participação, resultando em amostra final de 214 participantes para o estudo (figura 3).

A escolha da faixa etária entre os 7 e 14 anos de idade se explica por aspectos culturais da população. Aos 7 anos de idade a criança entra na escola, permitindo-nos ter informações dos pais/cuidadores e dos professores. Na avaliação da saúde mental infanto-juvenil é fundamental que pelo menos duas fontes de informações sejam pesquisadas (família e escola) (30). Aos 14-15 anos os meninos dessa etnia participam do ritual de passagem para a vida adulta, chamado de *Hetohoky*. A menina, também, aos 14-15 anos de idade geralmente se casa e tem filhos, deixando a infância. Com o casamento baseado na uxorilocalidade, ao se casar, o índio do sexo masculino passa a viver com a família de sua esposa, deixando de ser avaliado diretamente por seus pais.

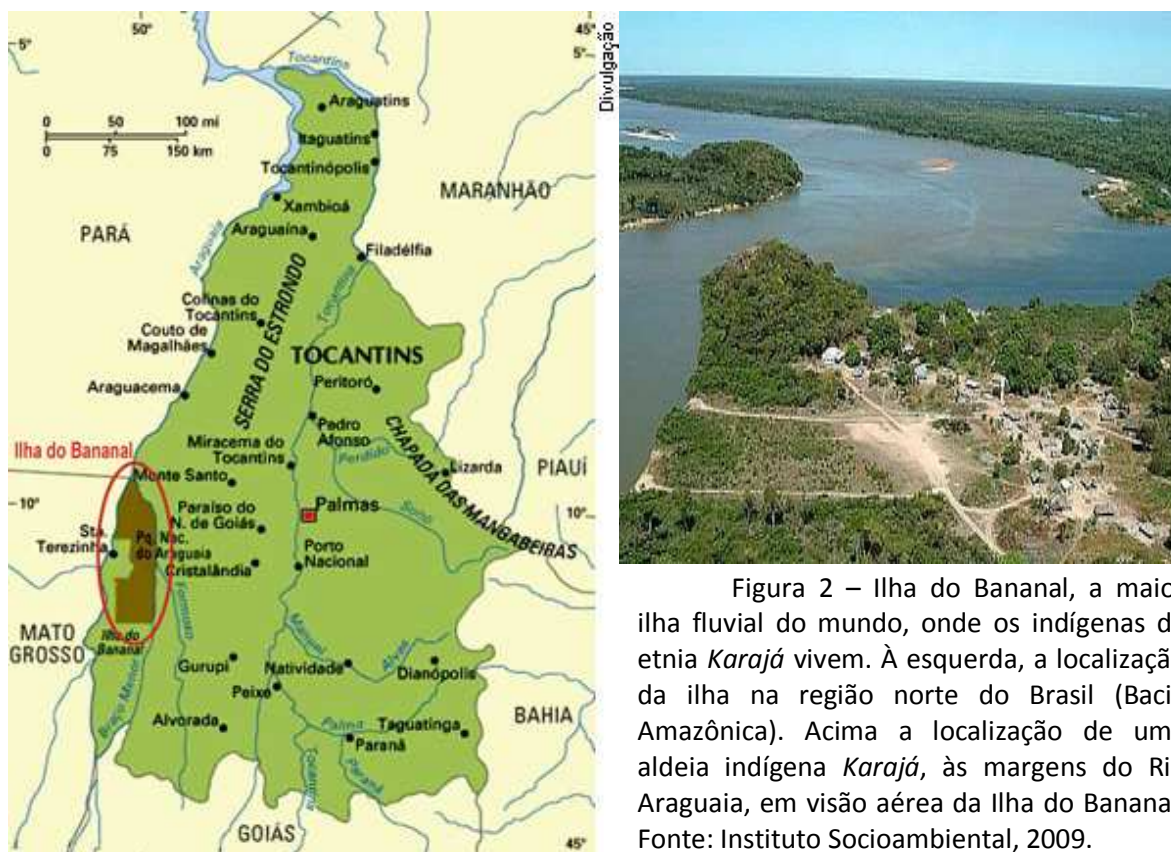


Figura 2 – Ilha do Bananal, a maior ilha fluvial do mundo, onde os indígenas da etnia *Karajá* vivem. À esquerda, a localização da ilha na região norte do Brasil (Bacia Amazônica). Acima a localização de uma aldeia indígena *Karajá*, às margens do Rio Araguaia, em visão aérea da Ilha do Bananal. Fonte: Instituto Socioambiental, 2009.

INSTRUMENTO

Desenvolvido no Reino Unido por Goodman (1997) (31), o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) é considerado um questionário breve e de fácil aplicação. É aplicável aos pais/responsáveis e professores das crianças e adolescentes de 4 a 17 anos e aos próprios adolescentes a partir dos 11 anos. Contém 25 questões, divididas em 5 sub escalas com 5 itens cada: problemas emocionais, problemas de relacionamento, problemas de conduta, hiperatividade e comportamento pró-social. Adicionalmente, há um suplemento de impacto para avaliar o comprometimento causado pelos sintomas na vida do jovem (31-33).

Utilizou-se neste trabalho a versão brasileira do SDQ para a detecção de sintomas psiquiátricos. Foi traduzido e retro traduzido para o Português do Brasil por Fleitlich-Bilyk e Goodman (2000) (34). Foram utilizadas as versões em Português do SDQ-Por Pa⁴⁻¹⁷ e SDQ-Por Pr⁴⁻¹⁷, respectivamente para pais/cuidadores e professores dos jovens indígenas entre 7 e 14 anos de idade. Todos com os respectivos suplementos de impacto, que avaliam o sofrimento e disfunção nas esferas pessoal, acadêmica e sócio familiar (4, 5, 31, 35). O SDQ é eficaz para identificar sinais e sintomas de transtornos mentais na população de crianças e adolescentes.

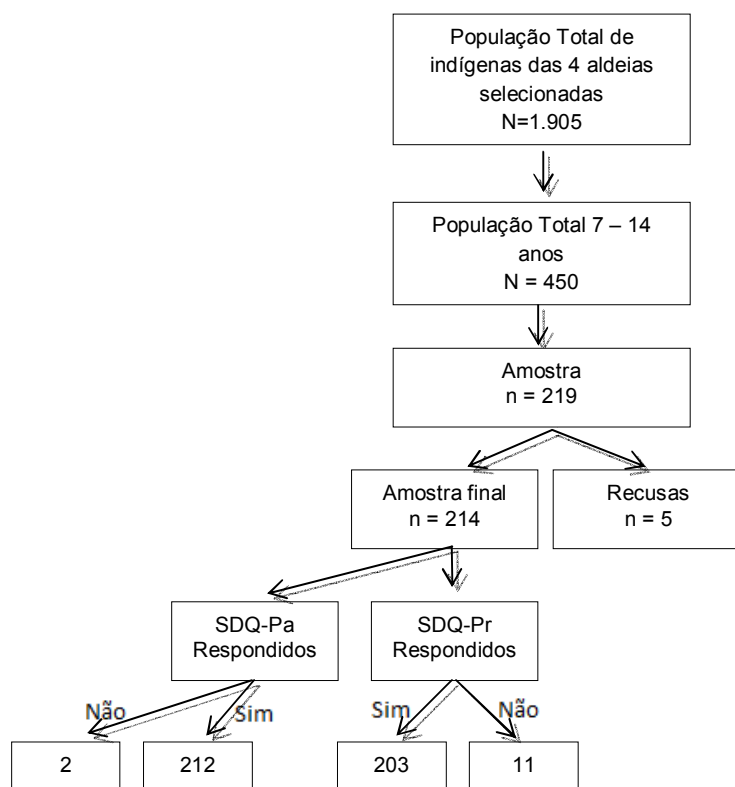
Apresenta boa validade e confiabilidade, para populações tão distintas como as pobres rurais, e urbanas e as abastadas urbanas (4).

A pontuação para cada uma das subescalas é obtida somando as pontuações dos cinco itens que compõem cada subescala, gerando assim uma pontuação que varia de 0 a 10. As pontuações nas subescalas de hiperatividade, problemas emocionais, conduta e relacionamento são somadas, gerando uma pontuação total de dificuldades, que vai de 0 a 40. A pontuação da escala pró-social não é incorporada na pontuação total de dificuldades, pois a ausência de comportamentos pró-sociais é conceitualmente diferente da presença de dificuldades psicológicas. O suplemento de impacto questiona se a criança tem "dificuldades" e, se positivo, pergunta sobre sua cronicidade, sobre o sofrimento que os problemas relatados causam, sua interferência na rotina diária e sobre a deficiência que eles causam. Quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2, será considerado anormal, o resultado de 1 é limítrofe e o resultado de 0 é normal. Utilizamos os pontos de corte pré-estabelecidos para a versão em português (brasileira), disponíveis na Internet em www.sdqinfo.com, a fim de definir pontuações "normais", "limítrofes" e "anormais". Para a análise dos dados, utilizamos duas categorias: não-clínicos (normais e limítrofes) e clínicos (sintomas anormais).

COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

As informações foram colhidas entre Julho de 2007 e novembro de 2008. O grupo de pesquisadores foi constituído pelos médicos responsáveis e por 2 tradutores (funcionários da Fundação Nacional da Saúde/Distrito Sanitário Especial Indígena Araguaia – Funasa/DSEI). Os tradutores são habituados com a população indígena *Karajá* e receberam treinamento ministrado pelos pesquisadores principais. Optou-se pela entrevista porque a maioria dos pais/responsáveis era analfabeta. Para uniformizar a coleta, os professores também foram entrevistados. Quando necessário, foi realizada tradução/adequação de termos dos questionários para a compreensão dos entrevistados.

Jovens até 10 anos têm dois modelos de questionários respondidos (pelos pais e por professores). Já os jovens com 11 anos ou mais, também podem responder o questionário de auto avaliação. Apesar dos indígenas com 11 anos já falarem o Português, optamos por aplicar apenas a versão para pais e professores, pois os jovens ainda não dominam a língua portuguesa totalmente. Foram incluídos no nosso estudo todos os jovens que tiveram questionários respondidos por pelo menos uma fonte (pais e/ou professores). Abaixo, mostramos o fluxograma da formação da amostra (fluxograma 1).



Fluxograma 1 – Fluxograma da formação da amostra de crianças e adolescentes indígenas das etnia *Karajá* das quatro maiores aldeias (Santa Isabel do Morro, Fontoura, Macaúba e São Domingos).

Os dados obtidos foram analisados pelo pacote estatístico Stata/SE 13.0. Foi feita análise bivariada e usados os testes do Qui-quadrado de Pearson (X²) e Exato de Fisher, quando aplicáveis, para comparar a prevalência de cada diagnóstico entre as categorias em análise (sexo e faixa etária). Para a análise das variáveis usamos duas categorias: não-clínica (normais e limítrofes somados) e clínica (anormais). A concordância entre as avaliações de prevalências de sintomas psiquiátricos de pais/responsáveis e professores foi verificada pelo Índice Kappa (<0,00 sem concordância; 0,00-0,19 insatisfatória; 0,20-0,39 regular; 0,40-0,59 moderada; 0,60-0,79 substancial e 0,80-1,00 quase perfeita) (36). Todos os testes estatísticos foram aplicados considerando o nível de significância de 95%.

RESULTADOS

Participaram do estudo 214 sujeitos, sendo 124 crianças com 7 a 10 anos e 90 adolescentes dos 11 aos 14 anos. A amostra foi formada por 102 meninas, sendo 58 dos 7 aos 10 anos e 44 dos 11 aos 14 anos, e 112 meninos, sendo 66 dos 7 aos 10 anos e 46 dos 11 aos 14 anos. Houve uma perda amostral de quase 2.5%, resultando em 5 recusas a participar. Dois

questionários foram preenchidos de forma incompleta pelos pais, e 11 pelos professores, não sendo excluídos da análise dos dados (fluxograma 1). A amostra reduzida pode interferir nos níveis de significância estatísticos encontrados, mas muitos resultados são clinicamente importantes.

Encontramos uma alta prevalência de sintomas clínicos em nossa população quando avaliamos tanto a pontuação total quanto cada domínio isoladamente. Os questionários respondidos pelos pais (SDQ-Pa) apresentaram maior prevalência que os respondidos pelos professores (SDQ-Pr) em relação a pontuação total de sintomas clínicos (22.1%, 15.2%) e nos domínios de sintomas emocionais (18.8%, 4.9%), de conduta (25.9%, 12.3%), hiperatividade (25%, 20.2%), problemas de relacionamento (19.8%, 6.4%), e suplemento de impacto (16.7%, 10.4%), respectivamente (Tabela 1).

A avaliação segundo o sexo pode ser visualizada na tabela 2. No que diz respeito à avaliação dos pais, os meninos apresentaram maior prevalência de sintomas clínicos em todos os domínios, exceto nos sintomas emocionais. Porém, nenhuma significância estatística foi obtida ($P > 0,05$). Segundo os professores, as meninas apresentam maior prevalência de sintomas emocionais que os meninos ($RP=4.6$; $IC95\%=1.13-18.94$; $P=0.038$). À exceção do comportamento pró-social (segundo o SDQ-Pa) e dos problemas emocionais (segundo o SDQ-Pr), os indígenas mais jovens (7-10 anos) apresentaram maior prevalência de sintomas clínicos que os adolescentes (11-14 anos) (tabela 3). Houve significância estatística para os problemas de conduta (segundo o SDQ-Pr), também em maior prevalência nos indígenas mais jovens ($PR=2.71$; $IC95\%= 1.05-6.94$; $P=0,035$).

A taxa de concordância entre pais e professores foi regular ($\kappa = 0.2-0.4$), havendo significância estatística para a pontuação total de dificuldades, sintomas emocionais, de conduta, hiperatividade, de relacionamento e comportamento pró-social ($P < 0.05$) (tabela 4).

Tabela 1 - Prevalência de sintomas psiquiátricos em crianças e adolescentes da etnia *Karajá* segundo respondedores (pais/responsáveis e professores)

Problemas de saúde mental	Avaliação pelos pais (n=212)		Avaliação pelos professores (n=203)	
Pontuação total de dificuldades	n	%	n	%
Normal ou Limítrofe	165	77.8	172	84.7
Anormal/Clínico	47	22.1	31	15.2
Sintomas emocionais				
Normal ou limítrofe	172	81.1	193	95.0
Anormal/Clínico	40	18.8	10	4.9
Problemas de conduta				
Normal ou Limítrofe	157	74.0	178	87.6
Anormal/Clínico	55	25.9	25	12.3
Hiperatividade				
Normal ou Limítrofe	159	75.0	162	79.8
Anormal/Clínico	53	25.0	41	20.2
Problemas de relacionamento				
Normal ou Limítrofe	170	80.1	190	93.6
Anormal/Clínico	42	19.8	13	6.4
Comportamento pró-social				
Normal ou Limítrofe	159	75.0	152	74.8
Anormal/Clínico	53	25.0	51	25.1
Suplemento de impacto				
Normal ou Limítrofe	174	83.2	181	89.6
Anormal/Clínico	35	16.7	21	10.4

Resultados expressos em n (%).

Tabela 2 - Prevalência de sintomas psiquiátricos conforme sexo (feminino e masculino) em crianças e adolescentes indígenas da etnia *Karajá*, segundo os respondedores (pais/responsáveis e professores) e razão de prevalência entre gêneros (feminino/masculino).

Problemas de saúde mental	Avaliação pelos pais (n=212)							Avaliação pelos professores (n=203)						
	Meninas (n=102)		Meninos (n=110)		RP	IC95%	P valor	Meninas (n=94)		Meninos (n=109)		RP	IC95%	P valor
	n	%	n	%				N	%	n	%			
Pontuação total de dificuldades														
Normal ou Limítrofe	82	80.3	83	75.4	1.06	0.78; 1.44	0.684	79	84.0	93	85.3	0.99	0.72; 1.32	0.923
Anormal	20	19.6	27	24.5	0.79	0.44; 1.42	0.451	15	15.9	16	14.6	1.09	0.53; 2.19	0.816
Sintomas emocionais														
Normal ou limítrofe	82	80.3	90	81.8	0.98	0.72; 1.32	0.909	86	91.4	107	98.1	0.93	0.70; 1.23	0.628
Anormal	20	19.6	20	18.1	1.07	0.58; 2.00	0.812	8	8.5	2	1.8	4.63	1.13; 18.94	0.038
Problemas de conduta														
Normal ou Limítrofe	81	79.4	76	69.0	1.14	0.84; 1.57	0.384	84	89.3	94	86.2	1.03	0.77; 1.39	0.811
Anormal	21	20.5	34	30.9	0.66	0.38; 1.14	0.142	10	10.6	15	13.7	0.77	0.34; 1.71	0.538
Hiperatividade														
Normal ou Limítrofe	82	80.3	77	70.0	1.14	0.84; 1.56	0.384	78	82.9	84	77.0	1.07	0.79; 1.46	0.638
Anormal	20	19.6	33	30.0	0.65	0.37; 1.13	0.132	16	17.0	25	22.9	0.74	0.39; 1.38	0.356
Problemas de relacionamento														
Normal ou Limítrofe	83	81.3	87	79.0	1.02	0.76; 1.38	0.852	89	94.6	101	92.6	1.02	0.76; 1.35	0.881
Anormal	19	18.6	23	20.9	0.89	0.48; 1.63	0.808	5	5.3	8	7.3	0.72	0.23; 2.20	0.590
Comportamento pró-social														
Normal ou Limítrofe	80	78.4	79	71.8	1.09	0.80; 1.49	0.579	72	76.6	80	73.3	1.04	0.75; 1.43	0.792
Anormal	22	21.5	31	28.1	0.77	0.44; 1.31	0.340	22	23.4	29	26.6	0.88	0.50; 1.53	0.656
Suplemento de impacto														
Normal ou Limítrofe	85	85.0	89	81.6	1.03	0.76; 1.38	0.845	82	88.1	99	90.8	0.96	0.71; 1.28	0.789
Anormal	15 15.0	20	18.3	0.81	0.41 ; 1.57	0.541	11	11.8	10	9.1	1.27	0.54; 2.99	0.584	

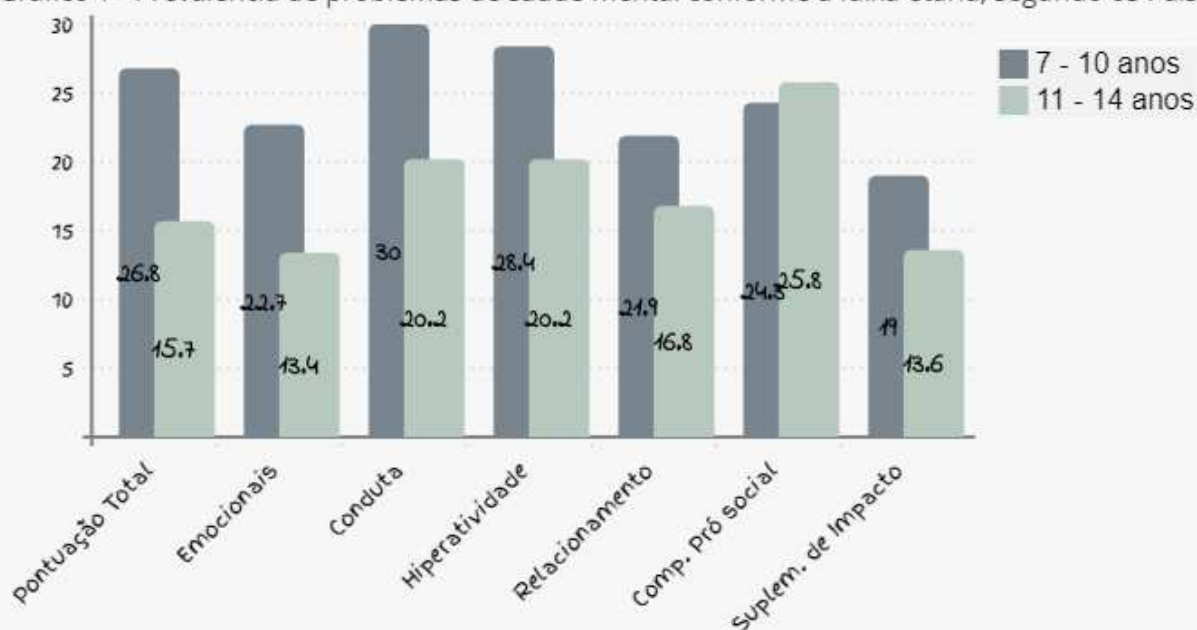
Resultados expressos em n (%). χ^2 de Pearson e Teste Exato de Fisher. Valor estatisticamente significativo quando $P < 0,05$.

Tabela 3 - Prevalência de problemas de saúde mental conforme a faixa etária (7-10 e 11-14 anos de idade) em crianças e adolescentes indígenas da etnia Karajá, conforme os respondedores (pais/responsáveis e professores) e razão de prevalência entre faixa etária (7-10 e 11-14 anos)

Problemas de saúde mental	Avaliação pelos pais (n=212)							Avaliação pelos professores (n=203)						
	7 a 10 anos (n=123)		11 a 14 anos (n=89)		RP	IC95%	P valor	7 a 10 anos (n=121)		11 a 14 anos (n=82)		RP	IC95%	P valor
	n	%	n	%				n	%	n	%			
Pontuação total de dificuldades														
Normal ou Limítrofe	90	73.1	75	84.2	0.87	0.63; 1.17	0.367	99	81.8	73	89.0	0.92	0.67; 1.24	0.583
Anormal	33	26.8	14	15.7	1.70	0.91; 3.16	0.080	22	18.1	9	10.9	1.65	0.76; 3.56	0.201
Sintomas emocionais														
Normal ou limítrofe	95	77.2	77	86.5	0.89	0.66; 1.20	0.459	117	96.6	76	92.6	1.04	0.78; 1.39	0.778
Anormal	28	22.7	12	13.4	1.68	0.86; 3.29	0.126	4	3.3	6	7.3	0.45	0.13; 1.54	0.231
Problemas de conduta														
Normal ou Limítrofe	86	69.9	71	79.7	0.88	0.64; 1.19	0.411	101	83.4	77	93.9	0.89	0.66; 1.19	0.436
Anormal	37	30.0	18	20.2	1.48	0.82; 2.77	0.165	20	16.5	5	6.1	2.71	1.05; 6.94	0.035
Hiperatividade														
Normal ou Limítrofe	88	71.5	71	79.7	0.90	0.65; 1.22	0.495	91	75.2	71	86.5	0.86	0.63; 1.18	0.374
Anormal	35	28.4	18	20.2	1.40	0.79; 2.47	0.240	30	24.7	11	13.4	1.84	0.93; 3.64	0.075
Problemas de relacionamento														
Normal ou Limítrofe	96	78.0	74	83.1	0.94	0.69; 1.27	0.798	112	92.5	78	95.1	0.97	0.72; 1.29	0.850
Anormal	27	21.9	15	16.8	1.30	0.69; 2.44	0.418	9	7.4	4	4.8	1.52	0.47; 4.90	0.504
Comportamento pró-social														
Normal ou Limítrofe	93	75.6	66	74.1	1.01	0.74; 1.39	0.907	88	72.7	64	78.0	0.93	0.67; 1.28	0.665
Anormal	30	24.3	23	25.8	0.94	0.53; 1.70	0.831	33	27.2	18	21.9	1.24	0.70; 2.20	0.465
Suplemento de impacto														
Normal ou Limítrofe	98	80.9	76	86.3	0.93	0.69; 1.25	0.649	104	86.6	77	93.9	0.91	0.68; 1.22	0.555
Anormal	23	19.0	12	13.6	1.38	0.69; 2.77	0.364	16	13.3	5	6.1	2.16	0.81; 5.77	0.123

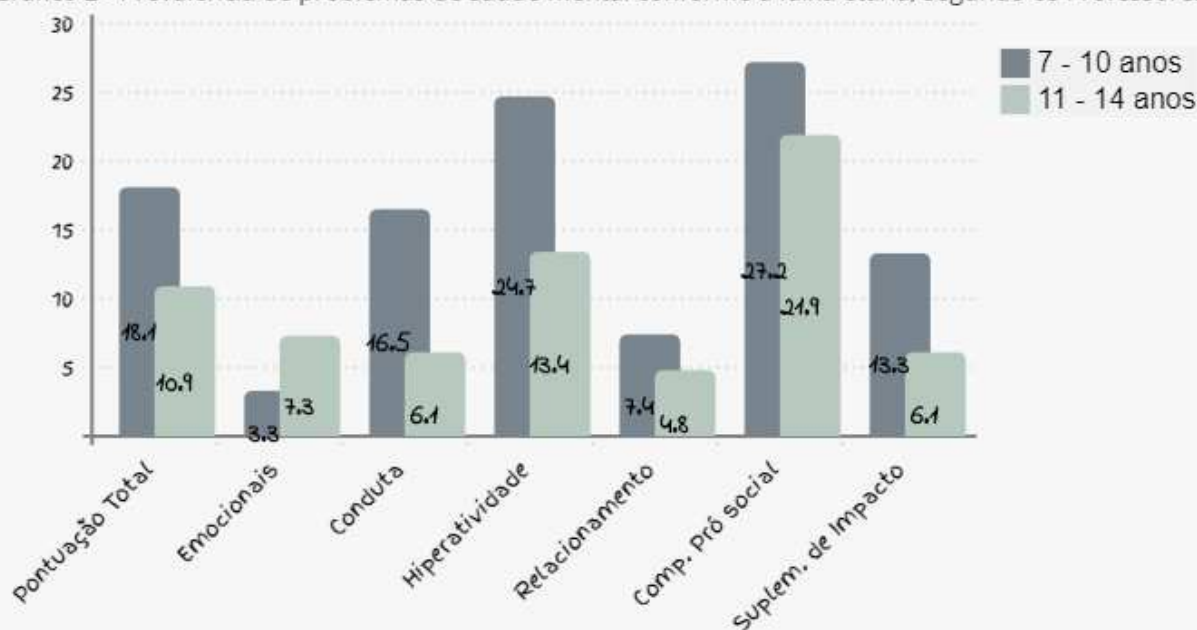
Resultados expressos em n (%). χ^2 de Pearson e Teste Exato de Fisher. Valor estatisticamente significativo quando $P < 0,05$.

Gráfico 1 - Prevalência de problemas de saúde mental conforme a faixa etária, segundo os Pais.



Resultados expressos em n (%).

Gráfico 2 - Prevalência de problemas de saúde mental conforme a faixa etária, segundo os Professores.



Resultados expressos em n (%).

Tabela 4 - Teste Kappa de concordância inter-examidores segundo cada escala

Problemas de saúde mental	Pais x Professores		
	Kappa	Interpretação	P-valor
Pontuação total de dificuldades	0,0424	slight	0,007
Sintomas emocionais	0,1016	slight	0,001
Problemas de conduta	0,064	slight	0,024
Hiperatividade	0,1565	slight	0,000
Problemas de relacionamento	0,0806	slight	0,009
Comportamento pró-social	0,0685	slight	0,003
Suplemento de impacto	0,0528	slight	0,089

Resultados expressos em n (%). Valor p estatisticamente significativo quando $P < 0,05$.

DISCUSSÃO

Este é um dos raros estudos de prevalência de alterações emocionais e comportamentais em população indígena-juvenil infantil isolada no Brasil (25) e no mundo (14-16). No que diz respeito à análise de prevalência de transtornos mentais em população infantil, mais especificamente minorias étnicas indígenas, produzimos o primeiro estudo nacional. Até onde vai nosso conhecimento, contamos apenas com mais um estudo, no qual realizando anamnese e exame psiquiátricos, Azevedo et al. (2010) avaliaram a prevalência de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em população infanto-juvenil de etnia *Karajá* (25). Nosso estudo utilizou metodologia diferente, com instrumentos de screening em estudo de base populacional, e conseguimos abranger a pesquisa para diversos problemas mentais na investigação.

Existe grande variação em relação à prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, mas cerca de 10 a 20% da população infanto-juvenil no mundo é afetada (36). Polanczyk et al. (2015), em um importante estudo de metanálise, apresenta uma taxa média de 13,4% de prevalência de transtornos mentais para a população mundial infantil. Esta taxa se referente a estudos com estimativas associadas à presença de comprometimento funcional (e consequentemente necessidade de tratamento). Ainda em sua metanálise, as taxas podem chegar a 30% quando não há o requisito para comprometimento funcional (37). Em nosso estudo, as crianças e adolescentes indígenas, que vivem em tribos isoladas, apresentaram 22.1% de sintomas anormais na escala de pontuação total de dificuldades, segundo os pais/cuidadores (SDQ-Pa). Esses dados são superiores aos encontrados em importantes estudos com população infantil não indígena. Porém, semelhantes às prevalências encontradas em população infantil indígena.

Nossos achados remetem à discussão das influências dos fatores constitucionais ou genético-hereditários (*Nature*) versus os ambientais (*Nurture*) na etiologia dos problemas mentais (38-44). Independentemente de etnia, localização geográfica, diferenças culturais, grau de industrialização e urbanização, os transtornos psiquiátricos afetam todo ser humano, variando apenas em relação às taxas de prevalência e apresentação. Vários aspectos do comportamento manifesto são exclusivos de uma cultura particular, enquanto outros existem entre culturas. Por exemplo, a maioria das sociedades têm tabus sobre o incesto, embora a definição do que constitui o incesto varie (45). Da mesma forma, todas as sociedades parecem ter padrões de comportamento aceitáveis, cujos desvios resultam em sanções. Expliquemos com um exemplo: nas florestas tropicais da Nova Guiné, os *Etoro* acreditam que, para um menino alcançar a masculinidade, ele deve ingerir o sêmen de seus idosos. Isso é realizado através de ritos de passagem, que exigem que jovens iniciados do sexo masculino o façam para

se tornar um membro superior (46, 47). Em contraste, os *Kaluli*, que são relativamente próximos, sustentam que a iniciação masculina só é feita corretamente ao entregar ritualmente o sêmen através do ânus do iniciado, e não da boca dele. Os *Etoro* insultam essas práticas *Kaluli*, achando-as nojentas. Para se tornar um homem nessas sociedades e, eventualmente ter uma esposa, todo menino passa por essas iniciações. Essas práticas de inseminação de meninos, enredadas em ricos sistemas de significado e imbuídos de valores culturais locais, não eram incomuns entre as sociedades tradicionais da Melanésia e da Austrália aborígine (46), assim como na Grécia Antiga e no Japão Tokugawa. No entanto, quando as levamos para nosso contexto cultural, temos um claro caso de abuso infantil.

Organizações e sociedades parecem compartilhar também a característica fundamental de hierarquia. Essas características compartilhadas são referidas em uma perspectiva *etic* – ou universal – das culturas (48). Em outros casos, as características apresentadas são únicas em significado, significância e manifestação a uma determinada cultura, e estas são referidas como uma perspectiva *emic* (por exemplo, o conceito chinês de "*guanxi*", ou relacionamentos, não tem uma correspondência equivalente na sociedade ocidental) (49). Não seria possível discutir nossos achados sem nos utilizar dos conceitos dessas terminologias.

A abordagem sociogênica das doenças mentais concentra-se nos fatores externos ao indivíduo - contexto ambiental, cultural ou social - e vê a doença mental como um colapso frente a desgastante estresse ambiental (50). Nos modelos sociogênicos, os transtornos mentais não se desenvolvem independentemente do seu contexto cultural, mas são produtos de tempos e lugares específicos. O modelo capitalista, principalmente o seguido pela sociedade tecnológica moderna, que têm o poder e a riqueza como aspectos culturais importantes, exerceria cobranças por desempenho e resultados, evidenciando aspectos das doenças psiquiátricas centrais – como depressão, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias ou transtornos de ajustamento – que não poderiam surgir em diferentes épocas sócio históricas (51). Raciocinando segundo a vertente sociológica, a aculturação dos povos indígenas, com a consequente inserção do *modus vivendi* do “homem branco”, seria uma das responsáveis pelos problemas mentais. Com o contato com os não indígenas, os nativos assimilariam os hábitos de vida inadequados dos primeiros e se tornariam susceptíveis aos “transtornos culturais”. De fato, essa é a visão predominante no meio antropológico para justificar os transtornos mentais entre indígenas (52). Nosso estudo contradiz uma hipótese puramente sociogênica, na medida em que encontramos significativa prevalência de problemas mentais mesmo em indígenas isolados, não aculturados, vivendo em ambiente natural.

Os jovens não indígenas do restante do Brasil, assim como a maioria do mundo, vivem em ambientes completamente distintos. Dentro de uma abordagem sociogênica, esperar-se-ia que, por não viverem em área com alta criminalidade, instabilidade territorial, desproporção socioeconômica dentro da aldeia, e por viverem longe de cidades industrializadas, que as crianças e adolescentes indígenas isoladas se apresentassem com baixas taxas de problemas mentais. Nosso estudo, contudo, encontrou manifestações evidentes de problemas mentais. A alta prevalência de dificuldades totais (22.1% e 15.2%, respectivamente segundo pais/responsáveis e professores) e as altas prevalências de problemas nas escalas de conduta (25.9%), hiperatividade (20%), problemas relacionais (19.8%) e emocionais (18.8%), apontadas pelos pais, evidenciam a importante presença de problemas mentais nas crianças indígenas. Encontrarmos prevalências de transtornos mentais superiores às relatadas nas sociedades industrializadas, ficando configurado que isso se deve, em parte, aos aspectos biológicos comuns da espécie humana, e não apenas por aspectos puros ambientais e culturais particulares de uma dada sociedade.

As taxas encontradas em nosso estudo são superiores às prevalências para a presença de pelo menos um transtorno psiquiátrico segundo importantes trabalhos internacionais previamente reportados: 13% (53); 12% (54); 12% a 15% (55). Em comparação com importantes estudos de prevalência brasileiros, abordando população infantil não indígena, a prevalência total de dificuldades encontrada em nosso estudo também foi superior. Cury et al. (2003) encontraram em jovens de 6-11 anos uma prevalência total de dificuldades de 18.7% com o SDQ-Pa e 8.2% com o SDQ-Pr. (56). Goodman et al. (2005), em jovens de 7-14 anos, observaram uma prevalência de dificuldades total de 15.1% utilizando o SDQ-Pa e 10.3% com o SDQ-Pr (57). Fleitlich & Goodman (2001), utilizando o SDQ para jovens de 7-14 anos em três regiões socioeconomicamente diferentes da mesma cidade, obtiveram as seguintes taxas para as dificuldades totais pelo SDQ-Pa: 11% (DP=6,4) na área urbana, 14.3% (DP=7,4) na área rural e 15.1% (DP=6,7) na favela (58). Cucchiari et al. (2007) utilizaram o SDQ em jovens com idade média de 12.6 anos (± 1.3), vivendo regiões centrais e periferia de uma grande cidade brasileira, encontraram uma prevalência total de 10.1% para um provável transtorno mental, sendo 8.5% para área central e 11.7% para área de risco (59). Paula et al. (2006), em um estudo transversal com SDQ investigando uma amostra entre 11 e 15 anos de uma cidade do sudeste brasileiro, encontrou taxa similar de 12.6% prevalência de problemas de saúde mental (60).

Mesmo quando estudos que não utilizaram o SDQ são avaliados, as taxas de transtornos mentais são semelhantes. Fleitlich-Bilyk & Goodman (2004), em um estudo que utilizou o Development and Well-Being Assessment (DAWBA) como instrumento para jovens

de 7-14 anos, encontraram uma prevalência de 12.7% para transtornos psiquiátricos (4). Benvegna et al. (2005) investigaram jovens de 10 a 17 anos utilizando o instrumento de triagem Child Behavior Checklist (CBCL) e identificaram 13.5% da amostra como prováveis casos clínicos na escala total de problemas (61).

Os intervalos das prevalências de sintomas e transtornos relatados, tanto em estudos brasileiros quanto internacionais, é amplo (36, 37). A heterogeneidade nas abordagens metodológicas utilizadas pode contribuir para essas diferenças (62). Outras possíveis fontes para tal discrepância entre os resultados são exposições diferentes a fatores de proteção e de risco, assim como o contexto cultural em que ocorrem os problemas de saúde mental (nurture). A cultura define e cria fontes específicas de angústia e comprometimento, e afeta a forma como os sintomas são interpretados (63).

Quando comparamos as taxas da escala total de dificuldades obtidas em nosso estudo com as de estudos internacionais com população infantil indígena, que também utilizaram o SDQ, encontramos resultados semelhantes aos nossos. Dray et al. (2016) avaliaram problemas mentais em crianças australianas aborígenes e não-aborígenes de 12-16 anos, utilizando o SDQ-A (auto-avaliação), e encontraram 19% de prevalência total de problemas, com os aborígenes apresentando maiores taxas para problemas totais ($\beta=2.02$; IC95%=1.49–2.55) e em todas as quatro sub-escalas (23). Zubrick et al. (2005) também avaliaram a prevalência de problemas em população infantil aborígine e não aborígine de 4 a 17 anos utilizando o SDQ-Pa, encontrando taxas mais elevadas de problemas emocionais e comportamentais em etnia aborígine (24%) comparado à não aborígine (15%) (24). Costello et al. (1997), em um dos primeiros e mais citados estudos de prevalência de transtornos mentais, comparando indígenas com não indígenas, encontra uma prevalência de transtornos mentais de 16.7% em indígenas Cherokee (9 a 13 anos de idade) utilizando o instrumento Child and Adolescent Psychiatric Assessment - CAPA (10). Whitbeck et al. (2008), em um estudo longitudinal avaliando indígenas americanos entre 10 e 12 anos, encontraram 23% de prevalência para a apresentação de pelo menos um transtorno mental em 12 meses (14).

Poder-se-ia questionar que os valores obtidos são apenas sintomas anormais observados, mas que não culminariam obrigatoriamente na presença de um transtorno psiquiátrico. Dessa forma, uma forte evidência para uma alta prevalência de transtornos nesta população são as altas taxas obtidas tanto no suplemento de impacto (16.7% no SDQ-Pa e 10.4% no SDQ-Pr). A combinação de um sintoma anormal e um impacto negativo na vida do indivíduo é primordial para se determinar um diagnóstico psiquiátrico (64). A sensibilidade e especificidade aumentam à medida que temos mais de um informante.

Nosso estudo, assim como habitualmente mundo afora, apontou a discordância entre os informantes (pais/responsáveis versus professores) (56, 65), sendo que em nosso estudo a taxa de concordância entre pais e professores foi de regular para a maioria dos domínios avaliados ($\kappa = 0,2-0,4$; $P < 0,05$). Neste sentido, um jovem indígena que apresenta sintomas clínicos na visão dos professores, normalmente não os apresenta na avaliação dos pais, e vice-versa. Tal fato nos faz, novamente, questionar a real presença de transtornos, uma vez que, para perfazer o diagnóstico de alguns transtornos, por exemplo, para o transtorno de hiperatividade, existe a necessidade dos sintomas causarem prejuízo em pelo menos em dois ambientes distintos (por exemplo, casa e escola) e serem, dessa forma, reportados por pais e professores. Aspectos relacionados à cultura indígena (*nurture*), e a seu próprio processo evolutivo (*nature*) podem explicar tais achados em nosso estudo.

Nas populações industrializadas, a escola tem um papel central na vida dos jovens. Seja para a alfabetização, socialização, desenvolver habilidades específicas, ou mesmo como uma forma de preparar o jovem para o mercado de trabalho, alguns alunos chegam a estudar na escola em período integral (manhã e tarde), passando muito tempo sob os cuidados dos professores. Os professores passam então, a ter uma visão muito clara das dificuldades apresentadas por cada jovem, chegando a identificar problemas apresentados antes mesmo dos próprios pais. Na cultura brasileira, em algumas escolas é comum inclusive ser trabalhado conjuntamente com os pais e o próprio aluno, as dificuldades por este apresentadas. Os jovens indígenas da etnia *Karajá* não têm uma educação tão formal. Entram na escola apenas aos 7 anos e, apesar de terem uma grade de ensino, esta não apresenta muito rigor e exigência. Passando de 3 a 4 horas do dia na escola, a criança e o adolescente com frequência têm o rio Araguaia como fonte de lazer, tendo certa liberdade para “escapar” das aulas para se banhar. As poucas horas por dia que passam com o professor são muitas vezes insuficientes para gerar uma avaliação mais metódica das dificuldades apresentadas.

Desde o nascimento, a criança *Karajá* passa a maior parte de sua vida sob os cuidados de sua mãe e sua avó. No caso dos meninos, apenas se separam delas após o rito de iniciação, quando passam a conviver mais com o sexo masculino. Mesmo assim, o contato com os cuidadores se mantém – sendo a família o ponto referencial da cultura desta etnia – o que não pode ser dito em relação à escola. À partir dos 13 ou 14 anos, já é possível ver mulheres grávidas, e homens se tornando pais, surgindo uma nova prioridade na vida do indígena, que não a escola. Pode-se dizer então que os pais seriam, neste sentido, melhores avaliadores que os professores. Tal fato poderia explicar a discrepância observada nas taxas obtidas pelos pais e professores, e seria o motivo de darmos maior confiabilidade aos dados obtidos através da avaliação dos pais.

Os sintomas clínicos para hiperatividade foram muito elevados, tanto no relato dos pais (25%) quanto os professores (20.2%), sendo que os primeiros também relataram altíssimas taxas para sintomas clínicos de conduta (25.9%). Apesar de presentes em altas taxas para o sexo feminino (SDQ-Pa = 20.5% para conduta e 19.6% para hiperatividade), foram maiores para o sexo masculino (SDQ-Pa = 30.9% para conduta e 30% para hiperatividade). Uma possibilidade para taxas tão elevadas, em ambos os sexos, seria a adaptação comportamental evolutiva dos indígenas *Karajá*, fazendo com que tenham uma alta prevalência de sintomas de hiperatividade e de conduta, quando avaliados com questionários desenvolvidos para jovens de uma cultura distinta. Teríamos aqui não uma inabilidade dos pais e professores de relatar sintomas, realizando um “super informe de sintomas”, mas sim uma falta de adequação do questionário a esta cultura. Explicamos nossa constatação mais detalhadamente a seguir.

O conhecimento cultural incorpora informações e habilidades que nenhuma pessoa sozinha poderia desenvolver em toda a vida (66). Esse conhecimento cumulativo – sugerem os antropólogos evolutivos – permitiu a adaptação humana a muitos ambientes diferentes (67). A adaptação cultural e não apenas genética deve ser considerada como a base das conquistas da humanidade. A teoria da evolução cultural adaptou a definição biológica, destacando que, no caso dos seres humanos, dois sistemas co-evolucionários de herança (isto é, genes e cultura) moldam o comportamento humano (68). Estratégias comportamentais são consideradas destinadas a resolver problemas adaptativos. No caso de nossa população indígena, o fato de terem a caça e pesca, além da coleta de alimentos como forma de subsistência por séculos, faz com que necessitem percorrer distâncias maiores atrás de alimento, que sejam ágeis e, até certo ponto, mais impulsivos – menos cautelosos – na hora de buscar por uma presa. Ainda hoje, os vencedores de algumas brincadeiras e lutas e jogos especiais – anfitriões lutam com visitantes, segurando um tronco em pé, enquanto os visitantes tentam derrubar o tronco – são determinados principalmente pela força física. O percurso daqueles que demonstram ter menos medo e se mostram mais imponentes é facilitado. Estas últimas características ajudam ainda a se manter na hierarquia social. Aqui se inserem necessidades ambientais e culturais que incentivam o aparecimento e persistência de sintomas hiperativos e relacionados a alterações de conduta, presentes em ambos os sexos dos indígenas. O sexo feminino, menos envolvido na caça, e mas mais envolvida no artesanato e no cuidado das crianças, apresentariam em menor proporção os sintomas anormais.

Baydala et al. (13), em seu estudo sobre a prevalência de TDAH em população infantil aborígene, sugere que esses sintomas em aborígenes podem ser representativos de padrões únicos de aprendizagem e comportamentais típicos de crianças dessa origem, ou de origem

aboriginal, em vez de verdadeiros TDAH. O desempenho no estudo, em questionários como o WIAT-II e no WISC-III indica que as crianças aborígenes com sintomas de TDAH não se encaixavam nos mesmos padrões cognitivos e de aprendizagem típicos de crianças diagnosticadas com TDAH. Em vez disso, as crianças aborígenes com sintomas de TDAH apresentaram um desempenho semelhante ao de outras crianças aborígenes sem sintomas de TDAH do que as crianças não-aborígenes com TDAH (13).

Referente ainda às alterações de conduta, quando crianças, os indígenas são vistos como frágeis e quase nunca são punidos ou cerceados. Podem andar livremente pela aldeia e fazer praticamente tudo o que quiserem. A co-regulação dos comportamentos adequados ou inadequados pelos cuidadores, determinam a base do sistema auto regulatório dos jovens (69). Dentro da estrutura da psicopatologia do desenvolvimento, os estilos de autorregulação mal-adaptativos (que podem resultar em comportamentos problemáticos) podem ser vistos como resultados de esforços normais de autocontrole, mas que não foram co-regulados de forma adequada por terceiros. Padrões específicos de déficits auto-regulatórios podem prever os tipos de comportamentos problemáticos que as crianças têm mais probabilidade de experimentar (69). Onde o comportamento de externalização é aprovado, ou não desencorajado e reprovado, as taxas são maiores para ambos os sexos (70).

Os esforços para comparar a apresentação dos sintomas em diferentes culturas são dificultados pelo enigma de desenredar o efeito da cultura daqueles de diferentes abordagens metodológicas (63), mas algumas hipóteses podem explicar as maiores taxas de problemas de conduta nos meninos. A primeira é o sub diagnóstico das meninas, por apresentarem menos sintomas de agressividade, impulsividade e de conduta. Elas teriam alta comorbidade com transtornos do humor e ansiedade, e a idade do diagnóstico seria maior que a dos meninos (71, 72). A segunda hipótese é a de que os falsos positivos ocorreriam mais no sexo masculino (35). Uma questão de pontuação relacionada às variações culturais na expressão/apresentação de alguns sintomas, particularmente sintomas internalizantes, podem estar mal representados nas escalas de entrevista diagnóstica. Os sintomas externalizantes, por outro lado, são mais evidentes e mais fáceis identificar (73). Isso pode levar a subestimar a prevalência de transtornos internalizantes em comparação aos transtornos de externalização. Podemos citar dois estudos com população indígena infantil que obtiveram prevalências semelhantes à nossa para transtornos de hiperatividade. Baydala et al. (2006) encontraram uma prevalência de 22.7% de sintomas associados a TDAH em aborígenes, através da aplicação de questionários (13). Azevedo et al. (2010) avaliaram por meio de entrevista clínica 53 crianças indígenas da etnia *Karajá* que procuraram atendimento psiquiátrico, encontrando uma prevalência de 24.5% (25). Este último apresenta o viés de seleção da amostra, uma vez que os próprios

indígenas que julgavam que seus filhos tinham algum “problema” procuraram atendimento com o profissional. As taxas de prevalência no mundo se modificam de acordo com os critérios diagnósticos utilizados e o tipo de amostra estudada, mas mesmo assim, os valores encontrados para os indígenas são muito superiores às médias nacional e internacional, que é de aproximadamente 5% (62, 74).

O sexo feminino apresentou maiores taxas para sintomas emocionais. Apesar de ter sido encontrada significância estatística apenas para a avaliação dos professores (SDQ-Pr - 8.5% vs. 1.8%, respectivamente para sexo feminino e masculino; $RP=4.6$; $IC95\%=1.13-18.94$; $P=0.038$), os dados estão de acordo com a literatura (65, 75). Pensamos que a cultura teria papel crucial neste achado. A menina *Karajá*, desde pequena, participa das atividades cobradas da mulher pela sociedade, como cuidar das crianças menores e dos afazeres domésticos, sendo facilmente presenciado na aldeia, crianças tão jovens quanto 5 anos cuidando de seus irmãos. O menino não é cobrado até os 13 ou 14 anos de idade, ficando livre para fazer o que quiser. Assumindo as responsabilidades de adulto, casando e tendo filhos, a partir dos 14 anos, ficaria vulnerável ao surgimento dos sintomas emocionais tardiamente. A menina, por outro lado, já estaria exposta ao estresse causado pelas suas responsabilidades. Semelhantemente, nas mulheres não-indígenas a responsabilidade dupla, e as vezes tripla, pelos trabalhos dentro e fora do lar propiciariam a eclosão de problemas emocionais. Novamente constatamos a interação entre os aspectos biológico-constitucionais e os psicoambientais (*nature* vs. *nurture*) para explicar os problemas mentais, tanto na população indígena quanto na não-indígena.

Fato que chama a atenção em nosso estudo é a maior prevalência sintomas na população mais jovem da amostra (7-10 anos). Além das taxas de pontuação anormal total serem mais elevadas nos mais jovens em relação aos mais velhos (SDQ-Pa – 26.8% vs. 15.7%; SDQ-Pr – 18.1% vs. 10.9%, respectivamente), o fator de impacto também o foi (SDQ-Pa – 19.0% vs. 13.6%; SDQ-Pr – 13.3% vs. 6.1%, respectivamente). Ou seja, as crianças de 7-10 anos apresentam não só maiores taxas de sintomas anormais, mas também maior prejuízo e impacto social, quando comparadas com jovens de 11 a 14 anos. Apesar de estatisticamente não significativos, estes dados se apresentam tanto na avaliação dos pais quanto na dos professores.

À exceção dos sintomas de hiperatividade, que tem uma redução de suas taxas com o aumento da idade, nossos achados discordam dos estudos brasileiros (65) e internacionais (55), onde a prevalência normalmente aumenta da infância para a adolescência. Dentre os estudos com população infantil indígena, encontramos um único estudo com achado semelhante ao nosso. Zubrick et al. (2005), ao avaliarem a prevalência de transtornos mentais

em aborígenes utilizando o SDQ-Pa, encontraram maior risco clinicamente significativo de sintomas emocionais e comportamentais em crianças (4-7 anos) em comparação com adolescentes (15-17 anos), com uma redução de risco de 62% com o aumento da idade (24).

Na variação etária que compreende a infância e adolescência, apesar de alguns problemas de comportamento e emocionais serem transitórios, outros persistem. A cronicidade de alguns transtornos no decorrer da idade pode ser avaliada tanto prospectivamente (76, 77) quanto retrospectivamente (57, 78). Estudos prospectivos sobre a continuidade da psicopatologia mostraram que 23 a 61% das crianças que apresentam algum diagnóstico psiquiátrico em um acompanhamento do estudo, terão um diagnóstico em um acompanhamento seguinte, embora não necessariamente o mesmo (79). Esperar-se-ia então que a população infantil indígena apresentasse um aumento nas taxas de prevalência, e não um declínio. Para tentarmos explicar esse achado, nos remetemos a aspectos únicos da cultura local.

A infância *Karajá* é curta, comparada com a das demais crianças brasileiras. Atualmente as crianças entram na escola, na própria aldeia, aos 7 anos. Aos 13-14 anos muitos saem para casar e cuidar dos filhos e da própria subsistência – tendo sua adolescência abreviada. Até a algumas décadas atrás os casamentos aconteciam na idade adulta jovem, após os 20 anos. Com o risco de extinção passaram a se casar e procriar mais cedo, para aumentar a população. Foi uma acomodação à ameaça real do desaparecimento dos indígenas da etnia *Karajá*. Enquanto a criança passa mais tempo sob os cuidados e supervisão principalmente da mãe e da avó, o jovem *Karajá* já está envolvido com outra fase da vida, saindo mais para caçar e cuidando da esposa (80). Consequentemente, os pais/cuidadores e professores podem simplesmente não ter contato suficiente e sustentado com os jovens *Karajá* mais velhos. Isso pode refletir uma relativa falta de conhecimento dos pais/cuidadores em relação a eles, e uma maior percepção em relação ao conhecimento e proximidade de crianças mais jovens.

Outra explicação para o declínio de sintomas psiquiátricos baseados na cultura, é a forma *Karajá* de ver a criança. A formação dos sistemas reguladores necessários para uma resposta flexível requer informações ambientais precoces, que então interagem com predisposições genéticas de maneiras complexas e bidirecionais. As primeiras experiências diádicas de co-regulação com os cuidadores fornecem a base sobre a qual os sistemas de auto-regulação da criança são construídos (81). Desde o nascimento, as crianças são vistas como frágeis e passíveis de sofrerem. Não são cerceadas pelos adultos, o que lhes dá a autonomia de percorrer quase toda a aldeia, apresentando brincadeiras e comportamentos que não são passíveis de punição (80). Dentro deste complexo contexto de desenvolvimento, ambos os

sistemas regulatórios adaptativos e mal-adaptativos são moldados e produzem respostas previsíveis às experiências ambientais (82). Como já colocado anteriormente, onde o comportamento de externalização é aprovado, ou não desencorajado e reprovado, as taxas são maiores para ambos os sexos (70). Quando os indígenas começam a ter mais responsabilidades sociais, a ter maior co-regulação de seus comportamentos por parte dos cuidadores, e maior maturidade comportamental, reduziram suas taxas de apresentação de sintomas anormais.

Constatamos que aproximadamente 1/5 das crianças e adolescentes da etnia *Karajá* apresenta sintomas anormais (22.1% pelos pais e 15.2% pelos professores). Essas taxas são semelhantes às encontradas em indígenas de outras partes do mundo, mesmo com métodos ou instrumentos de rastreio diferentes (16, 20, 23, 24, 83). Parece-nos claro que os transtornos psiquiátricos existem nas populações indígenas e têm componente biológico e cultural, embora ainda não totalmente definidos.

Uma das limitações de nosso estudo é a não adequação cultural do SDQ à população estudada. Culturalmente, existem diferenças fundamentais sobre o que o conceito de saúde mental significa para indígenas e não indígenas. O SDQ tem sido desenvolvido e validado para não-indígenas e, portanto, pode não refletir a perspectiva indígena de saúde mental. Três estudos avaliaram a adequação da versão SDQ-Pa com jovens aborígenes (84-86). Enquanto cada um destes estudos sugere que o SDQ é, até certo ponto, uma ferramenta adequada para a medição da saúde mental de todos os povos aborígenes, não deixam de incentivar o desenvolvimento de a ferramenta para melhorar a adequação cultural e à clareza das perguntas (86). Apesar dos indígenas da etnia *Karajá* serem bilíngues (falam tanto o *Karajá* quanto o Português), de termos contado com tradutores experientes, com experiência cultural e treinamento na aplicação dos questionários, avaliações da necessidade de adequação cultural podem ser revisadas para estudos futuros com essa etnia.

Não foram utilizados instrumentos de rastreamento para dependência de álcool e outras drogas, ou mesmo identificar taxas de suicídio. Sabidamente relacionados como causa e/ou consequência de alguns transtornos mentais, esses dados podem ser elucidativos para alguns questionamentos dimanados (15). Outra limitação de nosso estudo é o tamanho amostral. Apesar de a amostra ter abrangência de base populacional, o número absoluto de indivíduos pode interferir na estatística de teste. No entanto, tal fato não descarta a significância clínica que os resultados representam (87).

CONCLUSÃO

A população indígena brasileira apresenta uma marcante condição de vulnerabilidade, com os piores indicadores de saúde nacionais (88). Ambientalmente, o território é o mesmo geograficamente, mas com extensão reduzida pelo avanço dos não indígenas. Viver nas tribos quase isoladas representa, minimamente, um refúgio da discriminação e como símbolo de uma cultura viva e vibrante. Os indígenas de nosso estudo apresentam, em relação a estudos com jovens não indígenas brasileiros e internacionais, prevalência superior de doenças mentais. Por um lado, estão expostos a fatores de risco pela desvantagem econômica comparativamente às populações vizinhas não indígenas. Por outro lado, são detentores de fatores culturais protetores únicos. A espiritualidade, o suporte familiar e comunitário, e a experiência dos mais velhos passados aos mais jovens, são fatores positivos. Trata-se de contexto cultural ímpar, que pesquisadores e clínicos pouco ou nada conhecem.

Tem-se negligenciado, nos estudos de prevalência de problemas de saúde mental, as minorias étnicas. Com população infantil indígena aldeada, preservando aspectos culturais dos ancestrais que viveram há 10.000 anos, são ainda mais raros. Conciliar tais aspectos culturais com a universalidade dos transtornos psíquicos no ser humano é uma discussão à qual não podemos nos furtar. Caso contrário, corremos o risco de privar essa parcela da população do direito ao acesso à saúde e bem estar (7, 70, 89). Assim, é fundamental a comprovação científica da presença de transtornos mentais em minorias étnicas como a infantil indígena. Igualmente, a observação do contexto cultural interferindo nas taxas de prevalência e apresentações clínicas. Finalmente, é impostergável o socorro a essa minoria étnica que sofre, silenciosamente, com situações que colocam em risco a sua própria existência.

BIBLIOGRAFIA

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007 Apr 14;369(9569):1302-13. PubMed PMID: 17434406.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. New York: Oxford University Press; 2006.
3. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araujo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Jan;45(1):135-42. PubMed PMID: 19381426. Epub 2009/04/22. eng.
4. 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*. 2004;43(6):727-34.
5. Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V, Goodman R. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Apr;46(4):448-56. PubMed PMID: 17420679. Epub 2007/04/11. eng.
6. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry*. 2001 Sep;179:210-7. PubMed PMID: 11532797. Epub 2001/09/05. eng.
7. Cohen A. *The mental health of indigenous peoples - An international overview*. Geneva: WHO; 1999.
8. Cohen A. [Mental health among indigenous population. An international view]. *Epidemiologia e psichiatria sociale*. 2002 Jan-Mar;11(1 Suppl):1-70. PubMed PMID: 12132340. Epub 2002/07/23. La salute mentale delle popolazioni indigene. Un panorama internazionale. ita.
9. Lehti V, Niemela S, Hoven C, Mandell D, Sourander A. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review. *Social science & medicine*. 2009 Oct;69(8):1194-203. PubMed PMID: 19700231.
10. Costello EJ, Farmer E, Angold A, Burns BJ, Erkanli A. Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study. *American journal of public health*. 1997;87(5):827-32.
11. Fisher PA, Bacon JG, Storck M. Teacher, parent, and youth report of problem behaviors among rural American Indian and Caucasian adolescents. *American Indian and Alaska native mental health research : journal of the National Center*. 1998;8(2):1-23. PubMed PMID: 9842063.
12. Beals J, Piasecki J, Nelson S, Jones M, Keane E, Dauphinais P, et al. Psychiatric disorder among American Indian adolescents: prevalence in Northern Plains youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Sep;36(9):1252-9. PubMed PMID: 9291727.
13. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *Journal of attention disorders*. 2006 May;9(4):642-7. PubMed PMID: 16648231.

14. Whitbeck LB, Johnson KD, Hoyt DR, Walls ML. Prevalence and comorbidity of mental disorders among American Indian children in the Northern Midwest. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2006 Sep;39(3):427-34. PubMed PMID: 16919807.
15. Whitbeck LB, Sittner Hartshorn KJ, Crawford DM, Walls ML, Gentzler KC, Hoyt DR. Mental and substance use disorders from early adolescence to young adulthood among indigenous young people: final diagnostic results from an 8-year panel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Jun;49(6):961-73. PubMed PMID: 24488151. Pubmed Central PMCID: 4031267.
16. Whitbeck LB, Yu M, Johnson KD, Hoyt DR, Walls ML. Diagnostic prevalence rates from early to mid-adolescence among indigenous adolescents: first results from a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Aug;47(8):890-900. PubMed PMID: 18596558. Pubmed Central PMCID: 2643437. Epub 2008/07/04. eng.
17. Caqueo A, Urzua A, Ferrer R, Zuniga F, Palma C, Escudero J. [Strengths and difficulties in emotional adjustment of Aymara children from the perspective of children, parents and teachers]. *Revista chilena de pediatria*. 2014 Oct;85(5):561-8. PubMed PMID: 25697432. Fortalezas y dificultades para el ajuste emocional en niños aymara desde la perspectiva de los menores, padres y profesores.
18. Caqueo-Urizar A, Urzua A, De Munter K. Mental health of indigenous school children in Northern Chile. *BMC psychiatry*. 2014 Jan 17;14:11. PubMed PMID: 24438210. Pubmed Central PMCID: 3898225.
19. Turi AL, Bals M, Skre IB, Kvernmo S. Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC public health*. 2009 Oct 08;9:378. PubMed PMID: 19814791. Pubmed Central PMCID: 2765965.
20. Heyerdahl S, Kvernmo S, Wichstrom L. Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European child & adolescent psychiatry*. 2004 Apr;13(2):64-72. PubMed PMID: 15103531.
21. Yen CF, Hsu CC, Liu SC, Huang CF, Yang MS. Psychopathology of aboriginal and non-aboriginal adolescents living in the mountainous region of southern Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2006 Nov;22(11):560-9. PubMed PMID: 17110345.
22. Priest N, Baxter J, Hayes L. Social and emotional outcomes of Australian children from Indigenous and culturally and linguistically diverse backgrounds. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2012 Apr;36(2):183-90. PubMed PMID: 22487355.
23. Dray J, Bowman J, Freund M, Campbell E, Hodder RK, Lecathelinais C, et al. Mental health problems in a regional population of Australian adolescents: association with socio-demographic characteristics. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2016;10(1):32. PubMed PMID: 27651830. Pubmed Central PMCID: 5022199.
24. Zubrick SR, Silburn SR, Lawrence DM, Mitrou FG, Dalby RB, Blair EM, et al. The Western Australian Aboriginal child health survey: the social and emotional wellbeing of Aboriginal children and young people: Telethon Institute for Child Health Research and Curtin University of Technology; 2005.
25. Azevedo PV, Caixeta L, Andrade LH, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010 Aug;68(4):541-4. PubMed PMID: 20730306. Epub 2010/08/24. eng.

26. FUNAI. Quem são [22/04/2017]. Available from: <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>.
27. TORAL AAd. Cosmologia e sociedade Karajá. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1992.
28. da Silva AL, Grupioni LDB, da Silva Macedo AVL. A temática indígena na escola: novos subsídios para professores de 1o. e 2o. graus: Mec; 1995.
29. SILVA RHDd. Afinal, quem educa os educadores indígenas. Experiências étnico-culturais para a formação de professores Belo Horizonte: Autêntica. 2002:109-33.
30. Achenbach TM, Rescorla LA. Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology. Implications for mental health assessment. New York: The Guildford Press; 2007.
31. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 1997;38(5):581-6.
32. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 1999 Jul;40(5):791-9. PubMed PMID: 10433412.
33. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European child & adolescent psychiatry*. 1998 Sep;7(3):125-30. PubMed PMID: 9826298.
34. Fleitlich B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto rev neuropsiquiatr infanc adolesc*. 2000;8(1):44-50.
35. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177(DEC.):534-9.
36. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 2011 Oct 22;378(9801):1515-25. PubMed PMID: 22008427.
37. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2015 Mar;56(3):345-65. PubMed PMID: 25649325.
38. Rutter M. Commentary: Revisiting the dismissal of shared environmental influences as argued by Burt et al. (2011). *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2011 Mar 25. PubMed PMID: 21438876. Epub 2011/03/29. Eng.
39. Rutter M. Gene-environment interplay. *Depress Anxiety*. 2010;27(1):1-4. PubMed PMID: 20043325. Epub 2010/01/01. eng.
40. Rutter M, Thapar A, Pickles A. Gene-environment interactions: biologically valid pathway or artifact? *Archives of general psychiatry*. 2009 Dec;66(12):1287-9. PubMed PMID: 19996033. Epub 2009/12/10. eng.
41. Rutter M. Biological implications of gene-environment interaction. *Journal of abnormal child psychology*. 2008 Oct;36(7):969-75. PubMed PMID: 18642072. Epub 2008/07/22. eng.
42. Rutter M, Silberg J. Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:463-90. PubMed PMID: 11752493. Epub 2001/12/26. eng.

43. Rutter M, O'Connor TG. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Dev Psychol.* 2004 Jan;40(1):81-94. PubMed PMID: 14700466. Epub 2004/01/01. eng.
44. Rutter M, Macdonald H, Le Couteur A, Harrington R, Bolton P, Bailey A. Genetic factors in child psychiatric disorders--II. Empirical findings. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines.* 1990 Jan;31(1):39-83. PubMed PMID: 2179248. Epub 1990/01/01. eng.
45. Lonner WJ. The search for psychological universals. *Handbook of cross-cultural psychology.* 1980;1:143-204.
46. Herdt GH. *Ritualized homosexuality in Melanesia*: Univ of California Press; 1993.
47. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *The Behavioral and brain sciences.* 2010 Jun;33(2-3):61-83; discussion -135. PubMed PMID: 20550733.
48. Berry JW. Imposed etics, emics, and derived etics: Their conceptual and operational status in cross-cultural psychology. In: Headland TN, Pike KL, Harris M, editors. *Emics and etics: the insider/outsider debate*. Newbury Park, CA Sage Publications; 1990.
49. Earley PC, Randel A. Cognitive causal mechanisms in human agency: Etic and emic considerations. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry.* 1995;26(3):221-7.
50. Scheid TL, Brown TN. *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems*: Cambridge University Press; 2009.
51. Thoits PA. Sociological approaches to mental illness. *A handbook for the study of mental health.* 1999:121-38.
52. Guimarães LA, Grubits S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade.* 2007;19(1):45-51.
53. Verhulst FC, Koot HM. *Child psychiatric epidemiology*: Sage; 1992.
54. Verhulst FC, Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology: cross-cultural applications. A review. *European child & adolescent psychiatry.* 1995 Apr;4(2):61-76. PubMed PMID: 7796252.
55. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American journal of psychiatry.* 1998 Jun;155(6):715-25. PubMed PMID: 9619142.
56. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirao Preto. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003 Sep;25(3):139-45. PubMed PMID: 12975687.
57. Goodman R, Dos Santos DN, Nunes AR, de Miranda DP, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2005;40(1):11-7.
58. Fleitlich B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *Bmj.* 2001 Sep 15;323(7313):599-600. PubMed PMID: 11557705. Pubmed Central PMCID: 55573.
59. Cucchiari G, Dalgalarondo P, Carvalho H, Maselli M, Bellenzani R, editors. *Mental health and quality of life in children and adolescents in Campinas, Brazil. International Congress of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*; 2002.

60. Paula CS, Barros MG, Vedovato MS, D'Antino ME, Mercadante MT. [Mental health problems in adolescents: how to identify them?]. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006 Sep;28(3):254-5. PubMed PMID: 17063226. Problemas de saúde mental em adolescentes: como identifica-los?
61. Benvegna LA, Fassa AG, Facchini LA, Wegman DH, Dall'Agnol MM. Work and behavioural problems in children and adolescents. *International journal of epidemiology.* 2005 Dec;34(6):1417-24. PubMed PMID: 16144859.
62. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry.* 2007 Jun;164(6):942-8. PubMed PMID: 17541055.
63. Canino G, Alegría M. Psychiatric diagnosis – is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology & Psychiatry.* 2008;49(3):237-50. PubMed PMID: 31207072.
64. Association AP. *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*: Artmed Editora; 2014.
65. Woerner W, Fleitlich-Bilyk B, Martinussen R, Fletcher J, Cucchiaro G, Dalgalarondo P, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire overseas: Evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European child & adolescent psychiatry.* 2004;13(2):ii47-ii54.
66. Reyes-García V, Guèze M, Díaz-Reviriego I, Duda R, Fernández-Llamazares Á, Gallois S, et al. The adaptive nature of culture: a cross-cultural analysis of the returns of local environmental knowledge in three indigenous societies. *Current anthropology.* 2016;57(6):761-84.
67. Castro L, Toro MA. The evolution of culture: from primate social learning to human culture. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America.* 2004 Jul 6;101(27):10235-40. PubMed PMID: 15218098. Pubmed Central PMCID: 454193.
68. Laland KN, Odling-Smee J, Myles S. How culture shaped the human genome: bringing genetics and the human sciences together. *Nature reviews Genetics.* 2010 Feb;11(2):137-48. PubMed PMID: 20084086.
69. Eisenberg N, Hofer C, Vaughan J. Effortful control and its socioemotional consequences. *Handbook of emotion regulation.* 2007;2:287-8.
70. Nikapota A. Cultural issues in child assessment. *Child and Adolescent Mental Health.* 2009;14(4):200-6.
71. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996 Aug;35(8):978-87. PubMed PMID: 8755794.
72. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Williamson S, Wilens TE, Spencer TJ, et al. Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Aug;38(8):966-75. PubMed PMID: 10434488.
73. Manson SM. Culture and major depression. Current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 1995 Sep;18(3):487-501. PubMed PMID: 8545263.
74. Rohde LA, Halpern R. [Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder]. *Jornal de pediatria.* 2004 Apr;80(2 Suppl):S61-70. PubMed PMID: 15154074. Transtorno de deficit de atencao/hiperatividade: atualizacao.

75. Nottelmann ED, Jensen PS. Comorbidity of disorders in children and adolescents. *Advances in clinical child psychology*: Springer; 1995. p. 109-55.
76. Feehan M, McGee R, Williams SM, Nada-Raja S. Models of adolescent psychopathology: Childhood risk and the transition to adulthood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995;34(5):670-9.
77. Colman I, Jones PB. Birth cohort studies in psychiatry: beginning at the beginning. *Psychological medicine*. 2004;34(8):1375-83.
78. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(7):709-17.
79. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*. 2003;60(8):837-44.
80. Karajá. Povos Indígenas no Brasil [Internet]. Instituto Socioambiental. 1999.
81. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2007 Mar-Apr;48(3-4):329-54. PubMed PMID: 17355401.
82. Fox NA, Calkins SD. The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and emotion*. 2003;27(1):7-26.
83. Lehti V, Niemelä S, Hoven C, Mandell D, Sourander A. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: A systematic review. *Social Science and Medicine*. 2009;69(8):1194-203.
84. Williamson A, McElduff P, Dadds M, D'Este C, Redman S, Raphael B, et al. The construct validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire for Aboriginal children living in urban New South Wales, Australia. *Australian Psychologist*. 2014;49(3):163-70.
85. Williamson A, Redman S, Dadds M, Daniels J, D'Este C, Raphael B, et al. Acceptability of an emotional and behavioural screening tool for children in Aboriginal Community Controlled Health Services in urban NSW. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2010 Oct;44(10):894-900. PubMed PMID: 20932203.
86. Zubrick S, Lawrence D, De Maio J, Biddle N. Testing the reliability of a measure of Aboriginal children's mental health: an analysis based on the Western Australian Aboriginal Child Health Survey. 2006.
87. Ferreira JC, Patino CM. What does the p value really mean? *Jornal brasileiro de pneumologia : publicacao oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia*. 2015 Sep-Oct;41(5):485. PubMed PMID: 26578145. Pubmed Central PMCID: 4635100.
88. Santos RV, Teixeira P. The "indigenous" category in the 2010 Brazilian National Census. *Cadernos de saude publica / Ministerio da Saude, Fundacao Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saude Publica*. 2011 Jun;27(6):1048. PubMed PMID: 21710001. Epub 2011/06/29. eng
por.
89. Cohen A, Patel V, Thara R, Gureje O. Questioning an Axiom: Better Prognosis for Schizophrenia in the Developing World? *Schizophrenia Bulletin*. 2008 March 1, 2008;34(2):229-44.

Artigo 2 –

PREVALENCE AND INCIDENCE OF PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG INDIGENOUS CHILDREN AND ADOLESCENTS POPULATIONS: A SYSTEMATIC REVIEW

Daniela Londe Rabelo Taveira ¹
Leonardo Ferreira Caixeta M.D.; PhD. ²
Paulo Verlaine Borges e Azevedo M.D.; PhD. ¹

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

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

Corresponding Autor:

Daniela Londe Rabelo Taveira

Telephone number: +55(62)98484-7447

e-mail address: dlonde@gmail.com

Postal address: Rua Pau Cetim, Quadra V3, Lote 7, Alphaville Flamboyant –
CEP 74884-670. Goiânia – Goiás - Brasil

Background: Indigenous children and adolescents' populations may be at increased risk, compared with majority populations, for the development of mental disorders due to lower education levels and socio-economic status, preconception, higher rates of addiction, and poorer overall health. There are few studies on indigenous population worldwide, and the data on indigenous children are even more limited. This is the first systematic review investigating the prevalence and incidence of mental disorders in indigenous youth populations worldwide.

Methods: This systematic review was conducted in accordance with PRISMA guidelines. We searched EBSCO, BVS, PubMed, PycINFO, Web of Science and SciELO up to January 2017, and article bibliographies were performed for relevant papers published. Studies were included if they reported the prevalence or incidence of mental disorders in indigenous people under 18 years old, and if the study was conducted in the general population.

Results: Sixteen studies representing seven countries (Canada, Australia, USA, Chile, Brazil, Norway and Taiwan) met the inclusion criteria. The prevalence of mental disorders among young indigenous appears to be higher than it is for non-indigenous populations in most studies.

Conclusions: Despite the few papers already published worldwide, most point to a high prevalence of mental disorders in indigenous youth. Very little is known about the cause of such high prevalence, but non adequate research methods, generally related to the validity of research instruments in different cultural contexts, endogamy, besides many other health, social and economic disadvantages, may be particularly related. There is a need for more longitudinal comparative studies, with culturally relevant instruments addressing mental health youth.

Keywords: transcultural psychiatry, mental disorders, prevalence, indigenous, children and adolescent

INTRODUÇÃO

Existem aproximadamente 370 milhões de indígenas no mundo, espalhados em mais de 70 países, representando cerca de 5% da população mundial (1). Entre os povos indígenas, temos os das Américas (por exemplo, os Lakota nos Estados Unidos da América (EUA), os Mayas na Guatemala ou os Aymaras na Bolívia), os Inuit e Aleutians da região Circumpolar, os Sami do norte da Europa, os Aborígenes e os Torres Strait Islanders da Austrália e os Maori da Nova Zelândia (2). Sua riqueza histórica, cultural, religiosa, linguística e de tradições os tornam únicos onde habitam. Provavelmente, por essa heterogeneidade singular, são uma das minorias étnicas mais marginalizadas do mundo.

Os povos indígenas são comumente chamados de indígenas, aborígenes, tribais, grupos minoritários, ou nativos (2). A má definição da identificação indígena contribui para a marginalização dos grupos, além de dados inadequados para seus números, saúde e circunstâncias socioeconômicas (2). A maioria dos países não reconhece oficialmente seus grupos indígenas e possui estatísticas imprecisas ou falta de dados estatísticos publicados para esses povos, tornando a informação sistemática sobre saúde, morbidade e mortalidade, escassa (3). A maioria dos relatórios relaciona-se com condições específicas e pequenos grupos. Apesar da dificuldade de coletas de dados, sabe-se que as condições de saúde física e mental dos indígenas são muito precárias, principalmente quando comparadas aos não indígenas (4). Tal precariedade acompanha-se de maior pobreza, falta de educação escolar, mortalidade precoce e chance de suicídio (5), além de traumas, ruptura cultural e perda de importantes crenças espirituais antigas (6).

Apesar de já existirem alguns estudos de prevalência de transtornos mentais na população indígena adulta, estudos com população de crianças e adolescentes indígenas ainda são escassos. Esperar-se-ia que os jovens, estando sob as mesmas condições de vulnerabilidade que seus pares adultos, também apresentassem maiores taxas de transtornos mentais. De fato, uma revisão sistemática concluiu que crianças e adolescentes de origens socioeconômicas desfavorecidas eram 2-3 vezes mais propensos a sofrer problemas de saúde mental em comparação com aqueles de origens mais vantajosas (7). Já dispomos de alguns poucos estudos que apresentam dados de maior risco para transtornos emocionais e comportamentais clinicamente significativos para população infantil indígena, quando comparados com não indígenas (8). Famílias reconstituídas, desvantagem socioeconômica, falta de serviços apropriados e o uso indevido e cada vez mais cedo de substâncias, álcool e tabaco aumentam o risco desses transtornos (9).

As revisões sistemáticas sobre a prevalência de transtornos mentais em indígenas abordam principalmente a população adulta (10-13). Uma única revisão sistemática sobre problemas com álcool, drogas, suicídio e outros transtornos mentais circunscreveu-se às crianças e adolescentes indígenas no Ártico (13). Como observado em outros trabalhos, o suicídio e dependência de substâncias costumam ser o principal foco quando a população infantil é estudada, sendo positiva a associação entre suicídio e problemas mentais em populações nativas (14). Entre adolescentes indígenas norte-americanos, correlacionaram-se positivamente problemas psiquiátricos e consumo de álcool, tabaco, maconha e outras drogas ilícitas (15).

Até onde vai nosso conhecimento, uma revisão sistemática ou uma meta-análise focada na prevalência de doenças mentais de crianças e adolescentes indígenas em todo o mundo, não foi realizada anteriormente. O objetivo desta revisão sistemática da literatura é esclarecer as seguintes questões. 1) O que foi e deve ser, no futuro, a natureza e alcance da pesquisa epidemiológica sobre saúde mental infantil e adolescente indígena? 2) Pode-se mostrar que problemas de saúde mental diferem em regiões do mundo? 3) Pode-se mostrar que os problemas de saúde mental em todo o mundo diferem entre crianças e adolescentes indígenas e não indígenas? 4) Se sim, quais seriam os fatores envolvidos?

MÉTODO

Realizamos uma revisão sistemática da literatura conduzida de acordo com a recomendação PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (16). Devido às diferenças nas metodologias utilizadas nos artigos, e sua natureza narrativa, não obtivemos ferramentas específicas para avaliar sua qualidade. A meta-análise não foi tentada devido à heterogeneidade das características dos estudos, incluindo populações de estudo, projetos de estudo e metodologia de pesquisa.

CrITÉRIOS de inclusão:

Foram incluídos artigos com as seguintes características: 1) originais; 2) prevalência de transtornos avaliada por instrumentos de rastreamento ou entrevista clínica realizada por profissional qualificado, segundo os critérios do DSM ou CID; 3) amostra da população geral e não clínica; 4) população de crianças e adolescentes indígenas, com idade até 18 anos; 5) separação entre os resultados de indígenas e não indígenas, quando amostra mista; 6)

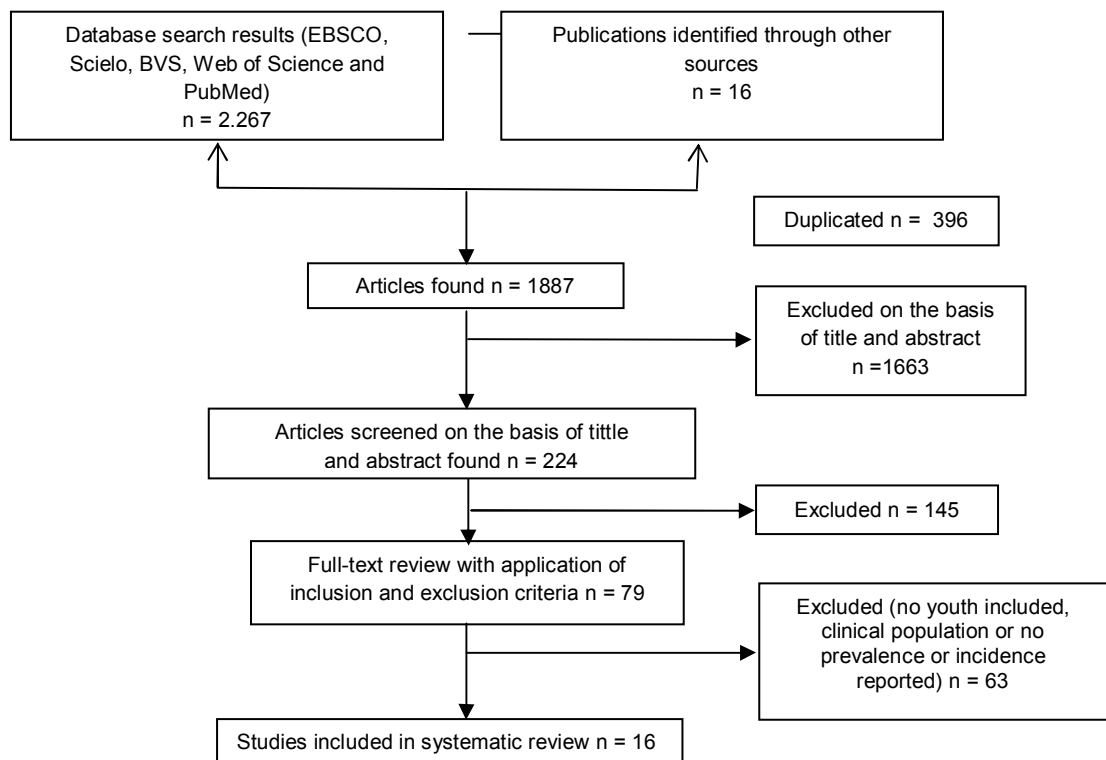
qualquer país do mundo; 7) qualquer língua; 8) avaliação de transtornos ou sintomas psiquiátricos; 9) não ser exclusivamente sobre suicídio e/ou abuso/dependência de substâncias; 10) não abordar a prevalência de transtornos mentais como problemas secundários a outras patologias.

Estratégia de busca e extração:

As bases de dados EBSCO, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PubMed (National Library of Medicine), PycINFO, Web of Science, SciELO (Scientific Electronic Library Online), foram pesquisadas. As buscas eletrônicas ocorreram a partir das palavras-chaves e termos: (indigenous OR indian OR ind?gena OR native OR inuit OR sami OR aboriginal OR abor?gene OR karaj?) AND (youth OR children OR adolescent OR young OR jovens OR jovem) AND ("mental health" OR "mental disorder" OR mental OR "psychiatric disorder" OR "transtorno mental" OR "sa?de mental") AND (prevalence OR incidence OR preval?ncia OR incid?ncia). Uma busca adicional de literatura cinza foi feita manualmente em sites como o da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como de instituições governamentais e não governamentais, principalmente na busca de pequenos artigos regionais, que tenham sido publicados em revistas de pouco impacto ou de circulação local. As listas de referência de todos os artigos incluídos foram consultadas para quaisquer artigos adicionais. Os dados foram coletados até janeiro de 2017.

Os estudos da pesquisa inicial foram excluídos se o resumo e o título mostraram que não preenchiam os critérios de elegibilidade. O restante foi revisado e selecionado para inclusão se eles preenchessem os critérios estabelecidos. Dos 2.283 artigos encontrados, foram selecionados 16. Extraíram-se informações referentes a ano e local de publicação, desenho do estudo, ano de coleta dos dados, instrumento/método de rastreamento, etnia, tamanho amostral, idade da amostra, principais achados e resultados. Os estudos selecionados foram revisados extensivamente.

A análise dos estudos foi realizada de forma descritiva à medida que nossas múltiplas questões abordavam cada item. A heterogeneidade dos estudos selecionados (diferentes etnias, instrumentos de coleta de dados e avaliação de diferentes psicopatologias) impediu a realização de uma metanálise. As taxas brutas de prevalência não puderam ser comparadas na maioria dos trabalhos, pela heterogeneidade das populações, psicopatologias e diversidade de instrumentos de coleta. O fluxograma referente ao processo de busca e seleção dos artigos se encontra no fluxograma 1.



Fluxograma 1 - PRISMA flow chart of included and excluded studies

RESULTADOS

Dezesseis publicações foram incluídas nesta revisão sistemática. Sete estudos da América do Norte, sendo três conduzidos nos Estados Unidos (17-19), um no Canadá (20) e três nos Estados Unidos e Canadá (21-23). Os três últimos oriundos de um único estudo longitudinal de prevalência de transtornos mentais em população indígena infantil, com seguimento de 8 anos. Outros três estudos foram conduzidos na Austrália (8, 24, 25), dois no Chile (26, 27), dois na Noruega (28, 29), um no Brasil (30) e um em Taiwan (31). Todos os artigos foram publicados em inglês, exceto um, que estava em Espanhol (26). Os principais achados se encontram nas tabelas 1 e 2.

Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 1997 (17) e 2016 (25). O tamanho das amostras variou entre 53 (30) a 6.793 indivíduos (25) (incluindo população indígena e não indígena). O tamanho da amostra, considerando-se apenas indígenas, variou de 53 (30) a 3.993 indivíduos (8). Os sujeitos tinham entre 4 e 18 anos e em um estudo não foi possível identificar a idade, apenas a série cursada (20). Identificaram-se seis grandes etnias, sendo elas Aborígenes (8, 20, 24, 25, 31), Índios Americanos (17-19, 21-23), Aymara (26, 27), Sami (28, 29), Kvens (28) e Karajá (30). Os Índios Americanos foram diferenciados apenas pelas regiões habitadas.

A linguagem utilizada na coleta de dados (entrevistas ou questionários) não foi relatada na maioria dos estudos. Em alguns estudos o questionário aplicado sofreu alterações para adequação linguística e/ou cultural, como no caso do questionário SDQ para os aborígenes (8) e o YSR para os indígenas Sami (28). Neste último, Heyerdahl et al. realizaram a tradução e retro-tradução, com adequação semântica, testada em outro estudo (32). Priest et al., em seu estudo australiano, realizaram adaptação do SDQ para os aborígenes e apresentou boa validade interna e confiabilidade, já tendo sido utilizado em um estudo anterior (24). O instrumento CAPA sofreu pequenas alterações por consultores para adequação cultural aos Índios Americanos (Cherokee) (17), assim como o UM-CIDI para Índios Americanos (21-23). Nestes últimos, o DISC-R não sofreu adequações. Azevedo et al., médico psiquiatra especialista em infância e adolescência, contou com o auxílio de indígenas bilíngues para realizar uma entrevista médica (anamnese) com os indígenas Karajá (30). Os estudos restantes não mencionaram adequações culturais (18-20, 26, 27, 29, 31).

Os instrumentos de rastreamento variaram entre os estudos. A maioria das publicações utilizou mais de um instrumento para coleta de dados, sendo pelo menos um para o rastreamento de sintomas psiquiátricos. Outros instrumentos avaliavam aspectos socioeconômicos, etnia, nível de envolvimento com a cultura, inteligência, nível de estresse,

entre outros. Um total de 13 escalas de rastreamento diferentes foram utilizadas nos dezesseis estudos selecionados. Estas estão discriminadas na Tabela 1: Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA) (17), Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.1C (DISC-2.1C) (18), Symptom Checklist (SCL-12) (28), Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), sendo Youth Self Report (YSR) (19, 28), Child Behavior Checklist (CBCL) (19) e Teacher's Report Form (TRF) (19), Conduct Problems Checklist (28), Parent and Teacher Conners' Rating Scales—Revised: Long Version (CRS-R:L) (20), Symptom Checklist-90-Revised Scale (SCL-90-R) (31), Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised (DISC-R) (21-23) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (8, 24-26, 29). Apenas dois estudos utilizaram mais de um instrumento de rastreamento de prevalência para transtornos psiquiátricos, em um deles sendo utilizados YSR, SCL-R:L e Conduct Problems Checklist (28) e no outro, o Stress in Children (SiC) e Children Depression Inventory-Short (CDI-S) (27). Apenas um estudo realizou uma entrevista clínica (anamnese psiquiátrica) com a população local (30). O instrumento mais utilizado foi o SDQ, presente em 5 estudos como método de rastreamento (8, 24-26, 29).

Table 1: Examples of studies included in the review.

Reference	Country	Study design and time	Ethnicity	Data collection	Age	Sample size	Main Results
Costello, Farmer et al. 1997 (17)	Qualla Boundary, Eastern Band of North Carolina – United States	Cohort 1992 - 1993	AI (Cherokee)	CAPA	9-, 11- and 13-	White Children: 933 AI: 323	Indigenous children had a slightly lower overall prevalence of psychiatric disorders than the European American children (16,7% vs. 19,2%). Indigenous children were significantly more likely to meet criteria for SUD (1.2%) than their European American counterparts (0.1%)
Beals, Piasecki et al. 1997 (18)	Northern Plains	Cross-sectional 1991	AI	DISC-2.1C	14 - 16	AI: 109	Rates of some psychiatric problems (e.g., disruptive behavior disorders, substance-related disorders and their comorbidity) are high among the AI. Compared with non-Indian populations, indigenous adolescents were more likely than European American adolescents to meet six-month criteria for AD/HD, SUD, and conduct disorders (CD), but had similar or lower rates of major depressive episode (MDE) and anxiety disorders
Fisher, Bacon et al. 1998 (19)	Rural reservation – United States	Cross-sectional 1992-1993	AI	CBCL TRF YSR	Mean age: 14.8	Total: 404 Caucasian: 292 AI: 112	AI youth have higher levels than Caucasian youth of certain problem behaviors. There were significantly more overall problems reported for AI males than by White males in YSR, TRF, and CBCL. Significantly more overall problems reported by AI females than by White females in YSR and CBCL.
Heyerdahl, Kvernmo et al. 2004 (28)	Northern part of Norway	Cross-sectional 1994 and 1995	Indigenous: Sami Kvens	YSR SCL-12 Conduct Problems checklist (Olweus scale)	15 - 18	Total: 2647 Norwegians: 1.775 Indigenous Sami: 581 Kvens: 291	There were few differences between the ethnic groups, but Sami had higher scores than Norwegians on the Withdrawn and Social Problems syndromes. Results for Anxiety-depression (SCL-12) and Conduct Problems were compared with a national representative adolescent sample. Both girls and boys showed a very high frequency (20.0–22.5%) of Delinquent Behavior in the borderline clinical range. Ethnic factors were found to be associated with emotional/behavioral problems in our northern Norway
Zubrick, Silburn et al. 2005 (8)	Western Australian - Australia	Cross-sectional 2000 - 2001	Aboriginal and Torres Strait Islander	SDQ	4 - 17	3,993 Aborigenes	Significantly higher risk of clinically significant emotional or behavioral difficulties in the Aboriginal (20%) than in the non-Aboriginal child population (15%). A greater proportion of younger children are at high risk of clinically significant emotional or behavioral difficulties. In terms of age groups, 26.3% of Aboriginal children aged 4–11 years were at high risk of clinically significant emotional or behavioral difficulties compared with 20.5% of children aged 12–17 years.
Baydala, Sherman et al. 2006 (20)	Northern Alberta, Canada	Cross-sectional	Aboriginal: Stoney and Cree	CRS-R:L	N.A. (Grades from 1 to 5)	75	The number of Aboriginal children found to have symptoms associated with ADHD (22.7%) was significantly higher than expected based on prevalence rates in the general population. The percentage of girls with ADHD symptoms (32%) was higher than boys (16%).
Yen, Hsu et al. 2006 (31)	Kaohsiung County - Southern Taiwan	Cross-sectional (April 2002)	Aboriginal	SCL-90-R	12 - 16	Total: 330 Aboriginal: 251 Non-aboriginal: 79	The results indicated that adolescents who were aboriginal, who were female, who perceived a greater level of family conflict, who reported that they experienced a lower level of family support, and who featured a lower affinity toward their peer group, were more likely to feature a more severe level of psychopathology. By controlling for other factors, aboriginal adolescents still showed a more severe level of psychopathology than their non-aboriginal peers. Except for the “hostility” subscale, aboriginal adolescents had more severe psychopathology on all the SCL-90-R subscales than non-aboriginal adolescents.
Whitbeck, Johnson et al. 2006 (21)	Northern Midwest United States and Canada	Cohort, Feb/Oct 2002 Feb/Oct 2003	AI	DISC-R UM-CIDI (for caretakers)	10 – 12	736	The results indicated that 23% (combined caretaker-child reports) of the children met criteria for one or more of the 11 disorders and 9% met criteria for two or more of the disorders. Externalizing disorders were more prevalent than internalizing disorders or substance abuse disorders. The strongest predictor of a child having a mental disorder was a depressed female caretaker. The presence of early mental disorder is

							important risk factor for substance use and mental health problems in later life.
--	--	--	--	--	--	--	---

Whitbeck, Yu et al. 2008 (22)	Northern Midwest United States and Canada	Cohort Wave 1 – Feb/Out 02/03 Wave 4 – 05/06	AI	DISC-R UM-CIDI (for caretakers)	Wave 1 - 10-12 Wave 4 - 13-15	651	Increased prevalence rates for SUD and CD between waves 1 and 4. Among indigenous youth, affected more than one-fourth of the children. The rate of lifetime CD is about twice those expected in general population studies (23.4% vs. 5–10%) and rate of lifetime SUD (27.2%) is three times that reported in National Survey on Drug Use and Health (9.4%). The prevalence rates for any single mental or S (44.8% - lifetime) for wave 4 are similar to the lifetime prevalence rates reported in the National Comorbidity Survey-Replication (46.4%) for individuals 18 years and older.
Turi, Bals et al. 2009 (29)	North Norway – Norway	Cross-sectional Jan/2003 – Jan/2005	Sami and non-Sami	SDQ	15 - 16	Total: 4.449 Non-Sami: 3.999 Sami: 450	Sami youth with conduct problems were less likely than non-Sami to use psychologist/psychiatrist. Youth with emotional problems, peer problems and alcohol use were more likely to report having visited psychologist/psychiatrist. Culture-specific factors influenced the help-seeking process in indigenous youth; some factors acted as barriers against health service use and other factors increased probability of health service use.
Azevedo, Caixeta et al. 2010 (30)	Ilha do Bananal – Amazônia legal - Brasil	Cross-sectional	Karajá	Clinical interview	7 - 16	53	Estimated rate of ADHD symptoms in problematic indigenous children was 24.5%, since 13 out of 53 parents/caretakers reported the classical triad of ADHD symptoms (inattentiveness, hyperactivity, impulsiveness).
Priest, Baxter et al. 2012 (24)	Austrália	Cohort (Secondary analysis of LSAC study) 2004	Aboriginal / Torres Strait and CALD	SDQ	4 - 5	Total: 4.735 Aboriginal/Torres Strait: 129 CALD	Significant differences in parent-reported SDQ total difficulties were found for Indigenous children. Significant differences in emotional difficulties and peer problems subscales were found for children of overseas-born mothers regardless of English proficiency. Children from Indigenous and CALD backgrounds experience poorer mental health outcomes at school entry than their Australian-born English speaking peers. They are also more likely to be exposed to risk factors for poor child mental health outcomes within their family and neighborhood environments
Caqueo, Urzua et al. 2014 (26)	Arica – Northern Chile	Cross-sectional 2010-2011	Aymara and non-Aymara	SDQ	11,89 +/- 1,45	Total: 610 Aymara: 246 Non-Aymara: 364	Aymara children showed similar strengths and difficulties than non-Aymara students in situations that require emotional adjustment.
Caqueo-Urizar, Urzua et al. 2014 (27)	Arica – Northern Chile	Cross-sectional	Aymara and non-Aymara	SiC CDI-S	9 - 15	Total: 748 Aymara: 275	No significant difference between Aymara and non-Aymara children on any of the instrument scales. There was found no difference in levels of anxiety or depression symptoms between Aymara and non-Aymara children.
Whitbeck, Sittner Hartshorn et al. 2014 (23)	Northern Midwest United States and Canada	Cohort 2002 - 2010	AI	DISC-R UM-CIDI (for caretakers)	Mean 11.3 – 18.3	671	Findings show a dramatic increase in lifetime prevalence rates for substance use disorders. By young adulthood, over half had met criteria of substance abuse or dependence disorder. At young adulthood 58.2% had met lifetime criteria of a single substance use or mental disorder and 37.2 % for two or more substance use or mental disorders. Prevalence rates of past-year ADHD were low across waves (2.1% at Wave 1 and declining to 1% at Wave 8). Adolescent-reported lifetime CD increased linearly across diagnostic waves from 7.6% at Wave 1 to 32.1% at Wave 8.
Dray, Bowman et al. 2016 (25)	New South Wales – Australia	Cross-sectional Aug-Nov/ 2011	Aboriginal and/or Torres Strait Islander	SDQ (youth self-report)	12 - 16	Total: 6.793 Aboriginal/Torres Strait: 723 Non-Aboriginal: 6.061	Aboriginal adolescents scored higher for mental health problems than non-Aboriginal adolescents for four SDQ outcomes: total SDQ, internalizing problems, externalizing problems and prosocial behaviour problems.

AI - American Indian, CALD - Cultural and Linguistically Diverse, CAPA - Child and Adolescent Psychiatric Assessment, CBCL – Child Behaviour Checklist, CDI-S - Children depression inventory-Short, CI - Clinical Interview, PQ - Parent Questionnaire, SRQ - Self-report questionnaire, MR - Medical Records, CP - Conduct Problem Scale, NA - Non available, SUD - Substance Use Disorder, CRS-R:L - Parent and Teacher Conners' Rating Scales-Revised: LongVersion, DISC-R 2.1C - Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.1C, DISC-R - Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised, EICA - Inventory of the Level of Involvement in Aymara Culture, LSAC - Longitudinal Study of Australia

A avaliação de cada psicopatologia e forma de avaliação dos dados obtidos foi heterogênea, dependendo do instrumento de rastreio e do objetivo de cada estudo. Todos os estudos realizaram uma comparação entre a prevalência obtida no estudo com população não-indígena, seja com parte da amostra não indígena do próprio estudo (8, 17, 19, 24-27, 29, 31), os dados foram comparados com médias regionais, nacionais ou de outros estudos (18, 20-23, 28, 30).

Quando analisamos a prevalência de sintomas psiquiátricos, doze dos dezesseis estudos apresentaram a população indígena infantil com maior prevalência que a não-indígena. Beals et al. (18) encontraram taxas mais elevadas para transtorno disruptivo, transtornos relacionados ao uso de substâncias (TUS) e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) nos indígenas americanos quando comparados à média nacional. Ainda neste estudo, os indígenas apresentaram taxas semelhantes ou menores para Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno de Ansiedade. Fisher et al. (19) relataram maiores problemas de comportamento e transtornos mentais em índios americanos que em seus colegas caucasianos, tanto para o sexo masculino, quanto para o sexo feminino. No estudo de Heyerdahl (28), indígenas Sami apresentaram mais problemas de isolamento e problemas sociais que seus pares noruegueses não indígenas. Ambos os sexos apresentaram alta prevalência (20 – 22.5%) para comportamento delinquente, tais como “faltar aula” e “uso de álcool e drogas”. Resultados para ansiedade, depressão e transtorno de conduta foram semelhantes à média nacional. Zubrick et al. (8) encontraram maior risco clinicamente significativamente de apresentar problemas emocionais ou comportamentais nos aborígenes (24%), quando comparados a população infantil não-aborígine (15%). Baydala et al. (20) avaliando crianças aborígenes, identificaram uma alta prevalência de sintomas associados ao TDAH (22,7%) quando comparados à população geral. A porcentagem dos sintomas em meninas (32%) foi maior que em meninos (16%). Yen et al. (31) notaram que adolescentes meninas com mais conflitos familiares, menos apoio familiar e menor afinidade com os pares, têm mais psicopatologias. Os aborígenes tiveram psicopatologias mais severas do que os não aborígenes, salvo por “hostilidade” no SCL-90-R. Whitbeck et al. (21-23) apresentaram resultados provenientes de um estudo longitudinal de 8 anos e encontraram que 58,2% dos indígenas apresentaram critérios para o uso de uma substância e algum transtorno mental e 37,2% para duas ou mais substâncias ou transtornos mentais, ao longo da vida. A prevalência de sintomas de TDAH foi baixa no decorrer dos anos. O diagnóstico de transtornos de conduta aumentou linearmente, da primeira avaliação (1 - 7,6%) até a última (8 - 32,1%). No estudo de Turi (29), observou-se que os indígenas Sami com alterações de conduta buscam menos atendimento psicológico/psiquiátrico do que não indígenas. Azevedo et al. (30) encontraram

uma prevalência de 24,5% de sintomas de TDAH em indígenas *Karajá*, que eram tidos como “problemáticos” por seus cuidadores. Priest et al. (24) encontraram maior pontuação total no SDQ e em todas as subescalas nos aborígenes comparados com os não aborígenes. Finalmente, no estudo de Dray (25), aborígenes apresentaram taxas mais elevadas que seus pares não aborígenes pelo SDQ. As meninas tiveram maior prevalência para a escala de sintomas internalizantes e total (SDQ) que o sexo masculino.

Costello et al. (17) relataram taxas de transtornos psiquiátricos discretamente inferiores nos Índios Americanos (Cherokees) comparadas às crianças europeias/americanas (16,7% vs. 19,2%). No mesmo estudo, os indígenas apresentavam 1,2% mais chances de preencher critérios para TUS que seus colegas não-indígenas. Caqueo et al. (26) encontraram taxas semelhantes da pontuação total do SDQ para crianças Aymara e não-Aymara quando requerido adequação emocional. Em outro estudo (27), Caqueo-Urizar et al. também não encontraram diferenças estatísticas observadas para sintomas depressivos e ansiosos entre Aymara e não-Aymara com os instrumentos utilizados.

Uma minoria de trabalhos investigou a prevalência de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) concomitantemente a outros transtornos psiquiátricos na população estudada. Provavelmente por um viés de seleção de artigos desta revisão, que excluiu aqueles que trataram exclusivamente da prevalência de TUS. Um total de cinco estudos abordou o uso/abuso de substâncias lícitas e/ou ilícitas pelos sujeitos (17, 18, 21-23, 29). Um estudo avaliou o uso de substâncias nos familiares (31).

Table 2: Examples of studies included in the review

Estudos	Característica da área ocupada pelos indígenas	Área ocupada pelos indígenas				Critério indígena	Como vivem?			Comparação de prevalência com não-indígenas		Adaptação do questionário aos indígenas ou tradutores?			Prevalência de TM		
		Reserva	Rural	Urbana	Não especificado		Isolados	Com população não-indígena	Não especificado	Amostra do mesmo estudo	Outros	Sim	Não	Não especificado	> Indígenas	> Não indígenas	Semelhante
Costello (17)	Qualla Boundary (federal reservation of the Eastern Band of Cherokee Indians).	X	X			Ser membro da tribo ou reconhecida descendente da primeira ou segunda geração de um membro indígena inscrito.		X		X		CAPA auxiliado por um consultor para adequação e competência cultural na entrevista. Tem boa validade para uso em crianças caucasianas e afro-americanas, mas não foi realizado reteste nos indígenas.				X	
Beals (18)	Northern Plains Community					Não especificado			X		X	Indígenas receberam treinamento para aplicar o questionário. Não especifica adequações culturais			X Disruptive ADHD (10,6%) Conduta	Depressão Ansiedade	
Fisher (19)	Reserva rural	X	X			Alta taxa de adesão aos valores tradicionais e prática de atividades culturais e religiosas tradicionais		X		X			X		X >TM no geral		
Heyerdahl (28)	Áreas semi-rurais		X			Etnia definida pela proficiência linguística dos avós e dos pais e origem étnica dos pais. Sami: povos indígenas na parte ártica da Escandinávia. Kvens: descendentes de imigrantes de língua finlandesa do norte da Finlândia e da Suécia.		X			X	Adequação: Testou o YSR em cada etnia para avaliar sua aplicabilidade e confiabilidade, encontrando uma consistência interna satisfatória. Retro-tradução independente havia testada em um estudo anterior com mesma etnia. Feitas pequenas revisões linguísticas para a versão Sami usada neste estudo. Não há relato de adequação dos outros instrumentos			X Isolamento Problemas sociais Comp. delinquente		Ansiedade, depressão e conduta
Zubrick (8)	Desenvolveram Level of Relative Isolation (LORI)	X	X	X		Famílias e pessoas que se consideravam aborígenes		X		X		SDQ-PA Modificado			X Behavioral and emotional		

Baydala (20)	Reservas em Alberta – Canada, e em outras reservas	X				Não avaliado			X		X		X	ADHD (22,7%) OBS: MAIOR em meninas			
Yen (31)	Regiões montanhosas, com densidade populacional baixa, transporte inconveniente e falta de recursos médicos		X			Não relatado		X		X		Versão Chinesa. Sua validade na avaliação da sintomatologia neurótica de pacientes e psicopatologia de adolescentes em Taiwan já foi estabelecida, mas sem adequação para indígenas	X		Psicopatologia mais severa		
Whitbeck (21-23)	Isolated rural reservations. Não é o ambiente nativo, mas é isolado, vivem com indígenas. Dificil acesso por vias e longe de cidades	X				Não relatado	X				X	UM-CIDI - modificado para adequação cultural, mas sem avaliação psicométrica. Confiabilidade inter-avaliador, confiabilidade test-retest e validade para os diagnósticos que foram utilizados neste estudo. Não foi feita adequação do disc-r			X T. Conduta (2x maior)		
Turi (29)	Ruais ou semi-rurais, pouca diferença sócio-econômica com a população local		X			Auto-identificação, que se percebiam como Sami		X		X				X		X	
Azevedo (30)	Aldeia indígena	X				Não relatado	X				X	Entrevista clínica com tradutores			X >TDAH (24,5%)		
Priest (24)	Não relatado				X	Não relatado		X		X		A modified SDQ used in the WAACHS has good internal validity and reliability, and is appropriate for Aboriginal children			X		
Caqueo (26)	Arica - city			X		Descendência indígena (Aymara)		X		X				X		X	
Caqueo-urizar (27)	Arica - city			X		Escala de nível de envolvimento com população aymara.		X		X				X		X	
Dray (25)	Disadvantaged local government areas, local district. Accessibility/Remoteness		X	X		Auto percepção (questionados se se consideravam aborígenes)		X		X			X		X Aboriginal scored higher than non-Aboriginal across all SDQ subscales		

DISCUSSÃO

Esta, até onde vai nosso conhecimento, esta é a primeira revisão sistemática sobre a prevalência de transtornos mentais em população infantil indígena. Foram selecionados apenas 16 estudos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Estes estudos representam cinco etnias de quatro continentes. Estes estudos nos permitiram constatar a alta prevalência de transtornos psiquiátricos nas populações nativas, surgindo então dois grandes questionamentos: os indígenas apresentam de fato maior prevalência de problemas mentais que os não indígenas? Se sim, quais seriam os fatores envolvidos? Tentaremos responder essas perguntas durante a discussão.

Talvez em nenhuma outra circunstância as unidades mente, corpo e alma sejam tão singulares e necessárias do que quando tentamos definir saúde mental em populações indígenas. Os pesquisadores enfrentam desafios significativos pela diversidade cultural e linguística de minorias étnicas. Muito disso reflete o passado e presente impacto da colonização, juntamente com fatores sociais e culturais, sobre a saúde física e emocional dos nativos. Assim, o estabelecimento da incidência de problemas psiquiátricos deve questionar não só a definição de saúde mental, mas também a validade dos transtornos nessas populações.

Os povos indígenas sofreram traumas graves por colonização, genocídio, perda de terras, aculturação, interferências nas tradições e estabilidade familiar e desvantagem econômica (4). Não surpreende que a saúde física e mental de muitas das populações indígenas seja muito inferior à das não indígenas (33). Ainda assim, há dados limitados sobre a saúde mental dessas minorias, principalmente da população infantil. A atual revisão sistemática evidencia dados epidemiológicos de poucos países privilegiados com pesquisadores que se aventuraram pelo tema.

Em nosso estudo, uma maioria de doze (8, 18-25, 28, 30, 34) dos dezesseis estudos selecionados observaram taxas mais elevadas para transtornos mentais em indígenas em comparação com a população não indígena. Devido ao pequeno número de estudos, em combinação com o alto grau de heterogeneidade entre o tamanho amostral dos estudos, locais pesquisados, rastreios e métodos de diagnóstico, definições de resultados e fontes de dados, o grande intervalo nas taxas de prevalência de transtornos encontrados não são surpreendentes. A comparação com não indígenas foi, por vezes, realizada com amostra não indígena do próprio estudo (8, 17, 19, 24-27, 29, 31) e outras vezes com a média da população local, nacional, ou de outros estudos representativos de mesma faixa etária (18, 20-23, 28, 30).

Alguns sintomas internalizantes, como depressão e ansiedade, variam de estudo para estudo, com alguns apresentando maior prevalência em indígenas (8, 19, 21-25, 28, 31) e os outros apresentando maior prevalência em não indígenas. Foi notória a maior prevalência de sintomas externalizantes nos indígenas na maioria dos estudos, principalmente de TDAH e de transtornos de conduta/disruptivos (18, 20-23, 30). Baydala et al (20). justificam a maior prevalência de sintomas externalizantes, associando-os às próprias características da população que estudamos. Sugerem então, por exemplo, que os sintomas de TDAH em crianças aborígenes podem ser representativos de padrões únicos de aprendizagem e comportamentais típicos de crianças de origem boriginal, em vez de verdadeiros TDAH. O desempenho em testes em seu estudo, como o WIAT-II e no WISC-III indicam que as crianças aborígenes com sintomas de TDAH não se encaixavam nos mesmos padrões cognitivos e de aprendizagem típicos de crianças diagnosticadas com TDAH. Em vez disso, as crianças aborígenes com sintomas de TDAH apresentaram um desempenho semelhante ao de outras crianças aborígenes sem sintomas de TDAH do que as crianças não aborígenes com TDAH. Congruente com a população infantil não indígena, nossa revisão encontrou maior prevalência dos sintomas externalizantes nos meninos e dos internalizantes nas meninas, exceto por um estudo que constatou maior prevalência de TDAH no sexo feminino (32%) em relação ao sexo masculino (16%) (20). Uma das justificativas para tal são as piores condições socioeconômicas e menor proteção social apresentadas pelo sexo feminino naquela etnia.

Apenas três dos dezesseis estudos selecionados observaram taxas semelhantes de transtornos mentais em indígenas e não indígenas (26, 27, 29) e apenas um estudo observou taxas semelhantes de transtornos mentais entre população indígena e não indígena, porém com maiores taxas de uso de substâncias nos indígenas (17). De fato, chama atenção o uso e abuso de substâncias mais prevalentes em indígenas que em não indígenas em todos os estudos que avaliaram este quesito (17, 18, 21-23). O álcool já era dentro de diversas culturas indígenas, antes mesmo da introdução do álcool destilado pelo “homem branco”. Indígenas Potiguara, do Alto do Rio Negro (estado do Amazonas, no Brasil) – mas também os Kaxináwa, Yamináwa, Kulína e Kaingáng – fazem uso de *caxiri* fraco desde os 3 a 4 anos de idade. Apesar de ser uma bebida obtida com a fermentação da mandioca, é considerado um alimento para eles. O *caxiri* forte é utilizado por volta dos 12 aos 15 anos, considerado um rito de iniciação (35). No entanto, é percebido que após a introdução de bebidas com teor alcoólico mais elevado (como a cachaça), há uma preferência por esta, elevando os índices de alcoolismo. D mesma forma, existe um contexto cultural e de alculturação na introdução de drogas ilícitas.

Neste artigo de revisão, a análise dos artigos, a comparação dos dados obtidos e a elaboração de hipóteses válidas quanto às maiores taxas encontradas em populações nativas foram as etapas mais complexas. Isso porque, além das próprias dificuldades com a diversidade dos dados, estudos transculturais contemplam duas diferentes perspectivas sob o paradigma *emic-etíc*. A perspectiva *emic* se baseia nas interpretações existentes dentro da cultura (como pessoas locais pensam, suas regras, comportamentos, o que tem significado para elas). A abordagem *etíc* (mais científica) se refere a generalizações de comportamentos humanos consideradas universalmente válidas por um antropólogo. Em outras palavras, se deduz das especificidades locais categorias gerais, objetivando identificar e comparar fenômenos equivalentes em contextos culturais diferentes (36). Assim, a mera tradução de um questionário é incapaz de oferecer parâmetros aceitáveis para avaliar os resultados obtidos em um estudo transcultural. A ausência de equivalência inviabiliza a comparação dos resultados obtidos em diferentes países ou culturas, sendo a principal dificuldade neste estudo.

Poucos artigos selecionados descreveram metodologicamente as adequações feitas para as culturas estudadas. Costello et al. (17) usaram o CAPA auxiliado por um consultor para adequação e competência cultural na entrevista, mas sem realizar reteste em populações indígenas. Heyerdahl et al. (28) testaram o YSR em cada etnia para avaliar sua aplicabilidade e confiabilidade, encontrando uma consistência interna satisfatória. A retro-tradução independente havia sido testada em um estudo anterior (32), com população de mesma etnia. Priest et al. (24) utilizaram o SDQ adaptado para crianças aborígenes, já utilizado em um estudo anterior (37), com boa validade interna e confiabilidade. Zubrick et al. (8) utilizaram uma versão modificada do SDQ, tendo o SDQ como aceitável na avaliação da saúde mental de aborígenes, mas sugerindo adequação cultural. No estudo de Whitbeck, o instrumento UM-CIDI foi modificado para adequação cultural, mas sem avaliação psicométrica (21-23). Priest et al. (24) utilizaram o SDQ modificado para em outro estudo (37), apresentando boa confiabilidade e validade interna, sendo considerado apropriado para crianças aborígenes.

Nos outros estudos, nenhuma adequação do instrumento empregado foi realizada. Dray et al. (25) utilizaram uma versão do SDQ adaptada à população australiana, mas não para aborígenes. Na discussão do artigo o autor faz questão de ressaltar a necessidade de uma versão adaptada para aquela etnia. Nos estudos longitudinais de Whitbeck (21-23), foram utilizados o DISC-R com adequação, porém o UM-CIDI sem adequação para população indígena. Na discussão o autor reconhece a interferência direta das variações culturais nos resultados obtidos. Baydala et al. (20) não especifica se o instrumento CRS-R:L

foi adequado ao idioma e cultura dos aborígenes (Stoney e Cree), nem se algum tradutor foi consultado. Yen et al. (31) relata que o SCL-90-R apresenta boa validade em identificar alterações psicopatológicas de adolescentes em Taiwan, mas não menciona os aborígenes. Turi et al. (29) também não discrimina qualquer adequação do SDQ para a população Sami. Caqueo et al. (26) destaca a confiabilidade e validade do SDQ, mas não especifica adequações especificamente à população Aymara. Caqueo-Urizar et al. (27) utilizou uma versão adaptada do SiC aos chilenos, mas não aos Aymara, enquanto O CDI-S foi traduzido e adaptado culturalmente para o espanhol, mas novamente, não ao Aymara.

Azevedo et al. foi o único a avaliar a prevalência de um transtorno psiquiátrico (TDAH) por meio de entrevista, único método para confirmação de diagnósticos psiquiátricos (30). A prevalência de TDAH nas crianças Karajá foi avaliada por meio de entrevistas psiquiátricas, realizadas por um psiquiatra infantil. Contaram com o auxílio de um profissional da saúde nativo, proficiente nas línguas portuguesa e local (Karajá), como intérprete. Os critérios do DSM-IV foram utilizados para o diagnóstico.

Um dos instrumentos de pesquisa mais usados para avaliação de sintomas psiquiátricos em população infanto-juvenil, inclusive culturalmente distinta, é o Sistema de Avaliação Empiricamente Baseado (ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach). Conta com versões para pais (CBCL), professores (TRF) e os próprios sujeitos (YSR). Mesmo amplamente usado, três artigos selecionados usaram o instrumento, sendo que apenas um usou o YSR (28), um utilizou o CBCL e TRF (34) e um utilizou o CBCL, TRF e YSR (19), enquanto outros cinco empregaram o SDQ (8, 24-26, 29). Ambos instrumentos apresentam propriedades psicométricas semelhantes, com boa validade e confiabilidade. Estudos internacionais correlacionaram os resultados obtidos pelo SDQ aos do CBCL, TRF e YSR, apresentando consistência interna suficiente (38, 39). A maior facilidade de aplicação (menos itens) do SDQ explicaria o seu uso preferencial ao ASEBA, nos estudos aqui selecionados. Enquanto o SDQ tem 25 itens e gasta 5 minutos para responder, cada versão do ASEBA é composta de 112 itens e requer 15-30 minutos para ser respondido (40). Em entrevistas com sujeitos com possíveis transtornos hiperativos, 10 minutos podem significar a conclusão do questionário, a perda do interesse ou a desistência em participar.

Quando não há um instrumento específico à uma cultura ou universalmente válido, recomenda-se adaptar este instrumento existente à nova cultura. Imagina-se que alguns estudos não realizaram a adequação dos instrumentos por que, se não validado de forma apropriada, podem impedir a comparação dos resultados com outros estudos (41), além de ser um procedimento complexo e trabalhoso. Outros podem não tê-la feito porque os

indígenas já estariam inseridos no meio dos não indígenas, frequentando as mesmas escolas, habituados ao mesmo idioma e costumes locais. Entretanto, embora a aculturação homogenize as diferenças entre grupos distintos, diversos aspectos da cultura podem permanecer inalterados. Assim, a experiência de “escutar vozes de ancestrais já falecidos” pode ser considerada normal ou anormal, conforme a cultura local ou o contexto sócio histórico. De outra forma, seria desnecessária a comparação com populações não indígenas, pois ambas comporiam uma mesma população.

Sem a devida compreensão do que se é questionado, não é possível fornecer uma resposta fidedigna. Vale lembrar que não existe uma tradução literal para algumas culturas de termos ou palavras específicas. Na sociedade aborígine não havia palavra, termo ou expressão para “saúde” como é entendido na sociedade ocidental. Seria difícil, da percepção aborígine, conceber a “saúde” como um aspecto da vida. A tradução mais próxima em um contexto aborígine provavelmente seria um termo como “saúde é a vida”. Nas comunidades aborígenes da Austrália Central, um comportamento aberrante é descrito como “bobo, estúpido, louco (rama-rama), ou irracional (kawa-kawa)”. Nesta mesma região, alguns termos utilizados para “loucura”, também se aplicavam à “surdez”, havendo diversas outras palavras para descrever comportamentos perturbados (42).

Outro ponto a ser abordado é o valor que se dá a cada comportamento. Em geral, há um alto grau de aceitação de comportamentos anormais na comunidade aborígine da Austrália Central. No entanto, algumas sutilezas na linguagem fazem toda a diferença entre um comportamento aceitável ou já enquadrado em um transtorno mental. Dor e depressão são consideradas reações normais, assim como a raiva é aceitável, dependendo do contexto. A agressão, no entanto, é distinguida como um traço da personalidade ou transtorno (43, 44). Fato interessante é que, quando prestadores de serviços locais percebem um indivíduo como sendo portador de algum tipo de transtorno mental, a comunidade aborígine local também reconhece.

Como já colocado anteriormente, estudos que avaliaram exclusivamente o uso/abuso de substâncias ou o suicídio entraram em nossos critérios de exclusão. No entanto, em nossas buscas pelos bancos de dados, observamos que estudos que tratam sobre esta temática são a maioria dos realizados em população indígena adulta e infantil. Talvez por causarem um maior impacto na população não indígena, chocando a sociedade pelas crianças intoxicadas com álcool ou drogas, ou pelo suicídio, chamando maior atenção das autoridades públicas que passam a demandar por dados epidemiológicos. Transtornos do humor, ansiosos, disruptivos, desatencionais e hiperativos são negligenciados,

embora bem estabelecidos que atuem como precursores para o uso de substâncias e suicídio (45-47).

Existem algumas teorias para as discrepantes taxas encontradas para transtornos mentais entre indígenas e não indígenas. Uma explicação plausível seria a inadequação dos instrumentos na maioria dos estudos. Uma vez que uma minoria dos estudos apresentou adequação de seus instrumentos para a população estudada, a falta de testes psicométricos pode alterar os resultados. Por outro lado, quando observamos estudos com metodologias adaptadas à população, como no caso dos estudos de Azevedo (30), Priest (24), Zubrick (8), Heyerdahl (28), ainda assim, encontramos valores maiores de problemas mentais em indígenas. Azevedo et al, utilizaram a entrevista psiquiátrica (“padrão ouro” para o diagnóstico psiquiátrico), com tradução feita por profissionais da saúde com proficiência na língua local, encontrando 24,5% de prevalência de TDAH – a média mundial é de cerca de 5% (48). Priest et al. utilizaram o SDQ modificado, com boa validade interna e confiabilidade para crianças aborígenes (37). Zubrick et al. utilizaram a escala SDQ para pais adequada para a população aborígene, encontrando 24% de problemas totais para aborígenes, enquanto para a população não aborígene foi de 15% (8). Heyerdahl et al. mesmo com o YSR adequado às etnias locais, encontrou maior prevalência nos indígenas em quase todos os domínios pesquisados. Esses estudos corroboram com a hipótese de maior prevalência de problemas mentais nessas etnias.

Taxas de prevalência tão discrepantes, nos fazem pensar em uma segunda teoria para estes achados: mesmo com as adequações linguísticas e psicométricas realizadas, os itens questionados e a forma de questioná-los, deve ser a mesma para a população não nativa? Tal questionamento surge através das necessidades primárias dos indígenas em seu ambiente nativo. Sugere uma seleção de características específicas, vantajosas, como maior atividade motora, permitiria avaliar e identificar novas oportunidades no ambiente em que viviam/vivem. Também, a rápida mudança de atenção auxiliaria na monitoração de ameaças ao redor, e a impulsividade proveria uma rápida decisão para demandas do ambiente (20, 49). Seriam, portanto, características adaptativas, e que seriam mal interpretadas quando investigadas pelos questionários desenvolvidos para população que vive e se desenvolveu em outro contexto (50). Essa hipótese foi descartada por Azevedo et al. (30), que não concordam que a maior prevalência de TDAH encontrada seja fruto de um processo adaptativo ao meio. Descartam-na porque os pais/cuidadores relataram espontaneamente desatenção, hiperatividade e impulsividade percebidos como transtornos, pois tais comportamentos não eram esperados e estavam aumentados em comparação com outras crianças indígenas normais. Isaacs et al. (51) destacam as variações

nos sintomas de TDAH devido ao contexto ambiental, influências familiares e escolares pois a incidência aumenta com a desvantagem social.

É importante ressaltar que a maior prevalência de sintomas psiquiátricos em minorias étnicas não é exclusiva dos jovens indígenas. Outras minorias, por exemplo, jovens imigrantes da Bélgica, relataram maior número de experiências traumáticas, mais problemas com seus pares e maior exclusão que não imigrantes (52). Resultados semelhantes foram observados em crianças imigrantes dos países baixos, com maior nível de problemas internalizantes e externalizantes que seus pares não imigrantes (53-56). Portanto, a situação socioeconômica desfavorável, a aculturação, a desapropriação de terras, o racismo e desemprego, observados entre indígenas internacionalmente (33), explicariam as condições de saúde física e mental degradantes encontradas (7).

Variou-se o grau de inserção e identidade cultural das etnias estudadas. Algumas viviam relativamente isoladas de outras comunidades e mantinham seus costumes seculares, como os Karajá (30, 57) e Índios Americanos (21-23). Outras já haviam sido bastante aculturadas, com perdas imensuráveis, como os Aymara (26, 27). O processo de aculturação se torna importante quando observamos os dados obtidos no estudo de Caqueo-Uribe e col. (27). Eles observaram que entre os jovens Aymara – aqueles com alto envolvimento em tradições culturais próprias – apresentaram menos ansiedade e sentimentos de desesperança. Esses resultados indicam que as crianças Aymara com alto envolvimento cultural podem lidar melhor com ansiedade e sentimentos de desesperança. Celebrações tradicionais, por exemplo, têm duas características que protegem contra o desenvolvimento de transtornos mentais: participação social e comunitária e eventos religiosos. O contato regular com os pares, a percepção cultural e envolvimento em eventos positivos na vida, faz com que as crianças Aymara tenham mais esperança.

Em termos antropológicos, a dinâmica de aclimação é chamada de “crioulização” (creolization), levando a uma mistura de etnias e costumes (58). Uma vez que a cultura de uma população é o cerne da pesquisa transcultural, ela deve ser estabelecida. Para que se conhecer adequadamente tais questões, os estudos epidemiológicos em culturas distintas devem ter certos cuidados. Devem-se levar em consideração a validade dos conceitos e categorias diagnósticas importadas, normalmente dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento, e de uma dada população para outra (59). O atendimento na área da saúde mental tem exigido o que hoje é denominado como “competência cultural” (60, 61). Esta é indispensável na otimização do cuidado clínico, pois os fatores culturais são centrais na utilidade e validade do diagnóstico realizado. O processo de aculturação, a discriminação

social e o racismo, causariam mais estresse, levando à maior prevalência de sintomas internalizantes nessas etnias.

Ainda como hipótese para a maior prevalência de sintomas, temos a endogamia presente nestas populações, praticamente isoladas ou residindo numa mesma região geográfica. Alguns estudos de consanguinidade e distúrbios multifatoriais creditam importante papel da endogamia na etiologia de doenças específicas, tais como diabetes mellitus, hipertensão, transtornos mentais e câncer. Os resultados desses estudos sugerem a implicação de variantes deletérias recessivas na etiologia de tais doenças (62-65). Bener (2017) encontrou diferenças estatisticamente significantes entre consanguíneos e não consangüíneos em relação à idade, escolaridade, status de ocupação, renda familiar, Índice de Massa Corpórea (IMC), tabagismo e fumo de shisha. Em seu estudo, a prevalência dos transtornos de ansiedade generalizada; fobia social, fobia específica, depressão maior e transtornos de personalidade foram significativamente maiores em casamentos consangüíneos do que em não consangüíneos (66).

Cabe ainda discutir outra hipótese para as diferenças de resultados entre os indígenas e não indígenas: a cultura e o comportamento social e nossa forma de interpretá-la. O psicólogo social Millard Madsen começou com a premissa de que as crianças ocidentais de classe média eram marcadamente diferentes. Ele inventou uma série de dispositivos engenhosos, semelhantes a jogos, que revelaram inequivocamente se uma criança estava disposta a uma postura competitiva ou cooperativa. Em seu trabalho inicial, ele descobriu que os sujeitos nos Estados Unidos faziam apenas jogadas competitivas no jogo (que apenas recompensavam movimentos cooperativos), enquanto as crianças de uma aldeia mexicana faziam apenas movimentos cooperativos. Replicado em inúmeras outras sociedades, os estudos revelaram que as crianças dos EUA são muito mais competitivas do que as crianças de outras sociedades (67). Variações transculturais adicionais foram cuidadosamente previstas pelas circunstâncias sociais da criança, de modo que as crianças da aldeia eram mais cooperativas do que as crianças urbanas, por exemplo. Nas terras altas da Pádua-Nova Guiné, as crianças Melpa dos clãs em guerra eram menos cooperativas do que os pares dos mesmos clãs ou aliados (68) (Lancy & Madsen, 1981). Dentre os estudos incluídos nesta revisão, os jovens Sami com problemas de conduta apresentaram menor probabilidade do que os não-Sami de procurar um psicólogo/psiquiatra. Esta descoberta específica pode ser um exemplo de influência cultural sobre o reconhecimento de problemas. As normas sociais dentro da cultura podem encorajar a busca de ajuda por problemas emocionais, mas não por problemas comportamentais (29). Os pais Sami tinham

limiares mais altos para identificar o comportamento infantil como “problemáticos”, em comparação com os pais noruegueses (69).

LIMITAÇÕES

Nossa estratégia de pesquisa incluiu apenas bancos de dados eletrônicos que contém principalmente artigos em inglês. Isso pode ser considerado como uma fonte de viés e um limite em perspectiva. A possível existência de artigos publicados em outros idiomas, ou que abordam etnias com nomenclatura desconhecida para estes autores, é uma possibilidade. A existência de estudos não publicados – trabalhos em andamento, teses e dissertações, dados governamentais – ou não localizados também é um possível viés.

CONCLUSÃO

Fenômenos como valores pessoais, expressividade emocional e traços de personalidade são esperados, a priori, para variar entre os indivíduos e, por extensão, às sociedades. Os dados epidemiológicos disponíveis sobre a saúde mental infantil de indígenas/nativos são bastante limitados. A alta prevalência de sintomas psiquiátricos comparada com não indígenas é um sinal de alerta para uma população em possível sofrimento psíquico. São problemas de saúde pública persistentes, se mostrando não só em números, mas anunciando comportamentos autodestrutivos a médio e longo prazo. Surpreendentemente, esses fatos aparentam estar sendo ignorados. Esperamos contribuir com esta revisão sistemática que, apesar de conter poucos estudos, apresenta uma abrangência global.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization WH. *WHO Health of indigenous peoples* 2007 06 February 2017.
2. Stephens C, Nettleton C, Porter J, Willis R, Clark S. Indigenous peoples' health—why are they behind everyone, everywhere? *The Lancet*. 2005;366(9479):10-3.
3. Nettleton C, Napolitano D, Stephens C. An overview of current knowledge of the social determinants of Indigenous health. 2007.
4. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*. 2009;374(9683):65-75.
5. Stidsen S. The indigenous world 2006: International Working Group on Indigenous Affairs (IWGIA); 2006 2006.
6. Gone JP. "We never was happy living like a Whiteman": Mental health disparities and the postcolonial predicament in American Indian communities. *American journal of community psychology*. 2007;40(3-4):290-300.
7. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*. 2013;90:24-31.
8. Zubrick SR, Silburn SR, Lawrence DM, Mitrou FG, Dalby RB, Blair EM, et al. The Western Australian Aboriginal child health survey: the social and emotional wellbeing of Aboriginal children and young people: Telethon Institute for Child Health Research and Curtin University of Technology; 2005.
9. Adermann J, Campbell M. Big worry: Implications of anxiety in Indigenous youth. *The Australian Journal of Indigenous Education (Supplement)*. 2007;36:74-80.
10. Kisely S, Alichniewicz KK, Black EB, Siskind D, Spurling G, Toombs M. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychiatric research*. 2017 Jan;84:137-52. PubMed PMID: 27741502.
11. Azuero AJ, Arreaza-Kaufman D, Coriat J, Tassinari S, Faria A, Castañeda-Cardona C, et al. Suicide in the Indigenous Population of Latin America: A Systematic Review. *Revista Colombiana de Psiquiatria*. 2017.
12. Nelson SE, Wilson K. The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social science & medicine*. 2017 Mar;176:93-112. PubMed PMID: 28135694.
13. Lehti V, Niemela S, Hoven C, Mandell D, Sourander A. Mental health, substance use and suicidal behaviour among young indigenous people in the Arctic: a systematic review. *Social science & medicine*. 2009 Oct;69(8):1194-203. PubMed PMID: 19700231.
14. Oliveira CSd, Lotufo Neto F. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. 2003.
15. Ferman EB, Costello EJ, Angold A, Farmer EM, Erkanli A. Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents the Great Smoky Mountains Study. *Drug and alcohol dependence*. 1997 Mar 14;44(2-3):69-78. PubMed PMID: 9088778.
16. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JP, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine*. 2009;6(7):e1000100.
17. Costello EJ, Farmer E, Angold A, Burns BJ, Erkanli A. Psychiatric disorders among American Indian and white youth in Appalachia: the Great Smoky Mountains Study. *American journal of public health*. 1997;87(5):827-32.
18. Beals J, Piasecki J, Nelson S, Jones M, Keane E, Dauphinais P, et al. Psychiatric disorder among American Indian adolescents: prevalence in Northern Plains youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Sep;36(9):1252-9. PubMed PMID: 9291727.

19. Fisher PA, Bacon JG, Storck M. Teacher, parent, and youth report of problem behaviors among rural American Indian and Caucasian adolescents. *American Indian and Alaska native mental health research : journal of the National Center*. 1998;8(2):1-23. PubMed PMID: 9842063.
20. Baydala L, Sherman J, Rasmussen C, Wikman E, Janzen H. ADHD characteristics in Canadian Aboriginal children. *Journal of attention disorders*. 2006 May;9(4):642-7. PubMed PMID: 16648231.
21. Whitbeck LB, Johnson KD, Hoyt DR, Walls ML. Prevalence and comorbidity of mental disorders among American Indian children in the Northern Midwest. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2006 Sep;39(3):427-34. PubMed PMID: 16919807.
22. Whitbeck LB, Yu M, Johnson KD, Hoyt DR, Walls ML. Diagnostic prevalence rates from early to mid-adolescence among indigenous adolescents: first results from a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Aug;47(8):890-900. PubMed PMID: 18596558. Pubmed Central PMCID: 2643437. Epub 2008/07/04. eng.
23. Whitbeck LB, Sittner Hartshorn KJ, Crawford DM, Walls ML, Gentzler KC, Hoyt DR. Mental and substance use disorders from early adolescence to young adulthood among indigenous young people: final diagnostic results from an 8-year panel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014 Jun;49(6):961-73. PubMed PMID: 24488151. Pubmed Central PMCID: 4031267.
24. Priest N, Baxter J, Hayes L. Social and emotional outcomes of Australian children from Indigenous and culturally and linguistically diverse backgrounds. *Australian and New Zealand journal of public health*. 2012 Apr;36(2):183-90. PubMed PMID: 22487355.
25. Dray J, Bowman J, Freund M, Campbell E, Hodder RK, Lecathelinais C, et al. Mental health problems in a regional population of Australian adolescents: association with socio-demographic characteristics. *Child and adolescent psychiatry and mental health*. 2016;10(1):32. PubMed PMID: 27651830. Pubmed Central PMCID: 5022199.
26. Caqueo A, Urzua A, Ferrer R, Zuniga F, Palma C, Escudero J. [Strengths and difficulties in emotional adjustment of Aymara children from the perspective of children, parents and teachers]. *Revista chilena de pediatria*. 2014 Oct;85(5):561-8. PubMed PMID: 25697432. Fortalezas y dificultades para el ajuste emocional en niños aymara desde la perspectiva de los menores, padres y profesores.
27. Caqueo-Urizar A, Urzua A, De Munter K. Mental health of indigenous school children in Northern Chile. *BMC psychiatry*. 2014 Jan 17;14:11. PubMed PMID: 24438210. Pubmed Central PMCID: 3898225.
28. Heyerdahl S, Kvernmo S, Wichstrom L. Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European child & adolescent psychiatry*. 2004 Apr;13(2):64-72. PubMed PMID: 15103531.
29. Turi AL, Bals M, Skre IB, Kvernmo S. Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC public health*. 2009 Oct 08;9:378. PubMed PMID: 19814791. Pubmed Central PMCID: 2765965.
30. Azevedo PV, Caixeta L, Andrade LH, Bordin IA. Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in indigenous children from the Brazilian Amazon. *Arq Neuropsiquiatr*. 2010 Aug;68(4):541-4. PubMed PMID: 20730306. Epub 2010/08/24. eng.
31. Yen CF, Hsu CC, Liu SC, Huang CF, Yang MS. Psychopathology of aboriginal and non-aboriginal adolescents living in the mountainous region of southern Taiwan. *The Kaohsiung journal of medical sciences*. 2006 Nov;22(11):560-9. PubMed PMID: 17110345.
32. Kvernmo S, Heyerdahl S. Influence of ethnic factors on behavior problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998 Jul;37(7):743-51. PubMed PMID: 9666630.
33. Cohen A. The mental health of indigenous peoples - An international overview. Geneva: WHO; 1999.

34. Azevêdo PVB. Prevalência de problemas de saúde mental em populações de crianças e adolescentes indígenas Karajá da Amazônia brasileira. <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tde/1677/1/Tese%20Paulo%20V%20B%20e%20Azevedo.pdf>: Universidade Federal de Goiás; 2012.
35. Oliveira Md. Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang da bacia do Rio Tibagi: uma proposta de intervenção. Jeolas LS, Oliveira M, organizadores Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença Londrina: Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. 2003;43-65.
36. Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. Arch clin psychiatry (São Paulo, Impr). 1998;25(5):233-9.
37. Zubrick S, Lawrence D, De Maio J, Biddle N. Testing the reliability of a measure of Aboriginal children's mental health: an analysis based on the Western Australian Aboriginal Child Health Survey. 2006.
38. Becker A, Woerner W, Hasselhorn M, Banaschewski T, Rothenberger A. Validation of the parent and teacher SDQ in a clinical sample. European child & adolescent psychiatry. 2004;13 Suppl 2:II11-6. PubMed PMID: 15243781.
39. Becker A, Hagenberg N, Roessner V, Woerner W, Rothenberger A. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? European child & adolescent psychiatry. 2004;13 Suppl 2:II17-24. PubMed PMID: 15243782.
40. Liabø K, Richardson J. Measuring and Assessing Problem Behaviour. Conduct disorder and offending behaviour in young people: findings from research: Jessica Kingsley Publishers; 2007. p. 32-5.
41. Cassepp-Borges V, Balbinotti MA, Teodoro ML. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. 2010;506-20.
42. Dunlop S, editor All that Rama Rama Mob: Aboriginal Disturbed Behaviour in Central Australia'Central Australian Aboriginal. Central Australia Aboriginal Congress; 1988: Alice Spings.
43. Morice RD. Know Your Speech Community-I. Fear and Anxiety. Aboriginal and Islander Health Worker Journal. 1977;1(1):4.
44. Morice RD. Know Your Speech Community: II. Grief and Depression. Aboriginal and Islander Health Worker Journal. 1977;1(2):22.
45. Mendoza LFM, Peinado LdPS, Martínez LAD, Campo-Arias A. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatria. 2004;33(2):163-71.
46. Marsella A. Depressive experience and disorder across cultures. Handbook of Cross Cultural Psychology. Volume 6. Edited by: Triandis HC, Draguns J. 1979. Boston: Allyn and Bacon Google Scholar.
47. Nixon MK. Mood disorders in children and adolescents: coming of age. Journal of psychiatry & neuroscience : JPN. 1999 May;24(3):207-9. PubMed PMID: 10354653. Pubmed Central PMCID: 1189009.
48. Rohde LA, Halpern R. [Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder]. Jornal de pediatria. 2004 Apr;80(2 Suppl):S61-70. PubMed PMID: 15154074. Transtorno de deficit de atencao/hiperatividade: atualizacao.
49. Jensen PS, Mrazek D, Knapp PK, Steinberg L, Pfeffer C, Schowalter J, et al. Evolution and revolution in child psychiatry: ADHD as a disorder of adaptation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997 Dec;36(12):1672-9; discussion 9-81. PubMed PMID: 9401328.
50. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? The Behavioral and brain sciences. 2010 Jun;33(2-3):61-83; discussion -135. PubMed PMID: 20550733.

51. Isaacs D. Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we medicating for social disadvantage? (For). *Journal of paediatrics and child health*. 2006 Sep;42(9):544-7. PubMed PMID: 16925542.
52. McLaughlin KA, Hilt LM, Nolen-Hoeksema S. Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*. 2007 Oct;35(5):801-16. PubMed PMID: 17508278. Pubmed Central PMCID: 2881593.
53. Bengi-Arslan L, Verhulst FC, van der Ende J, Erol N. Understanding childhood (problem) behaviors from a cultural perspective: comparison of problem behaviors and competencies in Turkish immigrant, Turkish and Dutch children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1997 Nov;32(8):477-84. PubMed PMID: 9409164.
54. Janssen MM, Verhulst FC, Bengi-Arslan L, Erol N, Salter CJ, Crijnen AA. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Feb;39(2):133-40. PubMed PMID: 15052395.
55. Murad SD, Joung I, Lenthe FJ, Bengi-Arslan L, Crijnen AA. Predictors of self-reported problem behaviours in Turkish immigrant and Dutch adolescents in the Netherlands. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003;44(3):412-23.
56. Vollebergh WA, ten Have M, Dekovic M, Oosterwegel A, Pels T, Veenstra R, et al. Mental health in immigrant children in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Jun;40(6):489-96. PubMed PMID: 16003599.
57. Karajá. Povos Indígenas no Brasil [Internet]. Instituto Socioambiental. 1999.
58. Sam DL, Berry JW. Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian journal of psychology*. 1995;36(1):10-24.
59. Nikapota A. Cultural issues in child assessment. *Child and Adolescent Mental Health*. 2009;14(4):200-6.
60. Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006 Oct;3(10):e294. PubMed PMID: 17076546. Pubmed Central PMCID: 1621088. Epub 2006/11/02. eng.
61. Fox RC. Cultural Competence and the Culture of Medicine. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(13):1316-9.
62. Ben Halim N, Ben Alaya Bouafif N, Romdhane L, Kefi Ben Atig R, Chouchane I, Bouyacoub Y, et al. Consanguinity, endogamy, and genetic disorders in Tunisia. *Journal of community genetics*. 2013 Apr;4(2):273-84. PubMed PMID: 23208456. Pubmed Central PMCID: 3666836.
63. Hamamy HA, Masri AT, Al-Hadidy AM, Ajlouni KM. Consanguinity and genetic disorders. Profile from Jordan. *Saudi medical journal*. 2007 Jul;28(7):1015-7. PubMed PMID: 17603701.
64. Rudan I, Rudan D, Campbell H, Carothers A, Wright A, Smolej-Narancic N, et al. Inbreeding and risk of late onset complex disease. *Journal of medical genetics*. 2003 Dec;40(12):925-32. PubMed PMID: 14684692. Pubmed Central PMCID: 1735350.
65. Jaber L, Shohat T, Rotter JI, Shohat M. Consanguinity and common adult diseases in Israeli Arab communities. *American journal of medical genetics*. 1997 Jun 27;70(4):346-8. PubMed PMID: 9182771.
66. Bener A. Does consanguinity increase the risk of mental illnesses? A population based study. *European Psychiatry*. 2017;41:S512.
67. Madsen MC. Developmental and cross-cultural differences in the cooperative and competitive behavior of young children. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1971;2(4):365-71.
68. Lancy DF, Madsen MC. Cultural patterns and the social behavior of children: Two studies from Papua New Guinea. *Ethos*. 1981;9(3):201-16.

69. Javo C, Ronning JA, Handegard BH, Rudmin FW. Cross-informant correlations on social competence and behavioral problems in Sami and Norwegian preadolescents. *European child & adolescent psychiatry*. 2009 Mar;18(3):154-63. PubMed PMID: 19129965.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados com população infantil indígena da etnia *Karajá* revelam uma prevalência total e específica de sintomas psiquiátricos superior a outros estudos brasileiros e internacionais com população não indígena. As taxas foram semelhantes às encontradas em alguns estudos internacionais, empregando o ou não, o mesmo instrumento que usamos (SDQ), com população infantil indígena.

O sexo masculino apresentou maiores taxas de sintomas anormais de conduta e de hiperatividade. O sexo feminino maiores taxas de sintomas emocionais e de relacionamento com seus pares. Encontramos uma altíssima prevalência de sintomas anormais de conduta e de hiperatividade, o que provavelmente se deve a fatores culturais específicos (*nature* vs. *nurture*) dos indígenas. Contrário ao que já é consagrado em estudos de prevalência, houve redução da prevalência total de sintomas psiquiátricos da infância para a adolescência, surgindo aqui um dado original em nosso estudo. Em trabalhos com população indígena infantil, tal dado só foi reproduzido em um outro estudo internacional, com população aborígine.

As justificativas para as taxas altas que encontramos são várias. Seriam causas presumíveis:

- A endogamia em uma população vivendo praticamente isolada em uma ilha, e que normalmente apresenta casamentos entre os membros da tribo;
- O menor acesso a serviços de saúde;
- Maiores fatores de estresse gerados a partir da grande desvantagem econômica e territorial;
- Questões inerentes à própria cultura *Karajá*, à um processo adaptativo ao meio no qual vivem e à forma de criação das crianças e adolescentes *Karajá*

O período infantil é importante para a investigação de transtornos psiquiátricos, pois normalmente estendem-se à vida adulta quando não identificados e tratados adequadamente. Causam sequelas diretas sobre o indivíduo portador, limitando sua capacidade acadêmica e laboral, interferindo negativamente em relacionamentos e desestruturando o ambiente familiar.

A omissão do amparo à saúde de minorias étnicas, crianças indígenas nesse caso, pode ser minorada com esse trabalho. A partir de estudos epidemiológicos obtém-se informações para amparar políticas públicas que sanem as necessidades de dada população. Esperamos que esse estudo contribua para o começo da assistência às crianças indígenas portadoras de transtornos psiquiátricos no Brasil, ao menos fomentando novas investigações e possibilitando acesso aos serviços de saúde.

6. REFERÊNCIAS

7. ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética (CONEP/CNS/MS)



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

PARECER Nº 761/2006

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

Registro CEP: 058/2006

Processo nº 25000.094785/2006-06

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

Pesquisador Responsável: Dr. Paulo Verlaine Borges e Azevêdo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: Não se aplica

Objetivos:

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

Resumo:

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

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

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

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

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

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

O estudo será custeado pelo próprio pesquisador responsável.

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

Comentários/Considerações:

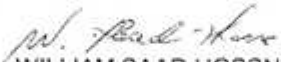
1. Na página 10 do protocolo consta a informação de que "escolheu-se a sub-população de crianças e adolescentes compreendida entre os sete anos completos e 15 anos incompletos, meninos e meninas" contudo, na página 14 é informado que o "SDQ apresenta três versões: para pais ou responsáveis, para professores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

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

- Que sejam atendidos os itens acima.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação

Brasília, 25 de julho de 2006.


WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP/CNS/MS



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

PARECER DE EMENDA Nº 004/2008

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

Registro CEP: 058/2006

Processo nº 25000.094785/2006-06

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

Pesquisador Responsável: Dr. Paulo Veraine Borges e Azevêdo

Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: Não se aplica

1. Sumário Geral e Considerações

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

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

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

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

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

Continuação do Parecer de Emenda nº 003/2008

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

Considerações/comentários

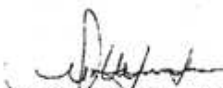
Considerando-se aceitáveis as alterações propostas a presente pesquisa amplia sua proposta, adquirindo metodologia e objetivos similares ao Protocolo CONEP n. 13092 que difere desta por incluir o aspecto da análise do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

A CONEP entende que as alterações propostas podem ser APROVADAS.

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

SITUAÇÃO: APROVADA.-

Brasília, 14 maio de 2008.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

Anexo 2 – Parecer da Fundação Nacional do Índio (FUNAI/MJ)



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

Ofício nº 471 /CGEP/06

Brasília, 19 de dezembro de 2006.

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

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

1. Cumprimentando-o, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº 116/CGEP/06, concedida a Vossa Senhoria para ingressar na TI Parque do Araguaia, com o objetivo de desenvolver os projetos de pesquisas intitulados “Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma população de crianças e adolescentes índias da etnia Karajá” e “Estudo sobre as principais apresentações psicopatológicas em uma população de crianças e adolescentes índias (07 a 14 anos) da etnia Karajá”.

Atenciosamente,


Cláudio dos Santos Romero
Coordenador Geral de Estudos e Pesquisas

G:\MAES\Of.doc



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

Ofício nº 380 /CGEP/07

Brasília, 07 de dezembro de 2007.

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

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

1. Cumprimentando-o, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº. 156 /CGEP/07 (em anexo), concedida a Vossa Senhoria e equipe, para ingressar na TI Parque do Araguaia, com o objetivo de dar continuidade aos projetos de pesquisa intitulados “Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá” e “Estudo sobre as Principais Apresentações Psicopatológicas em um População de Crianças e Adolescentes Índias (07 a 14 anos) da Etnia Karajá”, condicionada ao consentimento prévio dos Karajá, através dos representantes das aldeias onde serão desenvolvidos os projetos de pesquisa.

Atenciosamente,

Cláudio dos Santos Romero
Coordenador-Geral de Estudos e Pesquisas

G:\MAES\Of.doc



Nº: 156/CGEP/07

Patrocinador:

Dar continuidade aos projetos de pesquisas científicas intituladas “Prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em uma População de Crianças e Adolescentes Índias da Etnia Karajá” e “Estudo sobre as Principais Apresentações Psicopatológicas em uma População de Crianças e Adolescentes Índias (07 a 14 anos) da Etnia Karajá”.

Identidade

Giane Divina de Souza Reis ***** brasileira ***** RG n.º 36731527-0 SSP SP
Frederico dos Santos Faria ***** brasileira ***** RG n.º 4251978 DGPC GO

Etnia: Karajá

**Posto Indígena: Santa Isabel do Morro,
Fontoura, Macaúba, São Domingos**

Término: 03 de novembro de 2009

* Esta Autorização está condicionada ao consentimento prévio dos Karajá, através dos representantes das aldeias onde serão desenvolvidas as pesquisas, a ser encaminhado à Funai/CGEP pelos pesquisadores.

* Remeter à Funai/CGEP duas cópias da monografia, relatórios, artigos e outras produções oriundas dos estudos realizados.

* Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem acesso a conhecimentos tradicionais associados a biodiversidade.

Autorizo:

Brasília, *de* de dezembro de 2007.

Presidente da FUNAI

Aloysio Antonio Castelo Guapindaia
Presidente da Funai, Substituto

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

_____, ____ de _____ de 2008.

Nome e assinatura do sujeito ou responsável

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunhas:

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Anexo 4 – Normas para submissão: Revista World Psychiatry



OFFICIAL JOURNAL OF THE WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA)

World Psychiatry

© World Psychiatric Association



Editor: Professor Mario Maj, Naples, Italy
Impact Factor: 20.205
ISI Journal Citation Reports® Ranking: 2015: 1/142 (Psychiatry); 1/139 (Psychiatry (Social Science))
Online ISSN: 2051-5545

Submit an Article

MANUSCRIPT PREPARATION

Research Reports containing unpublished data are welcome for submission to the journal.

They should be subdivided into four sections:

- Introduction
- Methods
- Results
- Discussion

A short, unstructured abstract is required.

References should be numbered consecutively in the text and listed at the end according to the following style:

1. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:480-5.
2. Stein DJ, Friedman M, Blanco C. Post-traumatic stress disorder. Chichester: Wiley, 2011.
3. Schifano, F. Drug abuse: treatment and management. In: Ghodse H, Herrman H, Maj M, Sartorius N (eds). *Substance abuse disorders: evidence and experience*. Chichester: Wiley, 2011.

MANUSCRIPT SUBMISSION

All submissions should be made by email to the Editor, [Professor Mario Maj](#).

PROOFS

Page proofs will be sent to corresponding authors electronically. Proofs will be accompanied by a Copyright Transfer Agreement, signature of which is a condition of publication.

SEARCH

In this journal

[Advanced >](#) [Saved Searches >](#)

Official Journal of the World Psychiatric Association



Autism Awareness Around the World

Don't miss more than 200 autism articles in this top research collection!

Free access extended until

Submit an Article

MANUSCRIPT PREPARATION

Research Reports containing unpublished data are welcome for submission to the journal.

They should be subdivided into four sections:

Introduction
Methods
Results
Discussion

A short, unstructured abstract is required.

References should be numbered consecutively in the text and listed at the end according to the following style:

1. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:480-5.
2. Stein DJ, Friedman M, Blanco C. Post-traumatic stress disorder. Chichester: Wiley, 2011.
3. Schifano, F. Drug abuse: treatment and management. In: Ghodse H, Herrman H, Maj M, Sartorius N (eds). *Substance abuse disorders: evidence and experience*. Chichester: Wiley, 2011.

MANUSCRIPT SUBMISSION

All submissions should be made by email to the Editor, **Professor Mario Maj** (majmario@tin.it).

PROOFS

Page proofs will be sent to corresponding authors electronically. Proofs will be accompanied by a Copyright Transfer Agreement, signature of which is a condition of publication.

Anexo 5 - Normas para submissão: The Canadian Journal of Psychiatry

Manuscript Submission Guidelines: *The Canadian Journal of Psychiatry* (*The CJP*)

This Journal is a member of the [Committee on Publication Ethics](#)

This Journal recommends that authors follow the [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals](#) formulated by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Please read the guidelines below then visit the Journal's submission site <http://mc.manuscriptcentral.com/cjp> to upload your manuscript. Please note that manuscripts not conforming to these guidelines may be returned.

Only manuscripts of sufficient quality that meet the aims and scope of *The CJP* will be reviewed.

As part of the submission process you will be required to warrant that you are submitting your original work, that you have the rights in the work, that you are submitting the work for first publication in the Journal and that it is not being considered for publication elsewhere and has not already been published elsewhere, and that you have obtained and can supply all necessary permissions for the reproduction of any copyright works.

Contents

1. Article types.....	2
2. Editorial policies	3
2.1 Peer review policy.....	3
2.2 Authorship	3
2.3 Acknowledgements	4
2.4 Declaration of conflicting interests.....	4
2.5 Funding	4
2.6 Research ethics and patient consent.....	4
2.7 Clinical trials.....	5
2.9 Data.....	5
3. Publishing Policies	5
3.1 Publication ethics.....	6
3.2 Contributor's publishing agreement.....	6
3.3 Open access and author archiving.....	6
3.4 Permissions	6
4. Preparing your manuscript	6
4.1 Word processing formats	6
4.2 Artwork, figures, other graphics and tables	7
4.3 Supplementary material	7
4.4 Journal layout	7
4.5 Reference style	9
4.6 English language editing services	10
5. Submitting your manuscript.....	10

5.1 How to submit your original manuscript	10
5.2 How to submit your revised manuscript	10
6. On acceptance and publication	10
6.1 SAGE Production	10
6.2 Access to your published article	11
6.3 Online First publication.....	11
7. Further information	11

1. Article types

The following describes the manuscript (MS) types published in *The CJP*, including requirements for each, such as word count (not including structured abstracts, acknowledgements, references, tables, and figures) and number of tables and figures. These restrictions are enforced to enable *The CJP* to publish as many papers in each issue as possible.

In Review

The Editor-in-Chief invites Guest Editors to take part in the In Review series. Unsolicited MSs are not accepted. This popular and highly cited series provides an updated and authoritative statement about an area of psychiatry. MSs define the issues, identify parameters, provide a brief history highlighting the main research findings and clinical applications, and identify remaining issues and the efforts made to address them. The Guest Editorial should be 700 to 1500 words. MSs must not exceed 3500 words, with a maximum combined total of 5 figures and tables.

Original Research

MSs require a structured abstract and must not exceed 3500 words, with a maximum of 5 figures and tables, combined.

Systematic Review

The CJP encourages submission of Systematic Reviews. MSs must adhere to the same abstract, word, table, and figure limits as Original Research articles. Authors should register reviews in a suitable registry, such as PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/index.asp>). To ensure completeness of reporting, papers should use the PRISMA checklist and include a PRISMA flow sheet (see: <http://www.prisma-statement.org>) as a figure.

Perspectives

The CJP publishes brief articles covering emerging, contentious, or complex themes relevant to the journal's mandate. MSs are not expected to provide a comprehensive coverage of existing literature and may instead adopt a specific perspective on a contemporary problem or issue. MSs must not exceed 2500 words, do not require an abstract, and are limited to 1 table or figure.

Brief Communications

Preliminary reports and secondary studies from previous publications may be accepted as Brief Communications. MSs must not exceed 1500 words, do not require an abstract, and are limited to 3 figures and tables, combined. *The CJP* does not publish case reports.

Book Reviews

The Book Review Associate Editor invites authors to review books of interest to *The CJP* readers, including general psychiatry, specific areas of psychiatry and subspecialties, and other nonfiction works dealing with mental health. Tables and figures are not accepted. Direct quotes should include references and page numbers.

Letters to the Editor

Letters must be related to *The CJP*-published articles; case reports are not accepted. Letters should be submitted within 2 months of mailing of the journal. Letters should have a descriptive title and the body of any letter must not exceed 500 words. Tables and figures are not accepted. Once accepted, the Editorial Office will contact the corresponding author of the article in question to reply. The letter and reply will be published together.

2. Editorial policies

2.1 Peer review policy

The CJP operates a conventional single-blind reviewing policy in which the reviewers' names are always concealed from the submitting author(s).

Additional Information

Peer Review Process: Each manuscript is reviewed by at least three referees. Decisions on manuscripts will be taken as rapidly as possible. Authors should expect to receive reviewer comments within approximately 8 weeks. In general, Editors will seek advice from three or more expert reviewers about the scientific content and presentation of submitted articles.

All manuscripts are reviewed initially by the Editors and only those papers that meet the scientific and editorial standards of the journal, and fit within the aims and scope of the journal, will be sent for outside review.

The Editor or members of the Editorial Board may occasionally submit their own manuscripts for possible publication in the journal. In these cases, the peer review process will be managed by alternative members of the Board and the submitting Editor/Board member will have no involvement in the decision-making process.

2.2 Authorship

MSs should only be submitted for consideration once consent is given by all contributing authors. Those submitting MSs should carefully check that all those whose work contributed to the MS are acknowledged as contributing authors.

The list of authors should include all those who can legitimately claim authorship. This is all those who:

- (i) Made a substantial contribution to the concept or design of the work; or acquisition, analysis or interpretation of data,
- (ii) Drafted the article or revised it critically for important intellectual content,
- (iii) Approved the version to be published.
- (iv) Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content.

Authors should meet the conditions of all of the points above. Each author should have participated sufficiently in the work to take public responsibility for appropriate portions of the content.

When a large, multicentre group has conducted the work, the group should identify the individuals who accept direct responsibility for the manuscript. These individuals should fully meet the criteria for authorship.

Acquisition of funding, collection of data, or general supervision of the research group alone does not constitute authorship, although all contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in the Acknowledgments section. Please refer to the [International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\) authorship guidelines](#) for more information on authorship.

2.3 Acknowledgements

All contributors who do not meet the criteria for authorship should be listed in an Acknowledgements section. Examples of those who might be acknowledged include a person who provided purely technical help, or a department chair that provided only general support.

2.3.1 Writing assistance

Authors must disclose any writing assistance – including the individual's name, company and level of input – and identify the entity that paid for this assistance.

Individuals who provided writing assistance, e.g. from a specialist communications company, do not qualify as authors and so should be included in the Acknowledgements section.

Any acknowledgements should appear first at the end of the MS prior to the Declaration of Conflicting Interests, Funding, and References.

2.4 Declaration of conflicting interests

It is the policy of *The CJP* to require the ICMJE declaration of conflicting interests form from all authors, enabling a statement to be carried within the paginated pages of all published articles. If no conflict exists, please state that 'The Author(s) declare(s) that there is no conflict of interest'.

Please ensure that the completed ICMJE Form(s) for Disclosure of Potential Conflicts of Interest is included with your manuscript submission. The form is required for each author and is available: [here](#).

2.5 Funding

The CJP requires all authors to acknowledge their funding in a consistent fashion under a separate heading. Please visit the [Funding Acknowledgements](#) page on the SAGE Journal Author Gateway to confirm the format of the acknowledgment text in the event of funding, or state that: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

2.6 Research ethics and patient consent

Medical research involving human subjects must be conducted according to the [World Medical Association Declaration of Helsinki](#).

Submitted manuscripts should conform to the [ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](#), and all papers reporting animal and/or human studies must state in the methods section that the relevant Ethics Committee or Institutional Review Board provided (or waived) approval. Please ensure that you have provided the full name and institution of the review committee, in addition to the approval number.

For research articles, authors are also required to state in the methods section whether participants provided informed consent and whether the consent was written or verbal.

In terms of patient privacy, authors are required to follow the [ICMJE Recommendations for the Protection of Research Participants](#). Patients have a right to privacy that should not be infringed without informed consent. Identifying information, including patients' names, initials, or hospital numbers, should not be published in written descriptions, photographs, and pedigrees unless the information is essential for scientific purposes and the patient (or parent or guardian) gives written informed consent for publication. Informed consent for this purpose requires that a patient who is identifiable be shown the manuscript to be published, and the written consent should be included with the manuscript files.

2.7 Clinical trials

The CJP conforms to the [ICMJE requirement](#) that clinical trials are registered in a WHO-approved public trials registry at or before the time of first patient enrolment as a condition of consideration for publication. The trial registry name and URL, and registration number must be included at the end of the abstract.

The registry must meet several criteria, including: being accessible to the public at no charge; being open to all prospective registrants; being managed by a not-for-profit organization; having a mechanism to ensure the validity of the registration data; and being electronically searchable. Examples include <http://clinicaltrials.gov> and <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>. The registration name and number should be listed at the end of the Abstract.

While trial methodology must be registered, trial results need not be registered. Should the authors decide to register the results, they must be registered in the same registry as the initial methodology to be considered previously unpublished.

The International Committee of Medical Journal Editors defines a clinical trial as any research project that prospectively assigns people to an intervention, with or without concurrent comparison or control groups, to study the cause-and-effect relationship between a health-related intervention and a health outcome. Health-related interventions are those used to modify a biomedical or health-related outcome; examples include drugs, surgical procedures, devices, behavioural treatments, dietary interventions, quality improvement interventions, and process-of-care changes. Health outcomes are any biomedical or health-related measures obtained in patients or participants, including pharmacokinetic measures and adverse events.

2.8 Reporting guidelines

The relevant [EQUATOR Network](#) reporting guidelines should be followed depending on the type of study. For example, all randomized controlled trials submitted for publication should include a completed [Consolidated Standards of Reporting Trials \(CONSORT\)](#) flow chart as a cited figure, and a completed CONSORT checklist as a supplementary file.

Other resources can be found at [NLM's Research Reporting Guidelines and Initiatives](#).

2.9 Data

SAGE acknowledges the importance of research data availability as an integral part of the research and verification process for academic journal articles.

The CJP requests that authors consider submitting primary data used in their research articles alongside their article submissions to be published in the online version of the journal, or provide detailed information in their articles on how the data can be obtained. This information should include links to third-party data repositories or detailed contact information for third-party data sources. Data available only on an author-maintained website can be loaded onto either the journal's platform or a third-party platform to ensure continuing accessibility. Examples of data types include but are not limited to statistical data files, replication code, text files, audio files, images, videos, appendices, and additional charts and graphs necessary to understand the original research. All data submitted should comply with Institutional or Ethical Review Board requirements and applicable government regulations. For further information, please contact the editorial office at theCJPoffice@gmail.com.

3. Publishing Policies

3.1 Publication ethics

SAGE is committed to upholding the integrity of the academic record. We encourage authors to refer to the Committee on Publication Ethics' [International Standards for Authors](#) and view the Publication Ethics page on the [SAGE Author Gateway](#)

3.1.1 Plagiarism

The CJP and SAGE take issues of copyright infringement, plagiarism or other breaches of best practice in publication very seriously. We seek to protect the rights of our authors and we always investigate claims of plagiarism or misuse of articles published in the journal. Equally, we seek to protect the reputation of the journal against malpractice. Submitted articles may be checked using duplication-checking software. Where an article is found to have plagiarised other work or included third-party copyright material without permission or with insufficient acknowledgement, or where authorship of the article is contested, we reserve the right to take action including, but not limited to: publishing an erratum or corrigendum (correction); retracting the article (removing it from the journal); taking up the matter with the head of department or dean of the author's institution and/or relevant academic bodies or societies; banning the author from publication in the journal or all SAGE journals, or appropriate legal action.

3.1.2 Prior publication

If material has been previously published it is not generally acceptable for publication in a SAGE journal. However, there are certain circumstances where previously published material can be considered for publication. Please refer to the guidance on the [SAGE Author Gateway](#) or if in doubt, contact the Editor at the address given below.

3.2 Contributor's publishing agreement

Before publication, SAGE requires the author as the rights holder to sign a Journal Contributor's Publishing Agreement. SAGE's Journal Contributor's Publishing Agreement is an exclusive licence agreement which means that the author retains copyright in the work but grants SAGE the sole and exclusive right and licence to publish for the full legal term of copyright. Exceptions may exist where an assignment of copyright is required or preferred by a proprietor other than SAGE. In this case copyright in the work will be assigned from the author to the society. The corresponding author will receive an email link to the Agreement upon Ms acceptance. For more information please visit our [Frequently Asked Questions](#) on the SAGE Journal Author Gateway.

3.3 Open access and author archiving

The CJP offers optional open access publishing via the SAGE Choice program. For more information please visit the [SAGE Choice website](#). For information on funding body compliance, and depositing your article in repositories, please visit [SAGE Publishing Policies](#) on our Journal Author Gateway.

3.4 Permissions

Prior to submission, Authors are responsible for obtaining permission from copyright holders for reproducing any illustrations, tables, figures or lengthy quotations previously published elsewhere. For further information including guidance on fair dealing for criticism and review, please visit our [Frequently Asked Questions](#) on the [SAGE Journal Author Gateway](#)

4. Preparing your manuscript

4.1 Word processing formats

Preferred formats for the text and tables of your manuscript are Word DOC, RTF, XLS. LaTeX files are also accepted. The text should be double-spaced throughout and with a minimum of 3cm for left and right hand margins and 5cm at head and foot. Text should be standard 10 or 12 point. Word and LaTeX templates are available on the [Manuscript Submission Guidelines](#) page of our Author Gateway.

4.2 Artwork, figures, other graphics and tables

For guidance on the preparation of illustrations, pictures and graphs in electronic format, please visit SAGE's [Manuscript Submission Guidelines](#). Figures supplied in colour will appear in colour online free of charge regardless of whether or not these illustrations are reproduced in colour in the printed version. The fee for colour figures in print is US\$800 for the first figure and US\$200 for each additional figure in the same article. For specifically requested colour reproduction in print, you will receive information regarding the costs from SAGE after receipt of your accepted article.

Keep the number of tables and figures to a minimum, using them to present relevant numerical data. Short tables can often be incorporated more concisely in the text. Tables and figures should complement, not repeat, the text and should be understandable without reference to the text. Cite each table and figure in the text and number them consecutively in the order of their first citation in the text. Tables will be placed near these citations. Include a brief descriptive title. Give each column a short or abbreviated heading. Include units of measure. P values up to 3 decimal places should be used, not *, **, and ***. Explanatory matter, such as nonstatistical abbreviations not included in the abbreviations list, should be in the footnotes (using superscript, lower-case letters), not in the heading. If tables or figures from another published or unpublished source are used, authors must obtain permission and acknowledge the source in the footnote.

Large tables and figures may not be accepted for print publication but may be made available online as Supplementary Files.

Tables will be edited to conform to *The CJP* style, so original text files are required.

4.3 Supplementary material

This journal is able to host additional materials online (e.g. datasets, podcasts, videos, images etc.) alongside the full-text of the article. These will be subjected to peer-review alongside the article. Make sure all supplementary files are cited within the MS text. Supplementary file names should reflect their status as such, ie, Table S1. For more information please refer to our guidelines on submitting supplementary files, which can be found within our [Manuscript Submission Guidelines](#) page.

4.4 Journal layout

With minor exceptions, MS requirements are based on 3 sources:

- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals [Internet]. ICMJE. [updated 2013 Aug; cited 2013 Sep 6]. Available from: http://www.icmje.org/urm_main.html
- Council of Science Editors, Style Manual Committee. Scientific style and format: The CSE Manual for Authors, Editors and Publishers. 8th ed.; 2014.
- Barber K, editor. Canadian Oxford Dictionary. 2nd ed. Don Mills (ON): Oxford University Press; 2004.

A [MS Checklist](#) is available for authors to use as a guide. Authors are encouraged to visit <http://www.TheCJP.ca> to view published articles.

Arrange the MS according to the sections listed below.

Please supply a title, an abstract and keywords to accompany your article. The title, keywords and abstract are key to ensuring readers find your article online through online search engines such as Google. Please refer to the information and guidance on how best to

title your article, write your abstract and select your keywords by visiting the SAGE Journal Author Gateway for guidelines on [How to Help Readers Find Your Article Online](#).

1. Title Page

Title

Authors

Include authors' full names (not initials, unless middle initial[s] or first initial[s] with middle name[s] spelt out, academic degrees, and titles and positions at their various institutions.

Limit authors in the byline to those who substantially contributed to the concept and design, data acquisition, analysis, and interpretation; drafted or critically revised the MS for important intellectual content; and approved the final version for publication. People who referred patients; assisted with data collection, statistical analysis, or writing of the MS; or supervised and provided general support should not be included as authors but thanked in the Acknowledgements.

While author names, degrees, and institutions are included in the metadata for Manuscript Central, they are also required on the MS itself to facilitate editing before layout. *The CJP* does a single-blind, peer-review process in which author information is available to reviewers, but reviewers are kept confidential.

Corresponding author contact details

Provide full contact details for the corresponding author including email, mailing address and telephone numbers.

2. Abstract, Key Words, and Abbreviations

Abstracts must not be more than 250 words and should be structured under the following headings: Objective, Method, Results, and Conclusions. References are not acceptable in the Abstract. If applicable, the clinical trial or systematic review registration number should appear at the end of the Abstract (see Clinical Trial Registration above). *The CJP* translates the Abstract into French or English.

Include 3 to 10 key words or short phrases for indexing purposes. [MeSH terms](#) are preferred.

If an abbreviation is used only once, it should be spelled out and not abbreviated. If an abbreviation is used more than once, the abbreviation should be spelled out in the text on first use, with the abbreviation in parenthesis.

3. Body Text

Refer to the MS Types above for the maximum words, tables, and figures allowed for each. See **Word Processing Formats** above.

After a short introductory section that clearly states the objective of, or the hypothesis tested by, the research, arrange the MS under the headings Method, Results, Discussion, and Conclusions. Use the [MS Checklist](#) to ensure all of the article requirements are met.

NOTE: MSs that are above the word count limit or are missing important elements will be unsubmitted from consideration, delaying peer review, decision, and publication.

4. Acknowledgements

The acknowledgment section is optional. Authors may thank people who were involved with specific content of the work but who do not qualify as authors.

If a personal communication is referenced in the MS (as a parenthetical statement, not in the reference list), the Acknowledgements section should include a statement that the person quoted gave permission for the information to be used. A copy of the email or letter granting permission should be sent to the Editorial Office for its records.

5. Conflict of Interest Disclosure

Each co-author must complete and sign an ICMJE [Author Disclosure Form](#), which should be uploaded to Manuscript Central with the MS. The information provided on the forms should be included in this section. If there are no conflicting interests, this should be clearly stated.

6. Funding

All funding must be listed in the Funding section, including grant numbers. If no funding was received, this should be clearly stated.

7. References

8. Figure Legends

Tables are to be submitted as a text file separate from the Main Document, according to specifications in Artwork, figures, other graphics and tables above.

Figures will be submitted as individual files according to specifications in Artwork, figures, other graphics and tables above.

4.5 Reference style

Accuracy of citations, exact spelling, accents, and punctuation of the original reference is the author's responsibility.

The CJP follows a citation sequence referencing style with superscript numbers based on the *Scientific Style and Format: The CSE Manual for Authors, Editors, and Publishers*. Number references in the order of their first appearance in the text, using the same number when repeating the reference. Direct quotes should include the page number (for example, p 3).

In the References, do not include personal communications, unpublished MSs, or MSs submitted but not yet accepted for publication. Note these parenthetically in the text as follows: (name, date, and personal communication) or (unpublished observation). Authors must provide the Editorial Office with a letter or email indicating that permission to publish the information was granted from the source of the personal communication or from the publisher. Accepted, but forthcoming MSs may be cited in the References: include the journal title (or book publisher and location) and tentative print date.

- List the first 3 authors, followed by et al. Note punctuation conventions with author names (for example, Doe J, not Doe, J).
- Place book and article titles in sentence case, capitalizing only the first word, acronyms, and proper nouns.
- Use National Library of Medicine abbreviations but do not abbreviate journals that are not listed in the NLM catalogue at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>.
- Do not italicize titles.
- When citing journal articles, include the volume and the issue number and do not include a space after colons and semicolons.
- Separate page ranges with an en-dash and do not omit any digits of the closing page number.

4.6 English language editing services

Authors seeking assistance with English language editing, translation, or figure and manuscript formatting to fit the journal's specifications should consider using SAGE Language Services. Visit [SAGE Language Services](#) on our Journal Author Gateway for further information.

5. Submitting your manuscript

5.1 How to submit your original manuscript

The CJP has a rapid-publication policy and uses ScholarOne Manuscripts as its online MS submission and peer-review processing system. *The CJP* does not accept MS submissions, revisions, or reviews by mail or email. Authors can go to <http://mc.manuscriptcentral.com/cjp> to log in or create an account to submit their MSs. The website has helpful instructions, tutorials, and technical support to assist authors in uploading their MSs.

Authors will be notified by email of successful receipt of their MSs and of the tracking numbers assigned to them. These numbers must be included in all correspondence. Authors are responsible for keeping their contact information up to date in ScholarOne Manuscripts. This includes email and mailing addresses as well as phone and fax numbers.

All MSs are reviewed to determine the originality, validity, and importance of content and conclusions. Authors may suggest potential peer reviewers for their MSs; however, *The CJP* is not obligated to follow the suggestions. Authors will be provided with anonymous peer reviewers' comments to make necessary revisions, usually within 2 months of submission. Revisions are expected within 30 days. Revisions will be reviewed by the Editor and possibly the original reviewers prior to acceptance. The authors will be informed of the final decision of the Editor-in-Chief. All editorial decisions are final.

Accepted MSs, including tables and figures, are accepted with the understanding that they may be edited for conciseness, clarity, and conformity with *The CJP* style. Copyedited page proofs will be sent to the corresponding author for corrections, answers to queries, and approval.

IMPORTANT: Please check whether you already have an account in the system before trying to create a new one. If you have reviewed or authored for the journal in the past year it is likely that you will have had an account created. For further guidance on submitting your manuscript online please visit ScholarOne: <http://mc.manuscriptcentral.com/cjp>.

5.2 How to submit your revised manuscript

All revisions must be submitted via the online MS submission and peer-review processing system at <http://mc.manuscriptcentral.com/cjp>. Revision submissions must include a point-by-point Response to Reviewer Comments in the appropriate field of the submission form. Both a tracked copy and a clean copy of the revised text must be submitted. When uploading revised files, please make sure all previous versions of those files are deleted.

6. On acceptance and publication

6.1 SAGE Production

Your SAGE Production Editor will keep you informed as to your article's progress throughout the production process. Proofs will be sent by PDF to the corresponding author and should be returned promptly. Authors are reminded to check their proofs carefully to confirm that all author information, including names, affiliations, sequence and contact details are correct, and that Funding and Conflict of Interest statements, if any, are accurate.

6.2 Access to your published article

SAGE provides authors with online access to their final article.

6.3 Online First publication

Online First allows final revision articles (completed articles in queue for assignment to an upcoming issue) to be published online prior to their inclusion in a final journal issue which significantly reduces the lead time between submission and publication. For more information please visit our [Online First Fact Sheet](#)

7. Further information

Any correspondence, queries or additional requests for information on the manuscript submission process should be sent to *The CJP* editorial office at: thecjpoffice@gmail.com.

Anexo 6 - Versão respondida pelos pais (SDQ-Pa⁴⁻¹⁷)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa⁴⁻¹⁷

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	☐	☐	☐	☐
AMIZADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZADO ESCOLAR	☐	☐	☐	☐
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe/pai/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

Anexo 7 - Versão respondida pelos professores (SDQ-Pr⁴⁻¹⁷)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Pr)

Pr⁴⁻¹⁷

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses ou durante o ano escolar em curso.

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que na escola esta criança tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se voce respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Por quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem a criança?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia da criança em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
AMIZADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZADO ESCOLAR	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a classe como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) Data

Muito obrigado pela sua colaboração

© Robert Goodman, 2005

Anexo

Anexo 8 - Cálculo da Pontuação para sintomas anormais/clínicos

Pontuando o Questionário de Capacidades e Dificuldades – Versão de Pais / Professores

Os 25 itens do SDQ são compostos de 5 escalas com 5 itens cada. Geralmente é mais fácil pontuar as 5 escalas antes de calcular a pontuação total de dificuldades. *Mais ou menos verdadeiro* é normalmente calculado como 1, enquanto *falso* e *verdadeiro* variam conforme o item, como aparece abaixo, escala por escala. Para cada uma das 5 escalas a pontuação pode variar de 0 a 10 se todos os 5 itens forem completados. O resultado de cada escala pode ser avaliado se ao menos 3 itens foram completados.

Escala de Sintomas Emocionais

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Muitas vezes queixa-se de dor de cabeça ...	0	1	2
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado	0	1	2
Frequentemente parece triste, deprimido ou choroso	0	1	2
Fica nervoso quando enfrenta situações novas ...	0	1	2
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	0	1	2

Escala de Problemas de Conduta

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	0	1	2
Geralmente é obediente ...	2	1	0
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	0	1	2
Frequentemente mente ou engana	0	1	2
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	0	1	2

Escala de Hiperatividade

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Inquieto/a, hiperativo/a, não consegue ficar parado/a ...	0	1	2
Está constantemente irrequieto ou agitado	0	1	2
Distrai-se facilmente, perde a concentração	0	1	2
Pensa antes de agir	2	1	0
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	2	1	0

Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
É solitário, prefere brincar sozinho	0	1	2
Tem pelo menos um bom amigo/a	2	1	0
Em geral, é querido por outras crianças	2	1	0
É perseguido ou atormentado por outras crianças	0	1	2
Relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças	0	1	2

Escala de Comportamento Pro-social

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	0	1	2
Tem boa vontade em compartilhar ...	0	1	2
Mostra-se prestativo se alguém parece magoado ...	0	1	2
É gentil com crianças mais novas	0	1	2
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas ...	0	1	2

Pontuação Total de Dificuldades

É gerada pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a escala de sociabilidade. O resultado pode variar de 0 a 40. A pontuação geral pode ser considerada se ao menos 12 dos 20 itens relevantes foram completados.

Interpretando a Pontuação dos Sintomas e Definindo “caso”

As bandas provisionais como mostradas abaixo foram escolhidas para que pelo menos 80 % das crianças na comunidade sejam normais, 10% limítrofes e 10% anormais. Em um estudo em que a amostra seja de **alto risco**, onde os falsos positivos não são a nossa maior preocupação, os “**casos**” podem ser identificados pela **pontuação alta** ou **limítrofe** em uma das quatro escalas de dificuldades. Em estudo em que a amostra seja de **baixo risco**, onde o mais importante é reduzir a taxa de falsos positivos, os “**casos**” podem ser identificados através de **pontuação alta** em uma das quatro escalas de dificuldades.

	Normal	Limítrofe	Anormal
<u>Completado pelos Pais</u>			
Pontuação Total das Dificuldades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação de Problemas de Conduta	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperatividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação para Problemas com Colegas	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Comportamento Pro-social	6 - 10	5	0 - 4

Completado pelo Professor

Pontuação Total das Dificuldades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Pontuação dos Sintomas Emocionais	0 - 4	5	6 - 10
Pontuação de Problemas de Conduta	0 - 2	3	4 - 10
Pontuação para Hiperatividade	0 - 5	6	7 - 10
Pontuação p/ Problemas com Colegas	0 - 3	4	5 - 10
Pontuação para Comportamento Pro-social	6 - 10	5	0 - 4

Gerando e Interpretando a Pontuação do Suplemento de Impacto

Quando usada a versão do SDQ que inclui o “Suplemento de Impacto”, os itens sobre estresse em geral e prejuízo (perda) em geral poderão ser adicionados para gerar um resultado que varie de 0 a 10 na versão do questionário preenchida pelos pais e de 0 a 6 na versão preenchida pela professor.

	Nada	Um pouco	Muito	Extrema- mente
<u>Avaliação dos pais</u>				
Dificuldades incomodam ou aborrecem a criança	0	0	1	2
Interferem no dia-a-dia em casa	0	0	1	2
Interferem nas amizades	0	0	1	2
Interferem no aprendizado escolar	0	0	1	2
Interferem nas atividades de lazer	0	0	1	2

Avaliação do professor

Dificuldades incomodam ou aborrecem a criança	0	0	1	2
Interferem nas amizades	0	0	1	2
Interferem no aprendizado escolar	0	0	1	2

As respostas às questões de **cronicidade e peso para os outros** não estão incluídas no Suplemento de Impacto. Quando os entrevistados tiverem respondido “não” para a primeira questão no suplemento de impacto (i.e. quando eles não perceberem a si próprios como tendo alguma dificuldade emocional ou de comportamento), eles não terão que responder às questões sobre estresse ou interferência no dia a dia; a pontuação de impacto será automaticamente considerada zero nesta circunstâncias.

Quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2 será considerado anormal, o resultado de 1 é limítrofe e o resultado de 0 é normal.

Anexo 9 – Coeficiente de Concordância - Kappa

Kappa	Interpretação quanto à concordância
< 0.00	Sem concordância
0.00 - 0.19	Insatisfatória (pouca concordância)
0.20 - 0.39	Satisfatória
0.40 - 0.59	Moderada
0.60 - 0.79	Substancial
0.80 - 1.00	Quase perfeita