



Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas —

Psiquiatria

**PSICOPATOLOGIA NO INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA:
PREVALÊNCIA, CONTINUIDADE E DETERMINANTES PRECOSES**

TESE DE DOUTORADO

Luciana Anselmi Duarte da Silva

Porto Alegre, junho 2008



Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas —
Psiquiatria

**PSICOPATOLOGIA NO INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA:
PREVALÊNCIA, CONTINUIDADE E DETERMINANTES PRECOCES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Luis Augusto Paim Rohde

Porto Alegre, junho 2008

AGRADECIMENTOS

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* (CAPES) e ao Programa Pós-Graduação em Psiquiatria/UFRGS pelo incentivo recebido por meio de bolsa de estudos.

À Fundação *Wellcome Trust*, pelo financiamento atual do “Estudo da Coorte de Nascimentos de 1993”. Ao Programa Nacional para Centros de Excelência (PRONEX), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), ao Ministério da Saúde do Brasil e à União Européia pelo financiamento das fases iniciais do Estudo.

Ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia/UFPel e ao Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade HCPA/UFRGS pelo financiamento dos estudos que integraram esta tese.

Aos integrantes do Estudo da Coorte de Nascimentos de 1993 que abriram as portas de suas casas e colaboraram em todos os acompanhamentos do Estudo.

Aos professores César G. Victora e Fernando C. Barros que iniciaram o Estudo da Coorte 1993, possibilitaram e incentivaram o desenvolvimento de um projeto de saúde mental no Estudo.

Aos coordenadores do Estudo da Coorte 1993, Ana M. B. Menezes, Pedro C. Hallal e Cora L. Araújo, que contribuíram de forma valiosa para a realização dos estudos que fazem parte desta tese.

Aos colegas da equipe do Estudo da Coorte 1993 e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas/UFPel. Às colegas psicólogas que participaram da coleta de dados, especialmente à Flávia Lima. À psiquiatra Bacy Fleitlich-Bilyk pelo auxílio na realização dos diagnósticos psiquiátricos no estudo sobre

prevalências de transtornos mentais. Ao professor Marlos Domingues que auxiliou em diversas fases dos estudos que integram esta tese.

Ao professor orientador Luis Augusto Rohde, pela dedicação e competência, pela disponibilidade e supervisão na realização do doutorado e de outros projetos de saúde mental desenvolvidos com a Coorte 1993.

Ao meu pai (em memória), minha mãe, irmã e irmão, por suas companhias e exemplos profissionais.

Ao meu marido Frederico pelo apoio e ao meu filho Artur por trazer tanta alegria.

RESUMO

Introdução: os transtornos mentais freqüentemente têm início na infância e podem persistir até a idade adulta. Assim, transtornos mentais em crianças e adolescentes apresentam alta prevalência. Determinantes ambientais, genéticos, biológicos e comportamentais têm sido investigados na etiologia dos transtornos mentais. **Objetivos:** estudar a prevalência e a continuidade dos transtornos mentais no início da adolescência e os determinantes precoces para problemas de atenção e hiperatividade na mesma faixa etária. **Métodos:** realizaram-se dois estudos com delineamento prospectivo de coorte e um estudo transversal aninhado ao estudo longitudinal com duas fases: triagem e diagnóstico de saúde mental. Em 1993, todos os nascimentos hospitalares ocorridos na cidade de Pelotas foram monitorados (N = 5.249). Amostras destas crianças foram visitadas no primeiro e no quarto ano de vida. Em 2004-5, 4.452 (87,5% da coorte original) adolescentes e suas mães foram entrevistados. Neste seguimento, foram utilizados três instrumentos de coleta de dados sobre saúde mental. Inicialmente, 4.452 adolescentes e suas mães responderam ao *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (SDQ) para avaliar problemas de saúde mental dos adolescentes. Os adolescentes com rastreamento positivo (na versão do SDQ das mães ou na de auto-preenchimento), mais uma amostra com rastreamento negativo, foram selecionados (juntamente com suas mães) para responderem à entrevista *Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-estar de Crianças e Adolescentes* (DAWBA). Procedeu-se a uma nova visita domiciliar para uma entrevista com as mães de uma amostra de adolescentes (os mesmos avaliados aos 4 anos), utilizando o *Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência* (CBCL). **Resultados:** a prevalência de transtornos mentais no início da adolescência foi estimada em 10,8% (IC 95% 5,7-15,9%), sendo os grupos de transtornos mais prevalentes os do comportamento disruptivo, seguidos dos de ansiedade. Na reaplicação do CBCL após oito anos (aos 4 e 12 anos de idade), houve uma continuidade moderada da psicopatologia. Assim 31% das crianças com

comportamento desviante aos 4 anos persistiam com esses comportamentos aos 12 anos. Os problemas de externalização aos 4 anos foram os que apresentaram maior estabilidade em 8 anos e, também, os principais preditores de diferentes desfechos em saúde mental. Os fatores de risco (coletados no nascimento e quarto ano) que permaneceram associados aos problemas de atenção e hiperatividade aos 12 anos foram: a) renda familiar; b) sexo masculino; c) tabagismo materno na gestação; d) transtorno psiquiátrico materno; e) problemas de comportamento e emocionais da criança. **Conclusões:** os resultados mostraram-se similares aos achados de estudos, brasileiros e internacionais, em relação às taxas de prevalências, aos padrões de psicopatologia mais freqüentes, à evolução, aos antecedentes comportamentais e aos fatores de risco dos transtornos mentais, apontando para a universalidade dos transtornos mentais entre diferentes culturas. Fatores ambientais, biológicos e psicológicos, presentes no início da vida, tiveram efeito de longo prazo em escores de desatenção e hiperatividade na adolescência, confirmando achados prévios de estudos de coortes de nascimentos.

Palavras-chave: prevalência; continuidade; fatores de risco; crianças e adolescentes; transtornos mentais; métodos epidemiológicos.

ABSTRACT

Introduction: mental disorders often begin during childhood and may persist up to the adult age. In addition, their prevalence in children and adolescent is high. Environmental, genetics, biological and psychological determinants have been investigated in the etiology of mental disorder. **Objectives:** to study the prevalence and the continuity of mental disorders in the early adolescence, as well as early determinants for attention and hyperactivity problems at the same age range. **Methods:** two studies with a cohort prospective design were developed and a transversal study was nested into the longitudinal study with two phases: screening and diagnoses of mental disorder. In 1993, all the births which took place in hospitals in the city of Pelotas were monitored (N = 5,249). Samples of these children were visited in the first and fourth year of age. In 2004-5, 4,452 (87.5% of the original cohort) adolescents and their mothers were interviewed. In this follow-up, three instruments assessing the mental health of the adolescents were applied. Initially, 4,452 adolescents and their mothers answered to the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) to evaluate problems of mental health of the adolescents. The adolescents with positive screening (in the SDQ of the mothers or self-report versions), and a sample of those with negative screening, were selected (as well as their mothers) to answer to the *Development and Well-Being of Children and Adolescents Interview* (DAWBA). A new home visit was proceeded for an interview with the mothers of a sample of adolescents (the same who had been evaluated at 4 years of age), using the *Child and Adolescent Behavior CheckList* (CBCL). **Results:** the prevalence of mental disorder in early adolescence was estimated in 10.8% (95%CI 5.7-15.9). The most prevalent disorders were the group of disruptive behavior disorders, followed by anxiety disorders. By the time CBCL was reapplied after eight years (at the ages of 4 and 12), there was a moderate continuity of psychopathology. Thus, 31% of the children with deviant behavior at 4 years of age kept their deviant scores at 12 years of age. The externalizing problems at 4 years of age were the ones with

higher stability and, also, the main predictors of different outcomes in mental health at early adolescence. The factors (measured at birth and fourth year) which remained associated to the problems of attentional and hyperactivity at 12 years of age were: a) family income; b) male sex; c) maternal smoking during pregnancy; d) maternal psychiatric disorder; e) behavioral and emotional problems of the child. **Conclusions:** our findings were similar to those found in both Brazilian and international studies regarding the prevalence rate, the most frequent psychopathological pattern, the evolution, behavioral antecedents and risk factors of a mental disorder, indicating the universality of mental disorders among different cultures. Environmental, biological and psychological factors, which are present in the beginning of life, had a long-term effect in attention and hyperactivity problems at the adolescence, confirming previous findings in studies of birth cohort.

Key words: prevalence; continuity; risk factors; children and adolescents; mental disorder; epidemiological methods.

SUMÁRIO

Lista de figuras	11
Lista de tabelas	12
Lista de siglas	13
1 Introdução	15
2 Revisão de literatura	17
2.1 Epidemiologia de transtornos mentais na infância e adolescência: uma introdução às questões conceituais e metodológicas	17
2.1.1 Prevalências de transtornos mentais na infância e adolescência no Brasil e no mundo	22
2.2 Continuidade da psicopatologia	25
2.3 Determinantes dos transtornos mentais na infância e adolescência	28
2.4 Referências	35
3 Objetivos	45
3.1 Objetivo geral	45
3.2 Objetivos específicos	45
4 Justificativa	46
5 Considerações éticas	47
6 Artigos	48
6.1 Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds	48
6.2 Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country	65
6.3 Determinantes precoces de problemas de atenção e hiperatividade no início da adolescência	85
7 Considerações finais	100

Anexo I: Produção científica, durante o período de doutorado, relacionada à tese	103
Prêmio: “As melhores teses brasileiras em Neurociências de 2005 a 2007”, recebido no III Congresso Cérebro, Comportamento e Emoções ocorrido em Bento Gonçalves em 2007. Continuity of behavioural and emotional problems from pre-school years to initial adolescence: a birth cohort study. <i>Dementia & Neuropsychologia</i> , 2007;1:108-116	104
Prevalence and early determinants of common mental disorders in a Brazilian birth cohort (1982), Pelotas, Brazil. <i>Revista de Saúde Pública</i> 2008; 42 (Supl.2)	106
Methodological aspects of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. <i>Revista de Saúde Pública</i> 2006;40:39-46	119
Smoking in early adolescence: evidence from the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. <i>Journal of Adolescence Health</i> 2006;30:669-677	120
Early determinants of adolescent physical activity behaviour: a prospective birth cohort study. <i>British Medical Journal</i> 2006;332:1002-7	121
Does malocclusion influence the adolescents satisfaction with appearance? A cross-sectional study nested in a Brazilian birth cohort. <i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i> , 2008;36:137-143.	122
The Quality of Home Environment in Brazil: An Ecological Model. <i>Journal of Child and Family Studies</i> 2006;15:633-644	123
Maternal Perception on physical activity level of children aged four years. <i>Artigo a ser submetido</i>	124
Percepção de imagem corporal em adolescentes: evidências do estudo de coorte de nascimentos de Pelotas, RS em 1993. <i>Artigo a ser submetido</i>	125
Anexo II: Instrumentos de saúde mental de crianças e adolescentes	126
<i>Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência (CBCL) — versão dos pais ...</i>	127
<i>Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) — versão dos pais</i>	134
<i>Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) — versão dos adolescentes</i>	136
<i>Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) — versão dos adolescentes</i>	138
<i>Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA) — versão dos pais</i>	186

LISTA DE FIGURAS

6.1 Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds

Figura 1: Flow-Chart showing criteria used for inclusion in the samples of adolescents in this two-phase design study 51

6.2 Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country

Figure 1: Sample selection 69

LISTA DE TABELAS

6.1 Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds

Table 1: Prevalence and confidence intervals for psychiatric disorders according to DSM-IV and ICD-10 diagnosis. 1993 Cohort sample, follow-up 2004-5 56

Table 2: SDQ's cutoff point performance as a screening criterion 57

6.2 Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country

Table 1: CBCL mean scores 72

Table 2: Correlation between CBCL scores at 4 and 12 years 73

Table 3: Predictors of deviant CBCL scores at 12 years 75

6.3 Determinantes precoces de problemas de atenção e hiperatividade no início da adolescência

Tabela 1: Prevalência de problemas de atenção e hiperatividade conforme variáveis coletadas no nascimento. Coorte 1993, acompanhamento 2004-5 91

Tabela 2: Prevalência de problemas de atenção e hiperatividade conforme variáveis coletadas no quarto ano de vida. Coorte 1993, acompanhamento 2004-5 92

Tabela 3: Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas com intervalos de confiança (IC95%) dos problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos de acordo com as variáveis independentes. Coorte 1993, acompanhamento 2004-5 93

LISTA DE SIGLAS

ADHD:	<i>Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder</i>
APA:	<i>American Psychiatric Association</i>
BFB:	Bacy Fleitlich-Bilyk
CAPES:	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBCL:	<i>Child Behavior Checklist</i> — Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência
CDC:	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CHDS:	<i>Christchurch Health and Development Study</i>
CI:	Confidence interval
CID:	Classificação Internacional das Doenças
CNPq:	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DAWBA:	<i>Development and Well-Being of Children and Adolescents Interview</i> — Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-estar de Crianças e Adolescentes
DSM:	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM-III:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition</i>
DSM-III-R:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised</i>
DSM-IV:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition</i>
HDI:	<i>Human Development Index</i>
HOME:	<i>Home Observation for Measurement of the Environment</i>
IC:	Intervalo de Confiança
ICD-9:	<i>International Classification of Diseases, Ninth Edition</i>
ICD-10:	<i>International Classification of Diseases, Decimal Edition</i>

K-SADS-E:	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - School Age Version, epidemiological version</i> — Entrevista sobre Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar, versão epidemiológica
K-SADS-PL:	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia — School Age Version, present and lifetime version</i>
LA:	Luciana Anselmi
LAR:	Luis Augusto Rohde
MECA:	<i>Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders</i>
NCS:	<i>National Comorbidity Survey</i> — Estudo Nacional de Comorbidade
OMS:	Organização Mundial da Saúde
OR:	<i>Odds Ratio</i>
PA:	<i>Physical Activity</i>
PNUD:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano
PRONEX:	Programa Nacional para Centros de Excelência
QI:	Quociente Intelectual
QMPI:	Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil
ROC:	<i>Receiver Operator Characteristic</i>
RP:	Razões de Prevalência
SD:	<i>Standard-Deviation</i>
SDQ:	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> — Questionário de Capacidades e Dificuldades
SES:	<i>Socioeconomic Status</i>
SPSS:	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SRQ:	<i>Self-Report Questionnaire</i>
TDAH:	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
UCPel:	Universidade Católica de Pelotas
UFPel:	Universidade Federal de Pelotas
UFRGS:	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO:	<i>World Health Organization</i>
WPPSI:	<i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence</i>

1

INTRODUÇÃO

Os transtornos mentais representam uma importante causa de incapacidade, dependência e de sofrimento na população, afetando, aproximadamente, 15% de crianças e adolescentes em todo o mundo. Considerando que a maior parte destes transtornos tende a apresentar início na infância ou na adolescência e um curso crônico, a identificação da prevalência, da evolução, dos fatores etiológicos e a intervenção precoce sobre eles, apresentam grande potencial na redução do custo social destas condições ao longo da vida.

Os estudos epidemiológicos são os mais apropriados para a investigação da prevalência, incidência, fatores associados e história natural das doenças. Dentre os epidemiológicos, os estudos de coorte são os mais robustos, conceitualmente, e os mais adequados para a investigação da etiologia e evolução dos transtornos mentais (Rothman & Greenland, 1998).

Em uma recente revisão da literatura mundial, foram identificados sete estudos de coortes de nascimentos com um importante impacto na psiquiatria (Colman & Jones, 2004):

1. as coortes britânicas dos nascidos em 1946, 1958 e em 1970;
2. as coortes neozelandesas dos nascidos nas cidades de Dunedin durante 1972-1973 e em Christchurch em 1977;
3. a coorte dos nascidos no nordeste da Finlândia em 1966;
4. a coorte inglesa dos nascidos no distrito de Avon em 1991-1992 (ALSPAC).

Em países de baixa e média renda existem cinco estudos de coorte, que acompanham os indivíduos desde seu nascimento ou gestação — países como o Brasil, Índia, Guatemala, África do Sul e Filipinas (Victora et al., 2008). Entretanto, apenas na coorte de nascimentos do Brasil, através de estudos realizados em Pelotas, RS, se investiga a psicopatologia em crianças e adolescentes. Tal iniciativa tem contribuído, de forma inédita, para um melhor entendimento da psicopatologia na infância e adolescência, pois enfoca três grandes temas: a prevalência no início da adolescência, a continuidade da idade pré-escolar ao início da adolescência e os fatores de risco precoces.

A presente tese é composta de duas partes. A primeira compreende uma revisão da literatura científica sobre os transtornos mentais na infância e adolescência, incluindo os tópicos: prevalência, continuidade e fatores de risco. A segunda parte é composta pelos objetivos deste estudo e os três artigos resultantes do projeto. Pretende-se, desta forma, atender às exigências para a obtenção do título de doutor no Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Epidemiologia de transtornos mentais na infância e adolescência: uma introdução às questões conceituais e metodológicas

Um transtorno mental é conceitualizado como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico, clinicamente importante, que ocorre em um indivíduo e que se mostra associado com sofrimento ou incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, morte, dor, deficiência ou perda importante da liberdade (APA, 1994).

A medida de frequência de doenças mais usada na investigação dos transtornos mentais em crianças e adolescentes é a prevalência. Costuma-se definir “prevalência” como a frequência de casos existentes de uma determinada doença, em uma determinada população e em um dado momento. A frequência de uma doença, ao longo de um período de tempo, é chamada prevalência de período. A prevalência de toda a vida expressa a quantidade de indivíduos que já apresentaram determinada doença em qualquer momento, desde o nascimento e até a realização do estudo (Medronho et al., 2003). Na epidemiologia psiquiátrica, devido ao curso episódico de muitos transtornos psiquiátricos, a medida de prevalência no período é a mais usada (Fleming & Hsieh, 2002).

Considerando-se a população em geral, a ocorrência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é identificada através de estudos epidemiológicos. Estes estudos possibilitam investigar toda a população em risco, e não apenas casos psiquiátricos de amostras clínicas, que representam um segmento pequeno e auto-selecionado do espectro de psicopatologia. Os estudos epidemiológicos de base populacional permitem que inferências sejam feitas

sobre a população total em risco, mesmo em indivíduos apartados dos locais de atendimento em saúde mental (Fleming & Hsieh, 2002).

A prevalência dos transtornos mentais na população é calculada através de estudos chamados “inquéritos” ou “levantamentos populacionais”. Os inquéritos populacionais são estudos epidemiológicos que se baseiam em um número expressivo de entrevistas domiciliares (Andreoli et al., 2000). A identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos, que envolve grandes amostras populacionais, geralmente necessita de uma etapa de triagem ou rastreamento, antes da avaliação diagnóstica (Andreoli et al., 2000). São os chamados estudos de duas fases. Assim, utiliza-se um instrumento de triagem para toda a população e um instrumento de diagnóstico para uma amostra (Newman et al., 1990). O delineamento multifásico é o indicado para grandes amostras populacionais e oferece muitas vantagens: custo reduzido, tempo curto de aplicação, uso de instrumento de fácil aplicação, estimativas de prevalência mais precisas, devido à possibilidade de utilização de amostras maiores (Buka et al., 2002). No entanto, existe a desvantagem de perdas na segunda etapa e de ocorrer certo grau de imprecisão nos resultados, face ao tempo transcorrido entre a aplicação do instrumento de triagem e o de diagnóstico (Fleitlich-Bilyk, 2002; Newman et al., 1990).

As escalas de triagem foram os primeiros instrumentos padronizados, utilizados nos levantamentos epidemiológicos para medir construtos como: saúde mental, doenças mentais e transtornos psiquiátricos, podendo ser auto-aplicadas ou aplicadas por entrevistadores leigos. Ao indivíduo é atribuído um escore total, geralmente resultado da soma das respostas positivas. Para cada escala, calcula-se o escore que melhor discrimina os indivíduos doentes dos não-doentes, constituindo-se no ponto de corte da escala (Andreoli et al., 2000). Para melhor discriminação dos casos identificados, numa segunda etapa aplicam-se instrumentos estruturados. As entrevistas semi-estruturadas são compostas por listas de sintomas psiquiátricos, elaboradas a partir de observações de pacientes da clínica; sendo, geralmente, desenhadas para a utilização de profissionais habilitados. A vantagem das entrevistas semi-estruturadas é que elas pressupõem um julgamento clínico, portanto, em um inquérito populacional, as

crianças consideradas “casos”, de acordo com estas medidas, terão maiores chances de serem realmente “casos”, se submetidas a uma avaliação clínica (Fleitlich-Bilyk, 2002). Grande parte das entrevistas de avaliação dos transtornos psiquiátricos de crianças e adolescentes geram diagnósticos por meio de questões estruturadas, que podem ser aplicadas por entrevistadores leigos (Fleitlich-Bilyk, 2002). As entrevistas estruturadas também são compostas por listas de sintomas psiquiátricos, porém a presença e a ausência do sintoma é estabelecida por intermédio de uma árvore de decisões totalmente estruturada (Andreoli et al., 2000). Os primeiros estudos de duas fases utilizavam clínicos para realização do diagnóstico da segunda fase, levando a problemas de fidedignidade nos estudos. O uso de entrevistas estruturadas, na fase de diagnóstico, substituiu o diagnóstico clínico realizado por um especialista (Buka et al., 2002).

A avaliação diagnóstica dos transtornos mentais em crianças e adolescentes deve ser realizada com a utilização de critérios padronizados e aceitos internacionalmente, como os da CID-10 (WHO, 1993) e os da DSM-IV (APA, 1994), quando se tem o objetivo de comparar resultados de estudos realizados entre diferentes culturas. As últimas versões destes dois principais sistemas de classificação dos transtornos mentais — CID-10 e DSM-IV — são convergentes, e incluem nos critérios diagnósticos, além da presença de sintomas, a avaliação do impacto destes sintomas na produção de sofrimento e incapacidade (Goodman & Scott, 2005). Portanto, um transtorno deve ter significância clínica para ser gerado um diagnóstico psiquiátrico.

Até a metade da década de 1990, quando este critério de impacto não era considerado nas avaliações diagnósticas, um grande número de estudos epidemiológicos relatavam altas taxas de prevalência, podendo chegar a quase 50% (Bird et al., 1988). Atualmente, com a avaliação do impacto, juntamente com os sintomas, as estimativas de prevalência de transtornos psiquiátricos tendem a ser mais conservadoras (Goodman & Scott, 2005).

O auto-relato dos transtornos mentais de crianças e adolescentes é considerado de validade duvidosa para a avaliação dos transtornos mentais. Por isso, são importantes os relatos de diferentes informantes (Fleitlich-Bilyk, 2002). O ideal é coletar informações também dos pais e, para alguns diagnósticos

específicos, como o de *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (TDAH), o relato dos professores (Rohde & Halpern, 2004). A confiabilidade da informação do adolescente depende de sua capacidade cognitiva, da sua habilidade de refletir e verbalizar sobre seu comportamento e sentimentos. Os adolescentes também demonstram dificuldades para descrever emoções e comportamentos que ocorreram num período longo de tempo (Fleitlich-Bilyk, 2002). Existem diversas evidências de que as crianças e os adolescentes relatam melhor os sintomas de internalização, como preocupações e tristeza, enquanto os pais tendem a identificar melhor os sintomas de externalização dos filhos, como agressividade e hiperatividade (Rohde & Salvador-Carulia — *in press*). Como o nível de concordância entre relatos de pais e filhos costuma ser baixo, torna-se necessário sintetizar os relatos discrepantes. Existem diferentes métodos para este procedimento, mas não há consenso sobre qual a melhor opção (Fleitlich-Bilyk, 2002). Alguns pesquisadores optam por um informante preferencial, quando detectam discordância nos relatos. Por exemplo, utilizam o relato dos sintomas emocionais realizado pelo adolescente e o relato dos pais para os sintomas relacionados a problemas de conduta. Outro procedimento usado para sintetizar os relatos discrepantes, é combinar as informações obtidas através dos pais com a dos adolescentes, ou seja, definir como “casos” os adolescentes que tiverem relato positivo para transtornos mentais, tanto pelo auto-retrato quanto pelo relato dos pais, ou ainda apenas por uma das fontes de informação. Uma terceira alternativa, é permitir que um experiente julgador clínico escolha um dos relatos preferenciais ou combine os diferentes relatos para obter uma definição de caso (Fleitlich-Bilyk, 2002; Goodman et al., 2000).

Os instrumentos de avaliação dos transtornos mentais podem gerar classificações dimensionais ou categóricas. As classificações dimensionais produzem um escore com medidas contínuas da psicopatologia. Estas medidas, usualmente, consistem em várias perguntas relacionadas a um construto, podendo ser agregadas para fornecer um escore total. As avaliações categóricas são medidas que geram uma classificação da psicopatologia de forma não contínua, de acordo com critérios diagnósticos pré-estabelecidos, geralmente da DSM ou CID. Geralmente, estas classificações se originam de entrevistas estruturadas, que exigem uma resposta do tipo “Sim” ou “Não” (Buka et al., 2002).

Alguns aspectos da psicopatologia da criança e do adolescente parecem refletir valores extremos num *continuum* entre o comportamento adaptado e o desadaptado, porém a maioria das crianças apresentam pequenas variações das mesmas características. Para aquelas que estão nos extremos do *continuum*, em geral o uso de classificações categóricas parece adequado, mas para crianças e adolescentes que apresentam apenas pequenas variações da normalidade, muitas vezes o mais adequado é o uso de medidas dimensionais. Portanto, na maioria dos casos, usar classificações categóricas e dimensionais do mesmo fenômeno é importante para propósitos de análise de dados (Goodman & Scott, 2005).

Diversos instrumentos de avaliação de psicopatologia em crianças e adolescentes foram desenvolvidos nos últimos 20 anos (Fleming & Hsieh, 2002). No Brasil, realizou-se um estudo pioneiro com o objetivo de desenvolver um instrumento de triagem apropriado a estudos epidemiológicos, capaz de avaliar transtornos mentais em crianças e adolescentes: o *Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil* — QMPI (Almeida-Filho, 1981). O QMPI é composto de 35 itens, com base numa classificação triaxial de transtornos mentais, porém não avalia critérios de impacto dos transtornos. Outro estudo investigou sintomas de TDAH, baseado nos critérios da DSM-III-R (APA, 1987), com o objetivo de desenvolver uma escala para professores (Brito et al., 1995). Recentemente, foi elaborada uma escala para avaliar o ajustamento psicológico em adolescentes (Reppold, 2005). Como esta escala não foi delineada com a finalidade de um instrumento de triagem ou diagnóstico de transtornos mentais, não é apropriada para estudos epidemiológicos.

Com o objetivo de validar um instrumento de triagem de saúde mental para crianças e adolescentes, realizou-se um estudo com o *Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência* (*Child Behavior Checklist* — CBCL), desenvolvido por Achenbach (1991). Bordin et al. (1995) fizeram uso de um ambulatório de psiquiatria, com 49 crianças e adolescentes de 4 a 12 anos, porém este estudo não efetivou o levantamento populacional e a estrutura fatorial do instrumento não foi testada.

A *Entrevista sobre Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças em Idade Escolar*, versão epidemiológica (K-SADS-E) é semi-estruturada,

idealizada para verificar e registrar episódios psicopatológicos em crianças e adolescentes com idade de 6 a 17 anos, segundo critérios DSM-III (APA, 1980) e DSM-III-R. Este instrumento de entrevista foi desenvolvido por Orvaschel (1994) e traduzido no Brasil por Mercadante et al. (1995). Recentemente, a versão do K-SADS que inclui episódios correntes ou passados (K-SADS-PL) foi traduzida, e suas propriedades psicométricas foram avaliadas (estudo de validade e confiabilidade) por Brasil (2003). Recentemente, desenvolveu-se no Brasil o estudo de validação de um instrumento para triagem e um outro para diagnóstico. Trata-se do *Questionário de Capacidades e Dificuldades* — SDQ (Goodman, 2001) e do *Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes* — DAWBA (Goodman et al., 2000), respectivamente. O estudo de validação (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004) teve delineamento transversal e incluiu uma amostra populacional aleatória de 1.251 escolares de 7 a 14 anos. O SDQ é um questionário de triagem, que avalia os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes nos seis meses anteriores à entrevista. É composto por 25 questões divididas em cinco subescalas, com cinco perguntas cada uma, gerando escores de problemas emocionais, de conduta, de atenção e hiperatividade, relação com pares e comportamento pró-social, além do escore total. A versão extensiva do SDQ é formada por mais cinco perguntas que avaliam o impacto dos sintomas na vida das crianças e adolescentes. O DAWBA foi desenvolvido para gerar diagnósticos psiquiátricos em crianças e adolescentes, conforme critérios da DSM-IV e da CID-10, evidenciando características de entrevistas estruturadas e, também, semi-estruturadas. Se os sintomas são identificados pelas questões estruturadas, os entrevistadores usam questões abertas para obter descrições dos problemas (Goodman et al., 2000).

2.1.1 Prevalências de transtornos mentais na infância e adolescência no Brasil e no mundo

Estudos recentes, feitos em países desenvolvidos, demonstraram que 5 a 15% das crianças apresentam sintomas psiquiátricos com impacto nas suas vidas, causando sofrimento e interferindo no seu funcionamento (Fleitlich-Bilyk, 2002; Heiervang et al., 2007). Nestes países, diversos estudos epidemiológicos utilizaram critérios diagnósticos da DSM-IV ou CID-10 para investigar a

prevalência total de transtornos mentais em crianças e adolescentes e encontraram as seguintes taxas: 9,5% em 10.438 crianças britânicas de 5-15 anos (Ford et al., 2003); 8,2% em escolares italianos de 10-14 anos (Frigerio et al., 2006); 7,0% em 9.155 crianças norueguesas de 8-10 anos (Heiervang et al., 2007); 8,3% no seguimento dos 12 anos dos 854 adolescentes pertencentes ao *Great Smoky Mountain Study* (Costello et al., 2003). Além da prevalência total de transtornos mentais, os estudos epidemiológicos também investigam os grupos de transtornos mais comuns na infância e na adolescência.

A prevalência de transtornos mentais em pré-adolescentes é de, aproximadamente, 12%, aumentando para 15% na adolescência (Roberts et al., 1998). Nestas fases, os transtornos mentais mais prevalentes costumam ser os transtornos do comportamento disruptivo (TDAH, transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição) e os transtornos de ansiedade. Na adolescência a depressão também é comum, afetando 2% da população (Goodman & Scott, 2005).

No estudo com 10.438 crianças britânicas, referido acima, foram encontradas as seguintes prevalências para os grupos mais comuns de transtornos mentais, em adolescentes de 11-12 anos: 5,85% de transtornos do comportamento disruptivo, 3,95% de transtornos de ansiedade e 0,71% de transtornos depressivos (Ford et al., 2003). No seguimento dos 12 anos do *Great Smoky Mountain Study*, 5,3% dos adolescentes apresentaram transtornos do comportamento disruptivo, 0,9% apresentaram transtornos de ansiedade e 0,4% transtornos depressivos, de acordo com relato dos pais e dos adolescentes (Costello et al., 2003). Estudos com adolescentes e que usaram os critérios da DSM-III-R encontraram prevalências mais altas, mas o padrão de psicopatologia foi relativamente semelhante. No seguimento dos 15 anos do *Christchurch Health and Development Study* (CHDS), aproximadamente 1.000 adolescentes neozelandeses apresentaram prevalências de 15,6% em transtornos disruptivos, 12,8% em transtornos de ansiedade e 6,6% de transtornos depressivos, de acordo com o relato dos pais e dos adolescentes (Fergusson et al., 1993). Adolescentes de 9 a 17 anos pertencentes ao estudo *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders* (MECA) apresentaram

10,3% de transtornos disruptivos, 13,0% de transtornos de ansiedade e 6,2% de transtornos depressivos, de acordo com o próprio relato e o dos pais (Shaffer et al., 1996).

Apesar da prevalência dos transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes ser relativamente homogênea em culturas distintas (Bilenberg et al., 2005; Polanczyk et al., 2007), existem diferenças entre países desenvolvidos e em desenvolvimento. Embora estas diferenças sejam significativas, são moderadas em magnitude (Goodman & Scott, 2005). Crianças e adolescentes de países em desenvolvimento costumam apresentar prevalências de transtornos mentais mais elevadas do que seus pares de países desenvolvidos, provavelmente devido às precárias condições socioeconômicas em que vivem (Duarte et al., 2003).

Numa revisão recente de estudos epidemiológicos, com amostras representativas da população e com critérios diagnósticos aceitos internacionalmente, a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes de países em desenvolvimento foi estimada entre 5 e 18% (Mullick & Goodman, 2005). Na América Latina, evidências de estudos com amostras comunitárias indicaram que de 15% a 23% das crianças e adolescentes apresentam problemas de saúde mental (Duarte et al., 2003). Estudos realizados em países em desenvolvimento e com critérios diagnósticos da DSM-IV ou CID-10 encontraram prevalências similares. Num estudo com 922 crianças de 5-10 anos de Bangladesh foi encontrado 15,0% de prevalência total de transtornos mentais (Mullick & Goodman, 2005). A mesma taxa ocorreu em um estudo na Rússia com 448 crianças e adolescentes de 7-14 anos (Goodman et al., 2005). Foi encontrada taxa de prevalência de 16,4% em 541 adolescentes chineses (Leung et al., 2008). A mesma prevalência ocorreu em 1.886 crianças e adolescentes de 4-17 anos de Porto Rico (Canino et al., 2004). Na Índia, dois estudos obtiveram prevalências de 12,5% e 9,4% em 2.064 crianças e adolescentes de 0-16 anos (Srinath et al., 2005) e em 1.403 crianças de 8-12 anos (Hackett et al., 1999), respectivamente.

No Brasil, foram encontrados apenas três estudos epidemiológicos que investigaram a prevalência total de transtorno mental (e não apenas transtornos

específicos) em crianças e adolescentes. Um estudo pioneiro, realizado na região Nordeste, revelou que 10,0% das 828 crianças e adolescentes, entre 5-14 anos, apresentavam transtornos mentais graves e moderados (Almeida Filho, 1982). Na região Sudeste encontrou-se 12,7% de prevalência total dos transtornos psiquiátricos, adotando critérios da DSM-IV em 1251 escolares de 7 a 14 anos (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004). Na Ilha da Maré, zona rural do município de Salvador, região Nordeste, 7,0% de 430 crianças, representativas de todas as moradoras da ilha, entre 7-14 anos, apresentaram, pelo menos, um transtorno mental (Goodman et al., 2005). Não foram encontrados estudos de prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes com amostras representativas do Brasil ou de outros países na América do Sul (Belfer & Rohde, 2005). Portanto, é importante desenvolver estudos usando métodos similares em diferentes regiões do país com o objetivo de se obter estimativas de prevalência apropriadas considerando-se as diferenças étnicas, culturais e sociais do Brasil.

2.2 Continuidade da psicopatologia

A continuidade da psicopatologia é definida como um padrão preditivo de associações entre comportamentos em um estágio prévio do desenvolvimento e algum tipo de desfecho psicológico mais adiante (Rutter, 1984). Quando existe continuidade no curso da psicopatologia, a manifestação dos sintomas pode ser semelhante em diferentes idades — continuidade homotípica. Ansiedade, depressão e transtornos de conduta são exemplos de transtornos, que geralmente apresentam uma continuidade homotípica (Ruskin & Schwab-Stone, 2003). Porém, os padrões de sintomas, inclusive as categorias diagnósticas, podem mudar ao longo do ciclo vital (Angold et al., 1999), refletindo os diferentes aspectos da maturação biológica, do nível cognitivo, do *status* social, da duração e do tipo de experiências vividas pelo indivíduo nas diferentes idades (Rutter, 1988). Este curso da psicopatologia é chamado de “continuidade heterotípica ou comorbidade seqüencial”. Na continuidade heterotípica de um transtorno, a criança e o adolescente podem apresentar diferentes transtornos ao longo dos anos, ou o mesmo transtorno pode se manifestar de diferentes maneiras ao longo do tempo (Costello et al., 2003) como, por exemplo, o transtorno de conduta precedendo o uso de substância (Ruskin & Schwab-Stone, 2003; Kim-Cohen et al., 2003). Este

curso heterogêneo da psicopatologia pode ser conceitualizado de “progressão psicopatológica”, se as características comportamentais do transtorno posterior não representam o transtorno precursor. Por exemplo, a transição do abuso de substância para a depressão poderia indicar não manifestações diferentes de um mesmo transtorno, mas um efeito farmacológico do uso da substância, que aumentou o risco para a depressão (Rutter et al., 2006).

Na evolução da psicopatologia também pode ocorrer “remissão” de um transtorno mental. A remissão é conceitualizada como um ponto no tempo, após o surgimento do transtorno mental, quando os sinais e sintomas diminuem nitidamente (Eaton, 2002). Assim, transtornos mentais com início precoce, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade e o transtorno do tique, apresentam prevalências diminuídas no início da adolescência e um novo declínio na adolescência (Costello et al., 2003; Polanczyk et al., 2007).

Na idade pré-escolar, apesar de alguns problemas de comportamento e emocionais serem transitórios, outros persistem. A cronicidade de alguns problemas pré-escolares é evidente tanto prospectivamente quanto retrospectivamente (Goodman & Scott, 2005). Evidências sobre a continuidade da psicopatologia entre a infância e a idade adulta já foram detectadas em estudos oriundos de métodos retrospectivos. Por exemplo, 82 a 100% dos adultos com 26 anos, que apresentaram algum transtorno mental nos últimos 12 meses, tinham uma longa história pregressa de transtorno mental, não necessariamente o mesmo transtorno (Kim-Cohen et al., 2003). Achados sobre continuidade já foram confirmados por estudos prospectivos e por estudos de coortes de nascimentos (Colman & Jones, 2004; Feehan et al., 1993). 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 novo diagnóstico, embora não necessariamente o mesmo, em um acompanhamento seguinte (Costello et al., 2003).

Os principais achados, oriundos de estudos sobre continuidade da psicopatologia com delineamento longitudinal e amostras comunitárias, foram:

- 1) uma estabilidade moderada da psicopatologia entre uma fase e outra do ciclo vital (Verhulst & van der Ende, 1992). A estabilidade aumenta com a idade dos indivíduos, ou seja, geralmente acompanhamentos de adultos iniciados na adolescência encontram maior estabilidade do que acompanhamentos de adolescentes iniciados na infância. Provavelmente, devido às crianças se encontrarem num período de desenvolvimento de grandes mudanças no funcionamento biológico, cognitivo, emocional e social, portanto, caracterizado por menor estabilidade no comportamento;
- 2) os problemas de externalização apresentam maior estabilidade do que os de internalização e são preditores de diferentes desfechos em saúde mental (Hofstra et al., 2000). Autores têm atribuído tal estabilidade dos problemas de externalização às influências comuns — genéticas e ambientais — nos comportamentos disruptivos (Fergusson et al., 2005). Além da forte determinação genética nestes transtornos (Burke et al., 2002), outros fatores ambientais, como a reação negativa dos demais e a seleção de ambientes que reforçam os problemas de externalização contribuem na sua persistência (Rutter et al., 2006).

Os estudos prospectivos de coorte constituem o delineamento mais adequado para se estudar a continuidade dos transtornos mentais, acompanhando os indivíduos durante anos, décadas ou durante toda a vida e com, pelo menos, dois seguimentos usando o mesmo instrumento (Eaton, 2002). O maior problema metodológico nestes estudos são as perdas dos sujeitos, que podem resultar em viés de seleção e na diminuição do tamanho amostral. Estudos prospectivos sobre a continuidade dos transtornos mentais só existem em países desenvolvidos. Assim, é importante replicar tais estudos em países em desenvolvimento, para comparar a evolução da psicopatologia em crianças e adolescentes de diferentes culturas. Como as crianças de países em desenvolvimento convivem mais freqüentemente com adversidades ambientais, existe a expectativa de que aquelas que apresentam um transtorno mental

tenham um pior prognóstico, quando comparadas a seus pares de países desenvolvidos. No entanto, evidências já mostraram que:

- 1) há pouca diferença nas taxas de prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes de países desenvolvidos e em desenvolvimento (Goodman & Scott, 2005; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004);
- 2) constata-se grande similaridade entre os fatores de risco (Hackett et al., 1999) e os fatores de proteção (Canino & Alegria, 2008);
- 3) existe similaridade, também, nos padrões de comorbidade e na resposta aos tratamentos (Canino & Alegria, 2008; Rohde et al., 2005).

Portanto, a continuidade da psicopatologia de crianças e adolescentes ao longo do ciclo vital possivelmente apresenta uma grande similaridade com os resultados de estudos realizados em países desenvolvidos.

2.3 Determinantes dos transtornos mentais na infância e adolescência

Fatores de risco são variáveis ambientais, comportamentais ou biológicas, estabelecidas com uma seqüência temporal à doença que, se presentes, aumentam a probabilidade de uma doença ocorrer. Ausentes, reduzem sua probabilidade (Beck, 1998).

A identificação dos fatores de risco faz parte de um processo de elucidação da etiologia dos transtornos mentais na infância e na adolescência, constituindo-se em meta potencial para prevenção e intervenção (Ford et al., 2004). O reconhecimento dos fatores etiológicos precoces e a prévia intervenção sobre eles, podem reduzir o custo social destas condições, ao longo da vida dos indivíduos (Renschmidt & Belfer, 2005). Experiências adversas precoces exercem influência negativa no desenvolvimento psicológico (Angold et al., 1995). O impacto de eventos precoces e de características comportamentais presentes nos primeiros anos de vida, na adolescência e vida adulta, encontra-se bem fundamentado na literatura (Freud, 1973; Caspi et al., 1996; Maughan & Kim-

Cohen, 2005), inclusive em estudos de coortes de nascimentos (Colman & Jones, 2004). Recentemente, estas hipóteses foram corroboradas com os achados da neurociência sobre a influência das experiências precoces no desenvolvimento cerebral (Rutter et al., 2004). Para se investigar os fatores etiológicos precoces, o delineamento mais adequado é o dos estudos prospectivos de coorte, porque permitem inferências sobre a direção das relações causais. A maioria dos estudos tem fornecido, apenas, associações transversais, sujeitas ao viés de causalidade reversa (Ford et al., 2004). Nos estudos prospectivos de coorte um grupo de pessoas é reunido, sem que nenhuma delas tenha sofrido o desfecho de interesse. São observadas durante algum tempo, para que se verifique as que experimentam o desfecho. Posteriormente, as taxas dos desfechos são comparadas entre o grupo exposto e o não-exposto (Fletcher & Fletcher, 2006). Os estudos prospectivos de coorte são os mais robustos, conceitualmente, dos estudos epidemiológicos (Rothman & Greenland, 1998). O ponto ideal para se iniciar e acompanhar uma coorte é o nascimento (Colman & Jones, 2004). Uma coorte de nascimentos, selecionada aleatoriamente entre a população, teoricamente abrange indivíduos com todas as probabilidades de níveis de exposição, de combinação de fatores de risco e de desfechos por toda a vida. Portanto, torna-se possível estudar todos os fatores de risco de todas as doenças e os mecanismos através dos quais a doença inicia, progride e diminui de intensidade, embora não seja ideal para o estudo de doenças raras (Colman & Jones, 2004).

Existem evidências de que os fatores de risco para a psicopatologia são bastante similares em diferentes culturas. O que parece variar são a intensidade e a magnitude desses fatores (Canino & Alegria, 2008). Logo, apesar de existirem semelhanças entre os fatores de risco nos países desenvolvidos e em desenvolvimento (Hackett et al., 1999), a população dos países em desenvolvimento encontra-se mais exposta a potenciais fatores de risco como, por exemplo, a pobreza (Duarte et al., 2003). Os fatores de risco para psicopatologia na infância e adolescência em países em desenvolvimento são pouco conhecidos (Goodman & Scott, 2005), devido ao campo ser dominado por estudos transversais e estudos retrospectivos, com amostras clínicas (Feehan et al., 1995). Neste sentido, é necessário identificar os fatores de risco para

transtornos mentais de crianças e adolescentes em países em desenvolvimento, tendo em vista orientar, convenientemente, políticas públicas de saúde mental.

Apesar dos fatores de risco serem, geralmente, considerados de forma individual, com frequência crianças e adolescentes são expostos a riscos múltiplos e cumulativos (Walker et al., 2007). Identificar uma única causa para um transtorno mental não é cientificamente justificável (Goodman & Scott, 2005). Existem poucas evidências de associações específicas entre um fator de risco particular e um determinado transtorno, e a maioria das análises de riscos psiquiátricos centra-se, somente, em aspectos globais dos riscos (Angold & Costello, 1995). Possivelmente, a combinação ou a sequência de fatores de risco seja a explicação para os transtornos mentais na infância e adolescência. Assim, é importante investigar diversos fatores de risco individuais, familiares e ambientais, simultaneamente, e não ignorar a inter-relação que existe entre eles (Ford et al., 2004). Por exemplo, além da história psiquiátrica pregressa, os transtornos mentais envolvem diversos determinantes precoces, desde fatores genéticos, perinatais, sexo da criança, apego com os pais, até fatores traumáticos, demográficos e socioeconômicos.

Dentre os fatores de risco ambientais, associados a maior prevalência de transtornos mentais, o nível socioeconômico é o mais robusto dos achados em estudos epidemiológicos (Tsuang & Tohen, 2002). Existe uma associação inversa entre nível socioeconômico e ocorrência de transtornos mentais. Um estudo epidemiológico, com amostra representativa de sujeitos com 9, 11 e 13 anos de idade, evidenciou que as crianças e os adolescentes pobres tiveram maior probabilidade de apresentar critérios diagnósticos para todos os transtornos psiquiátricos da DSM-III-R do que as crianças abaixo do ponto de corte, exceto transtorno de tique (Costello et al., 1996). Hipóteses explicativas sobre possíveis causas sociais ou de seleção social têm sido formuladas para descrever esta associação entre baixo nível socioeconômico e transtorno mental. A primeira sugere que o estresse associado à baixa posição socioeconômica causaria transtorno mental, enquanto a segunda propõe que a associação se deve à queda na posição social, produzida pelo transtorno mental. Por exemplo, evidências de determinação social da ansiedade e de seleção social para o TDAH foram

encontradas nos sujeitos de 11 a 21 anos da coorte de Dunedin (Miech et al., 1999). Diversos fatores podem estar envolvidos na determinação social dos transtornos mentais, como crianças, oriundas de famílias de baixa renda, que moram em comunidades geográfica e socialmente isoladas, sem redes sociais de apoio. O baixo nível socioeconômico também influencia o ambiente imediato dessas crianças, afetando suas rotinas diárias, os papéis e deveres dos responsáveis e o ambiente interpessoal na casa (Halpern, 1993), além de limitar o acesso a serviços de saúde mental de qualidade (Rohde et al., 2004).

O nível de escolaridade e de ocupação das mães, além de serem indicadores sociais e culturais da família, bem como do nível cognitivo da mãe, tem efeitos independentes nas suas práticas educativas, na responsividade e uso de punição física aos filhos (Kohn & Schooler, 1983; Laosa, 1982; Richman et al., 1992). Mães com maior escolaridade tendem a adotar valores, atitudes e crenças que promovem o desenvolvimento da criança e têm expectativas de um comportamento independente e autodirecionado para seus filhos (Sameroff et al., 1987), além de evidenciarem maior conhecimento sobre as necessidades relativas ao desenvolvimento da criança (Lewis, 1993). Em estudo realizado com mães de um mesmo patamar socioeconômico, aquelas que possuíam maior nível educacional e ocupacional demonstraram maior interação positiva, responsividade e mediação de experiências de aprendizagem, e seus filhos apresentaram os maiores escores em competência social e cognitiva, quando comparadas às mães com baixa escolaridade e ocupação doméstica. Já as mães com alta escolaridade, mas com ocupação doméstica obtiveram um resultado intermediário entre os dois grupos anteriores de mães (von der Lippe, 1999; Walker, 2007).

Estudos epidemiológicos e clínicos têm encontrado, consistentemente, diferenças de acordo com o sexo em muitos tipos de psicopatologia. Os transtornos com início precoce, em geral, são mais prevalentes nos meninos, enquanto os que se iniciam na adolescência são mais prevalentes nas meninas (Rutter et al., 2003). Sendo assim, os meninos constituem um grupo de risco em estudos de saúde mental antes da puberdade (Goodman & Scott, 2005). Em um estudo transversal, com 10.438 crianças e adolescentes britânicos de 5 a 15 anos, a prevalência total, bem como a de todos os transtornos mentais

individuais, tiveram diferenças significativas de prevalência entre os sexos, sendo mais frequentes nos meninos, com exceção dos transtornos de alimentação (Ford et al., 2003). Os transtornos mentais que apresentam as maiores diferenças de prevalências entre meninos e meninas são o TDAH, transtorno de conduta e transtorno desafiador de oposição, mais frequentemente encontrados em meninos (Polanczyk et al., 2007; Moffitt et al., 2008).

Diversos fatores têm sido relacionados à diferenciação de sexo na psicopatologia de crianças e adolescentes, que vão desde influências genéticas e hormonais, exposição a outros tipos e número de fatores de risco nos meninos e meninas, maior suscetibilidade ao risco nos meninos, até expectativas sexistas da sociedade (Rutter et al., 2003).

A psicopatologia nos pais é um forte preditor dos transtornos mentais nos filhos. Aproximadamente, 40% dos filhos de pais depressivos apresentam um ou mais transtornos mentais (não apenas depressão) e crianças com pais portadores de transtorno anti-social também têm risco aumentado para uma variedade de transtornos (Angold et al., 1995). Diferentes modelos teóricos sobre efeitos genéticos e ambientais têm sido propostos para explicar a transmissão dos transtornos mentais entre gerações. Apesar de ser provável que o efeito genético responda por parte substancial dos achados, a exposição a pais que apresentam psicopatologia constitui um fator de risco independente (Buka et al., 2002). O modelo ambiental postula que a transmissão da doença mental pode ocorrer através de mecanismos como relação de apego inseguro, maus tratos e negligência, condutas mais frequentes em pais que apresentam doença mental (Bowlby, 1982).

Exposições durante a gestação e período perinatal também têm sido estudadas e consideradas fatores de risco para os transtornos mentais (Thompson et al., 2001). Estudos pioneiros indicavam que as complicações obstétricas e neonatais severas poderiam resultar em morte, paralisia cerebral ou deficiência mental, enquanto as complicações moderadas poderiam resultar em hiperatividade, problemas de aprendizagem ou de comportamento (Pasamanick et al., 1956). Evidências científicas limitadas apoiaram estas hipóteses iniciais (Goodman & Scott, 2005). Na investigação do impacto das complicações

obstétricas e perinatais é indispensável atentar para o nível socioeconômico, uma vez que crianças de famílias com baixa renda têm maior probabilidade de apresentar tais complicações (Goodman & Scott, 2005).

O tabagismo materno na gestação tem sido associado a um maior risco de os filhos apresentarem problemas de externalização — *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Conduta e Transtorno Desafiador de Oposição* (D’Onofrio et al., 2008). Num estudo longitudinal e de base populacional, o fumo materno na gestação ficou associado à hiperatividade da criança aos oito anos, mesmo após o ajuste para sexo, estrutura familiar, nível socioeconômico, idade materna e uso de álcool pela mãe, demonstrando um efeito de longo prazo do tabagismo materno (Kotimaa et al., 2003). É importante salientar que a associação entre tabagismo na gestação e problemas de externalização nos filhos pode ser devido aos fatores de risco ambientais associados ao tabagismo materno, mais do que a exposição à nicotina pré-natal. Assim, o tabagismo materno na gestação está associado a diversos fatores, também associados com problemas de externalização em crianças e adolescentes, tais como: baixo nível socioeconômico, gravidez precoce, falta de atendimento pré-natal, depressão materna, dentre outros. Além disso, fatores genéticos podem confundir a associação entre tabagismo materno na gestação e problemas de externalização. Por exemplo, gestantes com maior risco genético de apresentarem transtorno anti-social têm mais probabilidade de fumar (D’Onofrio et al., 2008). Apesar do elo causal entre o tabagismo na gestação e transtornos mentais como o TDAH ainda não estar bem estabelecido (Winzer-Serhan, 2008), o fumo na gestação pode causar prematuridade e baixo peso ao nascer (Blake et al., 2000), além de afetar o desenvolvimento cerebral (Schmitz et al., 2006).

O retardo de crescimento intrauterino pode causar atraso no desenvolvimento e aumentar o risco para problemas de comportamento na adolescência (Walker et al., 2007). O retardo de crescimento intrauterino indica uma restrição de nutrição fetal durante um período crucial de desenvolvimento do cérebro (Walker et al., 2007). O baixo peso ao nascer tem sido associado à depressão na adolescência (Saigal et al., 2003) e na idade adulta (Thompson et al.,

2001). O TDAH também é mais prevalente em crianças que tiveram baixo peso ao nascer ou prematuridade (Pharoah et al., 1994; Whitaker et al., 1997), embora estudos tenham sugerido que esta associação deve-se, principalmente, ao baixo nível socioeconômico ou à deficiência mental, bem mais do que ao baixo peso propriamente dito (Kreppner et al., 2001). Além dos riscos biológicos associados ao baixo peso ao nascer, estudos têm investigado fatores psicológicos que prejudicam a interação “mãe-bebê” quando o bebê nasce pretermo (Bradley & Caldwell, 1984; Minde, 1993; Wittenberg, 1990). A mãe de um bebê pretermo pode apresentar maior ansiedade e pouca confiança em sua capacidade de cuidar do filho (Crnic et al., 1983). Pode não saber estimulá-lo apropriadamente, uma vez que o bebê muda, rapidamente, de um estado de hipo para hiperreatividade (Barnard et al., 1984). Pode, também, perceber seu bebê menos desenvolvido fisicamente, menos ativo, menos responsivo e, intelectualmente, menos competente (Stern & Karraker, 1990). Além disso, muitas mães experienciam um sentimento de perda do bebê perfeito (Minde, 1993).

O baixo nível intelectual predispõe a criança a apresentar transtornos mentais (Ford et al., 2004; Grizenko et al., 1991). Fatores biológicos podem causar deficiência mental e, independentemente, determinar transtornos psiquiátricos. Aproximadamente, um terço das crianças com deficiência mental moderada e metade daquelas que apresentam deficiência severa têm diagnóstico psiquiátrico (Goodman & Scott, 2005). Crianças e adolescentes com nível intelectual inferior demonstram baixa auto-estima (Goodman & Scott, 2005) e menos habilidade para resolver problemas e enfrentar os estressores ambientais (Dubow & Luster, 1989). Os transtornos psiquiátricos apresentados por crianças com deficiência mental moderada são, principalmente, transtornos emocionais, de conduta e de hiperatividade, similares aos apresentados por crianças sem deficiência mental (Goodman & Scott, 2005).

Outros importantes determinantes ambientais dos transtornos mentais incluem o estresse materno durante a gestação, o uso de substância na gestação, os maus tratos, o abuso sexual, a negligência, a exposição a conflitos e à violência familiar, os eventos estressantes, a perda precoce dos pais, a violência urbana, dentre outros. Apesar de diversos fatores de risco ambientais contribuírem na

etiologia dos transtornos mentais, as respostas dos indivíduos quando expostos a tais fatores apresenta grande variabilidade. Esta heterogeneidade de respostas, que influencia na resiliência ou na vulnerabilidade dos indivíduos, geralmente está associada a características geneticamente determinadas, como o temperamento e a cognição do indivíduo (Moffitt & Caspi, 2006). Assim, características genéticas alteram a sensibilidade do indivíduo a estressores ambientais específicos, ou seja, o efeito da exposição ao fator de risco ambiental (psicossocial ou biológico) parece condicionado ao genótipo do indivíduo. Portanto, na investigação dos determinantes dos transtornos mentais, estudos recentes têm considerado sua etiologia complexa e multi-fatorial incluindo a interação entre os fatores de risco genéticos e os ambientais (Moffitt & Caspi, 2006).

2.4 Referências

Achenbach TM (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

Almeida Filho N (1982). Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em zona urbana de Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 31:129-137.

Almeida-Filho N (1981). Development and assessment of the QMPI: Brazilian children' s behaviour questionnaire for completion by parents. *Social Psychiatry* 16:205-210.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (revised 3th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Andreoli SB, Almeida-Filho N, Coutinho ESF & Mari JJ (2000). Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Revista de Saúde Pública* 34(5): 475-483.

- Angold A, Costello EJ & Erkanli A (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40: 57-87.
- Angold A, Costello EJ & Erkanli A (1995). Developmental epidemiology. *Epidemiological Review* 17(1):74-82.
- Barnard K, Bee H & Hammond M (1984). Developmental changes in maternal interactions with term and preterm infants. *Infant Behavior and Development* 14:203-215.
- Beck JD (1998). Risk revisited. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 26:220-225.
- Bilenberg N, Petersen DJ, Hoerder K & Gillberg C (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in danish mainstream schools. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111:59-67.
- Belfer ML & Rohde LA (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica* 18(4-5):359-365.
- Bird HR, Canino G, Rubio-Stipec M, Gould MS, Ribera J, Sesman M, Woodbury M, Huertas-Goldman S, Pagan A, Sanchez-Lacay A & Moscoso M (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Archives General Psychiatry* 45:1120-1127.
- Blake KV, Gurrin LC, Evans SF, Beilin LJ, Landau LI, Stanley FJ & Newnham JP (2000). Maternal cigarette smoking during pregnancy, low birth weight and subsequent blood pressure in early childhood. *Early Human Development*. 57:137-147.
- Bordin I, Mari J & Caeiro M (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavioral Checklist" (CBCL — "Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência"): dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 17:55-66.
- Bowlby J (1982). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Bradley RH & Caldwell B (1984). *Home observation for the measurement of environment* (rev. ed.). Arkansas: University of Arkansas (Mimeo.).
- Brasil HHA (2003). *Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children*

present and lifetime version) e estudo de suas propriedades psicométricas. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo.

Brito GNO, Pinto RCA & Lins MFC (1995). A behavioral assessment scale for attention deficit disorder in Brazilian children based on DSM-III-R criteria. *Journal of Abnormal Child Psychology* 23:509-520.

Buka SL, Monuteaux M & Earls F (2002). The epidemiology of child and adolescent mental disorders. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Burke JD, Loeber R & Birmaher B (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41(11): 1275-1293.

Canino G & Alegria M (2008). Psychiatric diagnosis — is it universal or relative to culture? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49:237-250.

Caspi A, Moffitt TE, Newman D & Silva PA (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives General Psychiatry* 53:1033-1039.

Colman I & Jones PB (2004). Birth cohort studies in psychiatry: beginning at the beginning. *Psychological Medicine* 34(8):1375-1383.

Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A & Worthman CM (1996). The great smoky mountains study of youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives General Psychiatry* 53:1129-1136.

Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G & Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60:837-844.

Crnic KA, Greenberg MT, Ragozin AS, Robinson, NM & Basham RB (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development* 54:209-217.

D'Onofrio, van Hulle CA; Waldman ID & Rodgers JL (2008). Smoking during pregnancy. *Development and Psychopathology* 20:139-164.

- Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H & Miranda CT (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 33:203-222.
- Dubow EF & Luster T (1990). Adjustment of children born to teenage mothers: the contribution of risk and protective factors. *Journal of Marriage and the Family* 52:393-404.
- Eaton WW (2002). Studying the Natural History of Psychopathology. In: Tsuang MT & Tohen M. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Feehan MW, McGee R, Williams SM & Nada-Raja, S (1993). Models of adolescent psychopathology. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5):670-677.
- Fergusson DM, Horwood LJ & Ridder EM (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 46(8):837-849
- Fergusson DM, Horwood LJ & Lynskey MT (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R Diagnoses in a birth cohort of 15 years olds. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 32(6):1127-1134.
- Fleitlich-Bilyk B & Goodman R (2004). The prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43:727-34.
- Fleitlich-Bilyk BW (2002). *The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 years olds in the south east of Brazil*. Tese de doutorado. University of London, Disponível em: <bacy@uol.com.br>.
- Fleming JA & Hsieh CC (2002). Introduction to epidemiologic research methods. In: Tsuang MT & Tohen M. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fletcher & Fletcher (2006). *Epidemiologia clínica*. Porto Alegre: ArtMed.
- Ford T, Goodman R & Meltzer H (2003). The british child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42:1203-1211.

Ford T, Goodman R & Meltzer H (2004). The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39:487-496.

Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, Nobile M, Giorda R, Marino C, Molteni M, Rucci P, Ammaniti M, Lucarelli L, Lenti C, Walder M, Martinuzzi A, Carlet O, Muratori F, Milone A, Zuddas A, Cavolina P, Nardocci F, Tullini A, Morosini P, Polidori G & De Girolamo G (2006). The Italian preadolescent mental health project (PRISMA): rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 15:22-35.

Freud S (1973). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1905).

Goodman R & Scott S (2005). *Child psychiatry* (2nd ed.) Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Goodman R (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40:1337-1345.

Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R & Meltzer H (2000). The Development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41:645-655.

Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B & Almeida Filho N (2005). The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:11-17.

Grizenko N, Cvejic H, Vida S & Sayegh L (1991). Behavior problems of the mentally retarded. *Canadian Journal of Psychiatry* 36:712-720.

Hackett R, Hackett L, Bhakta P & Gowers S (1999). The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40:801-807.

Halpern R (1993). Poverty and infant development. In: Charles H & Zeanah Jr. (Org.). *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press.

Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, Ullebo AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA & Gillberg C (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8 to 10 year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46:438-447.

Hofstra MB, van der Ende J & Verhulst FC (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(7): 850-858.

Kim-Cohen J; Caspi A; Moffitt TE; Harrington H; Milne BJ & Poulton R (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives General Psychiatry*, 60: 709-717.

Kohn ML & Schooler C (1983). *Work and personality: an inquiry into the impact of social stratification*. Norwood, NJ: Ablex.

Kotimaa AJ, Moilanen BM, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, Hartikainen A & Jarvelin M (2003). Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 42:826-833.

Kreppner JM, O'Connor TG & Rutter M (2001). English romanian adoptees study team. Can inattention/overactivity be a institutional deprivation syndrome? *J Abnormal Psychol* 29:513-528.

Laosa, LM (1982). School, occupation, culture and family: the impact of parental schooling on the parent-child relationship. *Journal of Educational Psychology* 74:791-827.

Leung PW, Hung SF, Ho TP, Lee CC, Liu WS, Tang CP & Kwong SL (2008). Prevalence of DSM-IV disorders in chinese adolescents and the effects of an impairment criterion: A pilot community study in Hong Kong. *European Child and Adolescent Psychiatry* 21 (in press).

Lewis MD (1993). Emotion-cognition interactions in early infant development. *Cognition and Emotion* 7(2):145-170.

Maughan B & Kim-Cohen J (2005). Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry* 187:301-303.

Medronho RA, Carvalho DM, Bloch RR & Werneck GL (2003). *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu.

Mercadante MT, Asbahr F, Rosário MC, Ayres AM, Ferrari MC, Karman L, Assumpção FB & Miguel EC (1995). K-SADS, *Entrevista semi-estruturada para diagnóstico em psiquiatria da infância, versão epidemiológica*. São Paulo: PROTOC – Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BRE & Silva PA (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology* 104(4):1061-1131.

Minde K (1993). Prematurity and serious medical illness in infancy: Implications for development and intervention. In: Zeanah Jr. (Org.). *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press.

Moffitt TE, Arseneault L, Jaffee SR, Kim-Cohen J, Koenen KC, Odgers CL, Slutske WS & Viding E (2008). Research review: DSM-IV conduct disorder: research needs for a evidence base. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(1):3-33.

Moffitt TE & Caspi A (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature* 7:583-590.

Mullick MS & Goodman R (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:663-67.

Newman SC, Shrout PE & Bland RC (1990). The efficiency of two-phase designs in prevalence surveys of mental disorders. *Psychological Medicine* 20:183-193.

Orvaschel H (1994). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children — Epidemiologic Version (K-SADS-E) [unpublished instrument]. Ft. Lauderdale, Fla: Nova Southeastern University.

Pasamanick B, Rogers ME & Lilienfeld AM (1956). Pregnancy experience and development of behavior disorder in children. *American Journal of Psychiatry* 613-618.

Pharoah PD, Stevenson CJ, Cooke RI & Stevenson RC (1994). Prevalence of behaviour disorder in low birthweight. *Archives of Disease in Childhood* 70:271-274.

- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J & Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry* 164:942-948.
- Reppold CT (2005). *Construção, validação e normatização de instrumentos de ajustamento psicológico para adolescentes*. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Remschmidt H & Belfer M (2005). Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. *World Psychiatry* 4(3):147-53.
- Richman AL, Miller PM & LeVine RA (1992). Cultural and educational variations in maternal responsiveness. *Developmental Psychology* 28:614-621.
- Roberts RE, Attkisson CC & Rosenblatt A (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry* 155:715-725.
- Rohde LA & Halpern R (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria* 80 (2): 561-570.
- Rohde LA & Salvador-Carulia L. *Review of evidence and experience that might support changes of the classification of child mental disorders and mental retardation (in press)*.
- Rohde L A, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S & Tramontina S (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry* 57 (11):1436-1441.
- Rohde LA, Celia S & Berganza C (2004). In: Remschmidt H, Belfer M & Goodyear I (Org.). *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer.
- Rothman JK & Greenland S (1998). *Modern epidemiology* (2th. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ruskin S & Schwab-Stone M (2003). What can we learn from developmental studies of psychiatric disorders? *Lancet* 362 (13):1951-1953.
- Rutter M, Caspi A & Moffitt TE (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 44:1092-1115.

- Rutter M, Kim-Cohen J & Maughan B (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(3-4):276-295.
- Rutter M & O'Connor TG (2004). English and romanian adoptees study team. Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of romanian adoptees. *Developmental Psychology* 40:80-94.
- Rutter M (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Archives General Psychiatry* 45(5):486-495.
- Rutter M (1984). Psychopathology and development: I. childhood antecedents of adult psychiatric disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 18:225-234.
- Saigal S, Pinelli J, Hoult L, Kim MM & Boyle M (2003). Psychopathology and social competencies of adolescents who were extremely low birth weight. *Pediatrics* 111:969-995.
- Sameroff A, Seifer R, Zax M & Barocas R (1987). Early indicators of developmental risk: rochester longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin* 13(3):383-394.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G & Regier DA (1996). The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. Methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry* 35 (7):865-877.
- Schmitz M, Denardin D, Laufer Silva T, Pianca T, Hutz MH, Faraone S & Rohde LA (2006). Smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive type: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 45:1338-1345.
- Stern M & Karraker KH (1990). The prematurity stereotype: empirical evidence and implications for practice. *Infant Mental Health Journal* 11:3-11.
- Thompson C, Syddall H, Rodin I, Osmond C & Barker DJ (2001). Birth weight and the risk of depressive disorder in late life. *British Journal of Psychiatry* 179:450-455.

- Tsuang MT & Tohen M (2002). *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York: John Wiley & Sons.
- Verhulst FC & van der Ende J (1992). Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 31(5):924-931.
- Victora C G, Adair L, Fall C, Hallal PC, Martorell R, Richter L, Sachdev HS, and for the Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* (371):340-357.
- von der Lippe A (1999). The impact of maternal schooling and occupation on child-rearing attitudes and behaviours in low income countries neighborhoods in Cairo, Egypt. *International Journal of Behavioral Development* 23:703-729.
- Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Carter JA & International Group Development Steering Group (2007). Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet* 13:145-157.
- Whitaker AG, van Rossem R, Feldman JF, Schonfeld IS, Pinto-Martin JA, Torre C, Shaffer D & Paneth N (1997). Psychiatric outcomes in low birth weight. *Archives General Psychiatry* 54: 847-856.
- WHO (1993). *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Windham GC, Eaton A & Hopkins B (1999). Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Paediatric. Perinatal Epidemiology* 13:35-57.
- Winzer-Serhan UH (2008). Long-term consequences of maternal smoking and developmental chronic nicotine exposure. *Frontiers in Bioscience* 13:636-649.
- Wittenberg JVP (1990). Psychiatric considerations in premature birth. *Canadian Journal of Psychiatry* 35:734-740.

3

OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Estudar a prevalência e a continuidade dos transtornos mentais no início da adolescência, bem como investigar fatores de risco precoces associados aos problemas de atenção e hiperatividade na mesma faixa etária.

3.2 Objetivos específicos

- 1) Estimar a prevalência total e de transtornos mentais específicos no início da adolescência através de um estudo transversal, com uma amostra de base populacional;
- 2) avaliar a adequação de um instrumento para rastreamento de problemas de saúde mental, em uma amostra de base populacional de adolescentes;
- 3) determinar a estabilidade ao longo de oito anos dos problemas de comportamento e emocionais, em uma amostra representativa de crianças de quatro anos, por meio de um estudo de coorte;
- 4) testar a associação entre diferentes tipos de problemas de comportamentos e emocionais na infância e a psicopatologia no início da adolescência;
- 5) avaliar as associações entre exposições ambientais, biológicas e comportamentais do início da vida e os problemas de atenção e hiperatividade no início da adolescência.

4

JUSTIFICATIVA

A verificação das estimativas de prevalência de transtornos mentais no início da adolescência em uma amostra de base populacional poderá propiciar dados importantes para o planejamento de políticas públicas, que auxiliem o manejo da crescente demanda de crianças e adolescentes nos serviços ambulatoriais de saúde mental. A comparação dos resultados com estimativas de prevalência nacionais e internacionais certamente contribuirá para melhor conhecimento da distribuição dos transtornos mentais nas diferentes áreas geográficas e das causas de possíveis variabilidades entre as estimativas. A identificação dos adolescentes que apresentam um transtorno mental ou que poderão apresentar no futuro, numa idade que precede a incidência de muitos transtornos mentais e de comportamentos de risco característicos da adolescência, pode indicar um momento propício às intervenções preventivas.

O estudo da continuidade da psicopatologia, desde a idade pré-escolar ao início da adolescência, envolvendo a população, é de extrema relevância por ser inédito nos países em desenvolvimento. Desta forma, a comparação com a literatura existente sobre o tema, permite-nos verificar se a persistência dos problemas ocorre de forma similar em diferentes culturas ou se as crianças de países em desenvolvimento apresentam pior prognóstico. A identificação das diferentes formas de manifestação da psicopatologia em fases distintas do desenvolvimento pode ter importantes implicações clínicas para o diagnóstico, prognóstico e tratamento dos transtornos. A constatação de fatores envolvidos na etiologia dos problemas de déficit de atenção/hiperatividade em um estudo de base populacional e com delineamento prospectivo pode corroborar os achados prévios, oriundos, em grande parte, de estudos retrospectivos ou com amostras referidas, tornando-os mais robustos.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os integrantes da coorte e seus responsáveis assinaram um “Termo de Consentimento” livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo *Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas (UFPel)*.

Os adolescentes cujas mães solicitaram atendimento psicológico foram encaminhados ao ambulatório de saúde mental de adolescentes da Faculdade de Medicina da UFPel.

ARTIGOS

6.1 Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds¹

Aceito para publicação no periódico *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*

Abstract

Objective: to estimate the prevalence of psychiatric disorders in adolescents aged 11-12 years-old from a birth cohort in a southern Brazilian city. **Methods:** this is a cross-sectional investigation nested in a longitudinal study with a two-phase design: screening and diagnosis. In the screening phase, 4.452 adolescents and their mothers were interviewed with the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). In the diagnostic phase, all adolescents with a positive SDQ (n = 122) and their mothers answered the *Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents* (DAWBA). A sample randomly selected among the cohort participants with a negative SDQ served as a control group (158 subjects and their mothers) and was also assessed using the DAWBA. **Results:** after adjustment for the performance of the screening instrument, 10.8% (95% CI 5.7-15.9) of the adolescents showed at least one psychiatric disorder according to either the DSM-IV or the ICD-10. The most prevalent disorders were disruptive behavior (prevalence rates 8.5% according to the DSM-IV and 7.1% according to the ICD-10) and anxiety disorders (prevalence rates 6.0% according to the DSM-IV and 6.2% according to the ICD-10). **Conclusion:** both overall and individual prevalence rates of psychiatric disorders found in this sample are in the same range of other international studies, although slightly higher than findings from developed countries. Our results corroborate previous findings from other epidemiological studies in adolescents suggesting the universality of psychiatric disorders across cultures.

Key words: prevalence; child and adolescent; mental health problems; epidemiology; psychiatric disorders.

¹ **Luciana Anselmi:** Post-Graduate Program in Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, and Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Bacy W. Fleitlich-Bilyk:** Child and Adolescent Psychiatric Division, Federal University of São Paulo, Brazil; **Ana Maria B. Menezes:** Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Cora L. Araújo:** Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Luis A. Rohde:** Child and Adolescent Psychiatric Division, Federal University of Rio Grande do Sul.

Introduction

Epidemiological studies have shown that the estimated prevalence of psychiatric disorders in preadolescents is around 12% reaching 15% during adolescence^[21]. Even though the prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents is quite homogeneous among different cultures^[5; 20], there are differences between developed and developing countries^[4]. Therefore, it is important to carry out studies in different cultures.

Children and adolescents who live in developing countries usually have higher prevalence rates of psychiatric disorders when compared to their peers from developed countries, probably due to their poor socioeconomic conditions^[4]. Although these differences in the prevalence rates are significant, they are moderate in magnitude^[15]. A recent review of epidemiological studies including representative samples of the population and using internationally accepted diagnostic criteria has found an estimated prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents from developing countries between 5 and 18%^[19].

Brazil is the largest and most populous country in Latin America. Moreover 29.6% of its population is younger than 14 years old and 54 million people live below the poverty line^[28]. It is important to note that no more than three epidemiological studies have investigated the total prevalence of mental health problems (not just specific disorders) in children and adolescents in Brazil. The pioneer study conducted in the Northeast region of the country has found that 10.0% of 828 children and adolescents aged 5-14 years old investigated had severe or moderate mental disorders^[1]. In the Southeast region, a total prevalence rate of 12.7% was found for psychiatric disorders using the DSM-IV criteria in 1,251 Brazilian schoolchildren aged 7 to 14 years old^[9]. In Ilha da Maré, in Northeast Brazil, 7.0% of 430 children, representing all 7 to 14-year-old children living in the island, had at least one mental disorder^[14].

To the best of our knowledge, there is no study on the prevalence of mental health problems in children and adolescents with nationally representative

samples of Brazil or any other country in South-America ^[4]. Therefore, it is important to perform studies using similar methods in different countries of the region in order to obtain appropriate estimates taking into consideration ethnical, cultural and social differences. The pattern of occurrence of psychiatric disorders in this age range must be recognized, making possible the identification of both age of onset of these disorders and the most appropriate age for preventive interventions.

The objective of this study was to estimate the prevalence of psychiatric disorders in preadolescents from a birth cohort conducted in the city of Pelotas, located in the south region of Brazil.

Methods

This is a cross-sectional study nested in a longitudinal study with a two-phase sampling strategy: screening and diagnosis.

The population comprised 4,452 preadolescents (49.7% boys and 50.3% girls) and their mothers who belonged to the *1993 Brazilian Birth Cohort Study* ^[27]. During 1993, interviewers visited the five maternity hospitals of the city of Pelotas. There is almost no incidence of home deliveries in the city and all mothers who lived in the urban area were recruited to participate in the study. Pelotas currently has 320,000 urban inhabitants. It is located in the southernmost region of Brazil, close to the border with Uruguay. The mothers of 5,249 live newborns and 55 stillborns were interviewed. Several follow-ups of samples were carried out ^[27]. The last follow-up was conducted in 2004/2005 when the mean age of the subjects of the cohort was 11.3 years (SD 0.3). All subjects were searched for and 87.5% (N = 4,452) of the preadolescents and their mothers were interviewed during home visits. Attrition was studied in relation to baseline characteristics and subjects from lower socioeconomic level – according to either family income or maternal schooling – were more likely to be traced, although the differences were not substantial, At least 79.9% of all children in each five income subgroup and at least 82.1% of all children in each five maternal schooling subgroup were traced in the 11-year visit. ^[27] Self-referred skin color by subjects

included in the cohort was: white (66.8%), black or mixed (28.5%) and Asians or Native Individuals (4.7%). During the screening phase, almost all mothers and guardians (N = 4,423) were interviewed using the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), which is a screening instrument to assess mental health problems in children and adolescents. A confidential questionnaire was applied to preadolescents, including a self-administered version of SDQ and 4,285 preadolescents completed it, resulting in 4,448 completed SDQs either by mothers or the preadolescents (4 SDQs could not be used in the study). The first phase took place between July 2004 and March 2005. During the diagnosis phase, when the participants' mean age was 12.4 years old (SD 0.5), new home visits occurred, and 280 preadolescents and their mothers were interviewed using SDQ again and the diagnostic instrument for mental disorders — the *Development and Well-Being Assessment of Children and Adolescents* (DAWBA). This phase took place between October 2005 and March 2006 (Figure 1).

The sample of the diagnosis phase comprised all preadolescents with positive SDQs and a similar proportion with negative SDQs.

Positive SDQ were defined a priori according to the following criteria: all subjects who had mother's scores on the SDQ ≥ 2 standard-deviations + score in the impact supplement of SDQ ≥ 1 or preadolescent's scores on the SDQ ≥ 2 standard-deviations + score in the impact supplement ≥ 1 . This group was composed by 122 subjects. A similar number of subjects (n = 158) was randomly selected among the other participants of the cohort with the purpose of forming a control group (negative SDQ). There were no exclusion criteria to initially compose both groups.

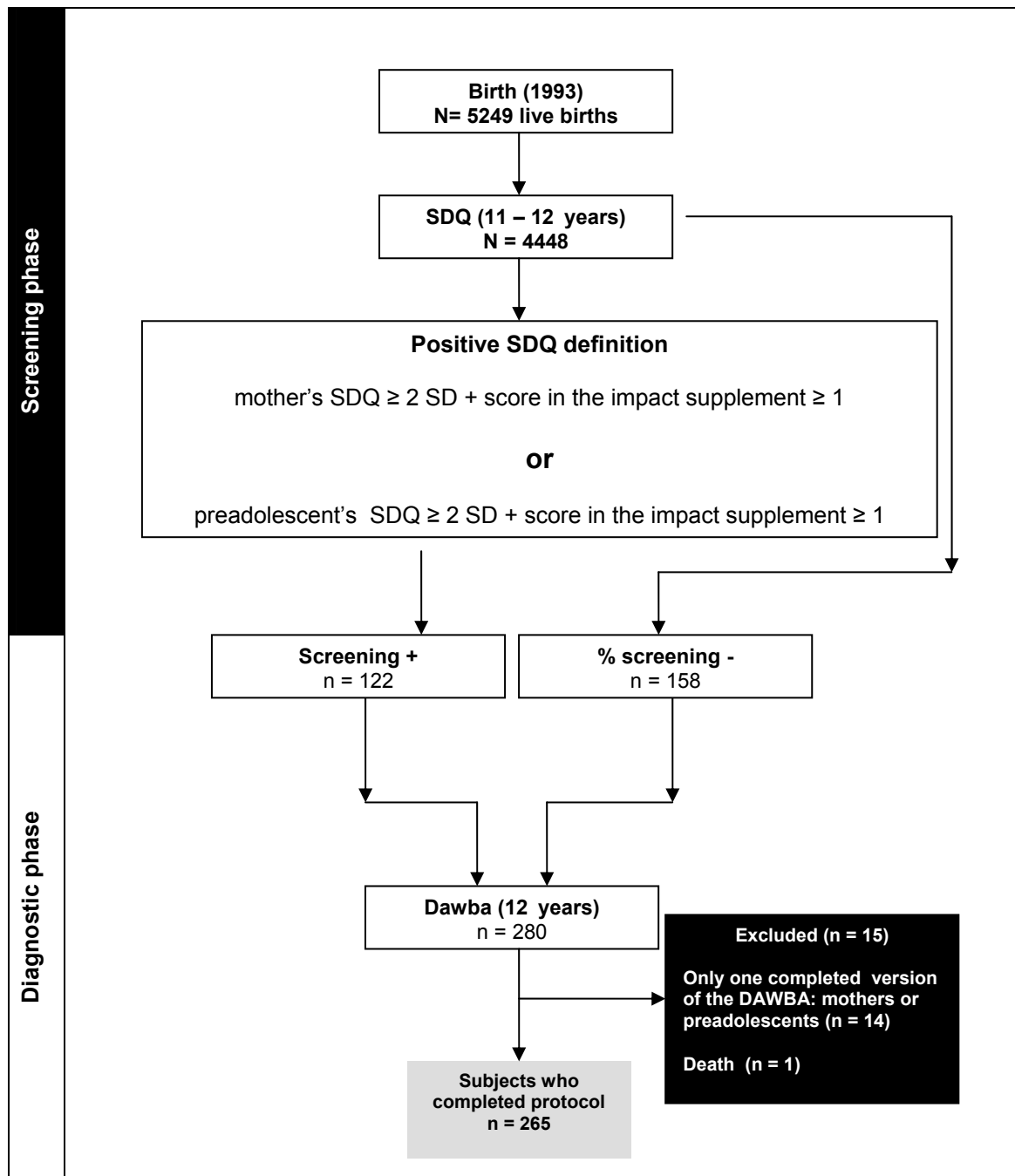


Figure 1: Flow-Chart showing criteria used for inclusion in the samples of adolescents in this two-phase design study.

Among the 280 preadolescents who composed the sample for the diagnosis phase, there was one death between screening and diagnostic phase and 14 diagnostic interviews were excluded because they had only one completed version of the DAWBA (mothers or preadolescents). The reasons for having just one completed versions were: one mother had health problems, one refusal, one needed to interrupt the interview, one mother had scheduling problems, two

preadolescents had difficulty to understand the interview, and eight preadolescents lived in another cities. Among these 14 excluded interviews, nine were cases and five were included in the control group. Thus, the final sample included 265 preadolescents.

The screening phase team comprised lay interviewers. The diagnosis phase team was formed by eight psychologists whose training included: (1) extensive theoretical course taught by the child psychiatrist in charge of the validation of the SDQ and the DAWBA in Brazil (BFB) and by another experienced child psychiatrist (LAR); (2) training on the instrument using DVDs showing DAWBA application; (3) joint administration and score of the DAWBA in six interviews with community adolescents or patients from mental health services (possible cases and controls) and in two interviews with parents in order to check inter-rater reliability. The only discrepancies found were: a) major depression: for one patient, one interviewer scored a positive diagnosis while all other indicated a negative diagnosis; b) *Opposition-Defiant Disorder*: for one patient, one interviewer scored a negative diagnosis while all others indicated a positive diagnosis. Field work was supervised by the psychologist who coordinated the study (LA) and by one of child psychiatrist (LAR). An experienced child psychiatrist (BFB) performed the clinical judgment of diagnoses established by the trained psychologists using the DAWBA. She was already in charge of deciding on clinical diagnoses in a previous study using the DAWBA to assess child psychiatric diagnoses in a different Brazilian sample^[9]. Her task consisted of: (a) confirming the diagnoses obtained using a specific DAWBA software; (b) choosing the final diagnosis when the mother's version showed a different diagnosis from the adolescent's version; (c) establishing the diagnosis without any other specification in those situations where the number of symptoms was not enough to meet the diagnostic criteria but there was enough impact on the preadolescent's life to establish the diagnosis.

During both phases of the study, data were entered twice. The following software were used: Epi-Info (CDC, 2001) and DAWBA^[13]. A brief version of the diagnostic instrument was applied again in a subsample of 5% randomly selected subjects in order to control the quality of the information. The research project was

approved by the Ethics Research Committee of the School of Medicine at the Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Mothers signed a written informed consent at each phase of the study, and those who requested psychological care for their children were referred to the Outpatient Clinic in the Adolescent Mental Health Clinic of the UFPel.

Instruments

Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) — this is a screening questionnaire for mental health problems consisting of 25 items. The items are divided into five subscales with 5 items each, resulting in scores of emotional symptoms, conduct problems, hyperactive behavior, peer relationships, and prosocial behavior. All items of the first four scales generate the total difficulties score. An extended version of the questionnaire was used. It contained six more items that assess the impact of symptoms in terms of suffering, social impairment and burden for relatives. The versions for parents and child and child and adolescents were used. The SDQ was designed by Goodman^[12] and validated in Brazil by Fleitlich-Bilyk^[9].

Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents (DAWBA) parental version — the ICD-10^[29] and DSM-IV^[3] diagnoses were operationally established using the DAWBA, an interview designed by Goodman^[13] and validated in Brazil by Fleitlich-Bilyk^[9]. The DAWBA is an instrument containing a structured psychiatric interview for parents with additional open questions that allow parents to report the problems using their own words, while it is possible for a clinical judge to assess the diagnosis obtained using the software. The DAWBA is appropriate for epidemiological studies and it was developed based on the following premises: (1) need of measuring the symptoms and their impact using questions on suffering or interference in family life, peer relationships, leisure and learning activities caused by the difficulties; (2) need of multiple informants; (3) instruments based on the respondent are easier to manage than semi-structured interviews based on clinical or highly trained interviewers; (4) information provided by a clinical judge increases the validity of the study; (5) focus on the recent present and past

since information from the remote past tend to have less reliability; (6) estimation of the prevalence of rare disorders requires a different approach.

Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents (DAWBA) — child and adolescent version — almost the same as the parental version. The sections of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder are briefer because self-report of these domains usually have limited validity^[13]. On the other hand, this version has more questions about panic disorder than the parental version due to the subjective nature of the symptoms^[12].

Statistical analysis

Prevalence was estimated according to the formula described below, where **Pe** is the estimate prevalence, **cd** are the cases during the diagnosis phase, **nns** is the number of negative screenings that were not assessed in the diagnosis phase, **npv** is the negative predictive value of SDQ and **n** is the sample size as follows ^[24]:

$$\mathbf{Pe = cd + nns (1-npv)/n}$$

Standard errors were calculated and later the confidence intervals^[2]. Sensitivity, specificity, positive and negative predictive values were calculated with a 2 x 2 table. In order to check accuracy of the SDQ as a screening instrument, an ROC curve (*Receiver Operator Characteristic*) was also performed with the DSM-IV (DAWBA) as a diagnosis parameter using the SPSS 13.0.

Results

Our findings allowed us to estimate that 479 preadolescents from the 4.448 participants of the 1993 birth cohort would present at least one psychiatric disorder either according to the ICD-10 or the DSM-IV, meaning a prevalence rate

of 10.8% (95% CI 5,7-15,9), after adjusting the results for the performance of the screening instrument (SDQ) (Table 1).

Table 1: Prevalence and confidence intervals for psychiatric disorders according to DSM-IV and ICD-10 diagnosis. 1993 Cohort sample, follow-up 2004-5.

Disorders	Prevalence (95%CI)	
	DSM-IV	ICD-10
Any diagnosis	10.8 (5.7-15.9)	10.8 (5.7-15.9)
Any anxiety disorder	6.0 (2.1-9.9)	6.2 (2.1-9.9)
Separation anxiety disorder	0.7(0.7-2.1)	0.8 (0.7-2.3)
Specific phobia	1.4(0.6-2.6)	1.4 (0.6-2.6)
Social phobia	0.1 (0.4-0.6)	0.1 (0.4-0.6)
Obsessive-compulsive disorder	0.1(0.4-0.6)	0.1 (0.4-0.6)
Generalized anxiety disorder	1.4(0.6-2.6)	1.4 (0.6-2.6)
Posttraumatic stress disorder	0.1(0.4-0.6)	-
Agoraphobia	-	0.1(0.4-0.6)
Other anxiety disorder	2.2 (0.3-4.3)	2.3 (0.3-4.3)
Any depressive disorders	1.6 (0.3-4.3)	1.6 (0.3-4.3)
Major depression	1.6 (0.3-4.3)	0.9 (0.7-2.5)
Other depressive disorder	0.1(0.4-0.6)	0.7 (0.7-2.1)
Any ADHD/ Hyperkinetic disorder	4.1 (0.8-7.2)	2.7 (0.2-5.8)
Any oppositional-conduct disorder	4.4 (0.8-7.2)	4.4 (0.8-7.2)
Oppositional defiant disorder	2.1(0.3-4.3)	2.1 (0.3-4.3)
Conduct disorder	2.2(0.3-4.3)	2.2 (0.1-4.1)
Other disruptive disorder	0.1(0.4-0.6)	0.1(0.4-0.6)
Less common disorders	1.4 (0.6-2.6)	1.4 (0.6-2.6)
Eating disorders	0.1(0.4-0.6)	0.1 (0.4-0.6)
Tic disorders and Tourette syndrome	1.3(0.6-2.6)	1.3 (0.6-2.6)

There were no cases of panic attacks, autistic spectrum disorders, bipolar disorder, attachment disorders, selective mutism, psychotic disorders.

Among the diagnostic groups, the most prevalent disorders were anxiety disorders, followed by oppositional defiant disorder and conduct disorder, and finally attention-deficit/hyperactivity disorder and depressive disorder. If we consider externalizing disorders all together (ADHD, oppositional and conduct disorders), as has been done by others^[7; 13], this is the group of disorders with the highest prevalence, presenting a prevalence of 8.5% according to the DSM-IV and 7.1% according to the ICD-10.

Only 2.4% of the subjects fulfilled subthreshold diagnostic criteria according to the DSM-IV and 3.1% according to the ICD-10. However, these constellation of psychiatric symptoms caused enough impairment and suffering in the preadolescents to make them deserve to be classified as “diagnosis without other specification” (e.g. other anxiety disorder, other depressive disorder, other disruptive disorder).

Table 2 shows the performance of the cutoff point defined *a priori* in the SDQ as the screening criterion. The area under the curve in ROC analyses was 74% (95% CI 0.68-0.81) documenting a moderate performance of the SDQ as a screening instrument in this sample. More relevant for the purpose of its use in this study, the instrument showed an adequate negative predictive value: 90.2% (95% CI 86.6-93.8).

Table 2: SDQ’s cutoff point performance as a screening criterion.

Parameter	Values (95%CI)
Sensitivity	78.2% (73.3-83.2)
Specificity	70.4% (64.9-75.9)
Positive predictive value	48.2% (42.2-54.2)
Negative predictive value	90.2% (86.6-93.8)
Area under the curve	74.0% (0.68-0.81)

Discussion

Our findings suggest that 10.8% preadolescents from a median-size city in the South region of Brazil had at least one psychiatric disorder according to the both DSM-IV and the ICD-10. It is important to note that there was a great

similarity between the prevalence rates of disorders according to the DSM-IV and the ICD-10.

This total prevalence of 10.8% was quite similar to those rates found in other Brazilian studies carried out in the Southeast — 12.7% — ^[9] and in the Northeast — 10.0%^[11]. The diagnostic instrument used in the present study was the same as the one used in the Southeast study^[9] and in the study conducted at Ilha da Maré^[14]. With respect to the latter, our prevalence rate was higher (10.8 vs. 7.0%). However, the demographic characteristics of the population of Ilha da Maré, rural and mostly composed by African descendants (95%), made this study less appropriate for comparison. The authors have described that people living in Ilha da Maré had difficulties to complete questionnaires and are more likely to report symptoms than impact of these symptoms on children's lives^[14]. Since there are also cultural differences regarding the parents and teacher's tolerance for deviant behaviors of children and adolescents, these differences might have led to a decrease in prevalence^[22].

The prevalence of 10.8% found in the present study was also similar to the rates found in recent international studies, being slightly higher than the prevalence rates found in studies conducted in developed countries and lower than those found in studies carried out in other developing countries and in Russia. Other studies that also used DAWBA in community samples found the following prevalence rates: 9.7% in 10,438 British children aged 5-15 years old^[10]; 8.2% in Italian schoolchildren aged 10-14 years old^[11]; 7.0% in 9,155 Norwegian children aged 8-10 years old^[18]; 15.0% in 922 children aged 5-10 years old from Bangladesh^[19] and in 448 children aged 7-14 years old from Russia^[16]. Other studies that have also used the DSM-IV or the ICD-10 criteria, but different diagnostic instruments, have showed the same pattern of results, that is, higher prevalence in poorer countries. In the 12-year follow-up of the *Great Smoky Mountain Study*, 8.3% of the 854 North-American preadolescents had at least one mental disorder^[7]. On the other hand, in Puerto Rico, the prevalence was 16.4% in 1,886 children aged 4-17 years old^[6] and prevalence rates of 12.5% and 9.4% were found respectively in 2,064 children from 0 to 16 years old^[26] and in 1,403 children aged 8-12 years old from India^[17]. These differences in the prevalence rates might

be caused by the poorer socioeconomic conditions and the higher environmental difficulties faced by the children and adolescents who live in less developed countries^[25].

Even though some differences were detected in prevalence rates among the several studies mentioned above, estimates obtained from the ICD-10 and the DSM-IV (including the one presented in this study) showed more conservative prevalence rates than those found in studies that used the DSM III-R and the ICD-9 diagnostic criteria^[8; 15]. It is important to note that the inclusion of impact of symptoms in epidemiological interviews provide more reasonable and realistic prevalence rates for planning of public policies, even considering the recent debate on how adequate impairment from symptoms might be to determine cutoff points for diagnostic criteria^[23]. Knowing the level of impairment is fundamental for determine the burden of symptoms and/or the significance of any disorder, even more considering that the correlation of symptoms and impairment are not always high ^[23].

In the present study, we found very slight differences between the diagnoses obtained using the DAWBA according to the ICD-10 or to the DSM-IV (Table 1), showing that the current versions of both classification systems are much more aligned than previous versions^[15]. The highest difference was found for ADHD, which had a higher prevalence according to the DSM-IV criteria than according to the ICD-10 criteria. This difference was expected because the ICD-10 criteria for hyperkinetic disorder are more restrictive. In order to receive a diagnosis, the children must present with symptoms in the three dimensions (lack of attention, impulsivity and hyperactivity) in at least two different contexts (e.g.: home and school), and he/she must not present any comorbidity with development, mood and anxiety disorders^[20]. In a recent meta-regression analysis including epidemiological studies of ADHD in children and adolescents, we documented that diagnostic classification was one of the most important reasons explaining the heterogeneity of ADHD rates among studies worldwide. More important, the hugest differences were detected between DSM-IV and ICD-10₂₀^[20].

The psychopathology pattern found in this study was the same as the one found worldwide for this age group, that is, the most prevalent disorders were

disruptive and anxiety disorders^[9;14]. When compared to the other Brazilian studies that have used the DAWBA^[9; 15], the present study presented a higher prevalence of ADHD. However, the prevalence of 2.7% (ICD-10) and 4.1% (DSM-IV) demonstrated in this study was intermediate in relation to both studies mentioned previously and the only epidemiological study conducted in the South region of Brazil that assessed ADHD specifically and found a prevalence of 5.8%^[24].

The SDQ performance as a screening instrument was similar to those detected in the other Brazilian studies^[9; 14] that also used SDQ during the screening phase together with the DAWBA in the diagnostic phase for mental disorders. The SDQ presented a high negative predictive value (90.2% in Pelotas, 97% in Ilha da Maré, 95% in the Southeast) and a moderate positive predictive value (48.2% in Pelotas, 40% in Ilha da Maré and 44% in the Southeast). A great similarity of the SDQ performance among the studies was found in spite of the following methodological differences: (1) the version for teachers of both instruments (SDQ and DAWBA) was not used in our study; (2) we used a different cutoff point for the SDQ in our definition of case; and (3) our sample was larger. It is important to highlight that all preadolescents who were classified as possible cases by SDQ were included in the sample of 265 subjects (42% cases vs. 58% group control), artificially increasing the prevalence of psychiatric disorders in the diagnostic phase of the study. This strategy might have changed the diagnostic accuracy of the SDQ. Nevertheless, the same sampling strategy was used in the second phase of the study of Ilha da Maré (42% cases vs. 58% control group), which allows a comparison of SDQ performance between both studies.

Limitations

We only used parental and self-report screening and diagnostic instruments (SDQ and DWABA). The versions for teachers were not used in this study since we chose a strategy of performing home visits. Mothers and the preadolescents were not assessed by different interviewers due to logistic reasons. This strategy might have increased the agreement between these two information sources decreasing prevalence rates. The gap between the screening and the psychiatric assessment in the second phase might have reduced the accuracy of the

screening measure, since some positive cases found during screening might have become normal afterwards and some subjects who were negative for mental disorder during screening might have become positive cases afterwards. However, the high correlation between diagnosis and screening phases SDQ's (Parent's SDQ Pearson's correlation = .75; Preadolescent's SDQ Pearson's correlation = .68) assures the precision of the results. The SDQ performance as a screening instrument might have been influenced by the artificially increased prevalence of mental disorders in the diagnostic phase of the study.

Conclusion

The agreement between our results and those from the other two studies performed with urban populations from different regions of the country — Southeast and Northeast — showed a homogeneous prevalence of psychiatric disorders in Brazilian children and adolescents (10.0 to 12.7%). These findings can contribute for planning of national public policies of mental health.

The prevalence of 10.8% was also comparable to those found in several international studies that used a similar methodology, presenting an intermediate value: higher than those found in developed countries and lower than those found in countries poorer than Brazil.

The psychopathology pattern found in this study — disruptive disorders and anxiety disorders were the most prevalent ones — was the same as the pattern found in Brazilian and international studies. The similarity between the prevalence rates and the types of psychopathologies found in several studies suggest that there is universality of mental disorders in early adolescence across different cultures.

References

1 Almeida Filho N (1982). Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em zona urbana de Salvador, Bahia. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 31:129-137.

- 2 Andreoli SB, Almeida-Filho N, Coutinho ESF & Mari JJ (2000). Identificação de casos psiquiátricos em estudos epidemiológicos: métodos, problemas e aplicabilidade. *Revista de Saúde Pública* 34(5): 475-483.
- 3 APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV*. (Fourth ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Belfer ML & Rohde LA (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica* 18 (4-5):359-65.
- 5 Bilenberg N, Petersen DJ, Hoerder K, Gillberg C (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in Danish mainstream schools. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111:59-67.
- 6 Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez-Taboas A (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry* 61:85-93.
- 7 Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 60:837-844.
- 8 Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32:1127-1134.
- 9 Fleitlich-Bilyk B, Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:727-734.
- 10 Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The british child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 42:1203-1211.
- 11 Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, Nobile M, Giorda R, Marino C, Molteni M, Rucci P, Ammaniti M, Lucarelli L, Lenti C, Walder M, Martinuzzi A, Carlet O, Muratori F, Milone A, Zuddas A, Cavolina P, Nardocci F, Tullini A, Morosini P, Polidori G, De

- Girolamo G (2006). The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): rationale and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 15:22-35.
- 12 Goodman R (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:1337-1345.
- 13 Goodman R, Ford T, Richards H, Gatward R, Meltzer H (2000). The development and well-being assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal Of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 41:645-655.
- 14 Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitlich-Bilyk B, Almeida Filho N (2005). The Ilha de Mare study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:11-17.
- 15 Goodman R, Scott S (2005). *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Publishing.
- 16 Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G (2005). Russian child mental health-a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *European Child & Adolescent Psychiatry* 14:28-33.
- 17 Hackett R, Hackett L, Bhakta P, Gowers S (1999). The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines* 40:801-807.
- 18 Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, Ullebo AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA, Gillberg C (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46:438-447.
- 19 Mullick MS, Goodman R (2005). The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:663-671.
- 20 Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry* 164:942-948.

- 21 Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A (1998). Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry* 155:715-725.
- 22 Rohde LA (2002). ADHD in Brazil: the DSM-IV criteria in a culturally different population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41:1131-1133.
- 23 Rohde LA (2008). Is there a need to reformulate attention deficit hyperactivity disorder criteria in future nosologic classifications? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 17:405-420.
- 24 Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 38:716-722.
- 25 Rohde LA, Szobot C, Polanczyk G, Schmitz M, Martins S, Tramontina S (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder in a diverse culture: do research and clinical findings support the notion of a cultural construct for the disorder? *Biological Psychiatry* 57:1436-1441.
- 26 Srinath S, Girimaji SC, Gururaj G, Seshadri S, Subbakrishna DK, Bhola P, Kumar N (2005). Epidemiological study of child & adolescent psychiatric disorders in urban & rural areas of Bangalore, India. *The Indian Journal of Medical Research* 122:67-79.
- 27 Victora CG, Hallal PC, Araujo CL, Menezes AM, Wells JCK, Barros FC (2008). Cohort Profile: The 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Int J Epidemiology* 37:704-709.
- 28 Waiselfisz J (2006). *Relatório de desenvolvimento juvenil*. Brasília: Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, a Ciência e a Cultura.
- 29 WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.

6.2 Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country¹

Artigo publicado no *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2008;49(5):499-507.
Periódico com fator de impacto 4.4.

Abstract

Background: all previous longitudinal community studies assessing the continuity of child behavioral/emotional problems were conducted in developed countries. **Method:** six hundred and one children randomly selected from a Brazilian birth cohort were evaluated for behavioral/emotional problems through mother interview at 4 and 12 years with the same standard procedure — *Child Behavior Checklist* (CBCL). **Results:** CBCL total score presented a medium stability ($r = .42$) with externalizing problems showing higher stability and more homotypic continuity than internalizing problems. Of the children presenting deviant scores at the age of 4, only 31% remained deviant at the age of 12 ($p < 0.001$). A *deviant* CBCL total problems score at 12 years old was predicted by Rule-Breaking Behavior [OR = 7.46, 95% CI 2.76-20.19] and Social Problems [OR = 3.56, 95% CI 1.36-9.30] scores at 4 years of age. Either Rule-Breaking or Aggressive Behavior — Externalizing syndromes — were part of the predictors for the three broad-band CBCL scores and six out of the eight CBCL syndromes. **Conclusions:** behavioral/emotional problems in preschool children persist moderately up to pre-adolescence in a community sample. Externalizing problems at the age of 4 comprise the developmental history of most behavioral/emotional problems at pre-adolescence. Our findings concur with findings from developed countries and are quite similar for continuity, stability and predictability.

Key words: behaviour problems; continuity; longitudinal studies; third world children; child development; externalizing disorders.

Introduction

Typical child development is characterized by stability, but it also involves behavioral changes and reorganizations (Piaget, 1970). Similarly, the atypical development may present continuities and discontinuities throughout the life cycle (Rutter, Kim-Cohen & Maughan, 2006). There is evidence that symptom patterns change as individuals get older — including diagnostic categories — what is also

¹ **Luciana Anselmi:** Post-Graduate Program in Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, and Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Fernando C. Barros:** Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Maycoln L. M. Teodoro:** Post-Graduate Program in Psychology, Unisinos, Brazil; **César A. Piccinini:** Post-Graduate Program in Psychology, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil; **Ana Maria B. Menezes:** Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Cora L. Araujo:** Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil; **Luis A. Rohde:** Child and Adolescent Psychiatric Division, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

known as heterotypic continuity or sequential comorbidity (Angold, Costello & Erkanli, 1999). This may be caused by changes in expressions of biological development, cognitive level, social status, duration and type of experiences (Rutter, 1988).

Evidence of continuity between child and adult psychopathology has been revealed by studies using clinical samples and retrospective methods. It has also been found in prospective studies and investigations using *random samples* from birth cohorts (Colman & Jones, 2004; Feehan, McGee & Williams, 1993). Prospective studies have demonstrated that the origin of many adult mental disorders can be found in behavioral characteristics present since the first years of life (Caspi, Moffitt, Newman & Silva, 1996; Maughan & Kim-Cohen, 2005) and that externalizing problems are the strongest predictors of disorders in adulthood (Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2002).

Prospective studies on psychiatric disorders in children and adolescents also have shown that between 23% and 61% of children who had received a positive diagnosis at any follow-up point were diagnosed as having psychiatric disorders, although not necessarily the same one, in the next follow-up (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler & Angold, 2003). *Medium* stability of behavioral/emotional problems in children and adolescents assessed with the *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991) has also been found in *longitudinal community studies*. The correlation coefficient between the Total Problems scores at different time points ranged between .58 (McConaughy, Stanger, & Achenbach, 1992) and .56 (Verhulst & van der Ende, 1995) in follow-ups with time intervals of 3 and 6 years, respectively. Stability was lower when the time intervals between the assessments were longer. For example, Verhulst & van der Ende, (1995) found coefficients of .40 for girls and .42 for boys with initial ages from 4 to 6 years old in an 8-year time interval assessment. Finally, externalizing problems had higher stability than the internalizing problems.

It is important to note that all previous longitudinal studies assessing the continuity of behavioral/emotional problems were conducted in developed countries in North America (McConaughy et al., 1992), Europe (Verhulst & van der Ende, 1995), and Oceania (Feehan et al., 1993; Fergusson, Horwood & Ridder, 2005).

Since it is well-established that cultural background and poor environmental conditions might have an impact on different aspects of mental health disorders (Wadsworth & Achenbach, 2005; Weisz, Weiss, Suwanlert & Chaiyasit, 2006), it is important to assess the continuity of psychopathology in samples from developing countries. Although a worse outcome might be expected for children suffering from mental disorders in these countries due to the amount of environmental risk factors (see Belfer & Rohde, 2005), recent evidence showed that: 1) prevalence of mental disorders in non-referred samples of children and adolescents in some areas of Brazil and India is at the same range as those found in developed countries (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Hackett, Hackett, Bhakta & Gowers, 1999; Rohde et al., 1999); 2) psychosocial determinants of child mental disorders in the same samples are quite similar to those detected in developed countries (Goodman, Fleitlich-Bilyk, Patel & Goodman, 2007; Hackett et al., 1999); 3) c) clinical data on several aspects of *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (ADHD) and CBCL profiles are also similar between Brazilian samples and both North American and European samples (Roessner, Becker, Rothenberger & Rohde, 2007).

This study reports the follow-up of a community sample of Brazilian children assessed with the CBCL at 4 years old and again at 12 years old who took part in the *1993 Brazilian Birth Cohort Study* (Boseley, 2007; Victora et al., 2006). The objective of this study was to test the continuity of behavioral/emotional problems between pre-school age and pre-adolescence, as well as to determine which CBCL syndromes scores at 4 years can predict behavioral/emotional problems at 12 years. Based on the findings showing similar prevalence and psychosocial determinants of child mental disorders in non-referred samples, as well as similar CBCL and ADHD profiles in clinical samples from Brazil to those detected in developed countries, our main hypotheses were: a) a similar degree of continuity of behavioral and emotional problems to the one detected in samples from developed countries where individuals were assessed at the same interval would be detected; b) a similar profile of CBCL syndromes predicting behavioral/emotional problems 8 years later would also be found.

Methods

Sampling procedures

Mothers of 314 girls and 287 boys took part in the present study. These mothers participated in the *1993 Brazilian Birth Cohort Study* (see Victora et al., 2006 for details). The results of the cross-sectional assessment at 4 years old were previously described (Anselmi, Piccinini, Barros & Lopes, 2004).

In short, during 1993 interviewers paid daily visits to all five maternity hospitals in the city; there are virtually no home deliveries in the city (less than 1%). Pelotas currently has 320,000 urban inhabitants and is located in Southern Brazil, near the Uruguayan border. Mothers of 5,249 live newborns and 55 stillborns were interviewed. Samples were followed at 1, 3, 6, and 12 months of life, including all infants with low birth weight (< 2,500 g).

When the children turned 4 years old, all mothers who participated in the follow-up at 12 months were searched for and 1,273 (96.3% of 1,363) were found. Half of this sample was then selected through a systematic random sampling to take part in the Anselmi et al. (2004) study (Figure 1). Only one child was lost (due to residential mobility) and there was just one refusal. Therefore, the final size of the sample was 634 children. During this phase of the study, the mothers answered the CBCL regarding their children, as well as other instruments.

From March to June 2005 (year in which the children turned 12 years old), another home visit was conducted to administer again the CBCL to the same 634 mothers. We were able to find 601 (95%) mothers who were then interviewed by a team of psychologists. Only 11 mothers answered the CBCL by telephone, because they lived in another city. Reasons for sample loss were: three deaths of children, five refusals, eight mothers were not found, and 17 moved to towns with poor road conditions and without telephone access.

We double-checked all data entry using the CBCL software (Achenbach, 1991) and the Epi-Info software (CDC, 2001). A brief version of the CBCL was readministered by telephone to a subset of 5% randomly selected mothers in order to check the quality of data collection. The research project was

approved by the Research Ethics Committee of the School of Medicine of the Federal University of Pelotas. Mothers provided written informed consent to participate and children of those mothers who asked for psychological treatment were referred to the outpatient mental health clinic at the School of Medicine of the University.

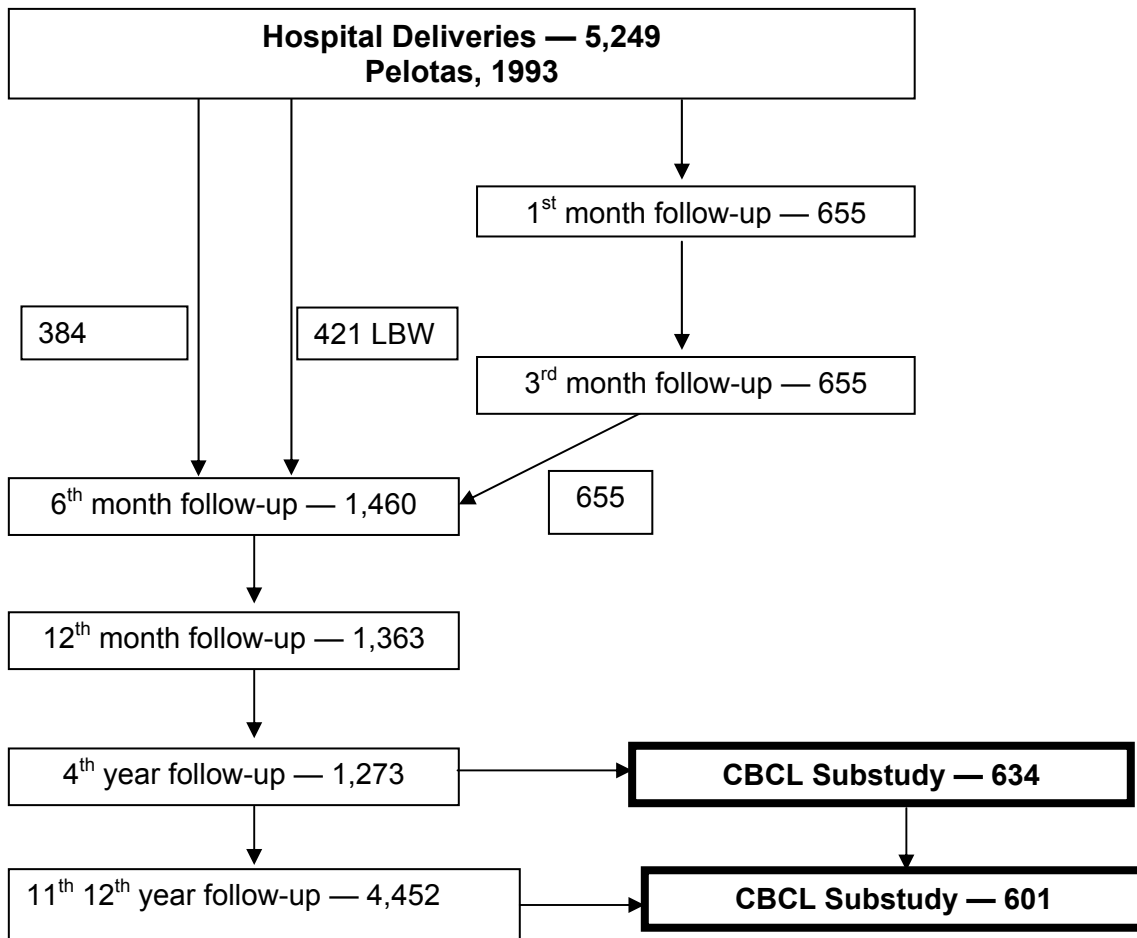


Figure 1: Sample selection.

Instrument

The *Child Behavior Checklist* (CBCL): the empirically derived Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) is one of the best-studied instruments for the evaluation of children’s and adolescents’ psychopathology. It has been

translated into more than 75 languages and used in systematic investigations in various settings and different cultures worldwide (Bird, 1996). Cross-cultural comparisons of the CBCL total scores, as well as scores on specific scales, revealed remarkable similarities regarding overall psychopathology (Crijnen, Achenbach & Verhulst, 1999; Heubeck, 2000). The 118 behavioral and emotional items are scored by parents. A profile of childhood psychological problems displays scores on eight empirically derived scales: withdrawn, somatic complaints, anxious/depressed, social problems, thought problems, attention problems, aggressive behavior and rule-breaking behavior (earlier called delinquent behavior). Data from these scales are grouped in two broader dimensions (Internalizing and Externalizing Problems) and in an overall score (Total Problems). Several studies have supported the instrument's psychometric properties, showing good reliability and validity in both clinical and non-clinical populations. Its concurrent validity has been supported in Brazilian children (Bordin, Mari & Caeiro, 1995).

Statistical analyses

Changes in mean scores: to perform descriptive analyses, we calculated mean and *Standard-Deviation* (SD) of the CBCL raw scores — Total Problems, Internalizing, Externalizing, and its eight syndromes — at 4 and 12 years old. In addition, we performed repeated-measure ANOVA to detect significant differences between scores at T1 (4 years) and T2 (12 years). Effects sizes were categorized according to Cohen's suggestion: eta square < 0.06 = small; 0.06-0.14 = medium, > 0.14 = large effect size (Cohen, 1988).

Continuity: in order to analyze the stability of behavioral/emotional problems, Pearson's correlation coefficient was calculated for CBCL raw scores — Total Problems, Internalizing, Externalizing, and its eight syndromes — at 4 and 12 years old. We used Cohen's (1988) criteria to evaluate the magnitude of Pearson' correlation coefficients: small ($r = .10 - .29$), medium or moderate ($r = .30 - .49$), or large ($r \geq .50$).

Percentage of deviant children from 4 to 12 years old: to assess the persistence of the most deviant scores, we divided the CBCL — Total Problems raw

scores into three groups. The cutoff points used were those recommended by Achenbach (1991) and implemented by several authors with the purpose of comparing results (Ferdinand & Verhulst, 1995; Verhulst & van der Ende, 1992). A deviant group included children who scored higher than the 90th percentile ($P > 90$) of the cumulative frequency distribution. A normal group (percentile lower than 50 — $P < 50$) and a non-clinical group (between the 50th and 90th percentiles) were also defined. We performed the chi-square test to detect significant differences between scores at T1 and T2.

Predictors: to determine whether children who had deviant scores on CBCL syndromes at 4 years were at a higher risk of having deviant scores at 12 years, stepwise logistic regression analyses with a forward strategy were performed using the eight dichotomized CBCL syndromes (scores ≥ 2 SD = case; scores < 2 SD = control), the child's sex and family income 4 years of age as predictors. Family income was calculated by asking the mother the amount of money earned by all those in the family who were working in the month before the interview. This variable was then transformed into monthly "minimum wages" units in five categories (Victoria et al., 1996). Regression analyses were carried out for each outcome score of the CBCL at 12 years: Total Problems, Internalizing, Externalizing and the eight CBCL syndromes, all of them dichotomized (≥ 2 standard-deviations). As a case criterion, we used 2 or more SD above the mean, since previous studies used similar strategies (see Wadsworth & Achenbach, 2005). As a guide to interpretation, an *Odds Ratio* (OR) >1.0 indicates that the variable is associated with an increased risk of poor mental health. Conversely, an OR < 1.0 indicates that the variable is associated with a decreased risk of poor mental health (i.e., a protective factor). One must also bear in mind that, as with relative risks, the confidence interval of an odds ratio equals to one indicates no association between exposure and outcome (Lilienfeld & Stolley, 1994). The significance level accepted was 0.05. The statistical tests were performed with SPSS-version 13.0.

Results

Changes in mean scores: we detected a significant decrease of CBCL Total Problems and Externalizing means scores during the follow-up ($p < 0.001$)

(see Table 1). The effect sizes associated with score reductions for both behavioral syndromes — Aggressive Behavior and Rule-Breaking Behavior — were moderate. There was no significant difference in Internalizing mean raw score between baseline and reassessment. There were increasing mean scores for Social Problems and Withdrawn syndrome scales and decreasing mean scores for Thought Problems syndrome, but were of small magnitude (see Table 1).

Table 1: CBCL Mean Scores.

CBCL scales	4 years	12 years	P	Effect size (eta square)
	Mean (\pm SD)	Mean (\pm SD)		
Total Problems	28.74 (17.39)	24.03 (16.55)	<0.001	0.06
Internalizing	6.15 (5.08)	6.56 (5.78)	0.06	0.01
Externalizing	12.56 (8.11)	9.34 (7.21)	<0.001	0.13
Withdrawn	2.45 (2.26)	2.83 (3.61)	0.006	0.01
Somatic complaints	0.60 (1.17)	0.70 (1.31)	0.112	0.00
Anxious/Depressed	3.12 (2.88)	3.24 (3.36)	0.413	0.00
Social problems	1.85 (1.66)	2.04 (2.05)	0.019	0.01
Thought problems	0.40 (0.85)	0.29 (0.79)	0.008	0.01
Attention problems	3.42 (2.74)	3.44 (3.25)	0.740	0.00
Rule-Breaking behavior	2.40 (2.25)	1.75 (1.90)	<0.001	0.07
Aggressive behavior	9.96 (6.70)	7.59 (5.91)	<0.001	0.10

Continuity: the correlation coefficients were *medium*, although significant ($p < 0.01$) for the three broad-band scores — Total Problems, Externalizing and Internalizing (Table 2). Among the eight CBCL syndromes, those with the highest correlations were Aggressive Behavior ($r = .39$) and Attention Problems ($r = .37$). For syndromes related to emotional problems, the coefficients were lower, although yet significant.

Table 2: Correlation between CBCL scores at 4 and 12 years.

CBCL scales	Correlation (r)
Total Problems	.42
Internalizing	.35
Externalizing	.42
Withdrawn	.25
Somatic complaints	.18
Anxious/Depressed	.29
Social problems	.25
Thought problems	.22
Attention problems	.37
Rule-Breaking behavior	.31
Aggressive behavior	.39

$p \leq 0.01$ for all correlations.

Percentage of deviant children from 4 to 12 years old: we detected a significant change in child's categorization based on CBCL Total Problems scores (deviant, non-clinical, and normal) between 4 and 12 years ($\chi^2 = 91.16$; d.f. = 4; $p < 0.001$). Of the 58 children with deviant Total Problems score ($P > 90$) at 4 years, 18 (31%) had deviant scores at 12 years, while 28 (43.3%) were in a non-clinical group (P 50-90) and 12 (20.7%) obtained normal scores at 12 years old ($P < 50$). Of the 296 children who had normal score ($P < 50$) at 4 years, 208 (70.2%) remained in the normal range at 12 years, while 74 (25%) were in the non-clinical range and, only 14 (4.7%) children were in the deviant range ($P > 90$) at 12 years. Regarding the whole sample, 2.8% ($N = 18$) of the children had deviant scores at both assessments, while 34.6% ($N = 208$) had normal scores at both assessments.

Predictors: for those whose 4-year scores syndromes significantly predicted outcomes at 12 years, we found odds ratios ranging from 2.49 to 8.71 for associations between deviant scores at 4 and 12 years (Table 3). The Total

Problems score at 12 years was predicted by Rule-Breaking Behavior [OR = 7.46] and Social Problems [OR = 3.56]. The Rule-Breaking Behavior syndrome was a predictor for the Externalizing dimension [OR = 5.90] as well as family income [OR = 0.72]. On the other hand, the Internalizing dimension had Aggressive Behavior and Somatic Complaints as syndromes predictors [respectively, OR = 3.37, and OR = 3.70] as well as family income [OR = 0.68]. Preadolescents with higher family income at 4 years of age showed lower risk of having Internalizing and Externalizing Behavior at 12 years-old.

Externalizing problems — Rule-Breaking or Aggressive Behavior — were part of the predictors for all three broad-band scales — Total Problems, Externalizing, and Internalizing (see Table 3). Attention Problems, Rule-Breaking Behavior, Aggressive Behavior, Thought problems, Externalizing and Total Problem Scores at 12 years were predicted by Rule-Breaking Behavior at 4 years.

Male individuals were at a higher risk of having Rule-Breaking Behavior and Attention Problems (see Table 3). Scores in two broad-band scales (Externalizing and Internalizing) and one syndrome scale (Attention Problems) at 12 years old were associated to family income (SES) at 4 years old.

Table 3: Predictors of deviant CBCL scores at 12 years.

CBCL at 4 years	CBCL at 12 years (Odds Ratios)										
	Withdrawn	Somatic complaints	Anxious/Depressed	Social Problems	Thought problems	Attention problems	Rule-breaking Behavior	Aggressive behavior	Total Problems	Internalizing	Externalizing
Withdrawn	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somatic complaints	-	2.72 (1.07-6.90)	-	-	-	-	-	-	-	3.70 (1.28-10.79)	-
Anxious/Depressed	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Social problems	-	2.66 (1.11-6.39)	-	-	-	-	-	-	3.56 (1.36-9.30)	-	-
Thought problems	8.30 (2.96-23.76)	-	-	-	5.57 (2.22-13.93)	-	-	-	-	-	-
Attention problems	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rule-breaking behavior	-	-	-	-	9.96 (3.46-28.69)	6.28 (2.08-18.97)	7.56 (2.48-22.99)	6.03 (2.23-16.29)	7.46 (2.76-20.19)	-	5.90 (2.16-16.11)
Aggressive behavior	-	-	6.52 (2.40-17.71)	4.49 (1.69-11.92)	-	-	-	-	-	3.37 (1.04-10.89)	-
Sex	-	-	-	-	-	2.34 (1.05-5.24)	3.59 (1.39-9.33)	-	-	-	-
SES	-	-	-	-	-	0.57 (0.39-0.84)	-	-	-	0.68 (0.47-0.98)	0.72 (0.52- 0.96)

Notes: SES = socioeconomic stratum; Odds ratios estimated with 95% Confidence Intervals from logistic regression analyses. Only those significant were present (p< 0.05).

Discussion

In this longitudinal study assessing the continuity of behavioral/emotional problems in a developing country, we were able to detect a significant decrease of CBCL Total Problems scale of moderate magnitude during the study, as well as *medium* correlation of the three CBCL broad-band scores between baseline and reassessment. A significant proportion of children with deviant scores at 4 years of age migrated to non-clinical or normal categories at 12 years of age. In addition, externalizing problems scores at 4 years — Rule-Breaking or Aggressive Behavior — were part of the predictors for all three broad-band scales at 12 years.

Our finding documenting a significant decrease of scores in the CBCL Total Problems scale concur with previous investigations in the field. Verhulst & van der Ende (1995) conducted an 8-year Dutch follow-up also based on CBCL scores with children at 4-6 years of age at baseline. They found a decrease in CBCL Total Problems mean score according to parents' reports of the same magnitude as ours (about 4 points). In addition, similarly to our findings, Aggressive Behavior scores also presented the highest correlation and the most important decrease during the follow-up. In another follow-up of North American children aged 9 years at baseline and assessed annually for 8 years (Costello et al., 2003), also found a decrease in the prevalence of psychiatric disorders at 12 years old. The authors concluded that it was due to the fact that the early childhood disorders might have disappeared in this period of transition. These similar changes in psychopathological profiles of cohorts from different countries seem to show a developmental effect of age in the evolution of behavioral/emotional problems that might not be explained based only on cultural differences.

The results from the present study also revealed that the CBCL scores showed a significant continuity for some behavioral/emotional problems in the transition from childhood to early adolescence. Even though the magnitude of the correlations in Total Problems, Externalizing, and Internalizing scores was *medium* between age 4 and age 12, it is important to note the long time lag between the two assessments and the very young age of the subjects at baseline. Although most studies investigating the correlations between psychopathology throughout

the life cycle started in the middle or at the end of childhood (Maughan & Kim-Cohen, 2005) and included both children and adolescents, our results are very similar to other international studies (Ferdinand & Verhulst, 1995; Verhulst & van der Ende, 1995).

As expected, scores on the Externalizing dimension yielded higher correlations than those on the Internalizing dimension. Higher stability for externalizing problems throughout the life cycle has been widely discussed in the literature (Hofstra, van der Ende & Verhulst, 2000; McConaughy et al., 1992; Verhulst & van der Ende, 1995) and some authors have considered that such stability is caused by common influences — both genetic and environmental — in disruptive behaviors (Fergusson et al., 2005). Another possible explanation would be that aggressive children get more attention from their parents at all ages and the sensitivity of these parents as observers can lead to an apparent stability of behavior throughout time. Although our study was not designed to assess reasons of continuity/discontinuity of child psychopathology, we have anticipated a certain level of stability, since there was no reason to expect that levels of environment risk factors had changed substantially during the follow-up. For example, in a previous birth cohort study in the same city, nearly 70% of the families remained at the same SES category in a follow-up of 19 years, between 1982 and 2001 (Barros et al., 2006).

The percentage of deviant children at 4 years who were deviant at 12 years (31%) was also similar to the results of other longitudinal studies with community samples that used the CBCL with the same cutoff point for the Total Problems score ($P > 90$). In a follow-up comprising 936 Dutch children at initial age from 4 to 11 years old, Verhulst & van der Ende (1992) found that 33% of the children assessed remained deviant 6 years later. The same study found that 39% of the children remained deviant 8 years later (Verhulst & van der Ende, 1995), although the cutoff point was changed to the 85th percentile in the last follow-up. When Ferdinand & Verhulst (1995) followed 459 Dutch children and adolescents for 8 years, they found that 27.3% of them continued to have deviant scores.

Approximately two thirds of the children identified as deviant at 4 years showed some improvement, even though such improvement was mild (P 50-90)

for most of them (48.3%). Nevertheless, the percentage of children with significant improvement — those who migrated from the deviant group at 4 years ($P > 90$) to the best functioning group at 12 years ($P < 50$) was 20.7%. Similar results were also reported in the previously mentioned studies. Ferdinand & Verhulst (1995) found 34.1% changed from deviant ($P > 90$) to best functioning ($P < 50$), while Verhulst & van der Ende (1992) found 15%. Although it is appealing to consider an improvement in some of those with deviant scores in our study, we cannot exclude an effect of regression in the mean, which is higher at the lowest and highest scores, such as the 90th percentile, than in the values close to the mean. In addition, children with higher behavioral/emotional scores are more likely to be referred for treatment (Koot & Verhulst, 1992), which might be associated with lower scores at the follow-up.

Most children (70%) with the lowest problem scores at 4 years continued to have low scores at 12 years, while less than 5% of them became deviant. In addition, only a few children (3%) had high problem scores at both assessments. These percentages are also similar to those found by Verhulst & van der Ende (1992), who found that 67% of the children continued to have low problem scores and 2% became deviant, while Ferdinand & Verhulst (1995) found 55.3% and 7%, respectively. These data suggest that there was also a strong continuity of normal development. Thus, normal children are very likely to become normal adolescents even in developing countries.

Concerning predictors of behavioral and emotional problems, the results from the multivariate analyses showed that scores at aggressive and mainly rule-breaking behavior syndromes at 4 years are risk factors for different outcomes in mental health. A deviant score in one of these two CBCL syndromes increased the risk for deviant scores in Total Problems, Externalizing, and Internalizing, as well as in six out of eight CBCL syndromes. This suggests that externalizing problems tended to show a more homotypic continuity, since they predicted themselves, while internalizing problems presented a more heterotypic continuity, being predicted by both internalizing and externalizing problems. Similar findings have been widely discussed in the literature (Hofstra et al., 2002; Rutter et al., 2006).

The CBCL Aggressive and Rule-Breaking Behavior syndromes — constructs resembling Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in the DSM-IV (APA, 1994) — represent part of the developmental history of different behavioral and emotional problems in the pre-adolescence. At a young age, when ways of expressing symptoms may be limited, externalizing problems can be seen as phase-specific markers of a disorder that will appear in the future with different characteristics. In other words, pre-school children are more likely to use actions to express conflicts, anxieties or even thoughts, since the most complex psychic mechanisms involving symbolization, communication of feelings and drive restraint remain restricted at this developmental stage (Campbell & Ewing, 1990). However, it is always important to highlight difficulties in assessing pre-school emotional problems in a reliable and useful manner (Rutter et al., 2006).

The great similarity in the course of child behavioral/emotional problems with different cohorts worldwide confirms the external validity of the constructs implemented in the CBCL (Crijnen et al., 1999), suggesting that similar psychopathological findings are found when the same methodology is applied in different cultural contexts (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). In other words, our findings suggesting similar patterns of emotional and behavioral developmental trajectories in children from a developing country compared to those detected in developed countries support previous findings from other investigations with clinical and non-referred samples documenting similar prevalence and risk factors of psychiatric problems, as well as similar clinical and CBCL profiles in children from Brazil than those found in the US and Europe (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Goodman et al., 2007; Roessner et al., 2007). In addition, this similarity of findings in cohorts from different countries suggests that the trajectory of emotional and behavioral problems is probably more influenced by age-specific effects than cultural factors. However, it is important to note that the South region of Brazil, where the study was conducted, has a higher *Human Development Index* (HDI) than the country's mean HDI (PNUD, 2007). Thus, our sample might be more similar to those from developed countries than samples from either other regions of Brazil or other developing countries.

Strengths and limitations

This study met the methodological criteria previously suggested by Robins and Rutter (Robins & Rutter, 1990), since it investigated behavioral/emotional problems in a representative sample of the population, assessed longitudinally through standardized procedures and followed over a long period of time. In addition, we found a high percentage of children in the second assessment, ruling out the possibility of selection bias. The baseline assessment of mental problems at age 4 was at an earlier age than most other longitudinal studies examining the same topic. Moreover, our findings extend previous results in developed countries to community samples from developing countries for the first time. The main limitation of this study is the fact that other sources of information such as the pre-adolescents themselves and their teachers did not provide data for comparing with parent reports. Unfortunately, the CBCL — teacher and self report - were not yet validated in Brazil. Moreover, no previous investigation assessed the factor structure of the CBCL in Latin American countries.

Conclusion

Behavioral/emotional problems of pre-school children showed *medium* stability through pre-adolescence, with externalizing problems showing higher stability and more homotypic continuity than internalizing problems. Rule-Breaking Behavior at 4 years was the strongest predictor of different outcomes at 12 years. The CBCL externalizing syndromes — Aggressive and Rule-Breaking Behavior — comprise the developmental history of most behavioral/emotional problems at pre-adolescence.

Our findings are in line with major findings from developed countries. The results are quite similar for continuity, stability and predictability compared to those found in developed countries, challenging the previous notion that living in a developing country might determine a worse developmental course of behavioral and emotional problems. In addition, our findings increase the knowledge about the typical course of behavioral/emotional problems in children of the general population in developing countries what is crucial for providing guidelines for mental health policies.

References

- Achenbach TM (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Angold A, Costello EJ & Erkanli A (1999). Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 40(1):57-87.
- Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC & Lopes RS (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *J Child Psychol Psychiatry* 45(4):779-788.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV* (fourth edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barros AJ, Victora CG, Horta BL, Gonçalves HD, Lima RC & Lynch J (2006). Effects of socioeconomic change from birth to early adulthood on height and overweight. *Int J Epidemiol* 35(5):1233-1238.
- Belfer ML & Rohde LA (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean: problems, progress, and policy research. *Rev Panam Salud Publica* 18(4-5):359-365.
- Bird HR (1996). Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 37(1):35-49.
- Bordin I, Mari J & Caeiro M (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavioral Checklist" (CBCL — "Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência"): dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 17:55-66.
- Boseley S (2007). Cesar Victora: leader in child health and development. *Lancet* 369(9555):21.
- Campbell SB & Ewing LJ (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 31(6):871-889.
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL & Silva PA (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 53(11):1033-1039.

- CDC (2001). Center for Disease Control and Prevention. *World Health Organization: Epi Info version 6.04d*.
- Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. NJ.: Erlbaum, Hillsdale.
- Colman I & Jones PB (2004). Birth cohort studies in psychiatry: beginning at the beginning. *Psychol Med* 34(8):1375-1383.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G & Angold A (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60(8):837-844.
- Crijnen AA, Achenbach TM & Verhulst FC (1999). Problems reported by parents of children in multiple cultures: the "Child Behavior Checklist" syndrome constructs. *Am J Psychiatry* 156(4):569-574.
- Feehan M, McGee R & Williams SM (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32(6):1118-1126.
- Ferdinand RF & Verhulst FC (1995). Psychopathology from adolescence into young adulthood: an 8-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 152(11):1586-1594.
- Fergusson DM, Horwood LJ & Ridder EM (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *J Child Psychol Psychiatry* 46(8):837-849.
- Fleitlich-Bilyk B & Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43(6):727-734.
- Goodman A, Fleitlich-Bilyk B, Patel V & Goodman R (2007). Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46(4):448-456.
- Hackett R, Hackett, Bhakta P & Gowers S (1999). The prevalence and associations of psychiatric disorder in children in Kerala, South India. *J Child Psychol Psychiatry* 40(5):801-807.

- Heubeck BG (2000). Cross-cultural generalizability of CBCL syndromes across three continents: from the USA and Holland to Australia. *J Abnorm Child Psychol* 28(5):439-450.
- Hofstra MB, van der Ende J & Verhulst FC (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(7):850-858.
- Hofstra MB, van der Ende J & Verhulst FC (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41(2):182-189.
- Koot HM & Verhulst FC (1992). Prediction of children's referral to mental health and special education services from earlier adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 33(4):717-729.
- Lilienfeld DE & Stolley PD (1994). *Foundations of Epidemiology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Maughan B & Kim-Cohen J (2005). Continuities between childhood and adult life. *Br J Psychiatry* 187:301-303.
- McConaughy SH, Stanger C & Achenbach TM (1992). Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4- to 16-year-olds: I. Agreement among informants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(5):932-940.
- Piaget J (1970). *O nascimento da inteligência na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- PNUD. (2007, june, 2007). *Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano*. Retrieved june, 15th, 2007, from <<http://www.pnud.org.br/atlas/PNUD/ONU>>.
- Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J & Rohde LA (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 164(6):942-948.
- Robins LN & Rutter M (1990). *Straight and devious pathways from childhood to adulthood*. New York: The Free Press.

- Roessner V, Becker A, Rothenberger A & Rohde LA (2007). A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD/HD using the Child Behavior Checklist. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (in press)*.
- Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S et al. (1999). ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(6): 716-722.
- Rutter M (1988). Epidemiological approaches to developmental psychopathology. *Arch Gen Psychiatry* 45(5):486-495.
- Rutter M, Kim-Cohen J & Maughan B (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry* 47(3-4):276-295.
- Verhulst FC & van der Ende J (1992). Six-year developmental course of internalizing and externalizing problem behaviors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31(5):924-931.
- Verhulst FC & van der Ende J (1995). The eight-year stability of problem behavior in an epidemiologic sample. *Pediatr Res* 38(4):612-617.
- Victora CG, Araujo CL, Menezes AM, Hallal PC, Vieira Mde F, Neutzling MB et al. (2006). Methodological aspects of the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Rev Saúde Pública* 40(1):39-46.
- Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AM, Horta BL, Tomasi E et al. (1996). Longitudinal study of the mother and child population in an urban region of southern Brazil, 1993: methodological aspects and preliminary results. *Rev Saúde Pública* 30(1):34-45.
- Wadsworth ME & Achenbach TM (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *J Consult Clin Psychol* 73(6):1146-1153.
- Weisz JR, Weiss B, Suwanlert S & Chaiyasit W (2006). Culture and youth psychopathology: testing the syndromal sensitivity model in Thai and American adolescents. *J Consult Clin Psychol* 74(6):1098-1107.

6.3 Determinantes precoces de problemas de atenção e hiperatividade no início da adolescência¹

EARLY DETERMINANTS OF ATTENTIONAL AND HYPERACTIVITY PROBLEMS IN EARLY ADOLESCENCE

Artigo submetido à *Revista de Saúde Pública* para o suplemento sobre o Estudo da Coorte de 1993.

Resumo

Objetivos: investigar o efeito de fatores de risco precoces (nascimento e quarto ano de vida) na ocorrência de problemas de atenção e hiperatividade de adolescentes. **Métodos:** em 1993, os nascidos vivos foram identificados e as mães entrevistadas logo após o parto (N = 5.249). Amostras destas crianças foram visitadas no primeiro e no quarto ano de vida. Em 2004-5, todos os participantes da coorte foram procurados e 4.452 (87,5% da coorte original) mães foram entrevistadas através do *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (SDQ) para avaliar problemas de atenção e hiperatividade dos adolescentes nos últimos seis meses. Variáveis socioeconômicas, demográficas, biológicas e psicológicas foram investigadas como prováveis fatores de risco. As razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas foram calculadas com regressão de Poisson. A análise ajustada obedeceu a um modelo hierárquico. **Resultados:** a prevalência de problemas de atenção e hiperatividade foi de 19,9% (IC 95% 18,7; 21,1) aos 11 anos. Na análise ajustada, cinco fatores de risco permaneceram associados aos problemas de atenção e hiperatividade dos adolescentes: sexo masculino, baixa renda familiar, tabagismo materno na gestação, transtornos psiquiátricos maternos e os problemas de comportamento/emocionais do adolescente aos quatro anos de idade. Dentre os fatores não associados aos problemas de hiperatividade encontravam-se: o baixo peso ao nascer, a prematuridade e o QI do adolescente aos quatro anos. **Conclusões:** os resultados confirmaram a importância de eventos do início da vida nos problemas de atenção e hiperatividade de adolescentes. A comparação com os achados de estudos realizados em diversos países também mostrou a similaridade dos fatores de risco para problemas de atenção e hiperatividade em diferentes culturas.

Descritores: transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; hiperatividade; fatores de risco; epidemiologia; estudos de coorte.

Abstract

Objective: to evaluate the effect of early risk factors present (birth and by the age of four) on attentional and hyperactivity problems among adolescents. **Methods:** the 1993 Pelotas Birth Cohort Study, enrolling 5,249 children. Samples of children were visited during the first and fourth year of life. In 2004-5, all cohort members were searched and 4,452 (87.5% of the original cohort)

¹ **Luciana Anselmi:** Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, UFRGS e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel; **Ana M. B. Menezes:** Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel; **Fernando C. Barros:** Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, UCPel; **Pedro Hallal:** Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel; **Cora L Araújo:** Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFPel; **Marlos R. Domingues:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Unisinos; **Luis A. Rohde:** Programa de Déficit de Atenção/Hiperatividade, HCPA/UFRGS.

mothers were interviewed using the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) to assess adolescent's attentional and hyperactivity problems during the previous six months. Socioeconomic, demographic, biological and psychological variables were considered as potential risk factors. Crude and adjusted Prevalence Rates (PR) were obtained by Poisson Regression. Multivariable analysis followed a hierarchical model. **Results:** the prevalence of attentional and hyperactivity problems was 19.9% (95%CI 18,7; 21,1). After controlling for confounders, five risk factors were associated to attentional and hyperactivity problems during adolescence: sex (male), low family income, maternal smoking in pregnancy, maternal psychiatric disorders and adolescent's behavioral/emotional problems at the age of four. No effect was observed for low birthweight, preterm birth and adolescent's IQ at the age of four. **Conclusions:** results show the long-term effects that early-life events have on the development of attentional and hyperactivity problems during adolescence and the similarity between predictors in different cultures.

Key words: attention deficit disorder with hyperactivity; hyperkinesis; risk factors; epidemiology; cohort studies.

Introdução

O *Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade* (TDAH) é caracterizado por sintomas persistentes e graves de desatenção, hiperatividade e impulsividade². Coloca-se entre os transtornos mentais mais freqüentes na infância e na adolescência³. Com início precoce, constitui-se num dos principais motivos de consulta em serviços de saúde mental infantil¹⁴. Além disso, causa um impacto negativo no desempenho escolar, nos relacionamentos familiares e com pares³.

Apesar de o TDAH ser uma condição geneticamente determinada — aproximadamente 75% da variabilidade do traço de desatenção e hiperatividade em amostras populacionais é explicada por fatores genéticos³, diversos fatores de risco biológicos e ambientais também contribuem na sua etiologia, provavelmente exercendo efeito através da interação com fatores genéticos¹⁷. Estudos epidemiológicos^{5, 16} têm mostrado que os TDAH são mais comuns em crianças de baixo nível socioeconômico. Dentre os fatores demográficos, o sexo é o principal preditor do TDAH, sendo o transtorno mais freqüente nos meninos do que nas meninas na relação de 3:1 em estudos comunitários¹⁹. São menos consistentes os achados relativos às diferenças étnicas^{3, 11}.

Exposições durante a gestação e no período perinatal também estão associados com o risco de TDAH. Alguns estudos têm relatado um efeito de longo prazo do fumo materno na gestação^{12, 23}, embora o elo causal entre a nicotina e o

TDAH não esteja bem estabelecido²⁷. O uso de álcool e a morbidade materna na gestação, as complicações no nascimento, a prematuridade e o baixo peso ao nascer também constituem possíveis fatores de risco para TDAH^{3, 17}.

Crianças e adolescentes com TDAH freqüentemente apresentam comorbidade com outros transtornos mentais e um QI abaixo da média³. Além disso, jovens, cujos pais também apresentam TDAH ou outro transtorno mental, demonstram ter maior probabilidade de desenvolverem TDAH^{3, 18}.

Identificar fatores de risco precoces é importante para elucidar a etiologia dos TDAH sendo os estudos de coorte os mais indicados. As informações coletadas prospectivamente possibilitam apontar no sentido da associação entre as exposições e os TDAH.

O presente estudo tem o objetivo de investigar fatores de risco presentes ao nascimento e aos quatro anos dos problemas de atenção e hiperatividade em adolescentes de uma coorte de nascimentos da cidade de Pelotas, cidade localizada na região sul do Brasil.

Métodos

Todos os nascimentos hospitalares ocorridos na cidade de Pelotas, em 1993, foram monitorados. As mães responderam a um questionário e os recém nascidos foram pesados e medidos. Amostras desses bebês foram visitadas com 1, 3, 6 meses, 1, 4, 6 e 9 anos de idade. Em 2004-5, todos os participantes da coorte foram procurados para um novo acompanhamento e 4.452 (87,5% da coorte original) mães foram entrevistadas. Neste artigo, fez-se uso de dados coletados na visita perinatal e nos acompanhamentos de 4 e 11 anos.

Do estudo perinatal foram utilizadas as variáveis: renda familiar (salário-mínimo), sexo da criança, idade gestacional (data da última menstruação e método Dubowitz), peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino (critérios de Kramer), morbidade materna na gestação (internação hospitalar da mãe durante a gestação), uso de fumo e álcool na gestação e complicações perinatais (internação do bebê em UTI neonatal).

No quarto ano foi realizada uma visita às famílias para avaliar saúde mental de uma amostra das crianças da coorte (n = 634). Deste seguimento foram utilizadas as variáveis: problemas de comportamento e emocionais (CBCL)¹ e coeficiente intelectual (WPPSI)²⁶ das crianças, mais os transtornos psiquiátricos apresentados pelas mães (SRQ-20)¹⁵. A variável “QI” foi categorizada em três grupos. O primeiro grupo incluiu as crianças com QI superior e médio superior, o segundo incluiu aquelas com QI médio e médio inferior e o terceiro incluiu as crianças limítrofes e as deficientes mentais. A variável “problemas de comportamento/emocional” foi dicotomizada e os adolescentes com escores ≥ 2 desvios-padrão foram considerados como positivos. A variável “transtornos psiquiátricos maternos” foi dicotomizada e as mães que obtiveram escores ≥ 8 , consideradas positivos¹⁵.

Do acompanhamento de 2004-5 (N = 4.452), quando os integrantes da coorte estavam com média de idade de 11,3 anos (DP = 0,3), fez-se uso das variáveis: cor da pele (auto-referida pelo adolescente) e problemas de atenção e hiperatividade do adolescente. Para avaliar os problemas de atenção e hiperatividade, 4.423 mães ou responsáveis pelos adolescentes responderam ao *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (SDQ)⁹. Trata-se de um questionário de triagem que avalia os problemas de saúde mental de crianças e adolescentes nos seis meses anteriores à entrevista. Compõe-se de 25 questões divididas em cinco subescalas com cinco perguntas cada uma, gerando escores de problemas emocionais, de conduta, de atenção e hiperatividade, relação com pares e comportamento pró-social. Para o desfecho, utilizou-se a subescala de problemas de atenção e hiperatividade da versão do SDQ para os pais porque estes costumam relatar melhor os sintomas de desatenção e hiperatividade do que os próprios adolescentes²⁰. O SDQ foi desenvolvido por Goodman⁹ e validado no Brasil por Fleitlich-Bilyk⁸.

A *Escala Wechsler de Coeficiente de Inteligência* (WPPSI)²⁶ foi usada para avaliar o QI das crianças aos 4 anos. Utilizada uma versão abreviada, compõe-se de dois subtestes verbais (compreensão e aritmética) e dois subtestes de execução (completar figuras e construção com cubos). Desenvolvida por Wechsler²⁶, foi adaptada na Argentina²⁶.

O *Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência* (CBCL) foi utilizado para avaliar problemas de comportamento/emocionais. Desenvolvido por Achenbach¹, foi adaptado no Brasil por Bordin⁴.

O *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) avaliou a presença de transtornos psiquiátricos menores (não psicóticos), principalmente depressão e ansiedade no último mês. Foi desenvolvido por Harding¹⁰ e validado no Brasil por Mari¹⁵.

Para a realização das análises estatísticas, fez-se uso dos programas STATA 9.0 (*Stata Corporation*, College Station, Estados Unidos) e SPSS 13.0. A medida de desfecho utilizada foi o escore dicotomizado na escala de atenção e hiperatividade do SDQ. O ponto de corte da escala (escore ≥ 8) foi escolhido a partir de um estudo piloto, quando uma subamostra dos participantes da coorte (n = 280) foi extensamente avaliada, com o uso de uma entrevista semi-estruturada — *Levantamento sobre Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes* (DAWBA)⁸. Análises da curva ROC tendo como parâmetro o diagnóstico de TDAH de acordo com a DSM-IV² foram utilizadas para determinação do melhor ponto de corte. A área abaixo da curva da escala de problemas de atenção e hiperatividade do SDQ para esse ponto de corte foi 0,75 (IC 95% 0,64-0,86).

Na análise descritiva, foram obtidas as prevalências de problemas de atenção e hiperatividade com intervalos de confiança de 95%, sendo usados testes de Qui-quadrado para heterogeneidade ou tendência linear, buscando-se comparar as proporções de problemas de atenção e hiperatividade entre os grupos das variáveis independentes. Tanto na análise não ajustada quanto na ajustada, utilizou-se a regressão de Poisson.

A análise ajustada obedeceu a um modelo conceitual hierarquizado²⁵ de acordo com os níveis de determinação dos problemas de hiperatividade e com questões temporais de coleta de dados. No primeiro nível entraram as variáveis socioeconômicas e demográficas: renda familiar, sexo e cor da pele do adolescente. No segundo nível, entraram as variáveis da gestação coletadas no acompanhamento perinatal: uso de fumo e álcool e morbidade materna na

gestação. No terceiro nível entraram as variáveis perinatais: prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino e complicações perinatais. O quarto nível incluiu as variáveis psicológicas coletadas no quarto ano: problemas de comportamento/emocionais e QI da criança, mais o transtorno psiquiátrico da mãe. No passo seguinte, mantiveram-se no modelo de análise as variáveis com $p < 0,20$ da etapa anterior. Realizou-se uma segunda análise ajustada, com o objetivo de verificar a adequação do ponto de corte escolhido para o SDQ a partir do DAWBA. Fez-se uma regressão linear com a mesma estratégia hierárquica de incluir variáveis no modelo, mas usando o desfecho — escore de problemas de atenção e hiperatividade do SDQ dos pais — de forma contínua. As análises foram ponderadas para compensar a sobreamostragem de crianças com baixo peso ao nascer.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os pais ou responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando a participação dos jovens no estudo.

Resultados

A prevalência de problemas de atenção e hiperatividade foi de 19,9% (IC95% 18,7; 21,1) aos 11 anos. A tabela 1 mostra a prevalência com intervalos de confiança dos problemas de atenção e hiperatividade de acordo com as variáveis coletadas no nascimento. Sexo masculino, cor da pele preta, baixa renda familiar, tabagismo e morbidade materna na gestação estão associados aos problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas ($p \leq 0,05$) para as demais variáveis perinatais.

Tabela 1: Prevalência de problemas de atenção e hiperatividade conforme variáveis coletadas no nascimento. Coorte 1993, acompanhamento 2004-5.

Variáveis	% (IC _{95%})	P
Sexo		<0,001
Feminino	16,0 (14,4; 17,5)	
Masculino	24,0 (22,2; 25,7)	
Cor da pele		0,017
Branca	18,7 (17,3; 20,1)	
Preta/Parda	21,7 (19,4; 24,0)	
Renda familiar (SM)		<0,001
> 10	9,0 (5,8; 12,2)	
6,1- 10	15,5 (11,6; 19,4)	
3,1-6	17,5 (15,2; 19,8)	
1,1-3	22,6 (20,7; 24,5)	
≤ 1	22,6 (19,7; 25,5)	
Tabagismo na gestação		<0,001
Não	17,8 (16,4; 19,2)	
Sim	24,1 (21,9; 26,3)	
Álcool na gestação		0,169
Não	19,7 (18,5; 20,9)	
Sim	23,5 (17,9; 29,0)	
Baixo peso ao nascer		0,366
Adequado (≥ 2.500g)	19,7 (18,5; 20,9)	
Baixo (< 2.500g)	21,6 (17,5; 25,7)	
Prematuridade		0,067
37 semanas +	19,5 (18,2; 20,7)	
< 37 semanas	23,0 (19,2; 26,9)	
Retardo de crescimento intra-uterino		0,131
Não	19,2 (17,8; 20,6)	
Sim	21,4 (18,8; 24,0)	
Morbidade materna na gestação		0,025
Sem internação	19,5 (18,8; 20,7)	
Com internação	24,4 (20,0; 28,9)	
Complicações perinatais		0,112
Sem internação	19,7 (18,6; 20,9)	
UTI neonatal	25,9 (17,5; 34,3)	

A tabela 2 mostra a prevalência dos problemas de atenção e hiperatividade conforme as variáveis coletadas no acompanhamento do quarto ano de vida. O baixo QI, os problemas de comportamento/emocionais da criança e os transtornos psiquiátricos maternos encontram-se associados aos problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos.

Tabela 2: Prevalência de problemas de atenção e hiperatividade conforme variáveis coletadas no quarto ano de vida. Coorte 1993, acompanhamento 2004-5.

Variáveis	% (IC_{95%})	P
QI		0,009
Superior	10,5 (4,1; 16,8)	
Médio	17,3 (13,3; 21,2)	
Inferior	27,1 (19,5; 35,0)	
Problemas de comportamento		0,001
Não	17,1 (14,1; 20,3)	
Sim	50,0 (25,8; 72,4)	
Transtorno psiquiátrico da mãe		0,005
Não	15,1 (11,6; 18,6)	
Sim	26,5 (19,9; 33,3)	

A tabela 3 apresenta a análise bruta e ajustada utilizando Regressão de Poisson. O efeito da renda familiar e do sexo não se modificou após o ajuste para os fatores de confusão. Já a cor da pele deixou de ter associação significativa com os problemas de atenção e hiperatividade após controle para as variáveis socioeconômicas e demográficas. O efeito do tabagismo materno na gestação se manteve significativo após ajustar para as variáveis socioeconômicas e demográficas e para as outras variáveis da gestação que ingressaram no segundo nível da equação. Neste modelo ajustado, os problemas de comportamento/emocionais e o transtorno psiquiátrico da mãe continuaram associados aos problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos. Por outro lado, o QI da criança aos quatro anos não permaneceu associado aos problemas de atenção e hiperatividade após os ajustes.

Tabela 3: Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas com intervalos de confiança (IC95%) dos problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos de acordo com as variáveis independentes. Coorte 1993, acompanhamento 2004-5.

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P
Sexo do adolescente		<0,001		<0,001
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	1,50 (1,33; 1,69)		1,46 (1,29;1,65)	
Cor da pele		0,004		0,09
Branca	1,00		1,00	
Preta/Parda	1,16 (1,02;1,32)		1,11(0,97;1,17)	
Renda familiar (SM)		<0,001		<0,001
> 10	1,00		1,00	
6,1- 10	1,72 (1,11;2,66)		1,53(1,00;2,37)	
3,1-6	1,95 (1,34;2,84)		1,86 (1,27;2,70)	
1,1-3	2,51 (1,75;3,61)		2,30 (1,60;3,30)	
≤ 1	2,51 (1,72;3,65)		2,36 (1,62;3,45)	
Tabagismo materno na gestação		<0,001		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	1,35 (1,20;1,53)		1,28 (1,13;1,45)	
Álcool na gestação		0,161		0,161
Não	1,00		1,00	
Sim	1,19 (0,93;1,52)		1,19 (0,93;1,53)	
Baixo peso ao nascer		0,361		
Adequado (≥ 2.500g)	1,00			
Baixo (< 2.500g)	1,09 (0,90;1,34)			
Prematuridade		0,062		
37 semanas +	1,00			
< 37 semanas	1,18 (0,99;1,41)			
Retardo de crescimento intra-uterino		0,129		
Não	1,00			
Sim	1,12 (0,97;1,29)			
Morbidade materna na gestação		0,022		
Sem internação	1,00			
Com internação	1,25 (1,03;1,52)			
Complicações perinatais		0,100		
Sem internação	1,00			
UTI neonatal	1,31 (0,95;1,82)			
QI		0,003		0,110
Superior	1,00		1,00	
Médio	1,65 (0,83; 3,29)		1,42 (0,71; 2,86)	
Inferior	2,61 (1,28; 5,35)		1,73 (0,83; 3,63)	
Problemas de comportamento/emocionais		<0,001		0,010
Não	1,00		1,00	
Sim	2,86 (1,67;4,87)		2,32 (1,24;4,37)	
Transtorno psiquiátrico da mãe		0,003		0,040
Não	1,00		1,00	
Sim	1,76 (1,21;2,55)		1,50 (1,02;2,20)	

*O efeito de cada variável foi ajustado para as variáveis do mesmo nível e dos níveis acima com p<0,20.

Na segunda análise ajustada de regressão linear com o desfecho contínuo, o modelo final foi muito similar ao apresentado na tabela 3. A única alteração deu-se no QI, que permaneceu associado aos problemas de atenção e hiperatividade, enquanto os problemas de comportamento/emocionais não se mantiveram associados.

Discussão

Dentre as variáveis ambientais, biológicas e psicológicas que compuseram o modelo de análise, cinco delas estiveram associadas com problemas de atenção e hiperatividade no início da adolescência. São elas: a baixa renda familiar, o sexo do adolescente, o tabagismo na gestação, os problemas de comportamento/emocionais e o transtorno psiquiátrico materno na infância.

O maior risco de problemas de atenção e hiperatividade em adolescentes que nasceram em famílias de menor nível socioeconômico pode ser devido a: (1) pais que apresentam TDAH ou outras doenças mentais; (2) maior exposição a condições de risco, como as complicações do nascimento; (3) menor acesso a cuidados médicos; (4) ambiente familiar menos estimulador ao processo de desenvolvimento¹⁷. Neste estudo, o ajuste da renda familiar para os fatores da gestação e perinatais (segundo e terceiro níveis) não mudou os resultados. Tal fato indica que, nos problemas de atenção e hiperatividade, o efeito da renda familiar é independente dos fatores de risco gestacionais e das complicações no nascimento (dados não mostrados, mas disponíveis).

Os adolescentes que apresentavam algum problema de comportamento/emocional aos quatro anos tiveram risco aumentado quanto a problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos. Sugerindo que os problemas de atenção e hiperatividade aos 11 anos estiveram relacionados a manifestações comportamentais menos específicas aos quatro anos, idade em que os sintomas aparecem de forma menos organizada, mas que foram detectados pela avaliação de saúde mental naquele acompanhamento. Este achado tem importantes implicações clínicas, pois possibilita a detecção precoce de precursores psicopatológicos de

problemas de atenção e hiperatividade, com incidência numa idade posterior, tendo em vista a dificuldade de serem diagnosticados na idade pré-escolar².

O transtorno psiquiátrico materno esteve associado com o relato de sintomas de desatenção e hiperatividade na adolescência. Como a avaliação da saúde mental da mãe precedeu a avaliação de presença de sintomas de TDAH, reforça a existência de uma relação causal entre os transtornos psiquiátricos na mãe e o aparecimento de problemas de atenção e hiperatividade no adolescente. Esta relação entre problemas de saúde mental nos pais e problemas de atenção e hiperatividade nos filhos, embora possa ser atribuída aos conflitos familiares mais presentes quando os pais apresentam doença mental^{3,18} provavelmente possa ser atribuída à transmissão genética do risco³.

Conforme era esperado, os meninos tiveram risco aumentado de apresentarem problemas de atenção e hiperatividade. Diferenças de sexo na prevalência de TDAH têm sido consistentemente encontradas e atribuídas a diversos fatores, dentre os quais: 1) viés nos relatos de pais e professores que identificam mais os sintomas de hiperatividade e impulsividade (mais freqüentes nos meninos) do que os de desatenção²⁴; 2) diferenças neurobiológicas entre os sexos, tornando os meninos vulneráveis aos transtornos mentais com início precoce²¹.

O tabagismo materno ficou associado aos problemas de atenção e hiperatividade na análise ajustada, mesmo após ser controlado para diversas variáveis perinatais e gestacionais e para a renda familiar, corroborando com a hipótese de que este é um importante fator de risco para o TDAH. É importante salientar que a relação entre tabagismo na gestação e problemas de externalização nos filhos pode ser devido aos determinantes ambientais associados ao tabagismo materno, mais do que a exposição à nicotina pré-natal. Assim, o tabagismo materno na gestação está associado a diversos fatores, também associados com problemas de externalização em crianças e adolescentes, tais como: baixo nível socioeconômico, gravidez precoce, falta de atendimento pré-natal, depressão materna, dentre outros. Além disso, fatores genéticos podem confundir a associação entre tabagismo materno na gestação e problemas de externalização. Por exemplo, gestantes com maior risco genético de apresentarem transtorno anti-social têm mais probabilidade de fumar⁶. Apesar

das conseqüências nocivas do tabagismo materno na gestação serem amplamente conhecidas, sua prevalência ainda é alta. No presente estudo, aproximadamente 33% das mães fumaram na gestação; outro estudo de coorte de nascimento realizado na mesma cidade, em 2004, mostrou que ainda 27,5% das mães⁷ fumam neste período, demonstrando pouca mudança de comportamento das gestantes em relação ao fumo. Considerando que este é um fator de risco que pode ser modificado, estratégias preventivas de saúde pública deveriam focar o aconselhamento às gestantes sobre os riscos cognitivos para a criança, decorrentes do tabagismo durante a gestação, além de outros perigos para a saúde de ambos²³.

Dentre os fatores de risco que não permaneceram associados aos problemas de atenção e hiperatividade, era esperado que o QI do adolescente, avaliado aos quatro anos, estivesse relacionado. Uma possível explicação para esta falta de associação foi o tamanho reduzido da amostra (n = 634) de crianças que tiveram seu QI avaliado. Cabe ressaltar que na análise ajustada de regressão linear, em que se fez uso da variável de problemas de atenção e hiperatividade de forma contínua, o QI permaneceu associado ao desfecho. Na verdade, o QI e os problemas de comportamento/emocionais da criança são variáveis bastante associadas. Inclusive alguns aspectos psicológicos similares, avaliados pelos dois instrumentos, poderiam sugerir uma colinearidade entre as variáveis, dificultando a avaliação de ambas ao mesmo tempo em um mesmo modelo de regressão.

A variável de cor da pele preta dissociou-se dos problemas de atenção e hiperatividade quando foi controlada para a variável de renda familiar. Isto indica que o risco aumentado por problemas de atenção e hiperatividade relaciona-se com o efeito da variável renda familiar. O baixo peso ao nascer não ficou associado aos problemas de atenção e hiperatividade na análise não ajustada e ajustada. Embora seja um fator de risco bastante considerado na determinação dos problemas de atenção e hiperatividade, não se encontrou nenhuma associação deste fator em outros estudos realizados²². O que as pesquisas sugerem é que esta associação é devida, principalmente, ao baixo nível socioeconômico ou à deficiência mental, bem mais do que ao baixo peso, propriamente dito.¹³

Algumas questões metodológicas devem ser ressaltadas. Como a amostra do acompanhamento dos quatro anos teve um tamanho reduzido (n = 634), o poder para detectar diferenças foi maior para as variáveis perinatais do que para aquelas medidas aos quatro anos. Apesar de o SDQ ter alta performance diagnóstica, o uso de um instrumento de triagem e não de diagnóstico para a variável de desfecho, pode ser considerada uma limitação do estudo.

Os preditores dos problemas de atenção e hiperatividade, identificados neste estudo, já foram amplamente divulgados pela literatura como prováveis fatores de risco para TDAH. No entanto, nossos resultados foram obtidos através de um estudo de base populacional e com as informações coletadas prospectivamente, diferente dos achados prévios, originados na maioria das vezes, de estudos com amostras clínicas e com número reduzido de sujeitos e com informações coletadas retrospectivamente. Os resultados confirmaram a importância de eventos iniciais da vida nos problemas de atenção e hiperatividade de adolescentes. A comparação com os achados de estudos realizados em diversos países,^{12, 17, 18, 22} mostrou a similaridade dos fatores de risco para problemas de atenção e hiperatividade em diferentes culturas.

Referências

1. Achenbach TM (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 e 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
2. APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV* (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
3. Biederman J & Faraone SV (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 366:237-48.
4. Bordin I, Mari J & Caeiro M (1995). Validação da versão brasileira do “Child Behavioral Checklist” (CBCL — “Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência”): dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 17:55-66.
5. Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl DK, Tweed DL, Erkanli A et al. (1996). The great smoky mountains study of youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Arch Gen Psychiatry* 53:1129-36.

6. D'Onofrio BM, van Hulle CA, Waldman ID, Rodgers JL, Harden KP, Rathouz PJ, et al. (2008). Smoking during pregnancy and offspring externalizing problems: an exploration of genetic and environmental confounds. *Dev Psychopathol* 20:139-64.
7. Domingues MR & Barros AJ (2007). Leisure-time physical activity during pregnancy in the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Rev. Saúde Pública* 41:173-80.
8. Fleitlich-Bilyk B & Goodman R (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:727-34.
9. Goodman R (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1337-45.
10. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L et al. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med.* 10:231-41.
11. Hillemeier MM, Foster EM, Heinrichs B & Heier B (2007). Racial differences in parental reports of attention-deficit/hyperactivity disorder behaviors. *J Dev Behav Pediatr.* 28:353-61.
12. Kotimaa AJ, Moilanen I, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, et al. (2003). Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:826-833.
13. Kreppner JM, O'Connor TG & Rutter M (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol.* 29:513-28.
14. Leibson CL & Long KH (2003). Economic implications of attention-deficit hyperactivity disorder for healthcare systems. *Pharmacoeconomics* 21:1239-1262.
15. Mari JJ & Williams P (1986). A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry.* 148:23-26.
16. Pineda D, Ardila A, Rosselli M, Arias BE, Henao GC, Gomez LF et al (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *J Abnorm Child Psychol.* 27:455-62.
17. Pineda DA, Palacio LG, Puerta IC, Merchan V, Arango CP, Galvis AY et al. (2007). Environmental influences that affect attention deficit/hyperactivity disorder: study of a genetic isolate. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 16:337-346.

18. Pressman LJ, Loo SK, Carpenter EM, Asarnow JR, Lynn D, McCracken JT et al (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:346-54.
19. Rhee SH, Waldman ID, Hay DA & Levy F (1999). Sex differences in genetic and environmental influences on DSM-III-R attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Psychol.* 108:24-41.
20. Rohde LA, Biederman J, Knijnenik M, Ketzner C, Chachamovich E, Vieira GM et al (1999). Exploring different information sources for DSM-IV ADHD diagnoses in Brazilian adolescents *Journal of Attention Disorders* 3:91-96.
21. Rutter M, Caspi A & Moffitt TE (2003). Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies. *J Child Psychol Psychiatry* 44:1092-115.
22. Sato M, Aotani H, Hattori R & Funato M (2004). Behavioral outcome including attention deficit hyperactivity disorder/hyperactivity disorder and minor neurological signs in perinatal high-risk newborns at 4-6 years of age with relation to risk factors. *Pediatr Int.* 46:346-352.
23. Schmitz M, Denardin D, Laufer Silva T, Pianca T, Hutz MH, Faraone S et al (2006). Smoking during pregnancy and attention-deficit/hyperactivity disorder, predominantly inattentive type: a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 45:1338-1345.
24. Staller J & Faraone SV (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: epidemiology and management. *CNS Drugs* 20:107-123.
25. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC & Olinto MT (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 26:224-247.
26. Wechsler D (1991). *Teste de inteligencia para preescolares (WPPSI)*. Buenos Aires: Paidós.
27. Winzer-Serhan UH (2008). Long-term consequences of maternal smoking and developmental chronic nicotine exposure. *Front Biosci* 13:636-49.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo destaca-se por seu ineditismo em países em desenvolvimento e pelo fato de que, pela primeira vez, alguns dos achados ampliaram resultados encontrados em países desenvolvidos. Nos últimos anos, o estudo da prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças e adolescentes tem merecido destaque entre os pesquisadores da área da saúde mental em diversos países ao redor do mundo. Entretanto, a investigação dos fatores de risco para os transtornos mentais em crianças e adolescentes tem sido menos freqüente em países em desenvolvimento, pelo fato de expressiva parte dos estudos se limitarem a investigar fatores correlatos através de delineamentos transversais. Menos comuns são estudos sobre a evolução dos transtornos mentais, existindo apenas em países desenvolvidos e, pela primeira vez, realizado em amostra comunitária, em um país em desenvolvimento.

O planejamento e o desenvolvimento do estudo incluíram a adoção de critérios metodológicos rigorosos: 1) delineamento longitudinal com 12 anos de seguimento; 2) baixo percentual de perdas — 5% no seguimento de oito anos e 12,5% no seguimento de 11-12 anos; 3) amostra aleatória e de base populacional; 4) utilização de instrumentos padronizados e validados no país; 5) controle de qualidade em todas as fases dos estudos. A complexidade do estudo também pode ser observada através de outras características como: a) investigação de três importantes temas da psiquiatria da infância e adolescência e da psicologia do desenvolvimento — a prevalência, a continuidade e os determinantes da psicopatologia; b) o envolvimento de três coletas de dados para a obtenção de três diferentes desfechos em saúde mental; c) utilização de delineamento longitudinal e, também, transversal; d) avaliação de problemas de saúde mental e do coeficiente

intelectual numa idade mais precoce (4 anos) do que a maioria dos estudos que, com amostras comunitárias, investigam o mesmo tópico.

Os resultados do presente estudo forneceram dados importantes sobre a saúde mental da população de 4 a 12 anos da cidade de Pelotas, RS. Os problemas de externalização, aos 4 anos, foram os principais preditores de diferentes desfechos em saúde mental aos 12 anos, e apresentaram maior estabilidade, em 8 anos, do que os de internalização. Quase um terço das crianças com problemas de comportamento e emocionais aos 4 anos, persistiram com problemas aos 12 anos. Aos 12 anos, 10,8% dos adolescentes apresentaram, pelo menos, um transtorno mental, sendo os mais prevalentes os transtornos do comportamento disruptivo e os de ansiedade. Os fatores que estiveram associados a problemas de atenção e hiperatividade do adolescente foram: sexo masculino, baixa renda familiar, tabagismo materno na gestação, transtornos psiquiátricos maternos e os problemas de comportamento/emocionais do adolescente aos 4 anos de idade.

A partir da comparação dos resultados do presente estudo com estudos nacionais e internacionais, chegou-se às seguintes conclusões: neste trabalho, os resultados mostraram-se similares quanto às taxas de prevalência, aos padrões de psicopatologia, à continuidade, aos antecedentes comportamentais e aos fatores de risco dos transtornos mentais, apontando para a universalidade dos transtornos mentais entre diferentes culturas. A grande semelhança na evolução da psicopatologia com coortes de diferentes países, sugere que provavelmente a trajetória da psicopatologia é mais influenciada por fatores biológicos do que por fatores culturais. Confirmou que fatores ambientais, biológicos e psicológicos, presentes no início da vida, tiveram efeito de longo prazo na psicopatologia da adolescência, apesar de os fatores pré e perinatais não terem se destacado como fortes determinantes dos problemas de atenção e hiperatividade. Apontou para a importância de fatores sociais no desenvolvimento dos transtornos mentais, evidenciando a contribuição da pobreza principalmente nos problemas de atenção e hiperatividade dos adolescentes. Corroborou achados já amplamente divulgados pela literatura, mas que foram validados por um estudo de base populacional e com as informações coletadas prospectivamente.

Os achados têm importantes implicações para o planejamento de políticas de saúde pública. A homogeneidade das taxas de prevalência de transtornos mentais com os estudos brasileiros realizados no sudeste e nordeste do país permitirá que as demais regiões, carentes de estudos de base populacional, se orientem por nossos achados. As principais implicações clínicas dizem respeito ao pior prognóstico dos problemas de externalização e à continuidade da psicopatologia da idade pré-escolar até a adolescência, apontando para a importância de detecção precoce de precursores psicopatológicos de desfechos de saúde mental mais adiante. Além dos antecedentes psicopatológicos da criança, o tabagismo materno na gestação e os transtornos psiquiátricos maternos são fatores de risco que podem ser modificados por meio de intervenções preventivas ou curativas. A consistência dos achados nos três estudos reforça a importância do rigor metodológico na condução de investigações na área da saúde mental. Os próximos acompanhamentos da coorte de nascimentos de 1993 contemplarão os mesmos tópicos de saúde mental juntamente com um estudo genético, permitindo-nos ampliar os achados atuais. Entretanto, é importante que novos estudos populacionais sejam realizados no país, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento da área da saúde mental na infância e na adolescência.

ANEXO I

**PRODUÇÃO CIENTÍFICA DURANTE O PERÍODO DE DOUTORADO
(Mar. 2005 — Jun. 2008) RELACIONADA À TESE**

PRÊMIO: AS MELHORES TESES BRASILEIRAS EM NEUROCIÊNCIAS EM 2005 -2007,
RECEBIDO NO III CONGRESSO CÉREBRO, COMPORTAMENTO E EMOÇÕES, OCORRIDO EM
BENTO GONÇALVES EM 2007

**CONTINUITY OF BEHAVIOURAL AND EMOTIONAL PROBLEMS FROM PRE-SCHOOL YEARS
TO INITIAL ADOLESCENCE: A BIRTH COHORT STUDY**

Dementia & Neuropsychologia, 2007; 1:108-116 (abstract 8)

Luciana Anselmi¹, Fernando C. Barros², Maycoln Theodore³, César A. Piccinini⁴, Thomas M. Achenbach⁵, Luis A. Rohde⁶

Abstract

Background: all previous longitudinal community studies assessing the continuity of child behavioral/emotional problems were conducted in developed countries. Most of them showed moderate stability of behavioral/emotional problems and externalizing behaviors as the strongest predictors of later psychopathology. The objectives of this study were to test the continuity of behavioral/emotional problems between pre-school age and pre-adolescence, as well as to determine which CBCL syndromes scores at 4 years can predict behavioral/emotional problems at 12 years. **Methods:** 601 children randomly selected from a Brazilian birth cohort were evaluated by their parents at 4 and 12 years through the same standard procedure — *Child Behavior Checklist* (CBCL). **Results:** behavioral/emotional problems presented a moderate stability ($r = .42$). Externalization problems presented higher stability and a more homotypic continuity than internalization problems. There was a decrease of about 4 points in the CBCL Total Problems mean scores from 1997 to 2005. From the children presenting deviating scores at the age of 4, 31% remained deviating at the age of 12, but the disorder presented has changed with age. Most children (70%) with an appropriate functioning at 4 years old remained well adapted at 12 years old, while only 4.7% of them became deviant. The Total Problems score at 12 years old was predicted by Rule-Breaking Behavior [OR = 7.29, 95% CI 2.71-19.57] and Social Problems [OR = 3.95, 95% CI 1.38-9.32] scores at 4 year old.

¹ Post-Graduate Program in Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul, and Post-Graduate Program in Epidemiology, Federal University of Pelotas, Brazil.

² Pan-American Health Organization / World Health Organization, Latin American Center for Perinatology, Uruguay.

³ Post-Graduate Program in Psychology, Unisinos, Brazil.

⁴ Institute of Psychology, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

⁵ Research Center for Children, Youth, and Families, University of Vermont, USA.

⁶ Child and Adolescent Psychiatric Division, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil.

Externalizing syndromes (Rule-Breaking or Aggressive Behavior) were isolated or part of the predictors for the three general CBCL scores and six out of the eight CBCL syndromes. **Conclusions:** behavioral/emotional problems in preschool children persist moderately to the early of adolescence in community samples. The results are very similar to other international studies and similar changes in the characteristics of different cohorts seem to show a developmental effect of age in the evolution of the behavioral/emotional problems. It seems that aggressive or rule-breaking behavior at the age of 4 are a risk factor for different outcomes in mental health comprising the developmental history of most behavioral/emotional problems at the onset of adolescence. It is possible to suppose that several kinds of psychopathologies appear as externalizing problems at pre-school age because small children are more likely to use actions to express conflicts, anxieties or even thoughts in a developmental stage during which the most complex psychic mechanisms involving symbolization, communication of feelings and drive restraint remain restrict. Likewise, the internalizing problems that take place during childhood are expressed in several different ways at this age due to the lack of cognitive structures that make it possible for the individual to experience feelings of guilt or uselessness. Therefore, externalizing problems are strong disorder predictors at pre-school age.

Prevalence and early determinants of common mental disorders in a Brazilian birth cohort (1982), Pelotas, Brazil¹

Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS

Rev Saúde Pública 2008; 42 (supl.2)

RESUMO

OBJETIVO: Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns e sua associação com fatores de risco numa coorte de adultos jovens. **MÉTODOS:** Estudo transversal aninhado à coorte de nascimentos de 1982 de Pelotas, RS. Em 2004-5, 4.297 indivíduos foram entrevistados em visita domiciliar. A probabilidade de transtornos mentais comuns foi estimada pelo *Self-Report Questionnaire*. Os fatores de risco incluíram variáveis socioeconômicas, demográficas, perinatais e ambientais. A análise foi estratificada por sexo e as razões de prevalência simples e ajustadas foram estimadas utilizando-se regressão de Poisson. **RESULTADOS:** A prevalência de transtornos mentais comuns na população geral foi 28,0%; 32,8% e 23,5%, respectivamente, entre mulheres e homens. Independentemente da pobreza em 1982, homens e mulheres pobres em 2004-5 apresentaram risco aproximado de 1,5 para esses transtornos ($p \leq 0,001$), quando comparados aos que nunca foram pobres. Entre as mulheres, ter sido pobre na infância ($p \leq 0,001$) e ter cor da pele preta ou parda ($p = 0,002$) também aumentou o risco para transtornos mentais comuns. O baixo peso ao nascer e a duração da amamentação não estiveram associadas com o risco desses transtornos. **CONCLUSÕES:** A maior prevalência de transtornos mentais comuns nos indivíduos com baixa renda familiar e de minorias étnico-raciais mostra haver impacto das desigualdades sociais, presentes no nascimento, sobre esses transtornos.

DESCRITORES: Adulto. Sintomas Psíquicos. Transtornos de Ansiedade. Transtorno Depressivo. Estudos de Coortes. Brasil.

DESCRIPTORES: Adulto. Síntomas Psíquicos. Trastornos de Ansiedad. Trastorno Depresivo. Estudios de Cohortes. Brasil.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To estimate the prevalence of common mental disorders and assess its association with risk factors in a cohort of young adults. **METHODS:** Cross-sectional study nested in a 1982

¹ Luciana Anselmi, Fernando Celso Barros, Gicele C Minten, Denise P Gigante, Bernardo L Horta, Cesar G Victora: Graduate Program in Epidemiology. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brazil

birth cohort study conducted in Pelotas, Southern Brazil. In 2004–2005, 4,297 subjects were interviewed during home visits. Common mental disorders were assessed using the Self-Report Questionnaire. Risk factors included socioeconomic, demographic, perinatal, and environmental variables. The analysis was stratified by gender and crude and adjusted prevalence ratios were estimated by Poisson regression. **RESULTS:** The overall prevalence of common mental disorders was 28.0%; 32.8% and 23.5% in women and men, respectively. Men and women who were poor in 2004–2005, regardless of their poor status in 1982, had nearly 1.5-fold increased risk for common mental disorders ($p \leq 0.001$) when compared to those who have never been poor. Among women, being poor during childhood ($p \leq 0.001$) and black/mixed skin color ($p = 0.002$) increased the risk for mental disorders. Low birth weight and duration of breastfeeding were not associated to the risk of these disorders. **CONCLUSIONS:** Higher prevalence of common mental disorders among low-income groups and race-ethnic minorities suggests that social inequalities present at birth have a major impact on mental health, especially common mental disorders.

DESCRIPTORS: Adult. Symptoms Psychic. Anxiety Disorders. Depressive Disorder. Cohort Studies. Brazil.

INTRODUCTION

Common mental disorders (CMD) comprise a group of diseases characterized by non-psychotic depressive symptoms, anxiety, and somatic complaints affecting people's daily activities.¹¹

The prevalence of mental disorders in young adults is high and may be as high as 25–40%,¹⁹ possibly because most psychiatric disorders occur at higher rates during early adulthood.^{12,18} Population-based studies conducted in Brazil have estimated a prevalence of CMD in adolescents and adults of 36.0% in the Northeastern⁷ and 17.0% in the Southeastern region.¹⁷ In Southern Brazil, the city of Pelotas showed a prevalence of CMD of 28.8%²⁰ in adolescents, 28.5% in adults,⁸ and 22.7% in those aged 15 or more.¹⁵

Cross-sectional studies have evidenced CMD are more common in women,¹⁷ the black,⁷ the poor,^{8,15} the unemployed,¹⁷ smokers,^{8,20} chronic patients,⁸ people with poor social support⁷ or who have experienced stressful events,¹⁵ who are poorly educated,¹⁷ or children of poorly educated mothers.²⁰

Longitudinal studies have showed the impact of early risk factors such as poverty during childhood,¹⁰ low birth weight, and intrauterine growth retardation^{21,25} on

depression in adults. The etiology of mental disorders was first attributed to emotional trauma during childhood⁹ or a dysfunctional mother-child relationship,⁵ and more recently to fetal²¹ and genetic⁶ factors. It is crucial to identify predisposing factors of mental disorders during childhood for better understanding their etiology and planning mental health policies.

Few studies have investigated the prevalence of CMD in specific age groups and factors associated through a prospective approach. Thus, the objective of the present study was to estimate the prevalence of CMD in 23-year-old young adults and to assess its association with sociodemographic, perinatal, and environmental risk factors present in early life.

METHODS

Cross-sectional study nested in a 1982 birth cohort study conducted in the city of Pelotas, Southern Brazil.²³ Throughout the year of 1982, three maternity hospitals in Pelotas were visited every day and the mothers of all 6,011 newborns, living in the urban area, were interviewed in the perinatal study. The original cohort comprised 5,914 liveborn infants. Of these, 46 were born at home. From 1982, there have been several follow-ups and the detailed methods are published elsewhere.^{2,23}

Between October 2004 and August 2005, 4,297 subjects were interviewed during home visits. Adding to that 282 deaths identified, the followed-up rate of the cohort was 77.4%. Follow-up was higher in subjects with intermediate income at birth but there was no difference of gender, birth weight, and skin color. Of these 4,297 subjects, 12 did not answer the questionnaire on CMD: seven had mental retardation, three had severe mental disorder, one was deaf and one was lost to follow-up, making a total of 4,285 subjects. For the assessment of CMD in young people the Self-Report Questionnaire (SRQ-20) was applied.¹⁶ The SRQ-20 is a screening tool for common mental disorders (formerly known as minor psychiatric disorders) that investigates non-psychotic symptoms in the month prior to the interview, especially in depression and anxiety. It comprises four questions about physical symptoms and 16 questions about emotional symptoms with “yes/no” answer. Based on the recommendations of the instrument’s validation study in Brazil,¹⁶ individuals with CMD were those with eight or more positive answers

among women, and six or more positive answers among men. The World Health Organization (WHO) recommends the application of this instrument in community-based studies in developing countries.¹⁶ In the present study, the SRQ-20 was self-administered in young population studied.

Sociodemographic and health-related variables were collected from the perinatal questionnaire administered to the mothers in the maternity hospital in 1982.²³ Data was also collected during home interviews in 1983, 1984, and 1986²³. The following sociodemographic variables were considered potential risk factors of CMD: self-referred skin color (white and black or mixed); maternal schooling; family income in 1982 (in monthly minimum wages); and income change. Income change was divided into: always poor (equivalent to the lowest tertile of family income in 1982 and 2005); poor → non-poor (lowest tertile in 1982 and second or third tertile in 2005); non-poor → poor (second or third tertile in 1982 and lowest tertile in 2005); never poor (second or third tertile in 1982 and 2005). Asians (1.7%) and Native individuals (1.8%) were excluded from the analyses. The following health-related variables were considered potential risk factors: birth weight; breastfeeding (in full months); and maternal CMD. They were assessed in a subsample of 1,013 mothers interviewed in 2001 using the SRQ-20 with a cutoff value of eight symptoms for defining CMD.¹⁶

Gender-specific analyses were performed. In the descriptive analysis, prevalences of CMD and confidence intervals were estimated using the chi-square test and linear trend for comparison of proportions. Poisson regression was used in both bivariate and multivariable analysis with robust adjustment of variance for estimating prevalence ratios when the outcome prevalence was higher than 10%.³ A three-level hierarchical model was designed. The variables skin color, maternal schooling, and family income at birth were included in the first level; birth weight in the second level; and breastfeeding in the third level. A second model included income change between 1982 and 2004–2005 replacing the variable income. The variable maternal CMD was not included in the model due to the small number of mothers assessed. In the final model only those variables with $p < 0.20$ remained. All statistical analyses were performed using Stata program.

Verbal informed consent was obtained from parents or guardians of the children during the study period 1982–1986 as it was required at that time when Universidade Federal de Pelotas did not have an ethics committee. More recently, the study was approved by the Research Ethics Committee, affiliated to the National Research Ethics Council (CONEP), and written informed consent was obtained from all subjects.

RESULTS

The prevalence of CMD was 28.0% (26.7; 29.4) in the cohort studied, 32.8% (30.8; 34.8) in women and 23.5% (21.8; 25.3) in men.

In the crude analysis, the prevalences were significantly higher in both men and women: black or mixed; low family income at birth; and those who have been poor since birth or have become poor over a 23-year period. Among women, CMD was also associated to low birth weight, maternal schooling, and maternal CMD (Table 1).

Table 1: Estimated prevalence of common mental disorders according to sociodemographic, perinatal, and environmental variables. Pelotas, Brazil, 1982 to 2004–2005.

Variable	N	%	Men		Women	
			n	%	N	%
Gender		<0.001*				
Male	2207	23.5				
Female	2078	32.8				
Skin color		<0.001*	0.005*		<0.001*	
White	3229	25.9	1651	21.9	1575	30.0
Black or mixed	906	33.7	469	26.9	435	41.1
Maternal schooling (years)		<0.001**	0.27*	0.10**	<0.001**	
0–4	1402	31.7	716	25.8	684	37.9
5–8	1822	27.8	952	22.8	869	33.3
9–11	473	24.1	238	20.6	233	27.9
≥12	582	22.9	294	22.1	288	23.6
Family income in 1982 (MMWs)		<0.001**	0.09*	0.04**	<0.001**	
≤1	851	34.8	435	28.0	414	41.8
1.1–3	2118	28.5	1089	23.0	1027	34.3
3.1–6	800	22.5	417	20.4	382	24.9
6.1–10	252	25.0	130	24.6	122	25.4
>10	243	20.6	123	20.3	120	20.8
Income change (1982 → 2004–5)		<0.001**	<0.001**		<0.001**	
Always poor	707	38.9	333	33.3	373	43.7
Non-poor → poor	712	33.8	340	29.4	371	38.0
Poor → non-poor	661	27.4	357	20.7	304	35.2
Never poor	2205	22.9	1174	19.8	1028	26.4
Maternal mental disorder		0.06*	0.67*		0.02*	
No	670	22.7	354	22.0	316	23.4
Yes	233	28.8	130	23.8	103	35.0
Birth weight (g)		0.004*	0.42*	0.06**	0.13*	0.03**
<2,500	301	34.6	136	27.9	165	40.0
2,500–2,999	1018	30.6	450	25.3	568	34.7
3,000–3,499	1628	26.9	844	23.1	782	30.9
3,500–3,999	1096	26.7	609	22.5	484	32.0
≥4,000	241	22.4	165	20.0	76	27.6
Breastfeeding (months)		0.73*	0.68**	0.24*	0.22**	1.00*
<1.0	897	29.7	481	26.8	414	32.9
1.0–2.9	1072	27.1	544	22.2	527	32.1
3.0–5.9	951	28.1	482	24.1	468	32.3
6.0–8.9	393	26.0	202	19.3	191	33.0
9.0–11.9	159	26.4	82	18.3	76	34.2
≥12.0	678	28.6	334	23.7	344	33.4

MMWs: Monthly minimum wages

* Chi-square test for heterogeneity

** Chi-square test for linear trend

The analysis adjusted for confounders, the association between skin color and CMD among men disappeared after controlling for family income. Among women, the same was seen after adjusting low birth weight and maternal schooling for sociodemographic factors. Socioeconomic condition over time was the single variable that remained significantly associated to the outcome in both men and

women: poor subjects in 2004–2005, irrespective of their low socioeconomic status during childhood, were 1.5-fold more likely to have CMD when compared to those who have never been poor (Tables 2 and 3).

Table 2: Crude and adjusted analysis of common mental disorders in men in the 1982 cohort. Pelotas, Brazil, 1982 to 2004–2005

Variable	Crude analysis		Adjusted analysis	
	PR	95% CI	PR	95% CI
Skin color				
White	1		1	
Black or mixed	1.23 (1.03; 1.46)		1.18 (0.98; 1.42)	
Maternal schooling (years)		0.27* 0.11**		0.85* 0.77**
0–4	1.17 (0.91; 1.50)		1.03 (0.74; 1.43)	
5–8	1.03 (0.81; 1.32)		0.97 (0.71; 1.33)	
9–11	0.93 (0.67; 1.29)		0.92 (0.64; 1.31)	
≥12	1		1	
Family income in 1982 (MMWs)		0.08* 0.05**		0.26* 0.19**
≤1.0	1.38 (0.94; 2.02)		1.28 (0.87; 1.88)	
1.1–3.0	1.13 (0.79; 1.64)		1.09 (0.75; 1.57)	
3.1–6.0	1.00 (0.67; 1.49)		0.99 (0.67; 1.47)	
6.1–10.0	1.21 (0.76; 1.92)		1.21 (0.76; 1.92)	
>10.0	1		1	
Income change		<0.001* **		<0.001* **
Always poor	1.69 (1.39; 2.04)		1.59 (1.30; 1.95)	
Non-poor → poor	1.49 (1.22; 1.82)		1.46 (1.20; 1.70)	
Poor → non-poor	1.05 (0.83; 1.32)		0.99 (0.77; 1.27)	
Never poor	1		1	
Birth weight (g)		0.42* 0.06**		0.57* 0.11**
<2,500	1.40 (0.93; 2.10)		1.32 (0.88; 1.99)	
2,500–2,999	1.27 (0.90; 1.79)		1.23 (0.87; 1.73)	
3,000–3,499	1.16 (0.83; 1.61)		1.11 (0.80; 1.55)	
3,500–3,999	1.12 (0.80; 1.58)		1.10 (0.79; 1.54)	
≥4,000	1		1	
Breastfeeding (months)		0.25* 0.23**		0.40* 0.22**
<1.0	1.13 (0.89; 1.44)		1.15 (0.90; 1.47)	
1.0–2.9	0.94 (0.73; 1.21)		0.97 (0.76; 1.25)	
3.0–5.9	1.02 (0.79; 1.31)		1.04 (0.81; 1.34)	
6.0–8.9	0.82 (0.58; 1.15)		0.86 (0.61; 1.21)	
9.0–11.9	0.77 (0.47; 1.27)		0.81 (0.50; 1.34)	
≥12.0	1		1	

MMWs: Monthly minimum wages

*Wald test for heterogeneity

**Wald test for linear trend

Among women, skin color and income at birth also showed an association with CMD (Table 3). Low birth weight and length of breastfeeding did not show any association with CMD in both men and women. As for the mother's mental health, in the adjusted analysis maternal CMD remained associated as a risk factor in women only.

Table 3: Crude and adjusted analysis of common mental disorders in women in the 1982 cohort. Pelotas, Brazil, 1982 to 2004–2005

Variable	Crude analysis		Adjusted analysis	
	PR	95% CI	p-value	p-value
Skin color				
White	1		1	0.002
Black or mixed	1.37	(1.20; 1.57)	1.25	(1.09; 1.43)
Maternal schooling (years)				
0–4	1.60	(1.28; 2.02)	1.13	(0.84; 1.52)
5–8	1.41	(1.12; 1.77)	1.09	(0.82; 1.44)
9–11	1.18	(0.88; 1.58)	1.03	(0.74; 1.41)
≥12	1		1	
Family income in 1982 (MMWs)				
≤1.0	2.01	(1.39; 2.89)	1.83	(1.27; 2.66)
1.1–3.0	1.65	(1.15; 2.36)	1.56	(1.09; 2.23)
3.1–6.0	1.19	(0.81; 1.76)	1.16	(0.79; 1.71)
6.1–10.0	1.22	(0.77; 1.94)	1.20	(0.76; 1.91)
>10.0	1		1	
Income change				
Always poor	1.66	(1.42; 1.93)	1.44	(1.19; 1.74)
Non-poor → poor	1.44	(1.22; 1.70)	1.37	(1.16; 1.62)
Poor → non-poor	1.34	(1.11; 1.60)	1.17	(0.95; 1.44)
Never poor	1		1	
		0.12*	0.03**	0.40*
Birth weight (g)				
<2,500	1.45	(0.96; 2.18)	1.34	(0.89; 2.01)
2,500–2,999	1.26	(0.86; 1.84)	1.18	(0.81; 1.73)
3,000–3,499	1.12	(0.77; 1.64)	1.10	(0.76; 1.61)
3,500–3,999	1.16	(0.79; 1.71)	1.18	(0.81; 1.74)
≥4,000	1		1	
Breastfeeding (months)				
<1.0	0.98	(0.80; 1.20)	1.04	(0.85; 1.27)
1.0–2.9	0.96	(0.79; 1.16)	0.99	(0.82; 1.20)
3.0–5.9	0.97	(0.79; 1.18)	1.04	(0.85; 1.26)
6.0–8.9	0.99	(0.77; 1.27)	1.08	(0.84; 1.39)
9.0–11.9	1.02	(0.72; 1.45)	1.03	(0.72; 1.49)
≥12.0	1		1	

MMWs: Monthly minimum wages

*Wald test for heterogeneity

**Wald test for linear trend

DISCUSSION

The prevalence of CMD was high (28.0%) in the present study. In a population-based study conducted in the city of Pelotas in 1994 using the same instrument and cutoff values, a lower prevalence (21.7%) was found in subjects aged 15–34.¹⁵ But it is possible that the inclusion of both adolescents and adults in the same category in this study contributed to a lower prevalence of CMD. The present study is not comparable to other Brazilian studies based on SRQ-20 due to different recall time and cutoff values. Besides, few studies have investigated

well-defined age groups and overall prevalences were estimated in a wide age range, from adolescents to elderly.

A limitation of the present study is the application of SRQ-20. Despite its high sensitivity and specificity, this is a screening rather than a diagnostic instrument. In addition, the study covered individuals born between January to December 1982 in the city of Pelotas and, therefore, the results may not be generalized to other populations living in different areas, and may be limited to the period over which the study was conducted. In contrast, the prospective study design with long-term follow-up is innovative in studies investigating risk factors for mental disorders in low- and middle-income countries and allows inferences on the direction of causal relationships.

High prevalence of CMD in young adults was an expected finding. The New Zealand Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study investigated mental disorders in the same subjects at the ages of 21, 26, and 32 years. They found higher prevalences of most disorders at the ages of 21 and 26 with a decline at the age of 32.¹⁸ Moreover, epidemiological studies with broad age groups reported higher prevalences of mental disorders in older adolescents and young adults than in older adults.^{12,24} A study coordinated by the World Health Organization (WHO) and carried out in several countries including Brazil between 1990 and 1996 reported higher prevalence of mental disorders listed in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders¹ in people aged 18–24 years.²⁴ The US National Comorbidity Survey (NCS) performed between 1990–1992 studied individuals aged 15–54 and found higher prevalence of psychiatric disorders in those aged 15–24.¹²

Consistent with other previous studies, the estimated prevalence of CMD in the present study was higher in women.^{8,15} Women have higher prevalences of depression and anxiety in the adult age, the two main groups of symptoms assessed by the SRQ-20.^{12,24} In addition, false-negative cases in the mental health screening were more likely seen in men.¹⁶ This classification error can occur because: 1) men usually associate disease to weakness;¹⁶ 2) they tend to express less their anxieties and feelings of sadness than women;¹⁶ and 3) they may find it harder to report their emotional symptoms during an interview.¹⁵

In the present study, the cohort studied from childhood showed higher prevalence of CMD in those who were currently poor, irrespective of their previous socioeconomic condition, which may suggest that mental health is more strongly determined by people's current condition. In contrast, among women, family income at birth remained associated to CMD even after adjusting for current family income.

Cross-sectional studies conducted in Brazil^{7,17} and in several countries^{12,24} evidenced an association between poverty and CMD. However, longitudinal studies investigating poverty during childhood and CMD are less consistent.¹⁸ Yet the association between poverty during childhood and psychiatric outcomes in adult age has been reported in cohort studies.^{10,18} In the Dunedin Study, children of low-income families showed increased risk of drug dependence at the age of 32.¹⁸ The US Providence National Collaborative Perinatal Project Study demonstrated that people with low socioeconomic condition, assessed as early as during pregnancy and at the age of seven, had about twofold increase in their risk of major depression during adulthood, irrespective of sociodemographic factors during childhood, family history of mental disorders, and socioeconomic condition during adult age.¹⁰ These studies have attributed long-term effects of poverty to multiple adversities poor children more often experience such as higher prevalence of family mental disorders; low IQ; abuse¹⁸ and stressful events, family dysfunction; health conditions; and difficult in forming attachments.¹⁰

The finding of higher prevalence of CMD in black subjects is consistent with other studies.²² Among black women, the association remained after adjusting for income and schooling, which may suggest that racial discrimination, potentially experienced by minorities, would increase the risk of developing CMD.¹⁴

The association between maternal CMD and mental disorders of their daughters suggests that the mother's mental health has a greater impact on the daughters than the sons. This association may arise from greater heritability of depression among women.⁴

After adjustment low birth weight and maternal schooling did not remain associated to CMD in women. It suggests that this association found in women is

probably due to lower socioeconomic condition of those with low birth weight and poorly educated mothers.

In the present study, the length of breastfeeding was not found to be associated to CMD, which corroborates the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) findings. The PROBIT study followed up 17,046 mother-child pairs in Belarus¹³ and did not find an association between length of breastfeeding and mental health outcomes during childhood.

CMD in early adult life, a period of education transition and entrance into the labor market, may limit the social mobility of young people and create a cycle of disadvantages during their lifetime. Social selection, i.e., the negative impact of mental disorders on socioeconomic condition, of the 23-year-old people here studied can be assessed through further follow-up on this cohort to explore educational and work-related outcomes of CMD.

REFERENCES

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder, DSM-IV. 4. ed. Washington, DC; 1994.
- 2 Barros FC, Victora CG, Horta BL, Gigante DP. Metodologia do estudo de coorte de nascimentos de 1982 a 2005, Pelotas, RS. ARTIGO DESTE SUPLEMENTO.
- 3 Barros AJ, Hiraakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
- 4 Bierut LJ, Heath AC, Bucholz KK, Dinwiddie SH, Madden PA, Statham DJ, et al. Major depressive disorder in a community-based twin sample: are there different genetic and environmental contributions for men and women? *Arch Gen Psychiatry.* 1999;56(6):557-63. DOI:10.1001/archpsyc.56.6.557
- 5 Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic; 1982.
- 6 Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci.* 2006;7(7):583-90. DOI: 10.1038/nrn1925

- 7 Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):73-9. DOI:10.1590/S0102-311X2005000100009
- 8 Costa JSDd, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAPd, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(2):164-73.
- 9 Freud. S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Rio de Janeiro: Imago; 1973.
- 10 Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol*. 2002;31(2):359-67. DOI: 10.1093/ije/31.2.359
- 11 Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
- 12 Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
- 13 Kramer MS, Fombonne E, Igumnov S, Vanilovich I, Matush L, Mironova E, et al. Effects of prolonged and exclusive breastfeeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics*. 2008;121(3):e435-40. DOI: 10.1542/peds.2007-1248
- 14 Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med*. 2005;61(7):1576-96. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.03.006
- 15 Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psi Clin*. 1999;26(5):225-35.
- 16 Mari JJ, Williams P. Misclassification by psychiatric screening questionnaires. *J Chron Dis*. 1986;39(5): 371-377.

- 17 Marin-Leon L, Oliveira HB, Barros MB, Dalgarrondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(3):250-3. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000060
- 18 Melchior M, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R, Caspi A. Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *Am J Epidemiol.* 2007;166(8):966-74. DOI: 10.1093/aje/kwm155
- 19 Miech. R, Caspi. A, Moffitt. T, Wright. B, Silva. P. Low socioeconomic status and mental disorders: a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *Am J Sociol.* 1999;104(4):1096-131. DOI: 10.1086/210137
- 20 Pinheiro KA, Horta BL, Pinheiro RT, Horta LL, Terres NG, Silva RA. Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007;29(3):241-5. DOI: 10.1590/S1516-44462006005000040
- 21 Thompson C, Syddall H, Rodin I, Osmond C, Barker DJ. Birth weight and the risk of depressive disorder in late life. *Br J Psychiatry.* 2001;179:450-5. DOI: 10.1192/bjp.179.5.450
- 22 Vega W, Rumbaut R. Ethnic minorities and mental health. *Annu Rev Sociology.* 1991;17:351-83. DOI: 10.1146/annurev.so.17.080191.002031
- 23 Victora CG, Barros FC. Cohort profile: the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Int J Epidemiol.* 2005;35(2):237-42. DOI: 10.1093/ije/dyi290
- 24 WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparison of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):413-26.
- 25 Wiles NJ, Peters TJ, Leon DA, Lewis G. Birth weight and psychological distress at age 45-51 years: results from the Aberdeen Children of the 1950s cohort study. *Br J Psychiatry.* 2005;187:21-8. DOI: 10.1192/bjp.187.1.21

METHODOLOGICAL ASPECTS OF THE 1993 PELOTAS (BRAZIL) BIRTH COHORT STUDY

ASPECTOS METODOLÓGICOS DA COORTE DE NASCIMENTOS DE 1993 EM PELOTAS, RS

Cesar G Victora², Cora L. Araújo¹, Ana Maria Menezes¹, Pedro C. Hallal¹, Maria de Fátima Vieira¹, Marilda Neutzling¹, Helen Gonçalves¹, Neiva C Valle¹, Rosângela C. Lima¹, **Luciana Anselmi**¹, Dominique Behague³, Denise Gigante¹, Fernando C. Barros⁴.

Revista de Saúde Pública 2006;40:39-46.

Abstract

This paper describes the main methodological aspects of a cohort study, with emphasis on its recent phases, which may be relevant to investigators planning to carry out similar studies. In 1993, a population based study was launched in Pelotas, Southern Brazil. All 5.249 newborns delivered in the city' hospitals were enrolled, and sub-samples were visited at the ages of one, three and six months and of one and four years. In 2004-5 it was possible to trace 87.5% of the cohort at the age of 10-12 years. Sub-studies are addressing issues related to oral health, psychological development and mental health, body composition, and ethnography. Birth cohort studies are essential for investigating the early determinants of adult disease and nutritional status, yet few such studies are available from low and middle-income countries where these determinants may differ from those documented in more developed settings.

Key word: longitudinal studies; cohort studies; prospective studies; child development; follow-up studies; epidemiological methods.

Resumo

Descrever aspectos metodológicos do estudo da coorte de crianças que podem ser relevantes para pesquisadores que estejam planejando investigações semelhantes. Em 1993, uma coorte de base populacional foi recrutada em Pelotas, RS. Os 5.249 recém-nascidos nos hospitais da cidade foram acompanhados com um, três, e seis meses, e com um e quatro anos de idade. Subestudos estão sendo realizados sobre a saúde bucal, desenvolvimento psicológico e saúde mental, composição corporal e aspectos etnográficos. Em 2004-5 foi possível entrevistar 87,5% da coorte inicial, com a idade de 10-12 anos. Estudos de coortes de nascimentos são essenciais para investigar os determinantes precoces da morbidade e estado nutricional de adultos. No entanto, há poucos estudos com esta metodologia em países de renda média e baixa, e alguns dos determinantes da situação de saúde podem ser distintos daqueles observados em países ricos.

Descritores: estudos longitudinais; estudos de coorte; estudos prospectivos; desenvolvimento infantil; estudos de acompanhamento; métodos epidemiológicos.

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

³ London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, United Kingdom.

⁴ Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo, Uruguay.

SMOKING IN EARLY ADOLESCENCE: EVIDENCE FROM THE 1993 PELOTAS (BRAZIL) BIRTH COHORT STUDY

Ana Maria Menezes¹, Helen Gonçalves¹, Luciana Anselmi², Pedro C. Hallal¹, Cora A. Araújo¹.

Journal of Adolescence Health 2006; 30:669-677.

Abstract

Purpose: to evaluate the prevalence of tobacco use and factors associated with it, in early adolescent (aged 10-12 years) participants of the 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. **Methods:** children born in 1993 in Pelotas, Brazil were included in a prospective health study. In 2004-2005, all cohort members were sought. Adolescents and mothers were interviewed. A confidential questionnaire was applied to adolescents, including a section on smoking. Smoking experience was defined as having tried at least one cigarette in life. **Results:** follow-up rate was 87.5%; 4,452 adolescents were interviewed. Mean age was 11.3 years. Only 58 adolescents did not answer the questions on smoking experience. Out of the 4,394 respondents, 162 (3.7%; 95% confidence interval [CI] 3.1-4.2) had tried smoking. Of these, approximately half smoked the first cigarette before 10 years of age. Seventy-three cohort members reported smoking daily. In multivariable analysis, variables positively associated with smoking experience were: male gender, maternal smoking during pregnancy, living without the biological father, poor relationship with the mother, being beaten by parents, family conflict, maternal smoking in 2004-5, bad influences on the adolescent, participation in fights, history of attempting to run away from home, and experience with alcoholic beverages. The association was negative for socioeconomic level. **Conclusion:** family-related variables and habits of the adolescent were strongly associated with smoking in early adolescence. Because experimentation with tobacco in adolescence is related to a marked increase in the risk of tobacco addiction in adulthood, early interventions are warranted.

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, UFRGS.

**EARLY DETERMINANTS OF ADOLESCENT PHYSICAL ACTIVITY BEHAVIOUR:
A PROSPECTIVE BIRTH COHORT STUDY**

Pedro C. Hallal¹, Jonathan C. K. Wells², Felipe F. Reichert¹,
Luciana Anselmi^{1,3}, César G. Victora¹.

British Medical Journal 2006;332:1002-7.

Abstract

Objectives: to examine the effects of early social, anthropometric and behavioural variables on physical activity levels in adolescence. **Design:** prospective birth cohort study. Setting: Population based cohort in Pelotas, Southern Brazil. **Participants:** 4,452 adolescents aged 10-12 years belonging to a 1993 birth cohort study, corresponding to a follow-up rate of 87.5%. Main outcome measure: sedentary lifestyle, defined as < 300 minutes of physical activity per week. **Results:** the prevalence of sedentary lifestyle was 58.2% (95%CI 56.7 to 59.7). Female sex, high family income, high maternal schooling, and low birth order were risk factors for sedentary lifestyle in adolescence. Neither weight gain variables (0-1, 1-4, 4-11 years) nor overweight at 1 or 4 years were significantly associated with physical activity. Maternal report of the child's physical activity at 4 years was related to sedentary lifestyle at 10-12 years. **Conclusions:** our data suggest that physical activity in adolescence is partly programmed in early life. High birth order may lead to greater intensity of play in childhood, an effect that persists until adolescence. Tracking of physical activity from 4 to 10-12 years was evident. The absence of an effect of early weight gain suggests that growth acceleration may increase the risk of chronic disease by other mechanisms than through physical activity levels. The lower frequency of sedentary lifestyle among the poor may be explained by active transportation to and from school, and by non-structured sports practice.

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. UFPel, Pelotas, RS, Brasil.

² MRC Childhood Nutrition Centre, Institute of Child Health, London, UK.

³ Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, UFRGS.

DOES MALOCCLUSION INFLUENCE THE ADOLESCENT'S SATISFACTION WITH APPEARANCE? A CROSS-SECTIONAL STUDY NESTED IN A BRAZILIAN BIRTH COHORT

Karen G. Peres¹, Aluísio J.Barros², Luciana Anselmi³,
Fernando C. Barros⁴

Community Dentistry and Oral Epidemiology 2008;36:137-143.

Abstract

Objectives: to test whether malocclusion had an impact on adolescent' appearance satisfaction regardless of other physical aspects. **Methods:** a cross-sectional study nested in a birth cohort study was carried out in Pelotas, Brazil. A random sample of 900 15-years-old adolescents was selected. WHO criteria were used to define malocclusion and a questionnaire was administered including self-reported skin colour and appearance satisfaction. Dental caries were assessed. Height and weight were measured and body mass index calculated. Data concerning gender and socioeconomic characteristics were obtained from the cohort perinatal study. Adjusted analyses including all confounding variables investigated were performed using Poisson regression with robust variance in order to identify the potential risk factors for appearance dissatisfaction. All analyses were carried out separately by gender. **Results:** the sample included 867 individuals, 54.1% men. The prevalence of moderate or severe malocclusion was 30.6% (95% CI: 26.5-34.7) among boys, and 32.8% (95% CI: 28.2-37.4) among girls ($P = 0.524$). Dissatisfaction with appearance was reported by 29.8% of the boys and by 46.5% of the girls ($P < 0.001$). A positive association between malocclusion and appearance dissatisfaction, controlling for other physical, dental caries and socioeconomic characteristics was observed only in girls [prevalence ratio = 1.4 (1.3-1.7)]. **Conclusions:** malocclusion is a common condition and is positively associated with appearance dissatisfaction in adolescent girls. The effect of different types of malocclusion on appearance dissatisfaction should be the focus of further investigation.

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas.

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

⁴ Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo, Uruguay.

THE QUALITY OF HOME ENVIRONMENT IN BRAZIL: AN ECOLOGICAL MODEL

Ebenezer Oliveira¹, Fernando C. Barros², **Luciana Anselmi³**, César A. Piccinini³

Journal of Child and Family Studies 2006;15:633-644.

Abstract

Based on Bronfenbrenner's (1999) ecological perspective, a longitudinal, prospective model of individual differences in the quality of home environment (*Home Observation for Measurement of the Environment* — HOME) was tested in a sample of 179 Brazilian children and their families. *Perinatal Measures of Family Socioeconomic Status* (SES) and child birth weight had direct effects on HOME at preschool age. As either family SES or child birth weight increased, HOME also increased through diminished emotional distress in the mother a month following childbirth. SES had a negative effect on number of children in the household, which in turn had a long-term negative impact on HOME. Compared to mothers who had reported not to plan their pregnancy, those who did were more likely to have fewer children, to report more spouse support during childbearing, and to show less emotional distress a month after childbirth, all of which also influenced HOME at preschool age. These findings are discussed in light of the broader socio-ecological Brazilian context, with direct implications to clinical practice aimed at improving the quality of home environment.

Key words: birth weight; demographics; maternal distress; pregnancy; social support.

¹ Psychology Department Malone College, United States.

² Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. Montevideo, Uruguay.

³ Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MATERNAL PERCEPTION ON PHYSICAL ACTIVITY LEVEL OF CHILDREN AGED FOUR YEARS

Pedro C. Hallal¹, **Luciana Anselmi**², Mario R. Azevedo¹,
Cesar G Victora¹.

Artigo a ser submetido.

Abstract

Background: this paper evaluates the influence of perinatal and infancy variables on Physical Activity (PA) level and exercise/sports performance at four years. **Methods:** prospective birth cohort study, including 634 children born in 1993 in Pelotas, Brazil, who have been followed-up since birth. PA and exercise/sports performance at four years of age were based on maternal report. Independent variables included were: sex, family income, maternal schooling, birthweight, overweight at one year of age, peer-relations and psychological indicators, measured using the *Child Behavior Check List*. **Results:** in the unadjusted analysis, girls, those born to low schooling mothers, with negative peer-relations, and who were above the CBCL overall score threshold for mental disorders, were more likely to be classified as performing “worse” than the peers in terms of exercise/sports performance. In terms of PA level, those with positive peer-relations, who were below the CBCL overall score threshold for mental disorders and who were below the CBCL cutoff for withdrawn/depression syndrome, were more likely to be classified as active. After adjustment for confounding, only the effect of peers-relation remained significant for both outcomes. **Conclusion:** our study provides evidence on a strong effect of peer-relations on PA level and exercise/sports performance at four years.

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS.

² Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO DE
COORTE DE NASCIMENTOS DE PELOTAS, RS EM 1993**

Elisa C Hallal¹, Eliana A Westrupp², Helen Gonçalves³,
Luciana Anselmi⁴, Cora L Araújo³, Ana M B Menezes³,
Pedro C Hallal³

Artigo a ser submetido.

Resumo

Objetivos: a autopercepção e a satisfação com a imagem corporal são fatores de extrema importância no conceito que o adolescente faz sobre si mesmo. Tais parâmetros podem gerar atitudes inadequadas que prejudicam sua saúde física e mental. O objetivo do presente estudo foi avaliar a autopercepção de imagem corporal em adolescentes jovens, pertencentes à coorte de nascimentos de 1993 em Pelotas, RS. **Métodos:** Estudo prospectivo incluindo todos os nascidos vivos no ano de 1993 em Pelotas, RS. Os participantes da coorte foram entrevistados em 2004-5, com idade média de 11 anos, e responderam a questionário sobre imagem corporal percebida e desejada, por meio de visualização de uma escala de silhuetas. **Resultados:** Foram localizados 4.452 adolescentes, os quais, se somados aos 141 que faleceram antes dos 11 anos de idade, representam 87,5% da coorte original. Houve uma concentração de adolescentes nas silhuetas intermediárias. As maiores diferenças entre a condição atual e a desejada foi observada nas silhuetas 4 e 7. A escolha das nove silhuetas pelos adolescentes pareceu compatível com seu estado nutricional. Portanto, os adolescentes não apresentaram distorção da sua imagem corporal quando escolheram figuras humanas que representassem seu próprio corpo. **Conclusões:** Campanhas de saúde pública devem priorizar o corpo saudável, com hábitos alimentares orientados somados à prática de atividade física, de modo a minimizar tanto a obesidade como o baixo peso, bem como distorções da imagem corporal futuras.

Palavras-chave: imagem corporal; insatisfação corporal; auto-estima; adolescentes; estudos prospectivos.

¹ Pós-Graduação em Medicina Estética, Fundação Souza Marques.

² Médica Clínica, Hospital Beneficência Portuguesa de Pelotas, RS.

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ANEXO II

INSTRUMENTOS DE SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS
COORTE DE NASCIMENTOS DE 1993
ESTUDO DOS 11-12 ANOS – CBCL



Número de identificação:	A afirmação correta é		
	não	Algumas vezes	Freqüentemente
1. Comporta-se de maneira demasiado infantil para sua idade?	0	1	2
2. Tem alergias? (descreva-as).	0	1	2
3. Discute muito?	0	1	2
4. Tem asma?	0	1	2
5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto?	0	1	2
6. Faz suas necessidades fora do banheiro?	0	1	2
7. É vaidoso(a)?	0	1	2
8. Não consegue se concentrar, não consegue estar atento(a) por muito tempo?	0	1	2
9. Não consegue tirar certas idéias da cabeça; obsessões? (descreva-as).	0	1	2
10. Não consegue ficar sentado(a) quieto(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)?	0	1	2
11. Agarra-se demais aos adultos ou é muito dependente?	0	1	2
12. Reclama de estar muito sozinho(a)?	0	1	2
13. Fica confuso(a) ou parece ficar sem saber onde está?	0	1	2

14. Chora muito?	0	1	2
15. É cruel com animais?	0	1	2
16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros?	0	1	2
17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus próprios pensamentos?	0	1	2
18. Já tentou se suicidar?	0	1	2
19. Requer muita atenção?	0	1	2
20. Destroí as suas próprias coisas?	0	1	2
21. Destroí objetos da sua família ou de outras crianças?	0	1	2
22. É desobediente em casa?	0	1	2
23. É desobediente na escola?	0	1	2
24. Não come bem?	0	1	2
25. Não se dá bem com outras crianças?	0	1	2
26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de comportar-se mal?	0	1	2
27. Sente ciúme com facilidade?	0	1	2
28. Come ou bebe coisas que não são próprias para comer/beber? (descreva-as).	0	1	2
29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola? (descreva-os).	0	1	2
30. Tem medo de ir a escola?	0	1	2
31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má?	0	1	2

32. Acha que deve ser perfeito?	0	1	2
33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)?	0	1	2
34. Acha que os outros o perseguem?	0	1	2
35. Sente-se pior que os outros?	0	1	2
36. Tem tendência a cair muito?	0	1	2
37. Mete-se em muitas brigas?	0	1	2
38. As pessoas riem dele(a)?	0	1	2
39. Anda com crianças que se metem em brigas?	0	1	2
40. Ouve sons ou vozes que não estão presentes? (descreva-os).	0	1	2
41. É impulsivo, ou age sem pensar?	0	1	2
42. Gosta de estar sozinho(a)?	0	1	2
43. Mentira?	0	1	2
44. Rói as unhas?	0	1	2
45. É nervoso(a), muito excitado(a) ou tenso(a)?	0	1	2
46. Tem movimentos nervosos/tiques? (descreva-os).	0	1	2
47. Tem pesadelos?	0	1	2
48. As outras crianças não gostam dele(a)?	0	1	2
49. Tem prisão de ventre?	0	1	2
50. Tem medo de tudo?	0	1	2

51. Sente tonturas?	0	1	2
52. Sente-se muito culpado?	0	1	2
53. Come muito?	0	1	2
54. Cansa-se muito?	0	1	2
55. Tem peso excessivo?	0	1	2
56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:			
a) Sofrimentos ou dores?	0	1	2
b) Dores de cabeça?	0	1	2
c) Enjôo?	0	1	2
d) Problemas com os olhos? (descreva-os).	0	1	2
e) Problemas de pele?	0	1	2
f) Dores de estômago ou câimbras?	0	1	2
g) Vômitos?	0	1	2
h) Outros? (descreva-os).	0	1	2
57. Ataca fisicamente outras pessoas?	0	1	2
58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo? (descreva-os).	0	1	2
59. Brinca com seus órgãos sexuais em público?	0	1	2
60. Brinca muito com seus órgãos sexuais?	0	1	2
61. Os seus trabalhos escolares são fracos?	0	1	2
62. É desastrado(a) ou tem falta de coordenação?	0	1	2

63. Prefere brincar com crianças mais velhas?	0	1	2
64. Prefere brincar com crianças mais novas?	0	1	2
65. Recusa-se a falar?	0	1	2
66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões? (descreva-as).	0	1	2
67. Foge de casa?	0	1	2
68. Grita muito?	0	1	2
69. É reservado(a) e guarda as coisas para si mesmo(a)?	0	1	2
70. Vê coisas que não estão presentes? (descreva-as).	0	1	2
71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado(a)?	0	1	2
72. Provoca incêndios?	0	1	2
73. Tem problemas sexuais? (descreva-os).	0	1	2
74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas?	0	1	2
75. É tímido(a), envergonhado(a)?	0	1	2
76. Dorme menos que a maioria das crianças?	0	1	2
77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite? (descreva).	0	1	2
78. Faz porcaria e brinca com as fezes?	0	1	2
79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação? (descreva-os).	0	1	2
80. Fica de olho parado?	0	1	2

81. Rouba coisas em casa?	0	1	2
82. Rouba coisas fora de casa?	0	1	2
83. Acumula coisas que não precisa? (descreva-as).	0	1	2
84. Tem comportamentos estranhos? (descreva-os).	0	1	2
85. Tem idéias estranhas? (descreva-as).	0	1	2
86. É teimoso(a), mal-humorado(a) ou irritado(a)?	0	1	2
87. Muda o humor repentinamente (alegre/triste)?	0	1	2
88. Se aborrece com facilidade?	0	1	2
89. É desconfiado(a)?	0	1	2
90. Fala palavrões?	0	1	2
91. Fala em matar-se?	0	1	2
92. Fala ou caminha quando está dormindo?	0	1	2
93. Fala muito?	0	1	2
94. Perturba os outros freqüentemente?	0	1	2
95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado?	0	1	2
96. Pensa muito em sexo?	0	1	2
97. Ameaça as pessoas?	0	1	2
98. Chupa o dedo?	0	1	2
99. Preocupa-se muito com a limpeza ou a elegância?	0	1	2

100. Tem problemas para dormir? (descreva-os).	0	1	2
101. Falta à escola sem necessidade (“mata a aula”)?	0	1	2
102. É pouco ativo(a), move-se com lentidão, tem falta de energia?	0	1	2
103. É infeliz, triste ou deprimido(a)?	0	1	2
104. Fala muito alto?	0	1	2
105. Usa álcool ou drogas sem ser para fins medicinais? (descreva-os).	0	1	2
106. Comete atos de vandalismo?	0	1	2
107. Urina-se durante o dia?	0	1	2
108. Urina na cama?	0	1	2
109. Anda sempre a choramingar?	0	1	2
110. Deseja ser do sexo oposto?	0	1	2
111. Isola-se, não cria relações afetivas com os outros?	0	1	2
112. Preocupa-se muito?	0	1	2
113. Por favor escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima: a) _____	0	1	2
b) _____	0	1	2
c) _____	0	1	2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
ESTUDO DE COORTE 1993-ACOMPANHAMENTO 2004-5
QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)
VERSÃO PARA OS PAIS



POR FAVOR, RESPONDA PARA CADA ITEM O QUE MELHOR DESCREVE SEU/SUA FILHO/A. RESPONDA SE É FALSO, MAIS OU MENOS VERDADEIRO OU VERDADEIRO. RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL, MESMO QUE A SRA. NÃO TENHA CERTEZA ABSOLUTA OU QUE A PERGUNTA PAREÇA ESTRANHA. DÊ SUAS RESPOSTAS COM BASE NO COMPORTAMENTO DO/A <NOME> NOS ÚLTIMOS 6 MESES.

LEIA CONFORME O SEXO DO/A <NOME> (o seu filho...?) (ler opções)	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
175) Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.			
176) Não consegue parar sentado quando tem que fazer o tema ou comer; mexe-se muito, batendo em coisas, derrubando coisas.			
177) Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.			
178) Tem boa vontade para compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças.			
179) Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.			
180) É solitário, prefere brincar sozinho.			
181) Geralmente é obediente e normalmente faz o que os adultos lhe pedem.			
182) Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.			
183) Tenta ser atencioso se alguém está magoado, aflito ou se sentindo mal.			
184) Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.			
185) Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.			
186) Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta.			
187) Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso.			
188) Em geral, é querido por outras crianças.			
189) Facilmente perde a concentração, fica distraído.			
190) Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo.			
191) É gentil com crianças mais novas.			
192) Geralmente engana ou mente.			
193) Outras crianças 'pegam no pé' do seu filho ou o atormentam.			
194) Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças).			
195) Pensa nas coisas antes de fazê-las.			
196) Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.			
197) Se dá melhor com os adultos do que com outras crianças.			
198) Tem muitos medos, assusta-se facilmente.			
199) Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.			

200) A Sra. tem algum outro comentário ou preocupação a respeito do/a <NOME>? Se sim, descreva.

_____ cód: __ __

201) Pensando no que acabou de responder, a Sra. acha que o/a <NOME> tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas? *(ler opções)*

(0) não (1) sim, pequenas dificuldades (2) sim, dificuldades bem definidas (3) sim, dificuldades graves

202) *SE SIM*: Há quanto tempo essas dificuldades existem? *(ler opções)*

(1) menos de 1 mês (2) 1 a 5 meses (3) 6 a 12 meses (4) mais de 1 ano

203) *SE SIM*: Estas dificuldades incomodam ou aborrecem o/a <NOME>? *(ler opções)*

(1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito

204) *SE SIM*: Estas dificuldades atrapalham o dia a dia do/a <NOME> em alguma das situações abaixo:

a) dia a dia em casa? *(ler opções)* (1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito

b) com os amigos dele? *(ler opções)* (1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito

c) para aprender no colégio? *(ler opções)* (1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito

d) para passear, praticar esportes (lazer)? *(ler opções)* (1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito

205) *SE SIM*: Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo? *(ler opções)*

(1) nada (2) um pouco (3) muito (4) mais que muito



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
ESTUDO DE COORTE 1993 — ACOMPANHAMENTO 2004-5
QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)
VERSÃO AUTO-APLICADA



Por favor, para cada item, marque com um X um dos três quadrados: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. É muito importante que você responda a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta possa parecer estranha. Dê sua resposta baseada em como as coisas têm sido nos ÚLTIMOS 6 MESES.

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
34- Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros.			
35- Não consigo parar sentado quando tenho que fazer tema ou comer; me mexo muito, batendo em coisas, derrubando coisas.			
36- Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo.			
37- Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)			
38- Eu fico muito brabo e geralmente perco a paciência.			
39- Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha.			
40- Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem.			
41- Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo.			
42- Tento ajudar se alguém parece chateado, aflito ou sentindo-se mal.			
43- Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.			
44- Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga.			
45- Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero.			
46- Frequentemente estou chateado, desanimado ou com vontade de chorar.			
47- Em geral, os outros jovens gostam de mim.			
48- Facilmente perco a concentração, fico distraído.			
49- Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo.			
50- Sou legal com crianças mais novas.			
51- Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear.			
52- Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'.			
53- Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças).			
54- Eu penso antes de fazer as coisas.			
55- Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares.			
56- Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade.			
57- Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente.			
58- Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção.			

Você tem algum outro comentário ou preocupação sobre você? Anote abaixo:

59- Pensando no que acabou de responder, você acha que tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, ou para se dar bem com outras pessoas.	<input type="checkbox"/> sim, pequenas dificuldades <input type="checkbox"/> sim, dificuldades bem definidas <input type="checkbox"/> sim, dificuldades graves <input type="checkbox"/> não
---	--

AGORA só responda as próximas perguntas se você respondeu “sim” na pergunta 59.

60- Há quanto tempo essas dificuldades existem?	<input type="checkbox"/> menos de 1 mês <input type="checkbox"/> 1 a 5 meses <input type="checkbox"/> 6 a 12 meses <input type="checkbox"/> mais de 1 ano
61- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem você?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
Estas dificuldades atrapalham o seu dia a dia em alguma das situações abaixo:	
62- Dia a dia em casa?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
63- Com seus amigos?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
64- Para aprender no colégio?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
65- Para passear, praticar esportes (lazer)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito
66- Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	<input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> um pouco <input type="checkbox"/> muito <input type="checkbox"/> mais que muito

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para jovens entre 11 e 17 anos

Sobrenome da criança

Nome da criança

Idade:

Data de Nascimento:

Masculino/Feminino

Número

Data da entrevista:

Nome do entrevistador(a):

Número da entrevistadora:

O primeiro passo é aplicar o Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) A11-16, então fazer a pontuação e em seguida assinalar abaixo.

Pontuação na escala de emocional 0 1 2 3 4 5 || 6 7 8 9 10

Pontuação na escala de conduta 0 1 2 3 || 4 5 6 7 8 9 10

Seção A Ansiedade de Separação

A maioria dos jovens são particularmente ligados a uma ou a algumas pessoas, olham para estas pessoas buscando segurança ou quando estão aflitos ou magoados.

A1 Quais são os adultos a quem você é principalmente ligado(a)?

- a) Mãe (biológica ou adotiva)
- b) Pai (biológico ou adotivo)
- c) Madrasta, mãe substituta, companheira do pai
- d) Padrasto, pai substituto, companheiro da mãe
- e) Avô/avó
- f) Algum outro parente adulto, por exemplo, tia ou irmã adulta
- g) Babá ou outro adulto que cuide de você
- h) Professor(es)
- i) Outros adultos não parentes, por exemplo, amigo da família, vizinho
- j) Não é particularmente ligado(a) a nenhum adulto

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

Se A1j foi assinalado, pergunte A1k e A1l; caso contrário continue com A2

Quais são as crianças ou jovens a quem você é principalmente ligado(a)?

- k) Irmãos, irmãs ou outros parentes jovens
- l) Amigo (s)
- m) Não é particularmente ligado(a) a ninguém

Não	Sim
0	1
0	1

Se A1m foi assinalada, pule para seção B. Caso contrário, continue

A2 Você acabou de me dizer a quem é principalmente ligado(a). Se quiser, liste todos de A1a até A1i (ou A1k/A1l) que tiveram "sim" como resposta. Daqui por diante estas pessoas serão chamadas de "pessoas de ligação".

O que eu gostaria de saber agora é o quanto você preocupa-se em estar separado(a) das pessoas de ligação. A maioria dos jovens tem preocupações deste tipo, mas eu gostaria de saber como você reage comparado/a com outros jovens da mesma idade. Eu estou interessado em como você é no dia a dia e não em um dia fora da rotina.

Em geral, nas últimas 4 semanas, você tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das pessoas de ligação?

Não	Sim
0	1

Se A2 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 6 então continue. Caso contrário pule para seção B

A3 Nas últimas 4 semanas e comparado a outros jovens da mesma idade...

- a) Você tem se preocupado que algo de mau possa acontecer com as pessoas de ligação ?
- b) Você tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado, ser separado das pessoas de ligação, por exemplo, ser seqüestrado, levado ao hospital ou ser morto?
- c) Você tem se recusado a ir à escola, com receio de que algo de ruim possa acontecer às pessoas de ligação enquanto você estiver na escola? *(Não inclua medo de ir à escola por outras razões como medo de ser provocado por colegas ou de provas)*
- d) Você tem estado preocupado ou com medo de dormir sozinho?
- e) Você tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas de ligação, ou para dormir com elas?
- f) Você tem estado preocupado ou com medo de dormir em lugares desconhecidos?
- g) Você tem tido medo de ficar sozinho em casa se as pessoas de ligação saírem de casa por alguns momentos?
- h) Você tem tido pesadelos sobre estar separado das pessoas de ligação?
- i) Você tem tido dores de cabeça, de barriga ou enjôos quando separado/a das pessoas de ligação ou quando você soube que isso ia acontecer?
- j) Separar-se das “pessoas de ligação” ou a idéia de estar separado delas, levou-o/a a ficar preocupado/a, chorar, ter “crises de birra” ou ficar triste?

Não mais que os outros (ou Não se aplica)	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se qualquer um dos itens em A3 teve-se como resposta “Muito mais que os outros” então marque o quadrado para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 (p.37) e continue com A4. Caso contrário pule para seção B

A4 As suas preocupações sobre separação começaram há pelo menos **4 semanas**?

Não	Sim
0	1

A5 Quantos anos você tinha quando suas preocupações sobre separação começaram?

	anos
--	------

(Se sempre ou desde o nascimento, marque 0 0)

A6 Quanto estas preocupações incomodam ou aborrecem a você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

A7 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

A8 Estas preocupações tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção B Medo de Coisas ou Situações Específicas

Esta seção da entrevista pergunta sobre determinadas coisas ou situações que causam medo nas crianças embora não sejam um perigo real para eles(as). Eu gostaria de saber do que você tem medo. Eu estou interessado em como você é geralmente - não apenas em um dia fora da rotina. Nesta seção não perguntarei sobre todos os medos. Alguns medos serão investigados em outra seções, por exemplo: medo de situações sociais, sujeira, separação, multidões.

B1	Você tem medo de alguma coisa ou situação desta lista?	Não	Um pouco	Muito
a)	<u>Animais e/ou insetos</u> : Cachorro, rato, cobra, pássaro, aranha, abelha, vespa, barata ou qualquer outro animal ou inseto	0	1	2
b)	Tempestade, trovão, altura ou água	0	1	2
c)	<u>Escuro</u>	0	1	2
d)	<u>Ruídos muito altos</u> , ex., alarmes, fogos de artifício	0	1	2
e)	<u>Sangue - injeção - ferimento</u> : Medo desencadeado ao ver sangue, ferimento; por uma injeção ou qualquer outro procedimento médico	0	1	2
f)	<u>Ir ao dentista ou ao médico</u>	0	1	2
g)	<u>Vomitar, engasgar (sufocar) ou ter doenças</u> , ex., câncer ou AIDS	0	1	2
h)	<u>Usar meios de transporte</u> , ex., carro, ônibus, barco, avião, trem, metrô ou pontes	0	1	2
i)	<u>Lugares pequenos fechados</u> , ex., elevador, túnel	0	1	2
j)	<u>Ir ao banheiro</u> , ex., na escola ou na casa de parentes ou amigos	0	1	2
k)	<u>Tipos específicos de pessoas</u> , ex., palhaços, pessoas com barba, usando capacete, fantasiadas, vestidas de Papai Noel.	0	1	2
l)	<u>Seres imaginários ou sobrenaturais</u> , ex., monstros, fantasmas, extra-terrestres, bruxas	0	1	2
m)	Qualquer outro medo específico (<i>Descreva</i>)	0	1	2
			

Se em qualquer um dos itens em B1 for respondido "Muito", então continue com B2. Caso contrário, pule para seção C.

B2	Estes medos lhe aborrecem, ou a qualquer outra pessoa?	Não	Talvez	Com certeza
		0	1	2

Se B2 = "Com certeza" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 6 então continue. Caso contrário pule para seção C

B3 Há quanto tempo você tem tido este medo (o mais grave)?

Menos de um mês	1 - 5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

B4 Quando você se depara com as coisas das quais tem medo, ou quando pensa que está prestes a se deparar com elas, você fica nervoso/a ou triste?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓	↓	↓
B7	B7	B5

B5 Você fica nervoso/a ou triste toda vez ou quase toda vez que você se depara com as coisas das quais tem medo?

Não	Sim
0	1

B6 Com qual frequência os seus medos fazem com que você fique aborrecido deste jeito...

(obs: se você tem medo de algo que acontece com maior frequência em determinadas épocas do ano, p. ex. vespas, esta pergunta sera sobre este periodo)

uma vez ou outra	quase todas as semanas	quase todos os dias	muitas vezes ao dia
0	1	2	3

B7 Estes medos levam você a evitar as coisas das quais tem medo?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓	↓	↓
B9	B9	B8

B8 O fato de você evitar estas situações interfere com as suas atividades diárias?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

B9 Otras pessoas acham que os seus medos são excessivos ou irracionais?

B10 E o que você acha? Você acha que os seus medos são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2
0	1	2

Se B2 = "Com certeza" ou se B4 = "Muito" ou se B7 = "Muito" então marque o quadrado para Fobia Específica na lista de checagem em M1 (p.37)

B11 Estes medos tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção C Medo de situações sociais

Estou interessado em saber se você tem medo especificamente de situações sociais. Considere isto comparando com outras jovens da mesma idade e não em um dia fora da rotina ou simplesmente timidez.

- C1 Em geral, você evita ou tem medo de situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas, ou de fazer coisas na frente de outras pessoas?

Não	Sim
0	1

Se C1 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 6 então continue. Caso contrário pule para seção D

C2 Nas últimas 4 semanas, você tem ficado com medo de determinadas situações sociais como por exemplo:		Não	Um pouco	Muito
a)	Conhecer pessoas novas?	0	1	2
b)	Encontrar muitas pessoas, por exemplo numa festa?	0	1	2
c)	Comer na frente dos outros	0	1	2
d)	Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula?	0	1	2
e)	Ler em voz alta na frente dos outros?	0	1	2
f)	Escrever na frente dos outros?	0	1	2

Se nenhum dos itens em C2 for respondido "Muito" então pule para seção D

- C3 A maioria das crianças são ligadas a um ou mais adultos-chave, sentindo-se mais seguras quando ele/s está/ão por perto. Algumas crianças só têm medo de situações sociais se estiverem longe deste/s adultos-chave.

Outras crianças sentem medo de situações sociais mesmo na presença destes adultos-chave.

Qual é a alternativa verdadeira para você?

Em geral fico bem em situações sociais quando acompanhado de um adulto-chave.	O medo em situações sociais é intenso mesmo quando adulto/s-chave está/ão por perto.
0	1

C4 Você tem medo apenas na presença de adultos ou mesmo em situações que envolvam muitos jovens juntos ou conhecer novos jovens?

Somente com adultos	Somente com jovens	Com adultos e jovens
0	1	2

C5 Fora destas situações sociais, você consegue relacionar-se bem com os adultos e crianças que conheça bem?

Não	Sim
0	1

C6 Você não gosta de situações que envolvam contatos sociais por que tem medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame à atenção dos outros?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C7 (Somente perguntar se C2d = "Muito" ou se C2e = "Muito" ou se C2f = "Muito")

Você não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C8 Há quanto tempo você tem tido este medo de situações sociais?

Menos de um mês	1 - 5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

C9 Quantos anos tinha quando seus medos de situações sociais começaram?

	anos
--	------

(Se sempre ou desde o nascimento, marque 0 0)

C10 Quando você esta em uma das situações sociais de que tem medo, você geralmente

a) Fica corado/a (vermelho/a) ou treme?

Não	Sim
0	1

b) Tem medo de ficar enjoado/a (vomitar)?

0	1
---	---

c) Precisa correr para o banheiro ou teme que não vá dar tempo de chegar lá?

0	1
---	---

C11 Quando você está em uma das situações sociais de que tem medo, ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, você geralmente fica nervoso/a ou aborrecido/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓	↓	↓
C13	C13	C12

C12 Com que frequência o medo de situações sociais deixa você aborrecido ou triste assim?

uma vez ou outra	quase todas as semanas	quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
0	1	2	3

C13 O seu medo leva-o/a a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
↓	↓	↓
C15	C15	C14

C14 O fato de você evitar estas situações interfere com as suas atividades diárias?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

C15 Você acha que o seu medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C16 Você está aborrecido ou triste por sentir este medo?

0	1	2
---	---	---

Se C11 = "Muito" ou se C13 = "Muito" então marque o quadrado para Fobia Social na lista de checagem em MI (p.37)

C17 Este medo de situações sociais torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção D Ataques de Pânico e Agorafobia

Muitos jovens passam por momentos em que ficam muito ansiosos com coisas aparentemente bobas ou sem importância. Mas alguns jovens têm crises de ansiedade mais fortes sem motivo aparente – sem nenhuma causa.

- D1 Durante as **últimas 4 semanas** você teve alguma crise de ansiedade quando de repente ficou muito nervoso/a e agitado/a sem motivo nenhum que o/a fizesse perder o controle?

Não	Sim
0	1

Se D1 = "Sim" então marque o quadrado para Pânico e Agorafobia na lista de checagem em M1 (p.37) e continue com D2. Se não, pule para D4.

D2

- a) As suas crises de ansiedade/pânico acontecem muito repentinamente?
 b) Elas atingem um pico (ficam bem fortes) em poucos minutos (até 10 min.)?
 c) Elas duram pelo menos alguns minutos?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1

- D3 Quando você esta tendo estas crises de ansiedade/pânico, você também sente

- a) Seu coração acelerando, batendo muito rápido ou disparando?
 b) Sudorese?
 c) Tremores nas mãos e/ou nos pés?
 d) Que sua boca esta muito seca?
 e) Que é difícil respirar ou que você esta sufocando-se?
 f) Que você esta em estado de choque?
 g) Dor ou sensação de desconforto no peito?
 h) Que você quer vomitar ou que seu estômago esta "virado"?
 i) Tontura, sensação de desmaio ou que a cabeça esta vazia?
 j) Como se as coisas ao seu redor fossem irreais ou como se você não estivesse ali?
 k) Medo de perder o controle, ficar louco ou desmaiar?
 l) Medo de morrer?
 m) Frio ou calor por todo o corpo?
 n) Formigamento pelo corpo ou sensação de que o seu corpo esta paralisado?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

D4 Durante as **últimas 4 semanas**, você tem tido medo ou tem evitado alguma dessas coisas?

- a) Multidões
- b) Lugares públicos
- c) Viajar sozinho
(se geralmente o faz)
- d) Ficar longe de casa

Não ou Não Sim
se aplica

0	1
0	1
0	1
0	1

D5 *(Só pergunte se em qualquer um dos itens em D4 se for respondido "Sim" se não, continue em D6.)*

Você acha que tem este medo ou evita estas situações, principalmente por que teme que se tiver um ataque de pânico, ou algo assim (como tontura ou diarreia), terá dificuldade ou ficará envergonhado ou não conseguirá pedir ajuda?

Não Sim

0	1
---	---

Se D5 = "Sim" então marque o quadrado para Pânico e Agorafobia na lista de checagem em M1 (p.37)

D6 *Se Pânico e Agorafobia tiverem sido marcadas em M1 (p.37), então continue. Caso contrário pule para seção E.*

Quanto você acha que estes ataques de pânico/ fato de evitar situações específicos incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

D7 Quanto estes ataques de pânico/ fato de evitar situações específicos têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

D8 Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção E Estresse Pós-Traumático

Esta seção pergunta a respeito de acontecimentos ou situações que são traumáticas ou muito estressantes, e que deixam quase todos realmente nervosos ou chateados. Por exemplo, presenciar um incêndio em casa, ser agredido, maltratado ou abusado sexualmente, envolver-se em um grave acidente de carro, ou presenciar alguém próximo sendo assaltado.

E1	Alguma coisa assim já lhe aconteceu desde o seu nascimento?	Não	Sim
		0	1

E2 (Se E1 = "Não", então inicie a pergunta com: "Apenas para checar...")
Alguma vez você vivenciou qualquer das situações descritas abaixo?

<u>Envolveu-se num desastre</u>		Não	Sim
a)	Um acidente grave, traumatizante, ex., atropelamento, acidente de carro ou qualquer outro acidente sério	0	1
b)	Incêndio grave, ex., ficar preso num prédio em chamas	0	1
c)	Outros desastres, ex., sequestro, enchente, desabamento	0	1
<u>Violência</u>		Não	Sim
d)	Assalto ou ameaça grave, ex., por um ladrão ou gangue	0	1
e)	Violência física (maus tratos) que você ainda se lembre	0	1
<u>Violação sexual</u>		Não	Sim
f)	Abuso sexual	0	1
g)	Estupro	0	1
<u>Você testemunhou algo muito grave</u>		Não	Sim
h)	Presenciou violência doméstica séria, ex., viu a mãe ser agredida fisicamente em casa	0	1
i)	Viu um membro da família ou amigo ser gravemente atacado ou ameaçado, ex., por ladrões ou gangue	0	1
j)	Presenciou uma morte súbita, suicídio, overdose, um acidente grave, um ataque cardíaco, etc.	0	1
<u>Outro trauma grave</u>		Não	Sim
k)	Qualquer outro trauma grave (Descreva)	0	1

Se em qualquer um dos itens em E2 a resposta for "Sim", então continue com E3. Caso contrário, pule para seção F.

E3 Naquele época, você sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

E3A Este evento traumático ainda está afetando o seu comportamento, os sentimentos ou a sua concentração?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
Seção F E4

E4 Durante as últimas 4 semanas você...

- a) lembrou o evento como se estivesse acontecendo de novo em sua frente ou como se fosse um filme (flashback)?
- b) teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?
- c) ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrasse do evento?
- d) tentou evitar pensar ou conversar sobre qualquer coisa que tivesse relação com o evento?
- e) tentou evitar atividades lugares ou pessoas que lhe lembrassem do evento?
- f) bloqueou da sua memória detalhes importantes sobre o evento?
- g) mostrou-se muito menos interessado/a em atividades que antes costumava gostar?
- h) sentiu-se isolado/a ou afastado/a dos outros?
- i) Passou a ter dificuldade em expressar sentimentos que expressava no passado, por exemplo, não consegue mais mostrar carinho?
- j) sentiu menos segurança em relação ao futuro?
- k) teve problemas para dormir?
- l) sentiu-se irritado/a ou bravo/a mais facilmente?
- m) teve dificuldades para concentrar-se?
- n) manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?
- o) assustava-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo barulhos)?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em E4 a resposta for "Muito" então marque o quadrado para Estresse Pós-Traumático na lista de checagem em M1 (p.37) e continue com E5. Caso contrário pule para seção F

E5	Você me falou sobre (sintoma definido). Quanto tempo após evento traumático estes outros problemas começaram?	Dentro de 6 meses	Mais de 6 meses
		0	1

E6	Por quanto tempo você tem tido estes problemas?	Menos de 1 mês	1 ou 2 meses	3 meses ou mais
		0	1	2

E7	Quão aborrecido ou nervoso você fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

E8	Quanto estes problemas têm interferido no/as...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

E9	Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Seção F Compulsões e obsessões

Muitos jovens têm rotinas ou superstições, como por exemplo: não pisar nas linhas da calçada, ter que seguir um ritual na hora de dar boa noite, precisar vestir determinadas roupas que dão sorte nas provas escolares, ou ter um objeto que traga sorte para os jogos esportivos. Também é comum que os jovens passem por fases em que parecem fixadas em um assunto ou situação em particular, como marcas de carros, conjuntos musicais ou times de futebol. Eu gostaria de perguntar se você tem manias (rituais) que vão além disto.

F1 Você tem rituais ou obsessões que o/a aborrecem, consomem muito de seu tempo, ou interferem com suas atividades diárias?

Não	Sim
0	1

Se F1 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 6 então continue. Caso contrário pule para seção G

F2 Durante as **últimas 4 semanas** você teve algum dos seguintes rituais (fez alguma das seguintes coisas repetidamente, mesmo que já as tivesse feito ou que não precisasse fazê-las)?

	Não	Um pouco	Muito
a) Limpeza excessiva: lavagem de mãos, banhos, escovar dentes, etc.?	0	1	2
b) Outras medidas específicas para evitar sujeira, germes ou substâncias perigosas?	0	1	2
c) Checagem excessiva: tomadas de eletricidade, gás, trancas, portas, forno?	0	1	2
d) Repetir a mesma coisas várias vezes seguidas sem nenhuma razão específica, como levantar-se e sentar-se repetidamente ou entrar e sair por uma porta várias vezes seguidas?	0	1	2
e) Tocar coisas e pessoas de modos específicos?	0	1	2
f) Arrumar coisas para que fiquem exatamente simétricas ou bem organizadas?	0	1	2
g) Contar números de sorte ou evitar números de azar?	0	1	2

F3 Durante **últimas 4 semanas**, você ficou obsessivamente preocupado com sujeira, germes ou substâncias perigosas – sem ser capaz de tirar estas, preocupações da cabeça?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em F2 ou F3 a resposta for “Muito,” então marque o quadrado para *Compulsões e Obsessões* na lista de checagem em M1 (p.37)

F4 Durante **últimas 4 semanas**, você ficou obcecado pela preocupação de que algo terrível vá acontecer a você ou aos outros - doenças, acidentes, incêndios, etc?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Regra de continuação de F7

↓
F6

F6 Esta obsessão sobre algo terrível que possa acontecer a você ou aos outros é parte de uma preocupação mais ampla sobre estar separado do/s adulto/s-chave (de maior ligação) ou é um problema separado?

Parte da ansiedade de separação	Um problema com implicações próprias
0	1

Se F6 = “Um problema com implicações próprias” então marque o quadrado para *Compulsões e Obsessões* na lista de checagem em M1 (p.37)

F7 Se *Compulsões e Obsessões* tiverem sido marcadas em M1, então continue. Caso contrário pule para seção G

Os seus rituais ou obsessões já estiveram presentes a maioria dos dias por pelo menos **2 semanas**?

Não	Sim
0	1

F8 Você acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

F9 Você tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

F10 Os rituais ou obsessões aborrecem-no/a?

Não, eu gosto	Neutro, eu não gosto nem se aborrece	Aborrecem um pouco	Aborrece m muito
0	1	2	3

F11 Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia em média?

Não	Sim
0	1

F12 Estes rituais ou obsessões interferem com...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extrema mente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

F13 Estas rituais ou obsessões tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema mente
0	1	2	3

Seção G Ansiedade Generalizada

Esta seção da entrevista é sobre preocupações.

G2 Você fica, às vezes, preocupado(a)?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Seção H	Continue

Algumas crianças tem preocupações específicas com determinadas coisas como: medo de animais, trovões, etc; obsessões ou ansiedade de separação. Outras crianças preocupam-se com várias coisas de sua vida, ao mesmo tempo. Elas podem ter medos específicos, obsessões, ansiedade de separação, mas têm também várias outras preocupações sobre diversas coisas.

G2A Você se preocupa com as coisas em geral?

Não, só tenho umas poucas preocupações específicas	Sim, preocupo-me em geral
0	1
↓	↓
<i>Continue somente se a pontuação da escala emocional do SDQ for ≥ 6</i>	<i>Continue</i>

G3 Durante os últimos 6 meses, você ficou tão preocupado/a que isto afetou ou interferiu com sua vida?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

Se G3 = "Talvez" ou se G3 = "Com certeza" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 6 então continue. Caso contrário pule para seção H

		Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
G4	Durante os últimos 6 meses e comparado a outros jovens da mesma idade, você tem se preocupado com...			
a)	<u>Coisas que ocorreram no passado:</u> Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?	0	1	2
b)	<u>Trabalho escolar, dever de casa, provas</u>	0	1	2
c)	<u>Desastres:</u> Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.	0	1	2
d)	<u>A sua saúde</u>	0	1	2
e)	<u>Coisas ruins que possam acontecer com os outros:</u> família, amigos, animais de estimação, ou no mundo	0	1	2
f)	<u>O futuro:</u> ex., mudar de escola ou de casa, conseguir emprego, arranjar namorado(a)	0	1	2
g)	<u>Fazer e manter amizades</u>	0	1	2
h)	<u>Morte</u>	0	1	2
i)	<u>Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola</u>	0	1	2
j)	<u>O seu peso ou aparência</u>	0	1	2
k)	<u>Qualquer outra preocupação? (Descreva)</u>	0	1	2

Se duas ou mais destas preocupações tiverem sido respondidas com "Muito mais que os outros", então continue. Caso contrário, pule para seção H.

G6	Durante os últimos 6 meses você tem se preocupado excessivamente na maioria dos dias?	Não	Sim
		0	1

G7	Você tem dificuldade em controlar suas preocupações?	Não	Sim
		0	1

Se G = "Sim" ou se G7 = "Sim" então marque Ansiedade Generalizada na lista de checagem em M1 (p.37) e continue. Caso contrário, pule para seção H.

G8 Se qualquer das respostas na primeira coluna for “Sim,” pergunte “Isto aconteceu na maioria dos dias durante os últimos 6 meses?” e marque na segunda coluna.

	Em geral		→	A maioria dos dias	
	Não	Sim		Não	Sim
a) Preocupar-se o/a leva a sentir-se inquieto, tenso ou incapaz de relaxar?	0	1	→	0	1
b) Preocupar-se o/a leva a sentir-se cansado/a, mais facilmente?	0	1	→	0	1
c) Preocupar-se o/a leva a ter dificuldades em concentrar-se?	0	1	→	0	1
d) Preocupar-se o/a leva a ficar irritável?	0	1	→	0	1
e) Preocupar-se o/a leva a sentir tensão muscular?	0	1	→	0	1
f) Preocupar-se interfere com o seu sono, ex dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo, ou sono agitado ou insatisfatório?	0	1	→	0	1

G9 Quanto estas várias preocupações incomodam ou aborrecem você?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema mente
0	1	2	3

G10 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

Nada	Um pouco	Muito	Extrema mente
0	1	2	3

b) Amizades

0	1	2	3
---	---	---	---

c) Aprendizado escolar

0	1	2	3
---	---	---	---

d) Atividades de lazer

0	1	2	3
---	---	---	---

G11 Estas dificuldades tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extrema mente
0	1	2	3

Seção H Depressão

Esta próxima seção da entrevista é sobre o seu humor.

H1 Nas **últimas 4 semanas**, houve momentos em que você sentiu-se muito triste, desanimado, infeliz ou choroso?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

H2 Houve nas **últimas 4 semanas** algum período no qual você sentiu-se muito desanimado quase todos os dias?

Não	Sim
0	1

H3 Durante o período em que você estava triste, desanimado, ficou assim durante a maior parte do dia?

(ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H4 Durante este período você podia ser animado/a e sentir-se melhor ..?

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

H5 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente triste durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H1 = "Sim" e se H2 = "Sim" e se H3 = "Sim" então marque o quadrado para Depressão na lista de checagem em M1 (p.37)

H7 No último mês houve vezes em que você tornou-se mal-humorado ou irritado de um modo diferente do que costuma ser?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H13	H8

H8 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que você esteve muito irritável durante praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H9 Durante este período quando você ficou mal-humorado/a ou irritado/a, isto durava a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia mal-humorado/a ou irritado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H10 A irritabilidade melhorou com determinadas atividades, como a visita de amigos, ou com alguma outra coisa?

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

H11 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente irritável durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H7 = "Sim" e se H8 = "Sim" e se H9 = "Sim" então marque o quadrado para Irritabilidade na lista de checagem em M1 (p.37)

H13 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que você perdeu o interesse por todas as coisas, ou quase todas, que normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
Regra de H14
continuação
de H18

H14 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H15 Durante estes dias quando você perdeu o interesse pelas coisas, isto durava a **maior parte** do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia sem interesse pelas coisas do que bem)

Não	Sim
0	1

H16 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

H17 *Se depressão ou irritabilidade foram assinaladas, pergunte:*

A perda de interesse ocorreu durante o mesmo período em que você esteve desanimado/a ou irritável na maior parte do tempo?

Não	Sim
0	1

Se H13 = "Sim" e se H14 = "Sim" então complete o item para Perda de Interesse na lista de checagem em M1 (p.37)

H18 *Se Depressão ou Irritabilidade ou Perda de Interesse foram marcadas na lista de checagem em M1 (p.37), então continue. Caso contrário pule para H22.*

Durante o período em que você esteve desanimado, irritável ou sem interesse você...

- a) ficou sem energia e parecia cansado/a o tempo todo?
- b) teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?
- c) perdeu ou ganhou muito peso?
- d) tinha dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?
- e) passou a dormir demais?
- f) houve algum período em que você ficou agitado/a ou inquieto/a a maior parte do tempo?
- g) houve algum período em que você sentiu-se desvalorizado/a ou culpado sem motivo na maior parte do tempo?
- h) houve algum período em que você teve dificuldade para concentrar-se ou pensar claramente?
- i) pensava muito em morte?
- j) alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?
- k) alguma vez tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

H18L Durante toda a sua vida, alguma vez você tentou ferir-se ou matar-se?

Não	Sim
0	1

H19 Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram a você?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

H20	Quanto a sua tristeza, irritabilidade ou perda de interesse tem interferido no/as...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

H21	Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Pule para seção J. Não pergunte H22 a H24 se você já perguntou H18i a H18l

Auto-Agressão

		Não	Sim
H22	Durante as últimas 4 semanas falou sobre ferir-se ou machucar a si próprio/a?	0	1
H23	Durante as últimas 4 semanas você tentou ferir-se ou machucar a si próprio/a?	0	1
H24	Alguma vez até hoje, você já tentou ferir-se ou machucar a si próprio/a?	0	1

Se H22 = "Sim" ou se H23 = "Sim" ou se H24 = "Sim" então complete o item para Auto-Agressão na lista de checagem em M1 (p.37)

Seção J Atenção e atividade

Esta seção da entrevista é sobre atenção e atividade.

	Não	Um pouco	Muito
J1 Os seus professores queixam-se de você ser muito agitado ou ter pouca concentração?	0	1	2
J2 A sua família queixa-se de você ser muito agitado ou ter pouca concentração?	0	1	2
J3 E você, o que acha? Você se considera realmente agitado demais ou com pouca concentração?	0	1	2

Se J1 = "Muito" ou J2 = "Muito" ou J3 = "Muito", então complete o item para Hiperatividade na lista de checagem em M1 (p.37).

Seção K Comportamentos que às vezes colocam os jovens em situações difíceis

Esta seção é sobre comportamentos que as vezes colocam os jovens em situações difíceis com os pais, professores ou outros adultos.

	Não	Um Pouco	Muito
K1 Os seus professores queixam-se de você ser desajeitado ou causar problemas pelo seu comportamento?	0	1	2
K2 A sua família queixa-se de você ser desajeitado ou causar problemas pelo seu comportamento?	0	1	2
K3 E o que você acha, você se considera desajeitado ou que o seu comportamento cause problemas?	0	1	2

K4 Eu vou perguntar-lhe sobre coisas que tenha feito durante **últimos 12 meses**.

Se qualquer das respostas na primeira coluna for “Com certeza,” pergunte “Isto tem acontecido nos últimos 6 meses?” e marque na segunda coluna

Durante últimos 12 meses...	Durante os últimos 12 meses			→	Nos últimos 6 meses	
	Não	Talvez	Com certeza		Não	Sim
a) Com freqüência, você mente para conseguir o que quer ou para se livrar de algum problema?	0	1	2	→	0	1
b) Você inicia brigas com freqüência? <i>(Que não com os irmãos)</i>	0	1	2	→	0	1
c) Você maltrata pessoas freqüentemente?	0	1	2	→	0	1
d) Você fica fora de casa até muito mais tarde do que deveria freqüentemente?	0	1	2	→	0	1
e) Você rouba coisas de casa, de outras pessoas, lojas ou da escola freqüentemente? <i>(Nao considere coisas de valor trivial como roubar um lápis do irmao)</i>	0	1	2	→	0	1
f) Você já fugiu de casa mais de uma vez ou já ficou fora de casa à noite toda sem permissão?	0	1	2	→	0	1
g) Você mata aulas com freqüência?	0	1	2	→	0	1

Se em qualquer um dos itens em K4 a resposta for “Com certeza” então complete o item para Comportamento Problemático na lista de checagem em M1 (p.37)

K5 *Se 13 anos ou mais e “com certeza” matou aulas no último ano, faça a pergunta seguinte. Caso contrário pule para a regra de continuação de K6*

Você começou a matar aulas antes dos 13 anos?

Não	Sim
0	1

K6 *Somente continue se Comportamentos Problemáticos tiverem sido marcados nos quadrados na lista de checagem em M1 ou se pontos para conduta (SDQ) for ≥ 4 . Caso contrário pule para seção P*

Eu poderia perguntar-lhe agora sobre uma lista de comportamentos menos comuns, porém potencialmente mais sérios? Eu tenho que fazer todas as perguntas para todas as pessoas, mesmo que elas provavelmente não se apliquem.

Se qualquer das respostas na primeira coluna for “Sim,” pergunte “Isto tem acontecido nos últimos 6 meses?” e marque na segunda coluna.

	<i>Durante os últimos 12 meses</i>			<i>Nos últimos 6 meses</i>	
	Não	Sim		Não	Sim
a) Você usou uma arma ou algo que possa ter ferido alguém?	0	1	→	0	1
b) Você já machucou alguém ou foi fisicamente cruel? (<i>ex. amarrou, cortou ou queimou alguém</i>)	0	1	→	0	1
c) Você já foi cruel com pássaros ou animais?	0	1	→	0	1
d) Você já começou um incêndio propositalmente? (<i>Isto se aplica apenas se você teve a intenção de causar um grave dano. Esta pergunta não é sobre fazer fogueiras ou colocar fogo em alguns papéis.</i>)	0	1	→	0	1
e) Você já destruiu algo de outra pessoa propositalmente? (<i>Esta pergunta não é sobre pôr fogo em alguma coisa ou destruir algo como o desenho da irmã. A pergunta é sobre atos de vandalismo como quebrar janelas de carros ou vandalismo na escola</i>)	0	1	→	0	1
f) Você já esteve envolvido em roubos nas ruas, p. ex. roubar rádio de carro ou dinheiro de alguém?	0	1	→	0	1
g) Você já forçou alguém a ter atividade sexual contra a vontade?	0	1	→	0	1
h) Você já arrombou alguma casa, prédio ou carro?	0	1	→	0	1

Se em qualquer um dos itens em K6 a resposta for “sim” então complete o item para Comportamento Problemático na lista de checagem em M1 (p.37).

K7A Estes comportamentos que colocaram você em apuros estiveram presentes por no mínimo 6 meses?

Não	Sim
0	1

K7 Alguma vez você já teve problemas com a polícia? *(Descreva)*

.....

.....

Não	Sim
0	1

Se K7= "Sim" então complete o item "Problema Com a Polícia" na lista de checagem em M1 (p.37).

K8 Se Comportamentos Problemáticos ou Problemas com a Polícia tiverem sido marcados em M1, então continue. Caso contrário pule para seção P.

Quanto que o seu comportamento que colocou você em apuros tem interferido no/as...

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
a) Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b) Amizades	0	1	2	3
c) Aprendizado escolar	0	1	2	3
d) Atividades de lazer	0	1	2	3

K9 O seu comportamento que colocou você em apuros torna as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
	0	1	2	3

Seção L Outras Preocupações

- L1 Você tem algum tique (nervoso) que não consegue controlar?

Não	Sim
0	1

NÃO pergunte se você está incluindo a Sessão de Transtornos Alimentares (p. 30 em diante) nessa entrevista.

- L2 Outras pessoas tem se preocupado por você estar fazendo muita dieta?

Não	Sim
0	1

- L3 Você já teve alguma experiência fora do normal - como ouvir ou ver coisas que as pessoas em volta não estivessem compartilhando, ou ter idéias fora do comum - que tenha lhe preocupado?

Não	Sim
0	1

- L4 Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou emocional que realmente preocupe você ou alguma outra pessoa?

Não	Sim
0	1

Se L1 = "Sim" ou L2 = "Sim" ou L3 = "Sim" ou L4 = "Sim" então complete o item "Outras Preocupações" na lista de checagem em M1 (p37).

Seção M Áreas de Dificuldade

M1 Lista de dificuldades

- A Ansiedade de Separação = medo de ser separado de *(nomeie de A1)*
- B Fobia Específica = medo de *(de B1)*
- C Fobia Social = medo de *(de C2)*
- D Pânico = crises de ansiedade
 Agorafobia = evitar ficar no meio de multidões, sair sozinho etc. *(de D2)*.
- E Estresse Pós-Traumático = angústia desencadeada pela experiência de *(de E2)*
- F Compulsões e Obsessões = rituais ou obsessões envolvendo *(de F2, F 3 e F4)*
- G Ansiedade Generalizada = excesso de preocupantes a respeito de *(de G4)*
- H Depressão
 Irritabilidade
 Perda de Interesse
 Auto-Agressão
- J Hiperatividade = preocupações sobre o seu nível de atividade e atenção
- K Comportamento Problemático = comportamentos como *(de K4 e K6)*
 Problemas com a Polícia
- P Muito magro/a
 Preocupa-se com comida e com peso
 Perda de controle
 Evita ganho de peso
- L Outras Preocupações = Preocupações a respeito de *(de L1, L2, L3 e L4)*

M2 Descreva as dificuldades da criança com as palavras dela própria

Se nenhum dos quadrados em M1 foram marcados, pule para seção N

Toda vez que você tiver assinalado um quadrado para alguma das seções de M1, certifique-se de obter as repostas para as perguntas abertas sobre a respectiva seção. As perguntas abertas listadas a seguir são apenas uma sugestão, mas você pode usar sua iniciativa e adicionar outras perguntas, ou explicar melhor as existentes.

Você tem uma opção - você pode fazer as perguntas abertas a medida em que responde cada seção, ou no final depois de ter respondido as seções da A a L. Por exemplo, se você assinalar o quadrado para a seção A, você pode fazer as perguntas abertas logo a seguir, antes de passar para a seção B, ou depois de ter terminado as seções de A a L. Se você optar por fazer todas as perguntas abertas no final, é aconselhável dar aos pais a opção de começar pela seção que mais os preocupa.

Qualquer que seja a sua escolha para responder as perguntas abertas, geralmente é uma boa idéia ir anotando os comentários espontâneos dos pais a medida que eles forem surgindo. Desta forma, você não terá que fazê-los repetir os comentários, quando iniciar as seções de perguntas abertas. Mas não se esqueça de checar ao final da entrevista se todas as perguntas abertas foram realmente respondidas para cada uma das áreas de dificuldade assinaladas em M1.

Quando a criança der uma resposta vaga ou muito genérica, peça exemplos mais específicos. Por exemplo, se ele/a diz "eu me preocupo com tudo", então pergunte, "Que tipo de preocupação?" Ou se ele/a diz "Eu estou sempre me colocando numa situação difícil", então pergunte "Você poderia dar um exemplo da última vez que você se colocou numa situação difícil?"

Quando anotar as respostas, não precisa resumi-las para que caibam no pequeno espaço deixado para elas - você pode fazer letra pequena e usar folhas extras, se necessário!

Introdução para as perguntas abertas:

Você já me falou sobre as suas dificuldades. Agora eu gostaria que você falasse um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2A: Ansiedade de Separação

Se M1 foi assinalado para ansiedade de separação, pergunte:

M2A1) Por favor descreva as suas preocupações atuais sobre separação. Como são estas preocupações ou como você percebe estas preocupações dentro de você?

M2A2) Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades?

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

M2A4) Há quanto tempo você tem tido estas preocupações sobre separação?

M2A5) Estas preocupações estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2A6) Com o que você acha que estas preocupações estão relacionadas?

M2A7) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2B: Fobias Específicas

Se M1B foi assinalado para fobia específica, pergunte:

M2B1) Por favor descreva qualquer medo que seja um contra-senso (que não faça sentido), que aborreça você seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo.

M2B2) Com qual frequência os seus medos são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem você?

M2B3) Quando os medos estão piores, qual a gravidade deles?

M2B4) Os medos estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2B5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2C: Fobia Social

Se M2C foi assinalado para fobia social, pergunte:

M2C1) Por favor descreva qualquer medo de situações sociais que sejam um contra-senso, que o/a aborreça seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que você gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

M2C2) Com qual frequência os seus medos de situações sociais são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem você?

M2C3) Quando os medos de situações sociais estão piores, qual a gravidade deles?

M2C4) Os medos de situações sociais estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2C5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos de situações sociais? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2D: Ataques de Pânico e Agorafobia

Se M1D foi assinalado para pânico/agorafobia, faça as perguntas, dependendo do que a criança apresentar (ataques de pânico ou evitação, ou ambos)

M2D1) Por favor descreva com o máximo possível de detalhes como são seus ataques de pânico.

M2D2) Com qual frequência estes ataques de pânico ocorrem?

M2D3) Quando estes ataques começaram?

M2D4) Gostaríamos de ouvir mais sobre o seu medo ou evitação de multidões, lugares públicos, viajar sozinho/a, ou de ficar longe de casa.

M2D5) Com qual frequência o seu medo ou evitação ocorre?

M2D6) Quando o seu medo ou evitação começou?

M2D7) Especificamente, os ataques de pânico ou a evitação interferem com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2D8) Você já tentou fazer algo sobre estes ataques de pânico ou evitação? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2E: Estresse Pós-Traumático

Se M1E for assinalado para estresse pós-traumático, pergunte:

M2E1) Qual foi o evento extremamente estressante? Por favor, desculpe-nos se falar sobre este assunto aborrece você. Precisamos apenas de informações suficientes para entendermos os seus sintomas atuais.

M2E2) Por favor descreva os sintomas que você ainda tem decorrentes desta experiência tão estressante pela qual você passou.

M2E3) Com qual frequência estes sintomas causam dificuldades ou aborrecem você?

M2E4) Qual a gravidade dos sintomas quando eles estão piores?

M2E5) Os sintomas estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2E6) Você já tentou fazer algo sobre estes sintomas? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2F: Compulsões e Obsessões

Se M1F foi assinalado para obsessões e compulsões, pergunte:

M2F1) Por favor descreva todos os rituais ou obsessões que você tem.

M2F2) Com qual frequência estes rituais ou obsessões causam dificuldades ou aborrecem você?

M2F3) Qual a gravidade dos rituais ou obsessões quando eles estão piores?

M2F4) Por quanto tempo os rituais ou obsessões estão presentes?

M2F5) Os rituais ou obsessões estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2F6) Você já tentou fazer algo sobre estes rituais ou obsessões? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2G: Ansiedade Generalizada

Se M1G foi assinalado para ansiedade generalizada, pergunte:

M2G1) Por favor descreva com o que você se preocupa?

M2G2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?

M2G3) Qual a gravidade das preocupações quando elas estão piores?

M2G4) Há quanto tempo você tem se preocupado tanto com estas coisas?

M2G5) Estas preocupações estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2G6) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2H: Depressão

Se M1H foi assinalado para depressão, irritabilidade ou perda de interesse, pergunte:

M2H1) Por favor descreva o seu humor (tristeza, irritabilidade) e como está o seu interesse pelas coisas.

M2H2) O que mais mudou ao mesmo tempo que o seu humor e o seu nível de interesse? Se relevante, comente sobre seu apetite, sono, energia para fazer as coisas, autoconfiança, culpar-se por tudo, falta de esperança sobre o futuro, pensamentos sobre morte, auto-agressão, etc.

M2H3) Durante as **últimas 4 semanas**, quanto tempo você passou deste jeito?

M2H4) Durante as **últimas 4 semanas**, quão graves eram as dificuldades quando elas estavam piores?

M2H5) Quando começou este episódio de tristeza (estar “para baixo”), irritabilidade ou perda de interesse?

M2H6) O que você acha que provocou (desencadeou) este episódio?

M2H7) Você já teve episódios semelhantes no passado? Se sim, por favor descreva.

M2H8) Você já teve episódios no passado quando ficou com o humor “para cima” (eufórico) ao invés de “para baixo”? Se sim, por favor descreva.

M2H9) O humor ou perda de interesse esta interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2H10) Você já tentou fazer algo sobre o seu humor ou a sua perda de interesse? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2H12: Auto-Agressão

Se M1H foi assinalado para comportamentos auto-agressivos, pergunte:

M2H11) Ajudaria se você pudesse falar um pouco mais sobre quando você feriu-se ou machucou-se por sua própria vontade, ou falou sobre fazer isto para alguém.

M2J: Atenção e Atividade

Se M1J foi assinalado para hiperatividade, pergunte:

M2J1) Ajudaria se você pudesse explicar melhor as dificuldades que tem em relação a sua hiperatividade (ser muito agitado) ou falta de concentração.

M2K: Comportamentos Desagradáveis e Difíceis

Se M1K foi assinalado para comportamentos desagradáveis ou difíceis, pergunte:

M2K1) Por favor descreva os seus comportamentos desagradáveis ou difíceis, que colocam você em situações difíceis (ou em apuros).

M2K2) Com qual frequência estes comportamentos levam a dificuldades?

M2K3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

M2K4) Há quanto tempo você tem estado assim?

M2K5) Estes comportamentos que colocam você em apuros estão interferindo com a sua qualidade de vida? Se sim, como?

M2K6) Você já tentou fazer algo sobre este seu comportamento? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2P: Alimentação, peso e forma corporal

Se a lista de checagem em MI foi assinalada para 'Muito magro/a', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso', pergunte:

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que você tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo:

M2P2) Suas dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

M2P3) Quando esses problemas começaram?

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que você come, o que você evita comer, limites de calorias ou regras que você usa para decidir o que você come.

M2P5) A forma como você come ou a preocupação com o seu peso tem afetado outros aspectos da sua vida? Por exemplo, diminuído seu interesse por coisas que pessoas da sua idade gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com sua família ou com seus amigos?

M2P6) Você procurou médico ou psicólogo para te ajudar com a comida ou com o peso? Se sim, o que ele/a te disse? Te ajudou?

M2P7) Recentemente, você tem tido algum problema médico relacionado com a forma como você come, com o seu peso, ou com as formas que você alterou o seu peso? (Incluir sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes, etc)

M2L: Outras Preocupações

Se M1L foi assinalado para outras preocupações, faça as perguntas que se aplicam:

M2L1) Gostaríamos de ouvir mais sobre os seus tiques.

M2L2) Quem está preocupado com o fato de você estar fazendo dieta? Por que eles estão preocupados? Você concorda com eles?

M2L3) Gostaríamos que você explicasse melhor estas experiências fora do comum que você já teve.

M2L4) Gostaríamos que falasse mais a respeito das outras coisas que preocupam você.

M2X: A entrevista em geral

M2X1) Para terminar, esta é sua oportunidade como entrevistador para comentar sobre a entrevista em geral, por exemplo, descrever o grau de motivação do/a jovem para responder às perguntas, a concentração ou capacidade de compreensão dele/a, ou registrar as suas observações sobre o grau de agitação que ele/a apresentou durante a entrevista.

Seção N Capacidades

Já perguntei várias questões sobre problemas e dificuldades. Agora eu gostaria de perguntar sobre os seus pontos positivos e as suas capacidades.

N1	As seguintes descrições tem a ver com você?	Um		
		Não	pouco	Muito
a)	Generoso/a	0	1	2
b)	Fácil, sociável	0	1	2
c)	Gênio bom	0	1	2
d)	Confiável e responsável	0	1	2
e)	Fácil de lidar	0	1	2
f)	Divertido/a, bom senso de humor	0	1	2
g)	Carinhoso/a, bom-coração	0	1	2
h)	Independente	0	1	2

N2	Quais as coisas que você faz que realmente te deixam orgulhosa?	Um		
		Não	pouco	Muito
a)	Bom/Boa em esportes	0	1	2
b)	Bom/Boa com os amigos	0	1	2
c)	Ajuda em casa	0	1	2
d)	Bom/Boa em musica	0	1	2
e)	Bem comportado/a	0	1	2
f)	Bom/Boa com computadores	0	1	2
g)	Bom/Boa em teatro, interpretação	0	1	2
h)	Coleta dinheiro para caridade, ajuda os outros	0	1	2
i)	Bom/Boa em arte, trabalhos manuais	0	1	2
j)	Educado/a	0	1	2
k)	Bom/Boa em trabalhos escolares	0	1	2

N3 Você tem algum ponto positivo que você gostaria de mencionar?

.....

Sessão P Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1		Não	Sim
a)	Você já se achou gordo/a mesmo quando as pessoas te diziam que você estava muito magro/a?	0	1
b)	Você ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto você come?	0	1
c)	Você já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d)	Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer atrapalha muito a sua vida?	0	1
e)	Se você come demais, você se culpa muito?	0	1

Se dois ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com "Sim", então continue. Caso contrário pule para seção L

P2a	Qual a sua altura? (mais ou menos)	<input type="text"/>	cms
P2b	Quanto você pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/>	kg
P2c	Qual foi o seu menor peso nos últimos doze meses?	<input type="text"/>	kg
P2d	Qual o maior peso que você já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/>	kg

P3 Hoje, você se descreveria como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

P4 Outras pessoas – como os seus amigos e sua família – te descreveriam hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

↓ ↓ }
P5 Vá direto para P6

P5 Comparando como você está este ano com como você foi nos anos anteriores, outras pessoas diriam que você ...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

Se P3 = 'Muito magro/a' ou P4 = 'Muito magro/a', então assinale o item para 'Muito magro/a' na lista de checagem em M1 (p.37)

P6 Outras pessoas – como sua família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupadas que seu peso tem atrapalhado a sua saúde física?

Não	Sim
0	1

P7 O que você pensa? Você acha que o seu peso tem atrapalhado a sua saúde física?

Não	Sim
0	1

P8 Você tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

} P10 ↓ P9

P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gorda apavora você de verdade?

Não	Sim
0	1

P10 Se o médico te dissesse que você teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível aceitar isso?
(Se o/a jovem tem problemas físicos que torna difícil para ele/a ganhar peso, a pergunta é se ele/a tentaria ganhar peso e não se ele/a conseguiria de fato.)

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

P11 Você tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

⏟
↓
 P13 P12

P12 E você consegue?
(evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

P13 Você gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

Você se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P9 = 'Sim' ou P10 = 'Impossível' ou P14 = 'Muito', então assinale o item 'Se preocupa com peso e comida' na lista de checagem em M1 (p.37).

P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com você?

Não	Sim
0	1

↓
P18

↓
 Marque 'Perder o Controle' na lista de checagem em M1 (p.37). Continue em P16

P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

P17 Quando isso acontece, você tem a sensação de perder o controle do que você come?

Não	Sim
0	1

P17a) Por favor, descreva o que e quanto você come durante uma situação em que você come muito.

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses você ...

(Quando a resposta for "não", cheque se a criança tenta mas não tem permissão)

- a) Come menos nas refeições
- b) Pula refeições
- c) Fica sem comer por várias horas, como por ex. o dia todo ou a maior parte do dia
- d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para você
- e) Faz mais exercício
- f) Provoca vômitos
- g) Toma remédios com a idéia de perder peso
Descreva:
- h) Faz outras coisas (por ex. não tomar insulina em diabéticos). Descreva:
.....

Não	Tenta mas não tem permissão	Um pouco	Muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi 'Muito', assinale 'Evita ganho de peso' na lista de checagem em M1 (p.37). Se 'Perda de controle' está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20 para as meninas ou P26 para os meninos

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que você perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, você costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P26

P20 Você menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
P21 P22

P21 Você já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1

↓ ↓
P26 P23

P22 Você está tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1

↓ ↓
Siga com P23 em todos os casos

P23) Por favor, descreva como as suas menstruações têm sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P21 foi 'Sim', pergunte:

P24) Por que você acha que não menstruou nos últimos três meses?

Se P22 foi 'Sim', pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm em suas menstruações.

P26 *Regra para pular questões antes de começar a P26: Se 'Muito magro/a', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso' foram assinalados na lista de checagem em M1 (p.37), então siga adiante. Caso contrário, pule para a próxima sessão.*

Você me falou sobre a forma como você come e o seu peso. Quanto você acha que essas coisas te incomodam?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

P27 O quanto à forma como você come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as ...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

P28 Essas coisas tornam as coisas mais difíceis para as pessoas que convivem com você (família, amigos, professores, etc.)?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Levantamento Sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes (DAWBA)

Questionário para pais de crianças entre 5 e 17 anos

Sobrenome da criança:

Nome da criança:

Idade:

Data de Nascimento:

Masculino/Feminino:

Número de Matrícula (hosp.):

Data da entrevista:

Nome do entrevistado(a):

Nome do entrevistador(a):

O primeiro passo é aplicar o Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) Pa 4-16, então fazer a pontuação e, em seguida, assinalar abaixo. Subtraia a pontuação pró-social da pontuação social – isto normalmente resultará num número negativo (porque a pontuação pró-social é, em geral, mais alta que a pontuação social), mas lembre-se de mostrar o sinal negativo. Somente pontuações positivas maior ou igual a 2 são relevantes para as regras de pular questões do DAWBA.

Pontuação emocional	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação de hiperatividade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação de conduta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pontuação pró-social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Social menos pró-social	(pontuação positiva reflete pontuação social > pontuação pró-social) (pontuação negativa reflete pontuação social < pontuação pró-social)										

Pontuação Aptidões
Sociais

(da Escala de Aptidões Sociais na página 2)

Seção A Ansiedade de Separação

A maioria das crianças é particularmente ligada a uma ou algumas pessoas procurando nelas segurança, conforto e voltando-se para elas quando aflitas ou magoadas.

		Não	Sim
A1	Quais são os adultos a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?		
a)	Mãe (biológica ou adotiva)	0	1
b)	Pai (biológico ou adotivo)	0	1
c)	Madrasta, mãe substituta, companheira do pai	0	1
d)	Padrasto, pai substituto, companheiro da mãe	0	1
e)	Avô/avó	0	1
f)	Outros parentes adultos, por exemplo, tia ou irmã adulta	0	1
g)	Babá ou outro adulto que cuide dele(a)	0	1
h)	Professores	0	1
i)	Outros adultos não parentes, por exemplo, amigo da família, vizinho	0	1
j)	<input type="checkbox"/> Não é particularmente ligado(a) a nenhum adulto		

Se A1j foi assinalado, pergunte A1k e A1l; caso contrário continue com A2

		Não	Sim
Quais são as crianças ou jovens a quem [Nome] é principalmente ligado(a)?			
k)	Irmãos, irmãs ou outros parentes jovens	0	1
l)	Amigos	0	1
m)	<input type="checkbox"/> Não é particularmente ligado(a) a ninguém		

Se A1m foi assinalada, pule para seção B. Caso contrário, continue

A2 Você acabou de me dizer a quem [Nome] é principalmente ligado(a). Se quiser, liste todos de A1a até A1i (ou A1k/A1l) que tiveram "sim" como resposta. Daqui por diante estas pessoas serão chamadas de "pessoas de ligação" da criança.

O que eu gostaria de saber agora é o quanto [Nome] preocupa-se em estar separado(a) das "pessoas de ligação". A maioria das crianças tem preocupações deste tipo, mas eu gostaria de saber como [Nome] reage comparado(a) a outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado em como ele(a) é no dia a dia e não em um dia fora da rotina.

	Não	Sim
Em geral, nas últimas 4 semanas ele/a tem estado especialmente preocupado/a em separar-se das pessoas de ligação?	0	1

Se A2 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 então continue. Caso contrário pule para seção B

A3 Nas últimas 4 semanas e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a tem se preocupado que algo de mal possa acontecer com as pessoas de ligação ?
- b) Ele/a tem se preocupado, sem motivo real, em ser afastado das “pessoas de ligação”, por exemplo, ser seqüestrado, levado ao hospital ou ser morto?
- c) Ele/a tem se recusado a ir à escola, com receio de que algo de ruim possa acontecer às pessoas de ligação enquanto ele /a estiver na escola? *(Não inclua medo de ir à escola por outras razões como medo de ser provocado por colegas ou de provas)*
- d) Ele/a tem estado preocupado ou com medo de dormir sozinho?
- e) Ele/a tem saído de seu quarto à noite a procura das pessoas de ligação ou para dormir com elas?
- f) Ele/a tem estado preocupado ou com medo de dormir na casa de parentes ou amigos?
- g) *(Só pergunte se a criança tiver menos de 11 anos)*
Ele/a tem estado amedrontado quando fica sozinho em algum lugar da casa sem a presença das pessoas de ligação mesmo que você ou eles estejam por perto?
- h) *(Só pergunte se a criança tiver 11 anos ou mais)*
Ele/a tem estado especialmente amedrontado de ficar sozinho em algum lugar da casa se as pessoas de ligação saírem de casa por alguns momentos?
- i) Ele/a tem tido pesadelos sobre estar separado das pessoas de ligação?
- j) Ele/a tem tido dores de cabeça, de barriga ou enjôos quando separado/a das pessoas de ligação ou quando ele/a soube que isso ia acontecer?
- k) Separar-se das pessoas de ligação ou a idéia de estar separado destas, levou-o/a a ficar preocupado/a, chorar, ter “crises de birra” ou ficar triste?

	Não mais que os outros (ou Não se aplica)	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
a)	0	1	2
b)	0	1	2
c)	0	1	2
d)	0	1	2
e)	0	1	2
f)	0	1	2
g)	0	1	2
h)	0	1	2
i)	0	1	2
j)	0	1	2
k)	0	1	2

Se qualquer um dos itens em A3 teve como resposta “Muito mais que os outros” então complete o item para Ansiedade de Separação na lista de checagem em M1 (p.55) e continue com A4. Caso contrário pule para seção B

A4 As preocupações de [Nome] sobre separação começaram há pelo menos **4 semanas**?

Não	Sim
0	1

A5 Quantos anos ele/a tinha quando suas preocupações sobre separação começaram?

anos

(Se sempre ou desde o nascimento, marque 0)

A6 Quanto estas preocupações o/a incomodam ou o/a aborrecem?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

A7 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

- a) Dia-a-dia em casa
- b) Amizades
- c) Aprendizado escolar
- d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

A8 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção B Medo de Coisas ou Situações Específicas

Esta seção da entrevista pergunta sobre determinadas coisas ou situações que causam medo nas crianças embora não sejam um perigo real para eles(as). Eu gostaria de saber do que [Nome] tem medo. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina. Nesta seção não perguntarei sobre todos os medos. Alguns medos serão investigados em outras seções, por exemplo: medo de situações sociais, sujeira, separação, multidões.

B1	[Nome] tem medo de alguma coisa ou situação desta lista?	Não	Um pouco	Muito
a)	<u>Animais e/ou insetos:</u> Cachorro, rato, cobra, pássaro, aranha, abelha, vespa, barata ou qualquer outro animal ou inseto	0	1	2
b)	Tempestade, trovão, altura ou água	0	1	2
c)	<u>Escuro</u>	0	1	2
d)	<u>Ruídos muito altos,</u> ex., alarmes, fogos de artifício	0	1	2
e)	<u>Sangue - injeção - ferimento:</u> Medo desencadeado ao ver sangue, ferimento; por uma injeção ou qualquer outro procedimento médico	0	1	2
f)	<u>Ir ao dentista ou ao médico</u>	0	1	2
g)	<u>Vomitando, engasgar (sufocar) ou ter doenças,</u> ex., câncer ou AIDS	0	1	2
h)	<u>Usar meios de transporte,</u> ex., carro, ônibus, barco, avião, trem, metrô ou pontes	0	1	2
i)	<u>Lugares pequenos fechados,</u> ex., elevador, túnel	0	1	2
j)	<u>Ir ao banheiro,</u> ex., na escola ou na casa de parentes ou amigos	0	1	2
k)	<u>Tipos específicos de pessoas,</u> ex., palhaços, pessoas com barba, usando capacete, fantasiadas, vestidas de Papai Noel.	0	1	2
l)	<u>Seres imaginários ou sobrenaturais,</u> ex., monstros, fantasmas, extraterrestres, bruxas	0	1	2
m)	Qualquer outro medo específico (<i>Descreva</i>)	0	1	2
			

Se em qualquer um dos itens em B1 for respondido "Muito", então continue com B2. Caso contrário, pule para seção C.

B2	Estes medos aborrecem ele/a, você ou qualquer outra pessoa?	Não	Talvez	Sim
		0	1	2

Se B2 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 então continue. Caso contrário pule para seção C

B3	Há quanto tempo [Nome] tem tido este medo (o mais grave)?	Menos de um mês	1 - 5 meses	6 meses ou mais
		0	1	2

B4	Quando [Nome] se depara com as coisas das quais ele/a tem medo, ou quando pensa que está prestes a se deparar com elas, ele/a fica nervoso/a ou triste?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

⏟
↓
 B7 B5

B5	Ele/a fica nervoso/a ou triste toda vez ou quase toda vez que se depara com as coisas das quais tem medo?	Não	Sim
		0	1

B6	Com qual freqüência os medos de [Nome] fazem com que ele/a fique aborrecido deste jeito... <i>(obs.: se [Nome] tem medo de algo que acontece com maior freqüência em determinadas épocas do ano, p. ex. vespas, esta pergunta será sobre este período)</i>	Uma vez ou outra	Quase todas as semanas	Quase todos os dias	Muitas vezes ao dia
		0	1	2	3

B7	Estes medos levam [Nome] a evitar as coisas das quais tem medo?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

⏟
↓
 B9 B8

B8	O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/a?	Não	Um pouco	Muito
		0	1	2

B9	<u>Você</u> acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?	Não	Talvez	Com certeza
		0	1	2

B10	E ele/a? <u>Ele/a</u> acha que os medos dele/a são excessivos ou irracionais?	0	1	2
-----	---	---	---	---

Se B2 = "Sim" ou se B4 = "Muito" ou se B7 = "Muito" então marque o quadrado para Fobia Específica na lista de checagem em M1 (p.55)

B11	Os medos de [Nome] são um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Seção C Medo de situações sociais

Estou interessado em saber se [Nome] tem medo especificamente de situações sociais. Considere isto comparando com outras crianças da mesma idade e não considerando os dias fora da rotina ou simples timidez.

- C1 Em geral, [Nome] evita ou tem medo de situações que envolvam muitas pessoas, encontros com pessoas novas, ou de fazer coisas na frente de outras pessoas?

Não	Sim
0	1

Se C1 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 então continue. Caso contrário pule para seção D

- C2 Nas últimas 4 semanas, [Nome] tem ficado com medo de determinadas situações sociais como por exemplo:

- a) Conhecer pessoas novas?
 b) Encontrar muitas pessoas, por exemplo numa festa?
 c) Comer na frente dos outros
 Responder perguntas ou participar de discussões em sala de aula?
 d) Ler em voz alta na frente dos outros?
 e) Escrever na frente dos outros?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se nenhum dos itens em C2 for respondido "Muito" então pule para seção D

- C3 A maioria das crianças são ligadas a um ou mais adultos-chave, sentindo-se mais seguras quando ele/s está/ão por perto. Algumas crianças só têm medo de situações sociais se estiverem longe deste/s adultos-chave.

Outras crianças sentem medo de situações sociais mesmo na presença destes adultos-chave.

Qual é a alternativa verdadeira para [Nome]?

Em geral fica bem em situações sociais quando acompanhado de um adulto-chave.	O medo em situações sociais é intenso mesmo quando adulto/s-chave está/ão por perto.
0	1

C4 [Nome] tem medo apenas na presença de adultos ou mesmo em situações que envolvam muitas crianças juntas ou conhecer novas crianças?

Somente com adultos	Somente com crianças	Com crianças e adultos
0	1	2

C5 Fora destas situações sociais, [Nome] consegue relacionar-se bem com os adultos e crianças que ele/a conheça bem?

Não	Sim
0	1

C6 Você acha que ele/a não gosta de situações que envolvam contatos sociais por que tem medo de comportar-se de maneira embaraçosa ou que chame à atenção dos outros?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C7 (Somente perguntar se C2d = "Muito" ou se C2e = "Muito" ou se C2f = "Muito")

[Nome] não gosta de situações que envolvam contatos sociais especificamente pelas suas dificuldades em falar, ler ou escrever?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C8 Há quanto tempo ele/a tem tido este medo de situações sociais?

Menos de um mês	1 - 5 meses	6 meses ou mais
0	1	2

C9 Quantos anos ele/a tinha quando seus medos de situações sociais começaram?

	anos
--	------

(Se sempre ou desde o nascimento, marque 0)

C10 Quando [Nome] está em uma das situações sociais de que tem medo, ou quando uma destas situações está prestes a acontecer, ele/a geralmente fica nervoso/a ou triste ?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
C12		↓ C11

C11 Com que frequência o medo de situações sociais deixa [Nome] aborrecido ou triste assim?

uma vez ou outra	quase todas as semanas	quase todos os dias	muitas vezes ao dia
0	1	2	3

C12 O medo de [Nome] leva-o/a a evitar situações sociais?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
C14		↓ C13

C13 O fato de ele/a evitar estas situações interfere com as atividades diárias dele/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

C14 Ele/a acha que este medo de situações sociais é excessivo ou irracional?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

C15 Ele/a está aborrecido ou triste por sentir este medo?

0	1	2
---	---	---

Se C10 = "Muito" ou se C12 = "Muito" então complete o item para Fobia Social na lista de checagem em M1 (p.55)

C16 Estes medos de [Nome] de situações sociais são uma peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção D Ataques de Pânico e Agorafobia

Muitas crianças passam por momentos em que ficam muito ansiosas com coisas aparentemente bobas ou sem importância. Mas algumas crianças têm crises de ansiedade mais fortes sem motivo aparente – sem nenhuma causa.

D1 Durante as **últimas 4 semanas** [Nome] ficou muito nervoso e agitado, tendo de repente uma crise de ansiedade sem qualquer motivo aparente?

Não	Sim
0	1

Se D1 = "Sim" então marque o quadrado para Pânico na lista de checagem em M1 (p.55)

D2 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] tem tido medo ou tem evitado alguma destas coisas?

- a) Multidões
- b) Lugares públicos
- c) Viajar sozinho
(se geralmente ele/a o faz)
- d) Ficar longe de casa

Não ou Não se aplica	Sim
0	1
0	1
0	1
0	1

Se em qualquer um dos itens em D2 se for respondido "Sim" então complete o item para Agorafobia na lista de checagem em M1 (p.55) e continue com D3. Caso contrário pule para seção E

D3 Você acha que [Nome] tem este medo ou evita estas situações por que ele/a teme que se tiver um ataque de pânico ou algo assim (como tontura ou diarreia), terá dificuldade ou ficará envergonhado ou não conseguirá pedir ajuda?

Não	Sim
0	1

Seção E Estresse Pós-Traumático

A próxima seção pergunta a respeito de acontecimentos ou situações que são traumáticas ou muito estressantes, e que deixam quase todos realmente nervosos ou chateados. Por exemplo, presenciar um incêndio em casa, ser agredido, maltratado ou abusado sexualmente, envolver-se em um grave acidente de carro ou presenciar alguém próximo sendo assaltado.

E1	Alguma coisa assim já aconteceu a [Nome] desde o nascimento dele(a)?	Não	Sim
		0	1

Se E1 = "Sim" então continue com E2. Caso contrário pule para seção F

E2	Alguma vez [Nome] vivenciou qualquer das situações seguintes?	Não	Sim
<u>Criança envolveu-se num desastre</u>			
a)	Um acidente grave, traumatizante, ex., atropelamento, acidente de carro ou qualquer outro acidente sério	0	1
b)	Incêndio grave, ex., ficar preso num prédio em chamas	0	1
c)	Outros desastres, ex., seqüestro, enchente, desabamento	0	1
<u>Violência contra a criança</u>			
d)	Assalto ou ameaça grave, ex., por um ladrão ou gangue	0	1
e)	Violência física (maus tratos) que ele(a) ainda se lembre	0	1
<u>Violação sexual da criança</u>			
f)	Abuso sexual	0	1
g)	Estupro	0	1
<u>Criança testemunhou algo muito grave</u>			
h)	Presenciou violência doméstica séria, ex., viu a mãe ser agredida fisicamente em casa	0	1
i)	Viu um membro da família ou amigo ser gravemente atacado ou ameaçado, ex., por ladrões ou gangue	0	1
j)	Presenciou uma morte súbita, suicídio, overdose, um acidente grave, um ataque cardíaco, etc.	0	1
<u>Outro trauma grave</u>			
k)	Qualquer outro trauma grave (Descreva)	0	1

Se em qualquer um dos itens em E2 a resposta for "Sim", então continue com E3. Caso contrário, pule para seção F.

E3 Naquela época, sentiu-se muito angustiado/a ou teve uma mudança muito grande de comportamento?

Não	Sim
0	1

E3A Este evento traumático ainda está afetando o comportamento, os sentimentos ou a concentração de [Nome]?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Seção F	E4

E4 Durante as **últimas 4 semanas** [Nome] ...

a) relembrou o evento com lembranças vívidas (como se estivesse acontecendo de novo)?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

b) teve vários sonhos ou pesadelos sobre o evento?

0	1	2
---	---	---

c) ficou aborrecido/a ou nervoso/a quando aconteceu algo que lhe lembrasse do evento?

0	1	2
---	---	---

d) tentou evitar pensar ou conversar sobre qualquer coisa que tivesse relação com o evento?

0	1	2
---	---	---

e) tentou evitar atividades lugares ou pessoas que lhe lembrassem do evento?

0	1	2
---	---	---

f) bloqueou da sua memória detalhes importantes sobre o evento?

0	1	2
---	---	---

g) mostrou-se muito menos interessado/a em atividades que antes costumava gostar?

0	1	2
---	---	---

h) sentiu-se isolado/a ou afastado/a dos outros?

0	1	2
---	---	---

i) Passou a ter dificuldade em expressar sentimentos que expressava no passado, por exemplo, não consegue mais mostrar carinho?

0	1	2
---	---	---

j) sentiu menos segurança em relação ao futuro?

0	1	2
---	---	---

k) teve problemas para dormir?

0	1	2
---	---	---

l) sentiu-se irritado/a ou bravo/a mais facilmente?

0	1	2
---	---	---

m) teve dificuldades para concentrar-se?

0	1	2
---	---	---

n) manteve-se sempre em alerta como se algo de perigoso fosse acontecer?

0	1	2
---	---	---

o) assustava-se facilmente com pequenas coisas (por exemplo barulhos)?

0	1	2
---	---	---

Se em qualquer um dos itens em E4 a resposta for "Muito" então complete o item para Estresse Pós-Traumático na lista de checagem em M1 (p.55) e continue com E5. Caso contrário pule para seção I'

E5	Você me falou sobre (sintoma definido). Quanto tempo após o evento traumático estes outros problemas começaram?	Nos primeiros 6 meses	Após 6 meses
		0	1

E6	Por quanto tempo ele/ela tem tido estes problemas?	Menos de 1 mês	1 ou 2 meses	3 meses ou mais
		0	1	2

E7	Quão aborrecido ou nervoso ele/a fica com os problemas que o evento traumático desencadeou?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

E8	Quanto estes problemas têm interferido no/as...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

E9	Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Seção F Compulsões e Obsessões

Muitas crianças têm rotinas ou superstições, como por exemplo: não pisar nas linhas da calçada, ter que seguir um ritual na hora de dar boa noite, precisar vestir determinadas roupas que dão sorte nas provas escolares, ou ter um objeto que traga sorte para os jogos esportivos. Também é comum que as crianças passem por fases em que parecem fixadas em um assunto ou situação em particular, como marcas de carros, conjuntos musicais ou times de futebol. Eu gostaria de perguntar se [Nome] tem manias (rituais) que vão além disto.

F1 [Nome] tem rituais ou obsessões que aborrecem a ele/a, consomem muito de seu tempo, ou interferem com suas atividades diárias?

Não	Sim
0	1

Se F1 = "Sim" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 então continue. Caso contrário pule para seção G

F2 Durante as **últimas 4 semanas**, ele/a teve algum dos seguintes rituais (fez alguma das seguintes coisas repetidamente, mesmo que já as tivesse feito ou que não precisasse fazê-las) ?

	Não	Um pouco	Muito
a) Limpeza excessiva: lavagem de mãos, banhos, escovar dentes, etc.?	0	1	2
b) Outras medidas específicas para evitar sujeira, germes ou substâncias perigosas?	0	1	2
c) Checagem excessiva: tomadas de eletricidade, gás, trancas, portas, forno?	0	1	2
d) Repetir a mesma coisa várias vezes seguidas sem nenhuma razão específica, como levantar-se e sentar-se repetidamente ou entrar e sair por uma porta várias vezes seguidas?	0	1	2
e) Tocar coisas e pessoas de modos específicos?	0	1	2
f) Arrumar coisas para que fiquem exatamente simétricas ou bem organizadas?	0	1	2
g) Contar números de sorte ou evitar números de azar?	0	1	2

F3 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ficou obsessivamente preocupado com sujeira, germes ou substâncias perigosas – sem ser capaz de tirar estas preocupações da cabeça?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em F2 ou F3 a resposta for “Muito,” então complete o item para *Compulsões e Obsessões* na lista de checagem em M1 (p.55)

F4 Durante as **últimas 4 semanas**, [Nome] ficou obcecado pela preocupação de que algo terrível vá acontecer a ele/a ou aos outros - doenças, acidentes, incêndios, etc.?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Regra de continuação de F7 ↓
F6

F6 Esta obsessão sobre algo terrível que possa acontecer a ele/a ou aos outros é parte de uma preocupação mais ampla sobre estar separado do/s adulto/s-chave (de maior ligação) ou é um problema separado?

Parte da ansiedade de separação	Um problema com implicações próprias
0	1

Se F6 = “Um problema com implicações próprias” então complete o item para *Compulsões e Obsessões* na lista de checagem em M1 (p.55)

F7 Se *Compulsões e Obsessões* tiverem sido marcadas em M1, então continue. Caso contrário pule para seção G

Os rituais ou obsessões de [Nome] já estiveram presentes na maioria dos dias por pelo menos **2 semanas**?

Não	Sim
0	1

F8 Ele/a acha que seus rituais ou obsessões são excessivos ou irracionais?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

F9 Ele/a tenta resistir ou evitar os rituais ou obsessões?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

F10 Os rituais ou obsessões aborrecem-no/a?

Não, ele/a gosta	Neutro, ele/a não gosta nem se aborrece	Aborrecem um pouco	Aborrecem muito
0	1	2	3

F11 Estes rituais ou obsessões duram pelo menos uma hora por dia, em média?

Não	Sim
0	1

F12 Quanto estes rituais ou obsessões têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

F13 Estes rituais ou obsessões são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção G Ansiedade Generalizada

Esta seção da entrevista é sobre preocupações.

G2 [Nome] é uma criança que, às vezes, fica preocupado(a)?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Seção H	Continue

G2A Algumas crianças têm preocupações específicas com determinadas coisas como: medo de animais, trovões, etc.; obsessões ou ansiedade de separação. Outras crianças preocupam-se com várias coisas de sua vida, ao mesmo tempo. Elas podem ter medos específicos, obsessões, ansiedade de separação, mas têm também várias outras preocupações sobre diversas coisas.

Você acha que [Nome] é uma pessoa que se preocupa com as coisas em geral?

Não, ele(a) só tem umas poucas preocupações específicas	Sim, ele/a preocupa-se em geral
0	1
↓	↓
Continue somente se a pontuação da escala emocional do SDQ for ≥ 4	Continue

G3 Durante os últimos 6 meses, ele/a pareceu tão preocupado/a que isto afetou ou interferiu com a vida dele/a?

Não	Talvez	Com certeza
0	1	2

Se G3 = "Talvez" ou se G3 = "Com certeza" ou se pontos para a área emocional (SDQ) for ≥ 4 então continue. Caso contrário pule para seção H

	Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
G4 Durante os últimos 6 meses e comparado(a) a outras crianças da mesma idade, [Nome] tem se preocupado com...			
a) <u>Coisas que ocorreram no passado:</u> Eu fiz algo errado? Eu magoei alguém? Eles me perdoaram?	0	1	2
b) <u>Trabalho escolar, dever de casa, provas</u>	0	1	2
c) <u>Desastres:</u> Roubos, assaltos, incêndios, bombas etc.	0	1	2
d) <u>A saúde dele(a)</u>	0	1	2
e) <u>Coisas ruins que possam acontecer com os outros:</u> família, amigos, animais de estimação, ou no mundo (ex. guerras)	0	1	2
f) <u>O futuro:</u> ex., mudar de escola ou de casa, conseguir emprego, arranjar namorado(a)	0	1	2
g) <u>Fazer e manter amizades</u>	0	1	2
h) <u>Morte</u>	0	1	2
i) <u>Ser provocado ou atormentado, ex., por colegas da rua ou da escola</u>	0	1	2
j) <u>Peso ou aparência dele(a)</u>	0	1	2
k) <u>Qualquer outra preocupação? (Descreva)</u>	0	1	2

Se duas ou mais destas preocupações tiverem sido respondidas com "Muito mais que os outros", então continue. Caso contrário, pule para seção H.

	Não	Sim
G6 Durante os últimos 6 meses ele/a tem se preocupado excessivamente na maioria dos dias?	0	1

	No	Yes
G7 Does s/he find it difficult to control the worry?	0	1

Se G = "Sim" ou se G7 = "Sim" então marque Ansiedade Generalizada na lista de checagem em M1 (p.55) e continue. Caso contrário, pule para seção H.

G8 Se qualquer das respostas na primeira coluna for “Sim,” pergunte: “Isto aconteceu na maioria dos dias durante os últimos 6 meses?” e marque na segunda coluna.

	Em Geral			Na maioria dos dias, nos últimos 6 meses	
	Não	Sim		Não	Sim
a) Preocupar-se o/a leva a sentir-se inquieto, tenso ou incapaz de relaxar?	0	1	→	0	1
b) Preocupar-se o/a leva a sentir-se cansado/a, mais facilmente?	0	1	→	0	1
c) Preocupar-se o/a leva a ter dificuldades em se concentrar?	0	1	→	0	1
d) Preocupar-se o/a leva a ficar irritável?	0	1	→	0	1
e) Preocupar-se o/a leva a sentir tensão muscular?	0	1	→	0	1
f) Preocupar-se interfere com o seu sono, ex. dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo, ou sono agitado ou insatisfatório?	0	1	→	0	1

G9 Quanto você acha que estas várias preocupações incomodam ou aborrecem [Nome] ?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

G10 Quanto estas preocupações têm interferido no/as...

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

G11 Estas preocupações são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção H Depressão

Esta próxima seção da entrevista é sobre o humor de [Nome].

H1 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] sentiu-se muito triste, desanimado, infeliz ou choroso?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H7	H2

H2 Houve nas **últimas 4 semanas**, algum período no qual ele/a sentiu-se muito desanimado quase todos os dias?

Não	Sim
0	1

H3 Durante o período em que [Nome] estava triste, desanimado, ele/a ficou assim durante a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia desanimado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H4 Durante este período ele/a podia ser animado/a e sentir-se melhor ..?

Facilmente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

H5 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente triste durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H1 = "Sim" e se H2 = "Sim" e se H3 = "Sim" então complete o item para Depressão na lista de checagem em M1 (p.55)

H7 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] tornou-se mal-humorado ou irritado de um modo diferente do que costuma ser?

Não	Sim
0	1
↓	↓
H13	H8

H8 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que ele/a esteve muito irritável durante praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H9 Durante este período quando ele/a ficou mal-humorado/a ou irritado/a, isto durava a maior parte do dia?
(ou seja, ficava mais horas por dia mal-humorado/a ou irritado/a do que bem)

Não	Sim
0	1

H10 A irritabilidade melhorou com determinadas atividades, como a visita de amigos, ou com alguma outra coisa?

Facil mente	Com dificuldade / por pouco tempo	De jeito nenhum
0	1	2

H11 Durante as **últimas 4 semanas**, o período em que ficou realmente irritável durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

Se H7 = "Sim" e se H8 = "Sim" e se H9 = "Sim" então complete o item para Irritabilidade na lista de checagem em M1 (p.55)

H13 Nas **últimas 4 semanas**, houve períodos em que [Nome] perdeu o interesse por todas as coisas , ou quase todas, que ele/a normalmente tem prazer em fazer?

Não	Sim
0	1
↓	↓
Regra de continuaç ão de H18	H14

H14 Durante as **últimas 4 semanas**, houve algum período em que esta falta de interesse esteve presente praticamente todos os dias?

Não	Sim
0	1

H15 Durante estes dias quando ele/a perdeu o interesse pelas coisas, isto durava a maior parte do dia? (ou seja, ficava mais horas por dia sem interesse pelas coisas do que bem)

Não	Sim
0	1

H16 Durante as **últimas 4 semanas**, esta perda de interesse durou:

Menos de 2 semanas	2 semanas ou mais
0	1

H17 *Se depressão ou irritabilidade foi assinalada, pergunte:*

A perda de interesse ocorreu durante o mesmo período em que ele/a esteve desanimado/a ou irritável na maior parte do tempo?

Não	Sim
0	1

Se H13 = "Sim" e se H14 = "Sim" então complete o item para Perda de Interesse na lista de checagem em M1 (p.55)

H18 *Se Depressão, Irritabilidade ou Perda de Interesse foram marcadas na lista de checagem em MI (p.55), então continue. Caso contrário pule para H22.*

Durante o período em que [Nome] esteve desanimado, irritável ou sem interesse...		Não	Sim
a)	ele/a ficou sem energia e parecia cansado/a o tempo todo?	0	1
b)	ele/a teve alguma mudança no seu apetite, para mais ou para menos?	0	1
c)	ele/a perdeu ou ganhou muito peso?	0	1
d)	ele/a tinha dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo?	0	1
e)	ele/a passou a dormir demais?	0	1
f)	houve algum período em que ele/a ficou agitado/a ou inquieto/a a maioria do tempo?	0	1
g)	houve algum período em que ele/a sentiu-se desvalorizado/a ou culpado sem motivo na maior parte do tempo?	0	1
h)	houve algum período em que ele/a teve dificuldade para concentrar-se ou pensar claramente?	0	1
i)	ele/a pensava muito em morte?	0	1
j)	ele/a alguma vez falou em ferir-se ou matar-se?	0	1
k)	ele/a alguma vez tentou ferir-se ou matar-se?	0	1

H18L	Durante toda a sua vida, alguma vez ele/a tentou ferir-se ou matar-se?	Não	Sim
		0	1

H19	Quanto que a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse aborreceram ou incomodaram a ele/a?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

H20	Quanto a tristeza, irritabilidade ou perda de interesse dele/a tem interferido no/as...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3
		0	1	2	3
		0	1	2	3
		0	1	2	3

H21	Esta tristeza, irritabilidade ou perda de interesse é um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Pule para seção J. Não pergunte H22 a H24 se você já perguntou H18 i a H18 l

Auto-Agressão

H22	Durante as últimas 4 semanas , ele/a falou sobre ferir ou machucar a si próprio/a?	Não	Sim
		0	1
		0	1
H23	Durante as últimas 4 semanas , ele/a tentou ferir ou machucar a si próprio/a?	0	1
		0	1
H24	Alguma vez até hoje, ele/a já tentou ferir ou machucar a si próprio/a?	0	1

Se H22 = "Sim" ou se H23 = "Sim" ou se H24 = "Sim" então complete o item para Auto-Agressão na lista de checagem em M1 (p.55)

Seção J Atenção e Atividade

Esta seção da entrevista é sobre o nível de atividade e de concentração de [Nome] durante os **últimos 6 meses**. Quase todas as crianças são “hiperativas” ou perdem a concentração às vezes, mas o que eu gostaria de saber é como [Nome] é comparado/a a outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

J1 Para a idade dele/a, você acha que [Nome] tem com certeza algum problema relacionado com “hiperatividade” (ex.: ser muito agitado/a) ou falta de concentração?

Não	Sim
0	1

Se J1 = “Sim” ou se pontos para hiperatividade (SDQ) for ≥ 6 então continue. Caso contrário pule para seção K

J2 Eu gostaria de fazer algumas perguntas mais detalhadas sobre como [Nome] tem se comportado durante os **últimos 6 meses**. Eu vou começar com questões sobre o quanto ativo ele/a tem sido.

Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a é inquieto/a?
- b) É difícil para ele/a ficar sentado/a por muito tempo?
- c) Ele/a fica correndo ou subindo em cima das coisas quando não deveria?
- d) É difícil para ele/a brincar ou participar de atividades de lazer sem fazer muito barulho?
- e) Quando ele/a está correndo ou brincando de forma agitada é difícil de ser acalmado?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J3 O próximo grupo de perguntas é sobre impulsividade.

Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a freqüentemente responde rapidamente sem chegar a ouvir a pergunta até o fim?
- b) É difícil para ele/a esperar a sua vez em atividades de grupo ou na sala de aula?
- c) Ele/a freqüentemente intromete-se na conversa ou na brincadeira dos outros?
- d) Ele/a freqüentemente continua falando mesmo se lhe pedirem para parar, ou se ninguém estiver ouvindo?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J4 O próximo grupo de perguntas é sobre atenção.

Durante os **últimos 6 meses**, e comparado a outras crianças da mesma idade...

- a) Ele/a freqüentemente faz coisas erradas por falta de cuidado ou não consegue prestar atenção quando deveria?
- b) Ele/a freqüentemente parece perder o interesse no que está fazendo?
- c) Ele/a freqüentemente não ouve o que as pessoas lhe falam?
- d) Ele/a freqüentemente não termina um trabalho de maneira apropriada por pressa ou por já ter iniciado outra tarefa?
- e) É difícil para ele/a organizar-se para fazer alguma coisa?
- f) Ele/a freqüentemente tenta livrar-se de coisas nas quais ele tenha que pensar para fazer, como dever de casa?
- g) Ele/a freqüentemente perde coisas que seriam necessárias para a escola ou outras atividades?
- h) Ele/a distrai-se facilmente?
- i) Ele/a freqüentemente se esquece de coisas?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

J5 A professora de [Nome] queixou-se durante os **últimos 6 meses** de problemas com:

- a) Inquietação, impaciência ou hiperatividade
- b) Pouca concentração ou distrai-se facilmente
- c) Agir sem pensar no que está fazendo, intrometer-se, não esperar a sua vez

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se dois ou mais dos itens em J2, J3, ou J4 tiverem sido respondidos com "Muito mais que os outros", então complete o item para Hiperatividade na lista de checagem em M1 (p.55) e continue com J6. Caso contrário pule para seção K

J6 As dificuldades de [Nome] com atividade ou concentração estão presentes por no mínimo 6 meses?

Não	Sim
-----	-----

0	1
---	---

J7 Quantos anos ele/a tinha quando estas dificuldades com atividade ou concentração começaram?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque 0)

	anos
--	------

J8 Quanto que as dificuldades com atividade ou concentração aborreceram ou incomodaram a ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

J9 Quanto as dificuldades dele/a com atividade ou concentração têm interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

b) Amizades

0	1	2	3
---	---	---	---

c) Aprendizado escolar

0	1	2	3
---	---	---	---

d) Atividades de lazer

0	1	2	3
---	---	---	---

J10 Estas dificuldades com atividade ou concentração são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção K Comportamentos Desagradáveis e Difíceis

Esta próxima seção da entrevista é sobre comportamento. Quase todas as crianças são desagradáveis e difíceis em alguns momentos – não fazendo o que lhes é dito, ficando irritado ou incomodando aos outros de propósito, tendo crises de birra e assim por diante... O que eu gostaria de saber é como [Nome] é comparado/a com outras crianças da mesma idade. Eu estou interessado(a) em saber como [Nome] é geralmente, e não em um dia fora da rotina.

K1 Pensando em relação aos **últimos 6 meses**, como é o comportamento de [Nome] comparado ao de outras crianças da mesma idade?

Menos inadequado ou difícil que os outros	Como os outros	Mais inadequado ou difícil que os outros
0	1	2

Se K1 = “mais inadequado ou difícil que a média” ou se pontos para conduta (SDQ) for ≥ 3 então continue. Caso contrário pule para seção P

Algumas crianças são desagradáveis ou irritantes com apenas uma pessoa - talvez com você ou com algum irmão ou irmã. Outras crianças são problemáticas com vários adultos ou crianças. As perguntas seguintes são sobre [Nome] em geral e não somente com uma pessoa.

K2 Durante os **últimos 6 meses** e comparado a outras crianças da mesma idade,

- a) Ele/a teve crises de raiva com frequência?
- b) Ele/a discutiu com adultos frequentemente?
- c) Não obedeceu ordens ou recusou-se a fazer o que lhe pediam com frequência?
- d) Com frequência, ele/a pareceu fazer coisas para irritar outras pessoas propositadamente?
- e) Culpou outras pessoas pelos seus próprios erros ou maus comportamentos com frequência?
- f) Esteve sensível e irritava-se facilmente com frequência?
- g) Frequentemente ficou bravo/a e magoado/a?
- h) Foi malvado/a com frequência?
- i) Frequentemente tentou se vingar dos outros?

Não mais que os outros	Um pouco mais que os outros	Muito mais que os outros
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2
0	1	2

Se em qualquer um dos itens em K2 a resposta for "Muito mais que os outros" então complete o item para Comportamento Desagradável na lista de checagem em M1 (p.55) e continue com K3. Caso contrário pule para K8

K3 Durante os **últimos 6 meses**, as professoras de [Nome] reclamaram de problemas com este tipo de comportamento em classe?

Não	Só um pouco	Definitivamente
0	1	2

K4 [Nome] tem tido este comportamento inadequado ou difícil por no mínimo **6 meses**?

Não	Sim
0	1

K5 Quantos anos ele/a tinha quando este tipo de comportamento inadequado ou difícil começou?
(Se sempre ou desde o nascimento, marque 0)

	anos
--	------

K6 Quanto este comportamento inadequado ou difícil tem interferido no/as...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

K7 Este comportamento inadequado ou difícil é um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Continue com K.

Comportamentos que às vezes colocam as crianças em situações difíceis.

K8 Agora eu vou perguntar sobre comportamentos que às vezes colocam as crianças em situações difíceis, incluindo comportamentos perigosos, agressivos ou anti-sociais. Por favor, responda pensando no comportamento de [Nome] durante os últimos 12 meses.

Se qualquer das respostas na primeira coluna for “Com certeza,” pergunte “Isto tem acontecido nos últimos 6 meses?” e marque na segunda coluna

	Durante o último ano			→	Nos últimos 6 meses	
	Não	Talvez	Com certeza		Não	Sim
Pelo que você sabe, nos últimos 12 meses...						
a) Com frequência, ele/a mente para conseguir o que quer ou para se livrar de algum problema?	0	1	2	→	0	1
b) Ele/a inicia brigas com frequência,? (Que não com os irmãos)	0	1	2	→	0	1
c) Ele/a maltrata pessoas frequentemente?	0	1	2	→	0	1
d) Ele/a fica fora de casa até muito mais tarde do que deveria frequentemente?	0	1	2	→	0	1
e) Ele/a rouba coisas de casa, de outras pessoas, lojas ou da escola frequentemente? (Não considere coisas de valor trivial como roubar um lápis do irmão)	0	1	2	→	0	1
f) Ele/a já fugiu de casa mais de uma vez ou já ficou fora de casa à noite toda sem permissão?	0	1	2	→	0	1
g) Ele/a mata aulas com frequência,?	0	1	2	→	0	1

Se em qualquer um dos itens em K8 a resposta for “Com certeza” então complete o item para Comportamento Difícil na lista de checagem em M1 (p.55)

K9 Se 13 anos ou mais e “com certeza” matou aulas no último ano, faça a pergunta seguinte. Caso contrário pule para a regra de continuação de K10

Ele/a começou a matar aulas antes dos 13 anos?

Não	Sim
0	1

K10 *Somente continue se Comportamentos Desagradáveis ou Difíceis tiverem sido marcados nos quadrados na lista de checagem em MI (pág. 34). Caso contrário pule para seção P*

Eu gostaria de perguntar-lhe agora sobre uma lista de comportamentos menos comuns, porém potencialmente mais sérios. Eu tenho que fazer todas as perguntas para todas as pessoas, mesmo que elas provavelmente não se apliquem.

Se qualquer das respostas na primeira coluna for “Sim,” pergunte “Isto tem acontecido nos últimos 6 meses?” e marque na segunda coluna.

Pelo que você sabe, alguma das seguintes coisas aconteceu pelo menos uma vez durante os **últimos 12 meses**?

	<i>Durante os últimos 12 meses</i>			<i>Nos últimos 6 meses</i>	
	Não	Sim		Não	Sim
a) Ele/a usou uma arma ou algo que possa ter ferido alguém?	0	1	→	0	1
b) Ele/a já machucou alguém ou foi fisicamente cruel? (<i>ex. amarrou, cortou ou queimou alguém</i>)	0	1	→	0	1
c) Ele/a já foi cruel com pássaros ou animais?	0	1	→	0	1
d) Ele/a já começou um incêndio propositalmente? (<i>Isto se aplica apenas se ele/a teve a intenção de causar um grave dano. Esta pergunta não é sobre fazer fogueiras ou colocar fogo em alguns papéis</i>)	0	1	→	0	1
e) Ele/a já destruiu algo de outra pessoa propositalmente? (<i>Esta pergunta não é sobre pôr fogo em alguma coisa ou destruir algo como o desenho da irmã. A pergunta é sobre atos de vandalismo como quebrar janelas de carros ou vandalismo na escola</i>)	0	1	→	0	1
f) Ele/a já esteve envolvido em roubos nas ruas, p. ex. roubar radio de carro ou dinheiro de alguém?	0	1	→	0	1
g) Ele/a já forçou alguém a ter atividade sexual contra a vontade?	0	1	→	0	1
h) Ele/a já arrombou alguma casa, prédio ou carro?	0	1	→	0	1

Se em qualquer um dos itens em K10 a resposta for “Sim” então complete o item para Comportamento Difícil na lista de checagem em MI (p.55)

K11	Você também poderia me dizer se os professores de [Nome] reclamaram de problemas devido a este tipo de comportamento, durante os últimos 6 meses ?	Não	Sim
		0	1

K11AA	Estes comportamentos difíceis estiveram presentes por no mínimo 6 meses ?	Não	Sim
		0	1

K11A	Alguma vez ele/a já teve problemas com a polícia? (<i>Descreva</i>)	Não	Sim
		0	1

Se K11a = "Sim" então complete o item "Problema com a Polícia" na lista de checagem em M1 (p.55)

Se Comportamento Difícil tiver sido marcado na lista de checagem em M1 (p.55), então continue. Caso contrário pule para seção P

K12	Quanto que o comportamento difícil de [Nome] tem interferido no/as...	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3
a)	Dia-a-dia em casa	0	1	2	3
b)	Amizades	0	1	2	3
c)	Aprendizado escolar	0	1	2	3
d)	Atividades de lazer	0	1	2	3

K13	O comportamento difícil dele/a é um peso para você ou para a família como um todo?	Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
		0	1	2	3

Sessão P Alimentação, Peso e Forma Corporal

P1		Não	Sim
a)	O/A [Nome] já se achou gordo/a mesmo quando as pessoas diziam a ele/a que ele/a estava <i> muito magro/a</i> ?	0	1
b)	O/A [Nome] ficaria envergonhado/a se as pessoas soubessem o quanto ele/a come?	0	1
c)	O/A [Nome] já provocou vômito (de propósito)?	0	1
d)	Decidir o que comer, onde comer ou quanto comer, atrapalha muito a vida dele/a?	0	1
e)	Se o/a [Nome] come demais, ele/a se culpa muito?	0	1

Se dois ou mais dos itens em P1 tiverem sido respondidos com "Sim", então continue. Caso contrário pule para seção Q

P2a	Qual a altura do/a [Nome]? (mais ou menos)	<input type="text"/>	cms
P2b	Quanto o/a [Nome] pesa hoje em dia? (mais ou menos)	<input type="text"/>	kg
P2c	Qual foi o menor peso dele/a nos últimos doze meses?	<input type="text"/>	kg
P2d	Qual o maior peso que ele/a já teve? (<i>exceto na gravidez</i>)	<input type="text"/>	kg

P3 Você descreveria o/a [Nome] hoje em dia como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4
↓	↓	Vá direto para P5		

P4 Comparando como ele/a está este ano com como ele/a foi nos anos anteriores, você diria que ele/a ...

Era ainda mais magro/a nos anos anteriores	Sempre foi magro/a assim	Está um pouco mais magro/a este ano que nos anos anteriores	Está muito mais magro/a este ano que nos anos anteriores
0	1	2	3

P5 Hoje, o/a próprio/a [Nome] se descreveria como muito magro/a, magro/a, normal, gordinho/a ou gordo/a?

Muito magro/a	Magro/a	Normal	Gordinho/a	Gordo/a
0	1	2	3	4

Se P3 = 'Muito magro/a' ou P5 = 'Muito magro/a', então assinale o item para 'Muito magro/a' na lista de checagem em M1 (p.55)

P6 Você ou outras pessoas – resto da família, um amigo, um médico – têm estado muito preocupados que o peso do/a [Nome] tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P7 O que o/a [Nome] pensa? Ele/a acha que o peso dele/a tem atrapalhado a saúde física dele/a?

Não	Sim
0	1

P8 O/A [Nome] tem medo de ganhar peso ou ficar gordo/a?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2
P10		↓ P9

P9 A idéia de ganhar peso ou ficar gorda apavora o/a [Nome] de verdade?

Não	Sim
0	1

P10 Se o médico dissesse a ele/a que teria que ganhar dois quilos, seria fácil, difícil ou impossível o/a [Nome] aceitar isso?
(Se a criança tem problemas físicos que torna difícil para ela ganhar peso, a pergunta é se ela tentaria ganhar peso e não se ela conseguiria de fato.)

Fácil	Difícil	Impossível
0	1	2

P11 O/A [Nome] tenta não comer coisas que engordam?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

└──────────────────┘
↓
 P13
 P12

P12 E ele/a consegue?
 (evitar comidas que engordam)

Nunca	Algumas vezes	A maior parte das vezes	Sempre
0	1	2	3

P13 O/A [Nome] gasta muito tempo pensando em comida?

Não	Sim
0	1

P14 Algumas pessoas contam que elas têm um desejo muito grande por comida, e que este desejo é tão difícil de resistir que é como um dependente de álcool ou drogas se sente em relação a álcool ou drogas.

O/A [Nome] se sente assim em relação à comida?

Não	Um pouco	Muito
0	1	2

Se P9 = 'Sim' ou P10 = 'Impossível' ou P14 = 'Muito', então assinale o item 'Se preocupa com peso e comida' na lista de checagem em M1 (p.55).

P15 Algumas pessoas perdem o controle sobre o que comem e aí comem muita comida em pouco tempo. Por exemplo, elas podem abrir a geladeira e comer tudo que elas encontram pela frente, comendo tanto que chegam a se sentir mal fisicamente. Isso costuma acontecer quando essas pessoas estão sozinhas.

Isso aconteceu ou acontece com o/a [Nome]?

Não	Sim
0	1

↓
 ↓
 P18
 Marque 'Perder o Controle' na lista de checagem em M1 (p.55). Continue em P16

P16 Nos últimos três meses, mais ou menos, isso aconteceu ...

Não aconteceu	Ocasionalmente	Uma vez por semana	Duas vezes por semana ou mais
0	1	2	3

P17 Quando isso acontece, o/a [Nome] tem a sensação de perder o controle do que ele/a come?

Não	Sim
0	1

P17a) Por favor, descreva o que e quanto o/a [Nome] come durante uma situação em que ele/a come muito.

P18 Para não ganhar peso nos últimos 3 meses o/a [Nome] ...

(Quando a resposta for "não", cheque se a criança tenta mas não tem permissão)

- a) Come menos nas refeições
- b) Pula refeições
- c) Fica sem comer por várias horas, como por ex. o dia todo ou a maior parte do dia
- d) Esconde ou joga fora alimentos que outras pessoas dão para ele/a
- e) Faz mais exercício
- f) Provoca vômitos
- g) Toma remédios com a idéia de perder peso

Descreva:

- h) Faz outras coisas (por ex. não tomar insulina em diabéticos). Descreva:

.....

Não	Tenta mas não tem permissão	Um pouco	Muito
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

Se a resposta para qualquer um dos itens de P18 foi 'Muito', assinale 'Evita ganho de peso' na lista de checagem em M1 (p.55). Se 'Perda de controle' está assinalado na lista de checagem, então siga com a questão P19. Caso contrário, vá direto para P20 para as meninas ou P26 para os meninos

P19 Você me contou minutos atrás sobre momentos em que o/a [Nome] perde o controle e come muito. Depois que isso acontece, ele/a costuma (reduzir o que come/ fazer exercícios/ vomitar/ tomar remédios) para evitar engordar?

Não	Sim
0	1

Em meninos, vá direto para P26

P20 A [Nome] menstruou nos últimos três meses?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P21	P22

P21 A [Nome] já teve alguma menstruação?

Não	Sim
0	1
↓	↓
P26	P23

P22 A [Nome] esta tomando pílulas ou injeções hormonais? (incluindo contraceptivos)

Não	Sim
0	1
↓	↓
<i>Siga com P23 em todos os casos</i>	

P23) Por favor, descreva como suas menstruações da [Nome] tem sido em geral e como elas têm sido recentemente.

Se P21 foi 'Sim', pergunte:

P24) Por que você acha que a [Nome] não menstruou nos últimos três meses?

Se P22 foi 'Sim', pergunte:

P25) Por favor, descreva que efeitos pílulas ou injeções hormonais têm nas menstruações da [Nome].

P26 *Regra para pular questões antes de começar a P26: Se 'Muito magro/a', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso' foram assinalados na lista de checagem em M1 (p.55), então siga adiante. Caso contrário, pule para a próxima sessão.*

Você me falou sobre a forma como o/a [Nome] come e sobre o peso dele/a. Quanto você acha que essas coisas incomodam a ele/a?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

P27 O quanto à forma como o/a [Nome] come ou a sua preocupação com seu peso tem interferido no/as ...

a) Dia-a-dia em casa

b) Amizades

c) Aprendizado escolar

d) Atividades de lazer

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3
0	1	2	3

P28 Essas coisas são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Extremamente
0	1	2	3

Seção L Outras Preocupações

NÃO pergunte se você está incluindo a Sessão de Desenvolvimento (p.4 em diante) nesta entrevista

L1	Nos 3 primeiros anos de vida dele, houve alguma coisa que realmente preocupou você?	Não	Sim
a)	o jeito que a fala dele/a se desenvolveu?	0	1
b)	como ele/a se relaciona com as outras pessoas?	0	1
c)	algum ritual estranho ou hábitos incomuns difíceis de interromper?	0	1

Só pergunte se a resposta para L1a, L1b ou L1c for Sim

L2	O atraso no desenvolvimento ou as dificuldades que você assinalou acima resolveram-se completamente?	Completamente resolvido	Continua com alguns problemas
		0	1

NÃO pergunte se você está incluindo a Sessão de Tiques (p.49 em diante) nesta entrevista

L3	Ele/a tem algum tique que não consegue controlar?	Não	Sim
		0	1

NÃO pergunte se você está incluindo a Sessão de Transtornos Alimentares (p. 43 em diante) nessa entrevista.

L4	Você tem estado preocupado com o fato de [Nome] estar muito magra ou fazendo muita dieta?	Não	Sim
		0	1

PERGUNTE em todos os casos

L5	Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome] que realmente preocupe <u>você</u> ?	Não	Sim
		0	1

PERGUNTE em todos os casos

L6	Além de todas as coisas que você já me falou, existe algum outro aspecto psicológico ou do desenvolvimento de [Nome] que realmente preocupe <u>seus professores</u> ?	Não	Sim
		0	1

Se L2 = "Continua com alguns problemas" ou se L3 = "Sim" ou se L4 = "Sim" ou se L5 = "Sim" então complete o item para Outras Preocupações na lista de checagem em MI (p.55)

Seção M Áreas de Dificuldade

M1 Lista de dificuldades

- Des Desenvolvimento = dificuldades com linguagem, rotinas, brincadeiras ou habilidade social
- A Ansiedade de Separação = medo de ser separado de (*nomeie de A1*)
- B Fobia Específica = medo de (*de B1*)
- C Fobia Social = medo de (*de C2*)
- D Pânico = crises de ansiedade
 Agorafobia = evitar ficar no meio de multidões, sair sozinho etc. (*de D2*).
- E Estresse Pós-Traumático = angústia desencadeada pela experiência de (*de E2*)
- F Compulsões e Obsessões = rituais ou obsessões envolvendo (*de F2, F 3 e F4*)
- G Ansiedade Generalizada = excesso de preocupantes a respeito de (*de G4*)
- H Depressão
 Irritabilidade
 Perda de Interesse
 Auto-Agressão
- J Hiperatividade = dificuldades com o nível de atividade e atenção (*de J2, J3 e J4*)
- K Comportamento Desagradável = comportamentos como (*de K2*)
 Comportamento Dificil = comportamentos como (*nomeie de K8 e K10*)
 Problemas com a Polícia
- P Muito magro/a
 Preocupa-se com comida e com peso
 Perda de controle
 Evita ganho de peso
- Q Tiques motores
 Tiques vocais
- L Outras Preocupações = Preocupações a respeito de (*de L2, L3 L4 L5 e L6*)

M2 Descreva as dificuldades da criança com as palavras dos pais

Se nenhum dos quadrados em M1 foram marcados, pule para seção N

Toda vez que você tiver assinalado um quadrado para alguma das seções de M1, certifique-se de obter as repostas para as perguntas abertas sobre a respectiva seção. As perguntas abertas listadas a seguir são apenas uma sugestão, mas você pode usar sua iniciativa e adicionar outras perguntas, ou explicar melhor as existentes.

Você tem uma opção - você pode fazer as perguntas abertas a medida em que responde cada seção, ou no final depois de ter respondido as seções da A a L. Por exemplo, se você assinalar o quadrado para a seção A, você pode fazer as perguntas abertas logo a seguir, antes de passar para a seção B, ou depois de ter terminado as seções de A a L. Se você optar por fazer todas as perguntas abertas no final, é aconselhável dar aos pais a opção de começar pela seção que mais os preocupa.

Qualquer que seja a sua escolha para responder as perguntas abertas, geralmente é uma boa idéia ir anotando os comentários espontâneos dos pais a medida que eles forem surgindo. Desta forma, você não terá que fazê-los repetir os comentários, quando iniciar as seções de perguntas abertas. Mas não se esqueça de checar ao final da entrevista se todas as perguntas abertas foram realmente respondidas para cada uma das áreas de dificuldade assinaladas em M1.

Quando os pais derem uma resposta vaga ou muito genérica, peça exemplos mais específicos. Por exemplo, se eles dizem "o meu filho preocupa-se com tudo", então pergunte, "Que tipo de preocupação?" Ou se eles dizem "Ele nunca faz o que mandamos", então pergunte "Você poderia dar um exemplo de uma situação destas, em que ele tenha causado problema por não obedecer?"

Quando anotar as repostas, não precisa resumi-las para que caibam no pequeno espaço deixado para elas - você pode fazer letra pequena e usar folhas extras, se necessário!

Introdução para as perguntas abertas:

Você já me falou sobre as dificuldades que [Nome] tem. Agora eu gostaria de ouvir um pouco mais sobre isto com as suas próprias palavras.

M2R: Desenvolvimento

Se M1 foi assinalado em desenvolvimento, pergunte:

M2R1 Por favor, descreva qualquer coisa da linguagem, rotina, brincadeiras ou habilidade social do/a [Nome] que tenha te preocupado em algum ponto na vida dele/a.

M2R2 Alguma dessas dificuldades está interferindo com o dia-a-dia dele/a atualmente? Se sim, por favor, descreva quais são as dificuldades atuais e como elas estão interferindo com a vida dele/a..

M2R3 Alguma dessas dificuldades já recebeu algum diagnóstico ou nome? Se sim, quem foi que sugeriu o diagnóstico ou o nome para a dificuldade e qual foi o nome/diagnóstico dado?

M2R4 Que ajuda, se é que houve alguma, ele/a teve para essas dificuldades?

M2A: Ansiedade de Separação

Se M1 foi assinalado para ansiedade de separação, pergunte:

M2A1) Por favor descreva as preocupações atuais de [nome] sobre separação. Como são estas preocupações ou como [nome] demonstra estas preocupações?

M2A2) Com qual frequência estas preocupações levam a dificuldades?

M2A3) Quão graves estas dificuldades podem chegar a ser?

M2A4) Há quanto tempo ele/a tem tido estas preocupações sobre separação?

M2A5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2A6) Com o que você acha que estas preocupações estão relacionadas?

M2A7) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2B: Fobias Específicas

Se M1B foi assinalado para fobia específica, pergunte:

M2B1) Por favor descreva qualquer medo que seja um contra-senso (que não faça sentido no contexto), que aborreça [nome] seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo.

M2B2) Com qual frequência os medos dele/a são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem-no/a?

M2B3) Quando os medos estão piores, qual a gravidade deles?

M2B4) Os medos estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2B5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2C: Fobia Social

Se M2C foi assinalado para fobia social, pergunte:

M2C1) Por favor descreva qualquer medo de situações sociais que sejam um contra-senso, que o/a aborreça seriamente, ou que o/a leve a deixar de fazer algo que gostaria de fazer se não fosse pelo medo destas situações sociais.

M2C2) Com qual frequência os medos dele/a de situações sociais são um contra-senso (ou sem sentido) ou aborrecem-no/a?

M2C3) Quando os medos de situações sociais estão piores, qual a gravidade deles?

M2C4) Os medos de situações sociais estão interferindo com a qualidade de vida dele/a?

M2C5) Você já tentou fazer algo sobre estes medos de situações sociais? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2D: Ataques de Pânico e Agorafobia

Se M1D foi assinalado para pânico/agorafobia, faça uma ou ambas as perguntas, dependendo do que a criança apresentar (ataques de pânico ou evitação, ou ambos).

M2D1) Por favor descreva com o máximo possível de detalhes como são estes ataques de pânico, com qual frequência eles ocorrem, quando começaram e qual o efeito que eles tem na vida de [nome].

M2D2) Gostaríamos de ouvir mais sobre o medo ou evitação de multidões, lugares públicos, viajar sozinho/a, ou ficar longe de casa. Por favor, descreva com o máximo possível de detalhes. Também descreva com qual frequência isto ocorre, quando começou e qual efeito tem na vida de [Nome].

M2E: Estresse Pós-Traumático

Se M1E for assinalado para estresse pós-traumático, pergunte:

M2E1) Qual foi o evento extremamente estressante? Por favor, desculpe-nos se falar sobre este assunto também aborrece a você. Precisamos apenas de informações suficientes para entendermos os sintomas atuais de [nome].

M2E2) Por favor descreva os sintomas que [nome] ainda tem decorrentes desta experiência tão estressante pela qual ele/a passou.

M2E3) Com qual frequência estes sintomas causam dificuldades ou aborrecem-no/a?

M2E4) Qual a gravidade dos sintomas quando eles estão piores?

M2E5) Os sintomas estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2E6) Você já tentou fazer algo sobre estes sintomas? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2F: Compulsões e Obsessões

Se M1F foi assinalado para obsessões e compulsões, pergunte:

M2F1) Por favor descreva todos os rituais ou obsessões de [Nome].

M2F2) Com qual frequência estes rituais ou obsessões causam dificuldades ou aborrecem-no/a?

M2F3) Qual a gravidade dos rituais ou obsessões quando eles estão piores?

M2F4) Por quanto tempo os rituais ou obsessões estão presentes?

M2F5) Os rituais ou obsessões estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2F6) Você já tentou fazer algo sobre estes rituais ou obsessões? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2G: Ansiedade Generalizada

Se M1G foi assinalado para ansiedade generalizada, pergunte:

M2G1) Por favor descreva com o que [nome] preocupa-se?

M2G2) Com qual frequência estas preocupações geram dificuldades?

M2G3) Qual a gravidade dos preocupações quando elas estão piores?

M2G4) Há quanto tempo ele/a tem se preocupado tanto com estas coisas?

M2G5) Estas preocupações estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2G6) Você já tentou fazer algo sobre estas preocupações? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2H: Depressão

Se M1H foi assinalado para depressão, irritabilidade ou perda de interesse, pergunte:

M2H1) Por favor descreva o humor de [nome] (tristeza, irritabilidade) e o nível de interesse dele/a pelas coisas.

M2H2) O que mais mudou ao mesmo tempo que o humor e o nível de interesse? Se relevante, comente sobre apetite, sono, energia para fazer as coisas, autoconfiança, culpar-se por tudo, falta de esperança sobre o futuro, pensamentos sobre morte, auto-agressão, etc.

M2H3) Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo ele/a passou deste jeito?

M2H4) Durante as **últimas 4 semanas**, quão graves eram as dificuldades quando elas estavam piores?

M2H5) Quando começou este episódio de tristeza (estar “para baixo”), irritabilidade ou perda de interesse?

M2H6) O que você acha que provocou (desencadeou) este episódio?

M2H7) Ele/a já teve episódios semelhantes no passado? Se sim, por favor descreva.

M2H8) Ele/a já teve episódios no passado quando ficou com o humor “para cima” (eufórico) ao invés de “para baixo”? Se sim, por favor descreva.

M2H9) O humor ou perda de interesse esta interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2H10) Você já tentou fazer algo sobre o humor dele/a ou a perda de interesse? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2H2: Auto-Agressão

Se M1H foi assinalado para comportamentos auto-agressivos, pergunte:

M2H11) Ajudaria se você pudesse falar um pouco mais sobre quando [nome] feriu-se ou machucou-se deliberadamente (por intenção própria), ou falou sobre isto.

M2J: Atenção e Atividade

Se M1J foi assinalado para hiperatividade, pergunte:

M2J1) Por favor descreva as dificuldades que [nome] tem sobre hiperatividade, falta de atenção ou impulsividade.

M2J2) Com qual frequência o grau de agitação dele/a ou a falta de atenção gera dificuldades?

M2J3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

M2J4) Ha quanto tempo ele/a tem estado assim?

M2J5) A agitação ou a falta de atenção estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2J6) Você já tentou fazer algo sobre a agitação ou a falta de atenção dele/a? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2K: Comportamentos Desagradáveis e Difíceis

Se M1K foi assinalado para comportamentos desagradáveis ou difíceis, pergunte:

M2K1) Por favor descreva os comportamentos desagradáveis ou difíceis de [Nome].

M2K2) Com qual frequência estes comportamentos levam a dificuldades?

M2K3) Quão graves são as dificuldades quando elas estão piores?

M2K4) Há quanto tempo ele/a tem estado assim?

M2K5) Estes comportamentos desagradáveis ou difíceis estão interferindo com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2K6) Você já tentou fazer algo sobre o comportamento difícil dele/a? Se sim, por favor descreva o que você já tentou fazer, qualquer tipo de ajuda que você tenha recebido e se esta ajuda fez alguma diferença.

M2P: Alimentação, peso e forma corporal

Se a lista de checagem em M1 foi assinalada para 'Muito magro/a', 'Preocupa-se com peso e comida', 'Perda de Controle' ou 'Evita ganho de peso', pergunte:

M2P1) Por favor, descreva as dificuldades que o/a [Nome] tem hoje com a comida, peso ou forma do corpo:

M2P2) As dificuldades com a comida ou com o peso são por causa de alguma doença? Se sim, que doença?

M2P3) Quando esses problemas começaram?

M2P4) Pensando num dia típico, por favor, me conte sobre o que o/a [Nome] come, o que ele/a evita comer, limites de calorias ou regras que ele/a usa para decidir o que come.

M2P5) A forma como o/a [Nome] come ou a preocupação dele/a com o peso dele/a tem afetado outros aspectos da vida dele/a? Por exemplo, diminuído o interesse dele/a por coisas que pessoas da idade dele/a gostam, ou atrapalhado seu relacionamento com a família ou com os amigos?

M2P6) Você, outros familiares ou o/a [Nome] procuraram médico ou psicólogo para ajudar o/a [Nome] com a comida ou com o peso? Se sim, o que foi dito para ele/a? Ajudou o/a [Nome]?

M2P7) Recentemente, o/a [Nome] tem tido algum problema médico relacionado com a forma como ele/a come, com o peso dele/a, ou com as formas que ele/a alterou o peso dele/a? (Incluir sangramentos após vomitar, desmaios, fraqueza excessiva, intestino preso, procura por Pronto-Socorro, problemas nos dentes, etc)

M2Q: Tiques

Se M1H foi assinalado para tiques motores ou vocais, pergunte:

M2Q1) Por favor, descreva os tiques do/a [Nome] com as suas próprias palavras

M2Q2) Com que frequência e quão grave os tiques são quando estão pior?

M2Q3) Quando e como eles começaram?

M2Q4) Os tiques interferiram com a qualidade de vida dele/a? Se sim, como?

M2Q5) Você tentou fazer algo a respeito dos tiques? Se sim, por favor, descreva o que você tem tentado fazer, qualquer ajuda que tenha tido e se isso fez alguma diferença.

M2L: Outras Preocupações

Se M1L foi assinalado para outras preocupações, faça as perguntas que se aplicam:

M2L1) Gostaríamos de ouvir um pouco mais sobre o tipo de dificuldade que [nome] tem com a linguagem, relacionamento com outras pessoas, ou hábitos ou rituais estranhos.

M2L2) Gostaríamos de ouvir mais sobre os tiques dele/a.

M2L3) Gostaríamos de ouvir mais sobre sua preocupação com [nome] estar fazendo dieta ou estar preocupado/a com o peso.

M2L4) Gostaríamos de ouvir mais sobre estas preocupações que você tem com [nome].

M2L5) Gostaríamos de ouvir mais sobre as preocupações que a professora tem sobre [nome].

M2X: A entrevista em geral

M2X1): Para terminar, gostaríamos de saber seus comentários finais como entrevistador/a sobre a entrevista em geral (por exemplo: dificuldade da mãe em entender ou responder as perguntas, ou falta de concentração da criança)

Seção N Capacidades

Já perguntei várias questões sobre problemas e dificuldades. Agora eu gostaria de perguntar sobre os pontos positivos e as capacidades de [Nome]

N1	As descrições a seguir servem para ele(a)?	Um		
		Não	pouco	Muito
a)	Generoso(a)	0	1	2
b)	Animado(a)	0	1	2
c)	Tem vontade de aprender	0	1	2
d)	Afetuosos(a)	0	1	2
e)	Confiável e responsável	0	1	2
f)	Fácil de lidar	0	1	2
g)	Divertido(a), bom senso de humor	0	1	2
h)	Interessado em muitas coisas	0	1	2
i)	Carinhoso(a), bom-coração	0	1	2
j)	Se algo dá errado, levanta a cabeça e segue em frente	0	1	2
k)	Agradecido(a), dá valor ao que recebe	0	1	2
l)	Independente	0	1	2

N2	Quais são as coisas que ele faz que realmente lhe agradam?	Um		
		Não	pouco	Muito
a)	Ajuda em casa	0	1	2
b)	Se da bem com o resto da família	0	1	2
c)	Faz a lição de casa sem precisar ser lembrado(a)	0	1	2
d)	Atividades criativas: artes, interpretação, música, trabalhos manuais	0	1	2
e)	Gosta de estar envolvido(a) em atividades familiares	0	1	2
f)	Cuida da aparência	0	1	2
g)	Bom/Boa em trabalhos escolares	0	1	2
h)	Educado(a)	0	1	2
i)	Bom/Boa em esportes	0	1	2
j)	Mantém o quarto arrumado	0	1	2
k)	Bom/Boa com os amigos	0	1	2
l)	Bem comportado(a)	0	1	2

N3 O/A [Nome] tem algum ponto positivo que você gostaria de mencionar?

.....

S586p Silva, Luciana Anselmi Duarte da

Psicopatologia no início da adolescência : prevalência, continuidade e determinantes precoces / Luciana Anselmi Duarte da Silva ; orient. Luis Augusto Paim Rohde. – 2008.
237 f. : il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2008.

1. Transtornos mentais 2. Criança 3. Adolescente 4. Epidemiologia 5. Prognóstico 6. Fatores de risco I. Rohde, Luis Augusto Paim II. Título.

NLM: WS 107

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA