UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA

LYLLA CYSNE FROTA D'ABREU

**Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa
escolar segundo o DAWBA**

RIBEIRÃO PRETO – SP
2008

LYLLA CYSNE FROTA D'ABREU

**Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa
escolar segundo o DAWBA**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, como parte das exigências para a
obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Saúde Mental.**

**Orientadora: Prof. Dr. Edna Maria Marturano
Apoio: Capes**

**RIBEIRÃO PRETO – SP
2008**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E/OU DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DA
PRESENTE OBRA, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

D'Abreu, Lylla Cysne Frota

Identificação de Problemas de Saúde Mental associados à queixa escolar segundo o
DAWBA. Ribeirão Preto, 2008.

99 p.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/ USP.
Área de Concentração: Saúde Mental.

Orientadora: Marturano, Edna Maria

1. DAWBA. 2. Queixa escolar. 3. Transtorno psiquiátrico. 4. Criança

Lylla Cysne Frota D'Abreu

**Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o
DAWBA**

**Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo, como parte das exigências para a
obtenção do título de Mestre.
Área de Concentração: Saúde Mental.**

Aprovado em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ **Assinatura:** _____

Aos meus pais e aos meus quatro irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a meus pais, pela minha vida, minha saúde e pelas oportunidades.

Aos meus irmãos, por serem um exemplo em minha vida, e aos meus sete sobrinhos, cuja chegada me fez ainda mais sensível às alegrias e aos dramas da infância.

À minha querida e eterna orientadora, Prof. Dr. Edna Maria Marturano, pelos dez anos que completamos trabalhando juntas. E por ter sido a primeira a me apresentar à ciência, com tanto entusiasmo, seriedade e ética.

Às minhas ex- professoras e atuais amigas Prof. Dr. Marina Bazon e Mariana Almeida, por terem sido incomparáveis.

Às minhas queridas Juliana Faleiros e Melissa Moreira, pela amizade.

A todos os meus colegas do Instituto de Ensino Brasil-Alemanha, pelos cinco anos de companhia diária.

“Those children who deserve love the least need it the most”

Anônimo

RESUMO

D'ABREU, L. C. F. **Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o instrumento de avaliação DAWBA**. 2008. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Queixa escolar é um dos principais motivos de encaminhamento de crianças à rede pública de saúde e às clínicas-escola de psicologia. Estudos prévios sugerem que, no segmento de crianças encaminhadas para atendimento com queixa escolar, a prevalência de problemas de saúde mental é maior que na população geral. O presente trabalho teve como objetivo a identificação e classificação das áreas de dificuldade associadas à queixa escolar, em categorias compatíveis com a CID-10 e com o DSM-IV-TRTM, além da descrição do perfil da clientela quanto a dados sócio-demográficos, nível intelectual, fonte de encaminhamento, profissional solicitante, outros acompanhamentos realizados na área de saúde e uso de medicação. Participaram 103 crianças, de seis a doze anos, inscritas em uma clínica-escola de psicologia vinculada ao SUS, com queixa de dificuldade de aprendizagem escolar. Foram feitas consultas aos prontuários e a aplicação junto ao responsável da versão brasileira adaptada da *Avaliação do Desenvolvimento e Bem-estar*, em inglês, *Development and Well-Being Assesment* (DAWBA), entrevista de diagnóstico de transtornos mentais na infância e na adolescência que aponta áreas de dificuldade compatíveis com o DSM-IV-TRTM e a CID-10. Os resultados mostraram taxas de escolaridade dos pais abaixo da média do município, 90% das crianças com história anterior de acompanhamentos na área de saúde e 29% fazendo uso de medicação psicotrópica. Também foi encontrada uma alta prevalência de dificuldades como transtorno hipercinético, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, ansiedade de separação, ansiedade generalizada e fobia específica. O trabalho oferece subsídios para a defesa de políticas públicas na área de saúde mental infantil e para o planejamento de tratamentos compatíveis com a demanda, contribuindo para a melhoria do atendimento à clientela e da formação de pessoal.

Palavras- chaves: DAWBA; queixa escolar; transtorno psiquiátrico; criança.

ABSTRACT

D'ABREU, L. C. F. **Identification of mental health problems associated with underachievement according to DAWBA.** 2008. 94 f. (Master's degree) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Low performance at school is one of the main reasons for referral of children to the public health system and clinical schools of psychology. Previous studies suggest that the prevalence of mental health problems is higher in children with underachievement than in the general population. The aim of the present study was to identify and classify the areas of difficulty associated with underachievement according to the categories of ICD-10 and DSM-IV-TRTM, and to describe socio-demographic data, intellectual level, sources of referral, previous health treatments and the use of medication. One hundred and three children, aged six to twelve years, who were referred to a public university clinic of psychology due to school underachievement, participated in the study. Medical records were consulted and the validated and adapted Brazilian parent-version of the Development and Well-Being Assessment (DAWBA) was applied. DAWBA is an interview for the diagnosis of mental disorders in childhood and adolescence that points areas of difficulty according to DSM-IV-TRTM and ICD-10. The results showed that parents' level of education was lower than the average of the municipality, 90% of the children had previous health treatment and 29% were using psychotropic medication. It was also found a high prevalence of hyperactivity and inattention, oppositional defiant disorder, conduct disorder, separation anxiety, generalized anxiety and specific phobia. The work shows a need for public policies in the area of child mental health and for treatments compatible with the demand, contributing to the improvement of the service and staff training.

Key words: DAWBA; underachievement; psychiatric disorder; child.

SUMÁRIO

Resumo	9
Abstract	10
1 Introdução	14
1.1 A questão do diagnóstico psiquiátrico na criança	15
1.2 Prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes	16
1.3 Transtornos mentais com início na infância e adolescência	18
1.4 Transtornos internalizantes	19
1.5 Transtornos externalizantes	22
1.6 Associação entre os transtornos	23
1.7 Problemas de saúde mental em crianças com queixa escolar	25
1.8 O profissional de saúde e a queixa escolar: importância do diagnóstico	29
1.9 Instrumentos de diagnóstico clínico	30
1.10 Mapeamento dos transtornos associados à queixa escolar	33
2 Objetivo	35
2.1 Objetivo geral	36
2.1 Objetivos específicos	36
3 Método	38
3.1 Participantes	39
3.2 Materiais e Instrumentos	39
Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	39

DAWBA	40
Dados de arquivos	41
3.3 Procedimento	44
4 Resultados	47
4.1 Caracterização da amostra	48
4.2 Prevalência de problemas emocionais/comportamentais em nível clínico segundo o SDQ	53
4.3 Áreas de dificuldades segundo a avaliação do DAWBA	53
4.3.1 Hiperatividade	56
4.3.1.1 Cruzamento dos Dados do SDQ e do DAWBA	56
4.3.1.2 Associação entre hiperatividade e o uso de medicação	57
4.3.2 Comportamento desagradável ou TDO	58
4.3.2.1 Cruzamento dos dados do SDQ e do DAWBA	58
4.3.3 Comportamento difícil ou TC	59
4.3.3.1 Cruzamento dos dados do SDQ e do DAWBA	59
4.3.4 Desenvolvimento	60
4.3.5 Outras preocupações	61
4.4 Associação entre as áreas de dificuldade prevalentes segundo o DAWBA	63
4.5 Comparação entre os critérios diagnósticos de hiperatividade segundo o DAWBA e o DSM-IV-TR TM	67
5 Discussão	72
5.1 Perfil da amostra	73
5.2 Categorias prevalentes no SDQ e DAWBA	76
5.3 Problemas de desenvolvimento e outras preocupações	78
5.4 Comorbidade/ Associação entre as áreas de dificuldade	80

5.5 Comparação entre DAWBA e DSM-IV-TR™	83
5.6 Adequação e limitações do DAWBA	84
5.7 Diagnóstico psiquiátrico	87
6 Considerações Finais	91
7 Referências	94
Apêndice	101
Apêndice A- Parecer do Comitê de Ética	102

1. Introdução

1.1 A questão do diagnóstico psiquiátrico na criança

A maioria dos transtornos psiquiátricos é diagnosticada pela combinação e intensidade da manifestação de sinais, ou seja, achados objetivos observados pelo examinador (por ex., taquicardia, hiperatividade motora); de sintomas, queixas subjetivas apresentadas pelo indivíduo afetado (por ex., ansiedade, palpitação) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; KAPLAN; SADOCK, 1993) e prejuízo funcional. Mesmo com o auxílio de um sistema de classificação como o DSM-IV-TRTM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) e a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), o diagnóstico psiquiátrico é algo sempre desafiador: não há testes de laboratórios na área de saúde mental que possam oferecer diagnósticos conclusivos, há freqüente sobreposição dos sintomas, especialmente em crianças, e cada pessoa experiencia a doença psiquiátrica de forma única (PAPOLOS; PAPOLOS, 2006).

O diagnóstico na criança apresenta ainda maior complexidade que no adulto por uma série de razões. Frequentemente, a capacidade da criança de atribuir o desconforto que experimenta a uma fonte interna é limitada, seus problemas emocionais tendem a expressar-se por meio de comportamentos desadaptados e desviantes, raramente associados pela própria criança a um sofrimento interno. Um diagnóstico competente nesta faixa etária demanda procedimentos de avaliação cuidadosos e abrangentes, bem como a necessidade de maior confiabilidade através da recorrência a fontes de informação diversas, como professores, pais, pediatras, registros escolares e outros (BIRD; DUARTE; 2002), que podem ou não estar aptos a acessarem estes processos mentais na criança.

O desenvolvimento normal de uma criança também apresenta variações. Alguns comportamentos podem ser considerados normais em uma determinada idade, mas sugerem problemas de saúde mental em outra: sintomas, como agressão, dificuldades na regulação de

impulsos, dificuldade em tolerar frustração, dificuldade em sustentar a atenção, medo, timidez, dificuldades em compreender a linguagem são normais em crianças pequenas e podem ocorrer no decorrer da infância (PAPOLOS; PAPOLOS, 2006).

E finalmente, os critérios para diagnóstico de alguns transtornos mentais na infância são derivados daqueles para adultos (como transtornos de ansiedade e de humor), apesar de relativa pouca atenção em pesquisa ter sido dada à validação destes critérios em crianças. Não apenas os limites entre o normal e o patológico são menos passíveis de distinção em crianças, mas também aqueles entre um diagnóstico e outro (PERRING, 1997).

1.2 Prevalência dos transtornos mentais em crianças e adolescentes

A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes não é tão bem documentada como é para adultos. A partir dos anos oitenta, estudos que investigavam transtornos psiquiátricos clínicos passaram a usar estratégias sistemáticas para minimizar o impacto de erros metodológicos: critérios de diagnóstico padronizados, para evitar ampla variação de critérios, e entrevistas de diagnóstico estruturadas, para evitar variação na informação coletada (ROBERTS; ATTKISSON; ROSENBLATT, 1998).

Roberts, Attkisson e Rosenblatt (1998) analisaram cinquenta e dois estudos que estimavam a prevalência geral de transtornos psiquiátricos entre crianças e adolescentes. As taxas variaram de 1% a 51%, dependendo da metodologia utilizada. Ao agruparem em quatro faixas etárias distintas, as taxas de prevalência média foram de 10,2% para a pré-escola, 13,2% para a fase escolar e 16,5% para a adolescência. Em estudos que incluíam múltiplas idades, a taxa média foi de 21,9%. Usando a Escala Comportamental de Rutter, as taxas ficaram em torno de 12 %; fazendo uso de escalas para transtornos afetivos e esquizofrenia,

14% e usando a entrevista estruturada DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children) ou critérios do DSM-III-R, as taxas foram de 20-25%.

Estudos nos Estados Unidos estimam que cerca de 20% de crianças e adolescentes sofram de prejuízos funcionais médios e 5-9% sofrem de transtornos emocionais graves¹. Na Grã-Bretanha, a taxa estimada é de 9,7% (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). Em países em desenvolvimento, apesar de limitações metodológicas, taxas entre 10-20% foram apontadas em um estudo de revisão bibliográfica (HACKETT; HACKETT, 1999). No Brasil, estudos recentes indicam taxas de prevalência de problemas de saúde mental em crianças que variam de 7 a 20% (CURY; GOLFETO, 2003; FERRIOLI; MARTURANO, 2007; FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007).

Fazendo uso da CBCL e/ou *Youth Self Report*, Paula, Duarte e Bordin (2007) encontraram, num estudo no município de Embu, uma taxa de prevalência de problemas de saúde mental de 24,6% desconsiderando prejuízo funcional global e de 7,3% com prejuízo funcional global (casos que necessitavam de tratamento). Cury e Golfeto, usando o *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) em crianças de seis a onze anos, na cidade de Ribeirão Preto, encontraram uma taxa de 18,7 %.

Em um estudo recente em Taubaté, São Paulo, com crianças de sete a catorze anos, utilizando o instrumento *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA), 12,7% da amostra apresentou pelo menos um transtorno psiquiátrico. Os transtornos disruptivos (oposicional e de conduta) foram prevalentes, correspondendo a 7% da amostra, seguidos dos transtornos de ansiedade, 5,2%, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade 1,8% e depressão, 1%. Vinte e quatro por cento apresentaram algum tipo de comorbidade, sendo as mais comuns entre os transtornos de hiperatividade e transtornos disruptivos e entre transtornos depressivos e de ansiedade. O aumento nas taxas de transtornos depressivos foi a

¹ http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2_1.html#epidemiology

única mudança significativa com o aumento da idade. Escolas públicas tinham taxas de prevalência substancialmente mais altas que escolas privadas. Transtornos oposicional e de conduta foram significativamente mais freqüentes no meio urbano e transtornos de ansiedade no meio rural (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Segundo dados norte-americanos, nem todos os transtornos mentais identificados na infância e na adolescência persistem na vida adulta, mesmo assim a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes parece ser semelhante à de adultos. Enquanto alguns transtornos continuam na vida adulta, uma fração de crianças e adolescentes se recupera e uma fração de adultos desenvolve transtornos mentais somente na vida adulta, indicando diferenças na natureza e na distribuição dos transtornos mentais na infância e na vida adulta².

1.3 Transtornos mentais com início na infância e adolescência

O DSM-IV-TRTM e a CID-10 listam os transtornos mentais que geralmente são diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência: retardo mental, transtornos da aprendizagem, transtornos das habilidades motoras, transtornos da comunicação, transtornos globais do desenvolvimento, transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e disruptivos (por ex., transtorno desafiador de oposição- TDO e transtorno de conduta- TC), transtornos de alimentação da primeira infância (por ex., pica, transtornos de ruminação), transtornos de tique, transtornos da excreção e outros transtornos da infância e adolescência (por ex., mutismo seletivo, ansiedade de separação) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; MASH; BARKLEY, 2003; ORGANIZAÇÃO

² http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter2/sec2_1.html#epidemiology

MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Segundo o DSM-IV, o oferecimento de uma seção separada para transtornos que usualmente são diagnosticados pela primeira vez na infância ou na adolescência serve apenas por razões práticas, e não pretende sugerir a existência de qualquer distinção clara entre transtornos da “infância” e da “idade adulta”. Muitos transtornos deste grupo podem apresentar-se de uma forma residual ou atenuada na fase adulta. Por outro lado, muitos transtornos não incluídos neste grupo têm seu início durante a infância e adolescência, mas são listados separadamente. É o caso dos transtornos de ansiedade, transtornos de humor (transtorno depressivo maior, transtorno bipolar), transtornos alimentares (bulimia e anorexia nervosa), transtornos de personalidade, esquizofrenia, entre outros. Para a maior parte dos transtornos, um conjunto de critérios é oferecido, aplicando-se a crianças, adolescentes e adultos, com as possíveis variações quanto à idade descritas a parte (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; MASH; BARKLEY, 2003).

1.4 Transtornos internalizantes

Transtornos de ansiedade e de humor, também denominados transtornos internalizantes, são caracterizados pela experiência repetida de intensa dor internalizada ou emocional, ou seja, descrevem sentimentos ou problemas vivenciados internamente pela criança, ainda que não sejam aparentes aos outros. Sentimentos associados a essas condições podem ser de ansiedade, medo irracional, depressão, tristeza, baixa auto-estima e sentimento de desvalia. Depressão e ansiedade freqüentemente co-ocorrem em crianças. Este grupo de transtornos inclui transtornos de ansiedade de separação, de ansiedade generalizada, de estresse pós-traumático, obsessivo compulsivo, depressivo maior, distímia, bipolar e ideação

suicida (JENSEN; 2006; LIU, 2004; MASH; BARKLEY, 2003).

O transtorno depressivo maior é uma séria condição caracterizada por um ou mais episódios depressivos. O transtorno bipolar, também um transtorno de humor, caracteriza-se por episódios alternados de mania e depressão. Crianças deprimidas são tristes, têm perda de interesse em atividades que usualmente lhes davam prazer, são excessivamente críticas consigo mesmas e sentem que os outros fazem o mesmo. Sentem-se pouco amadas, pessimistas, desesperançosas quanto ao futuro, ou até mesmo acreditam que a vida não tem valor. Crianças e adolescentes deprimidos são freqüentemente irritáveis e agressivos. São indecisos, têm problemas de concentração, perda de energia e motivação, negligenciam a aparência e a higiene e podem ter problemas no sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Crianças bipolares podem ser inflexíveis, oposicionais, extremamente irritadiças e a grande maioria experiencia períodos de raiva explosiva. Estes sintomas podem confundir-se com ou indicar a co-ocorrência de outros transtornos, como ansiedade, TDAH, TDO e TC (PAPOLOS; PAPOLOS, 2006).

Apesar das similaridades, a depressão e o transtorno bipolar infantil diferem em muitas maneiras da do adulto. Por muitos anos, acreditava-se que os transtornos de humor eram extremamente raros em crianças. Talvez por causa da relutância em fazer diagnóstico em crianças de algo que poderia significar um problema ao longo de toda uma vida e da relutância em prescrever medicação (MONDIMORE, 1999). No entanto, alguns autores acreditam que o transtorno bipolar, por exemplo, possa ter início ainda muito cedo na vida e que seja negligenciado nos serviços de saúde mental. Acredita-se que um terço das crianças diagnosticadas com TDAH esteja sofrendo, na realidade, de sintomas de mania. Provavelmente um quarto das crianças que são medicadas atualmente com ritalina receberá no futuro o diagnóstico de transtorno bipolar (PAPOLOS; PAPOLOS, 2006).

O grupo de transtornos de ansiedade engloba uma grande variedade de

transtornos. Alguns dos mais comuns associados a essas condições são ansiedade generalizada, ansiedade de separação e fobias.

Crianças com ansiedade generalizada preocupam-se excessivamente com qualquer tipo de evento que possa ocorrer. Necessitam de constante aprovação e preocupam-se indevidamente com desempenho acadêmico, atividades esportivas, em serem pontuais ou até mesmo com desastres naturais. Segundo o DSM-IV-TRTM, aproximadamente 3% da população em geral sofre de ansiedade generalizada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Ansiedade de Separação é caracterizada pela ansiedade imprópria e excessiva envolvendo o afastamento do lar ou de figuras de vinculação ou por preocupações irreais e exageradas sobre perigos que possam ameaçar a essas figuras, com prevalência média de 4% em crianças e adolescentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; GRILLO; SILVA, 2004). Para se atingir o diagnóstico, a ansiedade ou o medo devem causar prejuízo social ou acadêmico relevante e devem ter duração de no mínimo um mês. Crianças com ansiedade de separação têm, em geral, dificuldade para dormirem sozinhas, temem, quando separadas dos pais, que estes se envolvam em acidentes, têm necessidade de se manterem próximas dos mesmos e de casa e podem apresentar dificuldade em frequentar a escola ou casa de amigos. O medo de separação das figuras de vínculo pode lhes causar tontura, náuseas ou palpitações e ser associado a sintomas de tristeza, depressão, apatia e dificuldade de concentração (ALBANO; CHORPITA; BARLOW; 2003).

As fobias são caracterizadas por um medo intenso, irracional e persistente de certas situações, objetos, pessoas ou atividades, embora estes não sejam um perigo real. O principal sintoma deste transtorno é de esquiva/ evitação excessiva e irracional do objeto de medo. Quando há perda de controle pelo indivíduo ou o medo traz considerável prejuízo à vida diária, então o diagnóstico pode ser feito. Na criança, as fobias interferem na participação

em atividades escolares, na vida familiar e social. Dentro deste grupo estão, por exemplo, fobia social (medo intenso envolvendo situações sociais ou pessoas, como participar na sala de aula, comer em público) e fobia específica (medo acentuado envolvendo objetos ou situações específicas) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

1.5 Transtornos externalizantes

Transtornos externalizantes em crianças são, em geral, dirigidos aos outros e manifestados por padrões de comportamento desafiador, desobediente, hostil, agressivo, mentiroso, anti-social, impulsivo, desatento e hiperativo, inapropriados para a idade (JENSEN; 2006; LIU, 2004; MASH; BARKLEY, 2003). TDAH, TC e TDO são categorias diagnósticas que caracterizam comportamentos externalizantes, parecem ter pior prognóstico, assim como maior resistência à maioria das formas de intervenção que os internalizantes (HINSHAW, 1992).

Um estudo de revisão feito por Egger e Angold (2006) revelou que o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) era o transtorno mais frequentemente apresentado por usuários de serviços de saúde mental em idade pré-escolar. A taxa de prevalência para o transtorno, segundo o DSM-IV-TRTM, varia de 3 a 7% entre as crianças em idade escolar, dependendo da natureza da amostra. TDAH é caracterizado por grau excessivo de atividade motora, impulsividade e desatenção (GARFINKEL; CARLSON; WELLER, 1992) em casa e na escola, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento, com evidências claras de um comprometimento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional. Desatenção pode não ser identificada até que a criança entre na escola fundamental, em que situações que exigem manutenção da

atenção e organização são mais evidentes. Muitas crianças com TDAH experienciam dificuldades acadêmicas, além de associação freqüente com Transtorno de Conduta (TC) e Transtorno Desafiador de Oposição (TDO): aproximadamente a metade das crianças encaminhadas por causa de TDAH também tem TOD ou TC (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

TDO é caracterizado por comportamento negativista, hostil e desafiador, com freqüentes comportamentos como perder a calma, discutir com adultos, desacatar e/ou irritar-se com facilidade, com taxas de prevalência entre dois e 16%, dependendo da natureza da amostra e dos métodos de amostragem. TC é caracterizado por violação repetitiva e persistente dos direitos dos outros ou normas sociais importantes, são freqüentes comportamentos como agressão a pessoas e ao patrimônio, mentiras e/ou furtos, e tem taxas de prevalência que variam de menos de 1% a mais de 10% na população em geral e são mais altas em meninos. Em ambos os transtornos, os comportamentos ocorrem com freqüência maior que a esperada para a idade e nível de desenvolvimento e com prejuízo acadêmico, social ou ocupacional evidente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

1.6 Associação entre os transtornos

Apesar de a categorização entre comportamentos externalizantes e internalizantes ser usual, essa dicotomia não é perfeita nem completa. A co-ocorrência entre ambas as categorias é estatisticamente evidente (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999; LIU, 2004). Crianças com problemas de comportamento internalizante também podem ter um impacto negativo nos outros, incluindo irmãos, pais, pares e professores. Da mesma maneira, aquelas com comportamento externalizante podem não apenas afetar negativamente seu

ambiente externo, como também apresentarem intenso sofrimento interno. Um exemplo disso é que crianças agressivas podem experienciar forte ansiedade, assim como crianças deprimidas podem exibir graves problemas de conduta (LIU, 2004).

Na realidade, comorbidade parece ser mais regra do que exceção. A atenção dada ao tema cresceu exponencialmente em todas as áreas. No que diz respeito a pesquisas com crianças e adolescentes, houve um aumento em número de citações da palavra "comorb", de um em 1986 para cento e quarenta e sete em 1997 (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999).

Comorbidade geralmente se refere à manifestação de duas ou mais desordens que ocorrem mais freqüentemente juntas que separadamente. Ela tem sido reportada em psicopatologia infantil em mais de 50% dos casos em amostras da comunidade e com taxas ainda mais altas em amostras clínicas. As comorbidades mais comuns na infância e na adolescência incluem TDAH e TC, transtornos depressivos e ansiedade e transtornos autistas e retardamento mental (MASH; BARKLEY, 2003). Um agravante é que dificuldades escolares e prejuízos acadêmicos são comuns a todas estas condições, trazendo pior prognóstico ao quadro clínico (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; GRILLO; SILVA, 2004).

O termo “comorbidade”, no entanto, é foco de considerável debate. Alguns pesquisadores defendem que a terminologia é inadequada, porque não distingue a manifestação de condições orgânicas da medicina (doenças) de condições latentes de saúde mental (síndromes e transtornos). Outros autores apontam que uso dos termos “comorbidade”, “co-ocorrência” e “covariância” reflete apenas uma disputa semântica (MASH; BARKLEY, 2003).

A Saúde Mental se ocupa de transtornos, ou seja, síndromes comportamentais e psicológicas que são desvios do padrão de normalidade, que são bem menos estabelecidos que

fisiopatologias. Isso é uma importante distinção, porque comorbidade entre transtornos pode indicar problema no sistema de classificação, e não uma associação entre duas doenças. O fato de os pesquisadores não lidarem ainda com doenças claramente validadas não quer dizer, no entanto, que o estudo de comorbidades em Saúde Mental não seja relevante. Ao contrário, entender a presença de comorbidade entre condições psiquiátricas oferece um meio de corrigir e validar a nosologia psiquiátrica. O ponto chave é que o estudo de comorbidade não depende da existência de entidades de doenças bem validadas, mas pode ser particularmente informativo no caso de transtornos pouco validados (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999).

1.7 Problemas de saúde mental em crianças com queixa escolar

No Brasil, cerca de 40% das crianças em séries iniciais de alfabetização apresentam dificuldades escolares (SCHIRMER; FONTOURA; NUNES, 2004). Muitas dessas crianças serão encaminhadas à rede de saúde. Dificuldades no aprendizado escolar estão entre os principais motivos de procura de atendimento psicológico para crianças na rede pública de saúde e nas clínicas-escola de psicologia (BARBOSA; SILVARES, 1994; SALES, 1989; SANTOS, 1990). A presença expressiva de crianças com queixa escolar na demanda por atendimento psicológico junto aos serviços de saúde na comunidade pode estar relacionada à co-ocorrência da dificuldade de aprendizagem com outros problemas adaptativos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003; GRAMINHA, 1992; HINSHAW, 1992; NUNES, 1990; SANTOS, 2002; THOMPSON et al., 1990).

Sete em cada dez crianças encaminhadas à rede de saúde com queixa escolar apresentam sintomas emocionais e/ou comportamentais em nível clínico (ELIAS, 2003), uma

taxa muito acima daquelas indicadas em estudos de prevalência na população brasileira (CURY; GOLFETO, 2003; FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). As estimativas internacionais de prevalência do problema giram em torno de 12% (ROESER; ECCLES, 2000). Dadas as taxas de prevalência, do sofrimento social e pessoal e da resistência a grande parte das estratégias de intervenção, a associação entre queixa escolar e problemas de comportamento pode ser apontada como um dos principais problemas de saúde mental na infância (HINSHAW, 1992).

Levantamentos descritivos sobre a queixa escolar, feitos sobre a clientela de um ambulatório de psicologia vinculado ao SUS, detectaram 60% a 70% de crianças com problemas emocionais e/ou de comportamento em nível clínico (ELIAS, 2003). Estudos controlados de comparação entre grupos de crianças encaminhadas para atendimento com a queixa escolar e grupos de crianças não encaminhadas oferecem um esboço do perfil sócio-emocional da população escolar que busca ajuda psicológica em virtude do baixo desempenho acadêmico. Comparadas a colegas com desempenho escolar satisfatório, e até mesmo a colegas com desempenho pobre que não foram referidos, as crianças referidas para atendimento em virtude do baixo rendimento acadêmico apresentam dificuldades sócio-emocionais com maior frequência e intensidade (D'ÁVILA-BACARJI; MARTURANO; ELIAS, 2005; MARTURANO; LINHARES; LOUREIRO; MACHADO, 1997a, 1997b; MARTURANO; PARREIRA; BENZONI, 1997). Segundo o relato das mães, os problemas de comportamento freqüentemente antecedem as dificuldades escolares, remontando à fase pré-escolar ou até mesmo a períodos anteriores (MAGNA; MARTURANO, 1998; PARREIRA; MARTURANO, 1998). Para algumas crianças, o ingresso na pré-escola já teria sido uma experiência difícil, com problemas adaptativos (MAGNA; MARTURANO, 1998). No levantamento feito por Marturano, Magna e Murtha (1993), apenas 10% das crianças com queixa escolar não enfrentavam situações adversas, recorrentes ou crônicas no contexto

familiar, como morte de algum membro da família, alcoolismo do pai, conflitos conjugais, separação, doença crônica ou doença psiquiátrica de um dos pais, instabilidade ocupacional e agressão física à criança, e, no contexto pessoal, tratamento de saúde por problema crônico (neurológico, psicológico, fisioterápico e outros), doenças ou hospitalizações recorrentes. Além de queixas relativas ao comportamento e aos processos cognitivos, como dificuldades de aprendizagem e de atenção, também são citados pelas mães problemas relativos à fala, atiques, à enurese e à dificuldade em adquirir novos comportamentos (MARTURANO; MAGNA; MURTHA, 1993). Prevalecem sinais de auto-regulação pobre e dificuldades interpessoais, como retraimento e comportamento agressivo. A auto-imagem também parece prejudicada: crianças com desempenho escolar pobre, quando comparadas a colegas sem dificuldades escolares, apresentam auto-conceito menos favorável e baixo senso de auto-eficácia (JACOB, 2001; MEDEIROS; LOUREIRO; LINHARES; MARTURANO, 2003).

Em se tratando das consequências adversas relacionadas à queixa escolar, estudos longitudinais revelaram que grupos com associação de baixo desempenho escolar e problemas de comportamento/hiperatividade tinham trajetória de desenvolvimento mais desfavorável que grupos que apresentavam estes problemas isoladamente. Os resultados indicaram que, no seguimento, as crianças com baixo desempenho escolar associado a problemas de comportamento e/ou hiperatividade apresentavam escores mais baixos em exames escolares, menor progressão em leitura, maior probabilidade de terem recebido terapia fonoaudiológica, maior evidência de adversidades sócio-econômicas, maior número de problemas de ajustamento, de comportamento opositor e anti-social e de problemas emocionais, como ansiedade-medo e hostilidade-agressividade (CHADWICK et al., 1999; PISECCO et al., 1996; SMART; SANSON; PRIOR, 1996).

Outros estudos longitudinais apontaram que transtornos de hiperatividade na infância prediziam baixo desempenho escolar no seguimento, e que a associação entre

hiperatividade e problemas de conduta na infância era ainda mais grave, porque predizia baixo desempenho escolar e comportamento anti-social, como comportamento ofensivo e abuso/dependência de substâncias, na adolescência (FERGUSSON; HORWOOD; LYNSKEY, 1993; FERGUSON; LYNSKEY; HORWOOD, 1997; MCGEE et al., 2002; RAPPORT; SCANLAN; DENNEY, 1999). Já McCall, Scott e Lau (2000), tendo como ponto de partida apenas o baixo desempenho escolar, e não problemas de atenção, hiperatividade e conduta, mostraram que são identificados mais meninos que meninas com baixo desempenho e que quanto mais persistente é a trajetória de baixo desempenho escolar, mais a criança se torna disruptiva, impaciente, agressiva e menor é o apoio dos pais e professores, com reflexo na educação, mais focalizada em disciplina e controle.

Estudos feitos com amostras clínicas, focalizando crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), apontaram que estas crianças apresentam prejuízos acadêmicos importantes se comparadas a crianças sem TDAH, como maior dificuldade em leitura e aritmética e menores resultados acadêmicos. Em geral, também se encontram em maior risco em outros domínios, como capacidade intelectual e ajustamento social. Quando seguidas longitudinalmente, crianças com TDAH apresentam resultados menos favoráveis de desenvolvimento, como, por exemplo, taxas significativamente mais altas de comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, como transtorno de conduta (maior número de atos anti-sociais, mais uso de cigarro e maconha), transtorno de humor, transtorno de ansiedade, transtornos de tique e transtornos da linguagem. A prevalência destas comorbidades tende a ficar mais alta à medida que a criança se desenvolve. No histórico de saúde, levantado no seguimento, crianças com TDAH fazem maior uso de medicação e maior número de internações. (BARKLEY et al., 1990; BIEDERMAN et al., 1996; FISCHER et al., 1993). No que diz respeito à situação familiar, estes estudos apontaram que crianças com TDAH vivenciavam mais conflitos em família (BIEDERMAN et al., 1996), menor

estabilidade familiar, como mudança de residência e de emprego do cuidador (BARKLEY et al., 1990) e maior número de comportamentos anti-sociais paternos (FISCHER et al., 1993).

Em conjunto, os resultados dos estudos que investigaram problemas de saúde mental em crianças com dificuldades acadêmicas sugerem que estas crianças estão em risco, independentemente da queixa escolar. Os dados anteriores parecem confirmar que o baixo desempenho escolar pode estar associado não somente a problemas dentro da escola, a problemas familiares e nos relacionamentos interpessoais, mas também a problemas de natureza fonoaudiológica e psiquiátrica (transtornos psiquiátricos, uso de medicação e internação), com prejuízos ainda mais graves na adolescência e na vida adulta.

1.8 O profissional de saúde e a queixa escolar: importância do diagnóstico

Profissionais de saúde sentem-se compreensivelmente desconfortáveis e desconcertados em relação à queixa escolar. Salta aos olhos a ineficiência do sistema educacional, em um país com estatísticas de 40% de alunos do ensino fundamental apresentando desempenho escolar pobre (SCHIRMER; FONTOURA; NUNES, 2004) e 30% de adultos analfabetos funcionais³ (www.ipm.org.br).

Estas constatações têm sido vinculadas à idéia explícita de que os casos escolares devem ser solucionados no âmbito da escola, e que os encaminhamentos a serviços de saúde provocam a "medicalização" ou "psicologização" do fracasso escolar (NEVES; ARAÚJO 2007), o que poderia transformar problemas de ensino em problemas de aprendizagem (MARTURANO; MAGNA; MURTHA, 1993).

³ Analfabeto funcional é o termo usado para designar aquela pessoa que não consegue compreender o que lê, apesar de ter frequentado a escola por pelo menos quatro anos.

É justo, portanto, supor que muitas crianças estão sendo encaminhadas indevidamente à rede de saúde, quando a solução dos problemas de aprendizagem escolar compete à rede de ensino público. No entanto, os dados das pesquisas apresentadas anteriormente revelam que a queixa escolar pode estar ligada também a problemas de saúde mental.

Para a correta identificação de crianças com problemas de saúde mental associados à queixa escolar, é preciso que o profissional de saúde esteja instrumentado para, em sua rotina, distinguir entre os casos clínicos e aqueles outros cujas necessidades são de ordem educacional. O fato de que alguns transtornos mentais têm início precoce, ainda na infância, é reconhecido pela CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993), sistema de classificação de doenças adotado na rede pública de saúde. No Brasil, um estudo epidemiológico recente realizado com 1251 crianças de 7 a 14 anos, na cidade de Taubaté, apontou prevalência de transtornos psiquiátricos da ordem de 12,7% (FLEITLICH-BILYK-BILYK; GOODMAN, 2004). Supondo que na população com queixa escolar essa taxa seja maior (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), é na rede de saúde que os transtornos mentais associados à queixa escolar devem ser identificados, diagnosticados e tratados.

1.9 Instrumentos de Diagnóstico Clínico

Atualmente os dois principais sistemas de classificação dos transtornos mentais são a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 e o DSM-IV-TRTM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). A CID-10 é o sistema internacional de classificação, adotado

oficialmente no Brasil; o DSM-IV-TRTM é mais empregado em pesquisa. Em ambos os sistemas há uma seção dedicada a transtornos que são diagnosticados pela primeira vez na infância e na adolescência, ou seja, com o início usualmente ocorrendo neste período.

Os estudos realizados até então no Brasil, visando dar suporte ao profissional de saúde no esclarecimento da queixa escolar, têm empregado escalas dimensionais, que informam sobre a intensidade dos sintomas, mas não fornecem classificação dos transtornos compatível com a CID-10. Os instrumentos mais utilizados são a ECI - Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter (GRAMINHA, 1994) e o CBCL – Child Behavior Checklist de Achenbach (BORDIN; MARI; CAEIRO, 1995). A primeira é um instrumento de rastreamento de problemas de comportamento, e o segundo é uma escala de diagnóstico de problemas internalizantes e externalizantes. O uso desses instrumentos está relacionado à disponibilidade das respectivas versões em português.

Recentemente, tornou-se disponível um instrumento de diagnóstico de transtornos mentais na infância e na adolescência, que fornece diagnósticos compatíveis com a CID-10. A *avaliação do desenvolvimento e bem-estar*, cujo nome original em inglês é *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA), é um sistema de avaliação de psicopatologia, que fornece diagnósticos em crianças e adolescentes de 5 a 16 anos. Foi inicialmente planejado para uma pesquisa epidemiológica nacional de desordens emocionais e comportamentais numa amostra representativa de 10.000 crianças e adolescentes britânicos, com o objetivo principal de planejar e prover serviços para indivíduos afetados (GOODMAN; FORD; RICHARD; GATWARD; MELTZER, 2000).

O sistema é composto por dois instrumentos – um questionário de rastreamento e uma entrevista de diagnóstico, constituída por uma seção de perguntas objetivas e outra de perguntas abertas sobre os sintomas e o impacto. O questionário de rastreamento, denominado Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), informa se a criança tem alguma área de

funcionamento comprometida em nível clínico, indicando, assim, se cabe ou não aplicar a entrevista e quais módulos devem ser aplicados (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; GOODMAN; FORD; RICHARDS; GATWARD; MELTZER, 2000).

A entrevista, concebida de acordo com o conceito de árvore diagnóstica, está disposta em módulos; em cada módulo, há regras claras e objetivas para continuar ou interromper a investigação, com base no número de sinais e sintomas presentes. Esse formato traz duas vantagens importantes em termos de facilidade e custo da aplicação: (a) permite que o diagnóstico seja feito diretamente a partir das informações sobre os sintomas e seu impacto, fornecidas pelo entrevistado (um familiar, professor ou a própria criança); (b) o entrevistador não necessita de “background” clínico, mas apenas de habilidades básicas para conduzir entrevista e um treinamento específico no instrumento. A análise das respostas fechadas e abertas deve ser feita por um clínico, que segundo sua experiência, obterá o diagnóstico conforme o DSM-IV-TRTM (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; GOODMAN; FORD; RICHARDS; GATWARD; MELTZER, 2000).

O DAWBA foi traduzido para o português e retro-traduzido para o inglês para checar a fidelidade da tradução. Depois de um extenso trabalho piloto, houve um ajuste de palavras no instrumento, onde necessário, para maximizar sua compreensão e sua adaptação ao contexto cultural. O instrumento foi aplicado às cegas em uma amostra que incluía 1251 crianças sem problemas e 87 usuários de uma clínica de saúde mental na cidade de São Paulo, estes últimos com diagnóstico definido de algum transtorno, segundo o DSM-IV-TRTM. Houve pelo menos um diagnóstico reconhecido pelo DAWBA em 94% do grupo clínico, com concordância de 78% com o primeiro diagnóstico clínico (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

Dado que o DAWBA oferece excelente discriminação entre amostras clínicas e da comunidade (GOODMAN; FORD; RICHARDS; GATWARD; MELTZER, 2000) e tem

taxas semelhantes às obtidas segundo o diagnóstico do DSM-IV-TRTM em amostra brasileira (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004), o instrumento se mostra adequado para o uso em pesquisa. A versão brasileira está disponível para “download” na Internet, no endereço www.dawba.com.

1.10 Mapeamento dos transtornos associados à queixa escolar

Tem ficado cada vez mais evidente a necessidade de estudos que avaliem as características da população na área de saúde mental infantil para que esta população possa ser atendida dentro das suas necessidades. Apesar da magnitude dos problemas, a atenção pública em saúde mental dirigida ao grupo infanto-juvenil tem sido marcada por um vazio histórico em sua cobertura (HOFFMANN; SANTOS; MOTTA; 2008). Num estudo em um município do estado de São Paulo, Paula, Duarte e Bordin (2007) apontaram que a capacidade anual de assistência à criança com problemas de saúde mental e com prejuízo funcional global era de 14% da demanda encontrada, sendo necessários cerca de sete anos para que todas pudessem ser tratadas.

Estudos epidemiológicos e de caracterização podem apresentar evidências, ressaltando a importância da alocação de verbas para a área de saúde mental infantil. Se a demanda é sub-identificada, não há como defender a implementação de políticas públicas voltadas para o adequado atendimento de saúde mental à infância. Conhecer as taxas de transtornos mentais na população auxilia no planejamento dos serviços de saúde oferecidos à comunidade, pode servir de base para a indicação de tratamentos e para o desenvolvimento de programas de prevenção (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

No caso específico do DAWBA, por ser um instrumento de diagnóstico clínico elaborado segundo critério da CID-10 e do DSM-IV-TRTM, ele possibilita o mapeamento dos transtornos, que é, como visto acima, pré-requisito para ações em busca de tratamentos mais específicos e assertivos, além de uniformizar a linguagem dos profissionais de serviços de saúde.

2. Objetivo

O sistema DAWBA foi incorporado experimentalmente à rotina do Ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP), que atende crianças na faixa de 6 a 12 anos, com queixa escolar. Nesse contexto, faz-se oportuna uma investigação para identificar, entre os 60 – 70% de crianças que apresentaram problemas emocionais e/ou de comportamento em nível clínico em pesquisas anteriores, aquelas cujas manifestações são suscetíveis de diagnóstico clínico por seu padrão característico.

Desta forma, o presente estudo tem como:

2.1 Objetivo Geral:

- Fazer o levantamento dos problemas de saúde mental, compatíveis com a CID-10 e com o DSM-IV-TRTM, em crianças com queixa escolar, atendidas no referido ambulatório.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra segundo dados sócio-demográficos (nível de escolaridade, idade e ocupação dos pais) e história pregressa de tratamento (origem do encaminhamento e profissional solicitante, outros tratamentos já realizados e uso de medicação);
- Identificar sintomas em nível clínico segundo um instrumento de rastreamento (SDQ);
- Identificar as áreas de dificuldade prevalentes segundo do DAWBA;

- Comparar os dados obtidos do SDQ e do DAWBA;
- Identificar a co-ocorrência entre os problemas de saúde mental prevalentes da amostra;
- Comparar as taxas de prevalência dos diagnósticos de hiperatividade, comportamento desafiador oposicional, transtorno de conduta e de ansiedade de separação segundo os critérios do DAWBA e do DSM-IV-TRTM;

3. Método

3.1 Participantes

Participaram 103 crianças, com idade entre seis e doze anos, de ambos os sexos. Tais crianças foram encaminhadas, em razão de dificuldade escolar, por profissionais da rede de saúde, ao Ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

3.2 Materiais e Instrumentos

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)⁴

O SDQ é um instrumento de rastreamento que investiga problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Compreende 25 itens divididos em cinco sub-escalas: problemas emocionais, hiperatividade, problemas de relacionamento, problemas de conduta e comportamento pró-social, com cinco itens em cada sub-escala. Fornece um ponto de corte para cada sub-escala, acima do qual o escore da criança é considerado anormal⁵, sendo nesse caso indicada a aplicação do módulo correspondente na entrevista de diagnóstico descrita a seguir (GOODMAN, 1999; FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004).

⁴ <http://www.sdqinfo.com/>

⁵ Exceto na sub-escala de comportamento pró-social, em que escores anormais estão abaixo do ponto de corte.

Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes
(Development and Well-Being Assessment- DAWBA)⁶

Esta entrevista de diagnóstico tem três versões: uma para pais, uma para crianças com idade igual ou superior a 11 anos e uma para professores. Foi utilizada neste estudo a versão destinada aos pais.

A entrevista para os pais envolve 14 seções de perguntas com alternativas de resposta e uma seção adicional de perguntas abertas, não utilizada neste trabalho, sobre cada uma das 14 seções anteriores. Cada uma das 14 seções diz respeito a uma classe de problema em saúde mental: desenvolvimento, ansiedade de separação, fobia específica, fobia social, pânico e agorafobia, estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade generalizada, depressão, transtorno de atenção e de hiperatividade, transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, transtornos alimentares, transtornos de tiques e outras preocupações. Para cada um desses transtornos, a entrevista investiga os sintomas e outros critérios necessários de uma forma semelhante ao DSM-IV-TRTM e à CID-10. Transtornos menos prevalentes, como transtornos de fala e transtornos autistas, também são tratados, mas de forma menos aprofundada, na seção de desenvolvimento (GOODMAN; FORD; RICHARDS; GATWARD; MELTZER, 2000).

Todas as 14 seções do DAWBA apresentam uma estrutura semelhante: uma breve introdução ao entrevistado sobre o que será tratado naquela seção e uma ou duas perguntas de "screening" para verificar se é adequado prosseguir na seção.

O transtorno é identificado da seguinte maneira: caso as perguntas de "screening" sejam positivas, ou caso o entrevistado já tenha referido o mínimo de problemas exigidos no SDQ para aquela seção, então se deve prosseguir na mesma seção. As seguintes

⁶ <http://www.dawba.com/>

correspondências foram estabelecidas pelos autores entre as escalas do SDQ e do DAWBA: classificação clínica na escala emocional do SDQ remete às seções do DAWBA que investigam Ansiedade de Separação, Fobia Específica, Fobia Social, Compulsões e Obsessões e Ansiedade Generalizada; classificação clínica na escala de hiperatividade / SDQ remete à seção Hiperatividade / DAWBA; classificação clínica na escala de conduta / SDQ remete às seções Comportamento Desagradável e Comportamento Difícil / DAWBA. Nas demais seções do DAWBA - Pânico e Agorafobia, Estresse Pós-Traumático, Depressão, Auto-Agressão, Alimentação, Peso e Forma, Tiques - não é relevante a pontuação do SDQ, apenas o são as perguntas de “screening”.

O entrevistado é então questionado, em detalhes, sobre a presença, severidade, duração e início de sintomas relacionados ao problema de saúde mental investigado na seção. Quando o número de sintomas e a duração atingem o critério estipulado no instrumento, o protocolo orienta o entrevistador a marcar na página final a presença de determinada área de dificuldade. Faz-se necessário apontar que o número de sintomas exigido pelo DAWBA para que seja assinalada a presença dos transtornos é inferior ao exigido pelo DSM-IV-TRTM e pela CID-10. Desta forma, o uso do termo “área de dificuldade” parece ser mais apropriado que o uso do termo “diagnóstico”.

A Tabela 1 indica as correspondências entre os termos referentes às áreas de dificuldade do DAWBA e os diagnósticos do DSM-IV-TRTM e da CID-10.

Dados de arquivo

Os prontuários do ambulatório foram consultados para obter dados avaliados durante a primeira consulta com a criança. Foram coletadas informações sobre nível

intelectual⁷; fonte de encaminhamento; justificativa da referência; profissional solicitante; escolaridade, idade e ocupação dos pais ou responsáveis; acompanhamentos realizados pela criança (fonoaudiológico, psiquiátrico, neurológico, psicológico e outros) e uso atual de medicação.

⁷ Esta informação é relevante para o objetivo do projeto, dada a maior prevalência de transtornos mentais em indivíduos com diagnóstico de deficiência mental (American Psychiatric Association, 2003)

Tabela 1- Correspondência entre os termos referentes às áreas de dificuldade do DAWBA e os diagnósticos do DSM-IV-TRTM e da CID-10⁸

DAWBA	DSM-IV-TR TM	CID-10
1. Desenvolvimento	Transtornos globais do desenvolvimento (299)	Transtornos invasivos do desenvolvimento (F 84)
2. Ansiedade de Separação	Transtorno de ansiedade de separação (309.21)	Transtorno de ansiedade de separação na infância (F93.0)
3. Fobia específica	Fobia específica (300.29)	Fobias específicas (F40.2)
4. Fobia social	Fobia social (300.23)	Fobias sociais (F40.1)
5. Pânico	Ataque de pânico	Transtorno do pânico (F41.0)
6. Agorafobia	Agorafobia (300.21, 300.22)	Agorafobia (F40.00, F40.01)
7. Estresse Pós-traumático	Transtorno de estresse pós-traumático (309.81)	Transtorno de estresse pós-traumático (F43.1)
8. Compulsões e obsesses	Transtorno obsessivo-compulsivo (300.3)	Transtorno obsessivo-compulsivo (F42)
9. Ansiedade generalizada	Transtorno de ansiedade generalizada (300.02)	Transtorno de ansiedade generalizada (F41.1)
10. Depressão	Transtorno depressivo maior (296.2x)	Transtorno depressivo (F32)
11. Irritabilidade		
12. Perda de interesse		
13. Auto-agressão		
14. Hiperatividade	Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (314.01)	Transtornos hipercinéticos (F90)
15. Comportamento desagradável	Transtorno desafiador de oposição (313.81)	Transtorno desafiador de oposição (F91.3)
16. Comportamento difícil	Transtorno de conduta (312.81)	Transtorno de conduta (F91.0, 91.1, 91.2)
17. Problemas com a Polícia	-----	-----
18. Muito magro	Transtorno de Alimentação: Anorexia Nervosa (307.1) e Bulimia Nervosa (307.51)	Transtornos Alimentares: Anorexia Nervosa (F50.0) e Bulimia Nervosa (F50.2)
19. Preocupa-se com comida e com peso		
20. Perda de controle		
21. Evita ganho de peso		
22. Tiques motores	Transtorno de tique motor ou vocal crônico (307.22)	Transtorno de tique transitório (F95.0) transtorno de tique motor ou vocal (F95.1)
23. Tiques vocais		

⁸www.dawba.com

3.3 Procedimento

A coleta de dados foi inserida na rotina do ambulatório. De acordo com essa rotina, o DAWBA era aplicado durante a primeira consulta, à qual comparece o adulto responsável pela criança, em geral a mãe. Antes de iniciar o procedimento clínico previsto para a consulta, era apresentado o TCLE. Nos cinquenta primeiros casos, a apresentação foi feita pelas psicólogas do serviço⁹ responsáveis pela primeira consulta e nos casos restantes, pela pesquisadora. A mãe era esclarecida sobre os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário da participação; era também assegurada quanto à garantia de atendimento no ambulatório, independentemente da concordância em participar, e quanto ao sigilo dos dados. E, então, tomava a decisão de assinar ou não o termo de consentimento. As psicólogas do serviço seguiam, então, o procedimento usual da primeira consulta, com uma investigação da história de vida da criança e aplicação do SDQ. Antes da aplicação do DAWBA, fazia-se um breve intervalo para cotação do SDQ, de modo a identificar as áreas de problema. Enquanto isso, a mãe aguardava no hall de espera. Em seis casos, a cotação do SDQ e a aplicação do DAWBA foram realizadas pelas próprias psicólogas do serviço. Nos demais 97 casos, a pesquisadora, treinada por três meses para a cotação e aplicação dos instrumentos, realizava a entrevista com a mãe, em um dos consultórios do ambulatório, enquanto a criança era avaliada por uma das psicólogas do serviço.

A seção de Desenvolvimento foi aplicada somente às primeiras 50 mães ou responsáveis, sendo substituída, posteriormente, pela seção Outras Preocupações, mais curta e rápida, usada quando a seção de Desenvolvimento não é aplicada. Essa mudança teve a finalidade de reduzir o tempo de aplicação do DAWBA e foi necessária devido ao fato de que o ambulatório deixou de contar com a funcionária que tomava conta da criança, depois de

⁹ A primeira consulta é conduzida pelas psicólogas da equipe técnica do ambulatório.

encerrada sua consulta com a psicóloga, enquanto a mãe era entrevistada pela pesquisadora. A redução de tempo na entrevista com as mães possibilitou que também fosse reduzido o tempo que as crianças passavam sozinhas, na sala de espera. Com o intuito, portanto, de reduzir o tempo da entrevista, foi substituída a seção de Desenvolvimento pela de Outras Preocupações e suprimidas as questões quanto ao impacto. Houve uma redução média de quarenta minutos na aplicação do instrumento.

No que tange à seção de perguntas abertas, verificou-se no período de treinamento que quanto mais queixas a mãe apresentava em relação à criança, mais longa era esta seção. Em casos mais graves, a entrevista poderia durar quase duas horas, mais o período da entrevista inicial, que durava de 60 a 90 minutos: em torno de três horas ou mais no total. As mães se queixavam de fadiga e de que as perguntas eram pouco claras e repetitivas. Como as perguntas abertas acrescentavam pouca informação, além daquela já obtida pelas perguntas objetivas, optou-se por não incluir esta seção no presente trabalho.

Ao final das entrevistas, os protocolos foram cotados segundo as instruções do instrumento. Depois de assinaladas as áreas de dificuldades, estas foram analisadas segundo os sintomas ou características próprias da seção, tabuladas e cruzadas com os dados do SDQ e com os dados de arquivo, todos inseridos no programa estatístico SPSS. Para os casos em que o DAWBA tinha pontuação de corte inferior ao do DSM-IV para a identificação da área de dificuldade/diagnóstico (hiperatividade, comportamento desagradável, comportamento difícil e ansiedade de separação), foi feita uma nova cotação de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TRTM.

No caso da seção de hiperatividade, para se alcançar o diagnóstico mais próximo ao de TDAH, além do aumento da pontuação de corte dos sintomas, seria necessária a presença de sintomas em dois ambientes distintos, casa e escola, conforme o exigido pelo DSM-IV-TRTM. Convencionou-se, para o presente trabalho, que o mais próximo disso, seria a

queixa segundo a mãe de reclamação das professoras em pelo menos dois dos itens seguintes: hiperatividade, impulsividade e desatenção (comprovando que o problema ocorre/ocorria em dois ambientes diferentes).

4. Resultados

4.1 Caracterização da amostra

Dos 103 participantes da pesquisa, 102 tiveram seus prontuários recuperados e analisados segundo características sócio-demográficas e histórico de atendimento na rede de saúde. A idade dos participantes variou entre 6 anos e 11 anos e 4 meses, com média de 9 anos (108,26 meses) e desvio-padrão 16,7 meses.

Tabela 2 - Caracterização das crianças quanto ao sexo e nível intelectual (N=103)

Variável	Frequência
Sexo	
Masculino	67
Feminino	36
Classificação no teste de inteligência	
Intelectualmente superior (95 ou superior)	4
Definidamente acima da média na capacidade intelectual (75-94)	13
Intelectualmente médio (26-74)	44
Definidamente abaixo da média na capacidade intelectual (6-25)	29
Intelectualmente deficiente (5 ou inferior)	11
Sem informação	2

Conforme a Tabela 2, 65% das crianças encaminhadas ao Ambulatório de Psicologia são meninos e 59% têm classificação na média ou acima da média no Teste de Raven, enquanto que 10% foram classificadas como intelectualmente deficientes.

A idade das mães variou entre 22 e 63 anos, com média de 35,8 anos e desvio-padrão 8 anos. A idade dos pais variou entre 26 e 73 anos, com média de 37,4 anos e desvio-

padrão 8,15 anos. Os dados relativos à escolaridade e ao status ocupacional dos pais são fornecidos na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização dos pais quanto à idade, escolaridade e ocupação (N=103)

Variável	Mãe	Pai
Escolaridade	Frequência	
Analfabeto (a)	2	2
0-4 anos	23	23
5-8 anos	46	47
9-11 anos	27	13
12 ou mais	2	3
Sem informação	2	14
Total	100	88
Ocupação		
Trabalham	69	76
Não trabalham	32	7
Aposentado	1	5
Falecido	-	4
Sem informação	1	11

Observa-se que a maior parte das mães e dos pais teve até e oito anos de estudo. As distribuições apresentadas na tabela correspondem a médias de escolaridade de 7 anos para as mães (desvio-padrão 3,32), 6,5 anos para os pais (desvio-padrão 3,15) e para as mães e para os pais juntos foi de 6,75 anos (desvio-padrão 3,248). No que se refere à ocupação, 67%

das mães e 74% dos pais trabalham; 31% das mães são do lar e 7% dos pais estão sem emprego.

A Tabela 4 mostra a distribuição em frequência das fontes de encaminhamento ao Ambulatório de Psicologia Infantil.

Tabela 4 - Distribuição do número de crianças da amostra por fonte de encaminhamento (N=103)

Fonte de encaminhamento	%
UBS PAM II	53
HC Campus	16
UBS Oswaldo Cruz, Vila Mariana	10
Centro de Saúde Escola UBDS-Sumarezinho	5
UBS Simioni	4
Centro Médico Vila Lobato	3
UBDS Vila Virgínia	2
UBS Adão do Carmo Leonel	2
UBS Pq. Ribeirão Preto	2
Unidade de Saúde Artur Costa Curta de Jardinópolis	2
Ambulatório de Especialidades (Jardinópolis)	1
UBS Mamoro Kobayashi - Bonfim Paulista	1

Observa-se que a maior porcentagem, no que tange à fonte de encaminhamento, é o da Unidade Básica de Saúde PAM II, seguida do HC Campus e da Unidade Básica de Saúde Oswaldo Cruz.

A Tabela 5 apresenta os profissionais responsáveis por encaminhamentos. A categoria de profissional que mais encaminha ao serviço é o neurologista ou neuropediatra,

seguida do psicólogo e do médico clínico-geral. Em conjunto, esses profissionais respondem por 62% dos encaminhamentos.

Tabela 5 - Distribuição do número de crianças da amostra por profissional de saúde responsável pelo encaminhamento (N=103)

Profissional que encaminhou	%
Neurologista/neuropediatra	27
Psicólogo	21
Médico Clínico geral	14
Médico (outros ou sem especificação)	13
Fonoaudiólogo	11
Pediatra	9
Assistente social	4
Psiquiatra	1
Terapeuta ocupacional	1

Dos 102 prontuários avaliados, consta que 90% das crianças passaram por outros tipos de acompanhamentos antes de serem encaminhadas ao Ambulatório de Psicologia Infantil do Hospital das Clínicas. A Tabela 6 mostra os tipos de tratamento informados.

Tabela 6 - Distribuição do número de crianças da amostra por tipo(s) de acompanhamento (N=103)

Acompanhamento	%
Neurológico	64
Psicológico	43
Fonoaudiológico	31
Psiquiátrico	11
Nenhum	10

Noventa por cento das crianças passaram por outros tipos de acompanhamentos antes de serem encaminhadas, sendo que 17% já haviam freqüentado três ou mais tipos de serviço (fonoaudiologia, neurologia, psicologia, psiquiatria e outros).

Tabela 7 - Distribuição do número de crianças da amostra que fazem uso de medicação (N=103)

Uso de medicação	%
Não faz uso	62
Uso de psicotrópicos	29
Uso de outros medicamentos	9

Segundo dados do prontuário, 38% das crianças faziam uso recente de medicação, sendo que 29% faziam uso de psicotrópicos (Ex: imipramina, tegretol, ritalina). No caso de três crianças, não havia informação a respeito de medicação.

4.2 Prevalência de problemas emocionais/comportamentais em nível clínico segundo SDQ

Segundo o Questionário de Capacidade e Dificuldades (SDQ), 70% das crianças que passaram pela triagem estão em nível considerado clínico, e 12%, limítrofes, perfazendo um total de 82% das crianças em risco. Problemas de hiperatividade são os que aparecem com maior frequência em nível anormal (67%), seguidos de sintomas emocionais (64%), problemas de conduta (54%) e problemas de relacionamento (39%).

Tabela 8 - Distribuição da frequência de crianças da amostra cujo nível foi considerado anormal nas diferentes escalas do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (N=103)

Escala	Frequência		
	Normal	Limítrofe	Anormal
Hiperatividade	18	13	69
Emocional	22	12	66
Conduta	34	10	56
Relacionamento	49	12	40
Geral	17	12	74

4.3 Áreas de dificuldades segundo a avaliação do DAWBA

O DAWBA detectou 101 crianças (98%) com dificuldade em pelo menos alguma área. A Tabela 9 foi obtida a partir dos cruzamentos entre o número de áreas de dificuldade do DAWBA e os resultados do SDQ.

Tabela 9 - Distribuição do número de crianças da amostra por número de áreas de dificuldade segundo o DAWBA e pela classificação do SDQ (N=103)

Número de áreas de dificuldade do DAWBA	SDQ			Total
	Normal	Limítrofe	clínico	
1 a 3	14	7	18	39
4 a 6	3	4	45	52
7 a 10	0	0	10	10
Total	17	11	73	101

Das crianças que apresentaram entre quatro e seis áreas de dificuldade, 92% se encontram em nível considerado clínico pelo SDQ. Todas as crianças que apresentam de sete a dez áreas de dificuldade também estão em nível considerado clínico. No entanto, dentre as duas crianças que não foram identificadas em nenhuma área de dificuldade segundo o DAWBA, uma foi considerada limítrofe e a outra em nível clínico segundo o SDQ.

Os resultados obtidos do DAWBA revelaram que as áreas de dificuldade prevalentes foram hiperatividade (88%), seguida de comportamento desagradável (62%), comportamento difícil (41%), fobia específica (37%) e ansiedade de separação (35%). Outras áreas como ansiedade generalizada (17%), auto-agressão (14%), fobia social (11%) e perda de interesse (7%) aparecem, em seguida, com frequência menor.

Tabela 10 - Distribuição do número de crianças da amostra por área de dificuldade (N=103)

Área de dificuldade	<i>f</i>
Hiperatividade	91
Comportamento desagradável	64
Comportamento difícil	42
Fobia específica	38
Ansiedade de separação	36
Ansiedade generalizada	18
Auto-agressão	14
Fobia social	11
Perda de interesse	7
Estresse pós-traumático	5
Tiques motores	5
Depressão	4
Irritabilidade	4
Tiques vocais	4
Agorafobia	2
Compulsões e obsessões	2
Preocupa-se com comida	2
Problemas com a polícia	1
Pânico	0
Muito magro	0
Perda de controle	0
Evita ganho de peso	0

4.3.1 Hiperatividade

4.3.1.1. Cruzamento dos dados do SDQ e do DAWBA

Considerando a prevalência de sintomas de hiperatividade no DAWBA, a tabela a seguir mostra o cruzamento de dados do SDQ e do DAWBA: a tabela 11 mostra o cruzamento dos dados da escala de hiperatividade segundo o SDQ e a área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA.

Tabela 11 - Distribuição do número de crianças da amostra em relação à área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA e à classificação normal, limítrofe e clínico segundo o SDQ (N=103)

Hiperatividade Clínico (SDQ)	Hiperatividade (DAWBA)		Total
	Ausência	Presença	
Normal	10	9	19
Limítrofe	2	11	13
Clínico	0	71	71
Total	12	91	103

Conforme a Tabela 11, as setenta e uma crianças identificadas como casos clínicos pelo SDQ na escala de hiperatividade, também foram identificadas na área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA. Nove crianças, das dezenove identificadas na escala de hiperatividade como normais segundo o SDQ, preencheram os critérios de hiperatividade segundo o DAWBA.

4.3.1.2 Associação entre hiperatividade e o uso de medicação

Sendo a área de dificuldade prevalente no DAWBA, foi feito um cruzamento entre a mesma e o uso de medicação, no intuito de verificar se havia relação entre os sintomas de hiperatividade na criança e o uso de medicação.

A Tabela 12 a seguir mostra o número de crianças que fazem uso de medicação e que foram identificadas na área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA.

Tabela 12 - Distribuição do número de crianças da amostra que fazem uso de medicação e identificadas na área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA (N=100).

Uso de medicação	Hiperatividade		Total
	ausência	presença	
Não faz uso	11	51	62
Uso de psicotrópicos	0	29	29
Uso de outros medicamentos	1	8	9
Total	12	88	100

Segundo a Tabela 12, todas as crianças identificadas como usuárias de psicotrópicos também são identificadas na área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA. No entanto, aplicados os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TRTM para TDAH, como veremos no item 4.5, 7% das crianças não cumprem critérios para diagnóstico, mas fazem uso de medicação.

A Tabela 13 mostra a relação entre uso de medicação e diagnóstico de TDAH, segundo o DSM-IV-TRTM.

Tabela 13 - Distribuição do número de crianças da amostra que fazem uso de medicação e com diagnóstico de TDAH segundo o DSM-IV-TRTM (N=100)

Uso de medicação	TDAH		Total
	ausência	presença	
Não faz uso	29	33	62
Uso de psicotrópicos	7	22	29
Uso de outros medicamentos	2	7	9
Total	38	62	100

4.3.2 Comportamento desagradável ou TDO

4.3.2.1. Cruzamento dos dados do SDQ e do DAWBA

Feito o cruzamento de dados da escala de conduta do SDQ e da área de dificuldade Comportamento Desagradável segundo o DAWBA, das 58 crianças identificadas como casos clínicos pelo SDQ na escala de problemas de conduta, cinquenta e quatro (93%) também o foram na área de dificuldade Comportamento Desagradável segundo o DAWBA. Cinco crianças, das 35 identificadas sem problemas de conduta segundo o SDQ, preencheram os critérios de Comportamento Desagradável segundo o DAWBA.

Tabela 14 - Distribuição do número de crianças da amostra em relação à área de dificuldade Comportamento desagradável segundo o DAWBA e à classificação normal, limítrofe e clínico segundo o SDQ (N=103)

Conduta Clínico (SDQ)	Comportamento Desagradável (DAWBA)		Total
	Ausência	Presença	
Normal	30	5	35
Limítrofe	5	5	10
Clínico	4	54	58
Total	39	64	103

4.3.3 Comportamento difícil ou TC

4.3.3.1. Cruzamento dos dados do SDQ e do DAWBA

Segundo a Tabela 15, das 58 crianças identificadas como casos clínicos pelo SDQ na escala de problemas de conduta, trinta e nove (67%) também foram identificadas na área de dificuldade Comportamento difícil segundo o DAWBA. Uma criança não identificada pelo SDQ com problemas de conduta preencheu os critérios de Comportamento difícil segundo o DAWBA.

Tabela 15 - Distribuição do número de crianças da amostra em relação à área de dificuldade Comportamento difícil segundo o DAWBA e à classificação normal, limítrofe e clínico segundo o SDQ (N=103)

Conduta Clínico (SDQ)	Comportamento Difícil (DAWBA)		Total
	Ausência	Presença	
Normal	34	1	35
Limítrofe	8	2	10
Clínico	19	39	58
Total	61	42	103

Nesta categoria diagnóstica, sobressaem-se queixas como mentiras freqüentes e iniciar brigas freqüentemente, mais de 20% das crianças. Em menor freqüência aparecem queixas mais graves como uso de armas e atos de vandalismo e roubo.

4.3.4 Desenvolvimento

Em 50 casos foi aplicada a seção de Desenvolvimento do DAWBA. Segundo o relato das mães, em 18 casos (36%) essa área de dificuldade foi assinalada.

Segundo relato das 50 mães, 46 crianças (92%) apresentaram atraso na escola e na capacidade de raciocinar e 16 (32%) tiveram atraso no uso da linguagem, ou seja, atraso na linguagem falada, prejuízo na habilidade de iniciar ou sustentar uma conversação e problemas para comunicar o que pensa ou para compreender o que os outros estão expressando. Das crianças identificadas com algum atraso, a média de idade do raciocínio das crianças foi considerada pelas mães como em torno de 6,47 anos e a média de linguagem, 5,3 anos.

Pelo menos 12% das crianças apresentaram alguma queixa quanto a prejuízos na interação social não verbal. Trinta e quatro por cento das crianças apresentaram queixas

quanto a manter menos amigos que a média das crianças e 28% apresentaram pelo menos uma queixa quanto à falta de reciprocidade social ou emocional.

Ainda com respeito a problemas de comunicação, 10% das crianças manifestaram brincar imaginativo pobre para a idade mental, ou seja, participação pobre ou ausência de jogos sociais imitativos ou de imaginação apropriados para a idade desenvolvimental.

Com menor frequência aparecem na seção de Desenvolvimento queixas referentes a problemas de comportamentos, interesses ou atividades repetitivos ou estereotipados: 4% apresentou maneirismos motores e 2% problemas com obsessões estranhas ou incomuns, interesses persistentes com partes de objetos ou persistência em manter rotinas ou rituais inflexíveis.

4.3.5 Outras Preocupações

Enquanto a seção de Desenvolvimento foi aplicada às cinquenta primeiras mães ou responsáveis, a seção Outras Preocupações o foi nos 53 casos restantes. Em quarenta e dois casos (79%), as respostas espontâneas das mães ou responsáveis apontaram outros problemas relacionados ao desenvolvimento de seus filhos. A Tabela 16 mostra as preocupações relatadas com maior frequência.

Tabela 16 - Distribuição do número de crianças da amostra cujas mães relataram outras preocupações (N=53)

Outras preocupações	<i>f</i>
Problemas de fala	25
Problemas de relacionamento	10
Enurese	9
Dificuldade de aprendizagem	8
Uso de mamadeira	5
Mania de mexer/brincar com fogo	4
Chupa dedo	3
Prende as fezes ou a urina	2
Brinca com os órgãos sexuais	2
Epilepsia	2
Difícil para comer	1
Problemas de coordenação motora	1
Quer ficar no colo e comida na boca	1
Rituais/hábitos estranhos	1
Rói unha	1
Síndrome de Guillan Barré	1

Somando-se número de crianças indicadas como tendo problemas de fala na seção de Desenvolvimento, aplicada nas primeiras 50 entrevistas, e na seção Outras Preocupações, aplicada nas 53 entrevistas restantes, obtém-se um total de 41 crianças, ou seja, 40% da amostra manifestaram problemas de fala.

4.4 Associação entre as áreas de dificuldade prevalentes segundo o DAWBA

Os resultados do DAWBA mostraram que a maior parte das crianças apresentou associação entre as diferentes áreas de dificuldade do DAWBA. Observa-se pela Tabela 17 que apenas duas crianças não apresentaram qualquer área de dificuldade assinalada. No entanto, 76 crianças (74%) apresentaram três ou mais problemas, sendo que 64% das crianças apresentam entre três e seis problemas e 10% apresentam de sete a dez problemas.

Tabela 17 - Distribuição do número de crianças da amostra por número de áreas de dificuldade (N=103)

Número de áreas de dificuldade	<i>f</i>
0	2
1	12
2	13
3	14
4	26
5	11
6	15
7	5
8	1
9	2
10	2

A Tabela 18 mostra as associações entre duas diferentes áreas de dificuldades, daquelas identificadas pelo menos uma vez na amostra. As áreas de dificuldade como, por

exemplo, “Muito Magro”, “Evita ganho de peso”, “Perda de Controle”, “Pânico e agorafobia” não foram incluídas por não terem sido pontuadas por nenhuma criança.

Tabela 18 - Distribuição do número de crianças da amostra segundo a associação entre duas áreas de dificuldade (N=103)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Hiperatividade	91																	
2. Comp.desagradável	62	64																
3. Comp. difícil	42	40	42															
4. Fobia específica	37	28	17	38														
5. Ans. de separação	34	25	15	21	36													
6. Ans. Generalizada	18	15	10	11	9	18												
7. Auto-agressão	13	12	6	8	6	0	14											
8. Fobia social	10	9	4	6	3	4	2	11										
9. Perda de interesse	6	5	3	4	5	4	0	2	7									
10. Estresse pós-traum.	4	3	2	4	4	3	0	0	1	5								
11. Tiques motores	5	3	3	2	4	2	0	2	0	0	5							
12. Depressão	3	2	1	1	3	3	0	1	3	1	0	4						
13. Irritabilidade	4	3	2	2	2	2	2	1	1	0	0	2	4					
14. Tiques vocais	4	3	3	3	1	1	1	2	0	0	2	0	1	4				
15. Agorafobia	2	2	2	2	2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2			
16. Compulsões	2	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2		
17. Preo. Comida/peso	2	2	2	1	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0	1	0	2	
18. Probl com polícia	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1

A partir da análise das associações entre as áreas de dificuldades, percebe-se que a associação mais freqüente foi de hiperatividade com comportamento desagradável. Das 42 crianças que apresentaram a associação de hiperatividade com comportamento difícil,

quarenta também apresentavam simultaneamente comportamento desagradável. A Tabela 19 apresenta associações prevalentes de três áreas de dificuldade simultaneamente.

Tabela 19 - Distribuição do número de crianças da amostra que apresentaram outras áreas de dificuldade em associação com hiperatividade e comportamento desagradável (n=103)

Dificuldade associada	Hiperatividade+ Comportamento desagradável	
	<i>f</i>	%
Comportamento difícil	40	39
Fobia Específica	28	27
Outras preocupações	25	24
Ansiedade de Separação	25	24
Desenvolvimento*	10	20

*Área de dificuldade avaliada em somente 50 crianças.

Das 40 crianças com queixas simultâneas de hiperatividade, comportamento desagradável e comportamento difícil, 16 apresentam também associação com fobia específica e 15, com ansiedade de separação. A Tabela 20 apresenta associações prevalentes de quatro áreas simultaneamente:

Tabela 20 - Distribuição do número de crianças da amostra que apresentaram outras áreas de dificuldade em associação com hiperatividade, comportamento desagradável e comportamento difícil (N=103)

Dificuldade Associada	Hiperatividade+ Comportamento desagradável+Comportamento difícil	
	<i>f</i>	%
Fobia Específica	16	16
Ansiedade de Separação	15	15
Outras preocupações	13	13
Desenvolvimento*	8	16

*Área de dificuldade avaliada em somente 50 crianças

4.5 Comparação entre critérios diagnósticos segundo o DAWBA e o DSM-IV-TRTM

Nas seções de Hiperatividade, Comportamento Desagradável, Comportamento Difícil e Ansiedade de Separação do DAWBA fica evidente que o número mínimo de sintomas para se estabelecer o diagnóstico clínico exigido pelo DSM-IV-TRTM é superior ao exigido pelo DAWBA. A Tabela 21 compara o número de sintomas exigidos pelo DAWBA com aqueles exigidos pelo DSM-IV-TRTM nas referidas seções.

Tabela 21 – Mínimo de sintomas exigidos para configurar um diagnóstico segundo o DAWBA e o DSM-IV-TRTM (N=103)

Área de dificuldade	Mínimo de sintomas exigidos	
	DAWBA	DSM-IV-TR TM
Hiperatividade (TDAH)	2	6*
Comportamento desagradável (TDO)	1	4
Comportamento difícil (TC)	1	3
Ansiedade de Separação	1	3

* Nesta seção também foi exigido a presença de reclamações da professora em pelo menos dois dos seguintes itens: hiperatividade, impulsividade e desatenção, comprovando que o problema ocorria em dois ambientes diferentes.

Dentro do total de crianças identificadas nas diferentes áreas de dificuldade do DAWBA, apenas uma porcentagem delas recebeu diagnóstico segundo os critérios do DSM-IV-TRTM (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição da porcentagem do total de crianças identificadas pelo DAWBA que cumprem os critérios do DSM-IV-TRTM

Diagnóstico	%
TDAH*	70
TDO**	67
TC***	29
Ansiedade de Separação****	56

* N=91, ** N=64, *** N=42, **** N=36

Nota-se que as porcentagens de crianças identificadas pelo DSM-IV-TRTM em relação ao DAWBA variam de um diagnóstico para outro. Enquanto em TDAH há 70% de concordância entre os diagnósticos do DAWBA e do DSM-IV-TRTM, em TC essa taxa cai para 29%.

A prevalência de transtornos psiquiátricos sofre modificações nestas categorias quando são seguidos os critérios do DSM-IV-TRTM (Tabela 23).

Tabela 23. Distribuição do número de crianças da amostra identificadas com problemas de saúde mental segundo os critérios DSM-IV-TRTM (N=103)

DAWBA	%
TDAH	62
Tipo combinado	38
Tipo predominantemente desatento	18
Tipo predominantemente hiperativo	6
Qualquer transtorno de ansiedade	54
Fobia específica	37
Ansiedade de separação	19
Ansiedade generalizada	17
Fobia social	11
Estresse pós-traumático	5
Compulsões e obsessões	2
Qualquer transtorno desafiador-conduta	44
Transtorno desafiador-oposicional	42
Transtorno de conduta	12
Qualquer transtorno depressivo	21
Auto-agressão	14
Perda de Interesse	7
Irritabilidade	4
Tristeza	4

Segundo a Tabela 23, do total de cento e três crianças, a frequência de 88% das crianças que apresentaram TDAH, segundo os critérios do DAWBA, cai para 62%, quando

aplicados os critérios do DSM-IV-TRTM. Em TDO, essa porcentagem cai de 62% para 42%; em TC, de 41% para 12% e em Transtorno de ansiedade de separação, de 35% para 19%.

Especificamente no diagnóstico de TDAH, das 64 crianças identificadas com hiperatividade segundo os critérios do DSM-IV-TRTM, 61% apresentava o tipo combinado, caracterizado pela presença seis ou mais sintomas de hiperatividade/impulsividade e desatenção; 30% o tipo predominantemente desatento, presença de seis ou mais sintomas de desatenção e um número menor que seis em sintomas de hiperatividade e/ou impulsividade; e 9% o tipo predominantemente hiperativo, presença de seis ou mais sintomas de hiperatividade e/ou impulsividade e um número menor que seis em sintomas de desatenção.

5. Discussão

5.1 Perfil da amostra

O presente trabalho teve como objetivo investigar áreas de dificuldade segundo o DAWBA em crianças com queixas de dificuldade de aprendizagem.

O primeiro foco da discussão são as características dos participantes quanto a gênero, idade e nível intelectual. A maioria das crianças encaminhadas por razão de queixa escolar é do gênero masculino (MCCALL; SCOTT; LAU, 2000), com uma taxa de 65% de meninos, taxa concordante com a de outros estudos. Goodman (1999) encontrou uma taxa de 68% de meninos em um estudo com uma amostra clínica de 232 crianças; Hoffman, Santos e Motta (2008) encontraram uma taxa de 62,8 % em um estudo de caracterização de uma amostra de 1.456 crianças e adolescentes atendidos em serviços de saúde mental no Brasil, e Figueiredo, Quevedo, Gomes e Pappen (2007), uma taxa de 69,2%, num estudo de caracterização de habilidades cognitivas de crianças e adolescentes com distúrbio de aprendizagem.

Cinquenta e nove por cento apresenta nível intelectual médio ou acima da média, o que descaracteriza, pelo menos em parte, que déficit intelectual seria a justificativa para o mau desempenho na escola. No entanto, das cinquenta crianças avaliadas na seção de problemas de desenvolvimento do DAWBA, 92% apresentaram, segundo as mães, problemas na escola e na capacidade de raciocínio. A média da idade do raciocínio foi de 6,4 anos, taxa aquém da idade média de fato da amostra, que foi de 9 anos. Trinta e nove por cento das crianças da amostra apresentaram capacidade intelectual abaixo da média. É possível que experiências como fracasso, rejeição ou percepção de desapontamento dos pais levem a menor auto-confiança na criança, a maior expressão de sentimentos e medos inconscientes através do comportamento ao invés das palavras e maior número de comportamentos regredidos. O risco de não alcançar uma boa posição na sociedade atual, onde a ênfase está no esforço e eficiência, juntamente com o estresse parental

causado pela dificuldade da criança, pode diminuir sua auto-estima e levar a problemas de comportamento e sintomas depressivos (LINNA et al., 1999).

A média de escolaridade para as mães e para os pais juntos foi de 6,75 anos (desvio-padrão 3,248), o que corresponde a uma média inferior à média do município de Ribeirão Preto. Segundo dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de dados, a média de anos de estudos da população de 15 a 64 anos do município de Ribeirão Preto foi de 7,51 em 2000¹⁰. Nível baixo de escolaridade dos pais pode significar para a criança menor estimulação e menor acesso a recursos que contribuem para o desenvolvimento e a aprendizagem escolar. (SANSON; PRIOR; SMART, 1996).

Das crianças encaminhadas ao serviço, 90% têm história de outros tipos de tratamento e 29% fazem uso de medicação psicotrópica. Todas as crianças que fazem uso de medicação psicotrópica foram identificadas na área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA. No entanto, se considerado o diagnóstico segundo o DSM-IV-TRTM, 7% das crianças que fazem uso de medicação psicotrópica não possuem diagnóstico estabelecido de TDAH.

Algumas hipóteses sobre o uso de medicação psicotrópica podem ser consideradas. Um delas é que o uso de medicação pode ser uma evidência da gravidade do problema, ou seja, crianças com sintomas graves necessitam do uso de medicação psicotrópica para o controle do transtorno, já que outras formas de abordagem podem ter sido insuficientes. Outra hipótese seria que apesar do uso de medicação psicotrópica, alguns problemas continuam e ainda persiste a necessidade de intervenção nas dificuldades escolares e nos problemas de ajustamento, já que estas crianças mesmo com o uso de medicação são encaminhadas ao ambulatório de psicologia infantil. Uma terceira hipótese seria a apontada por Barbaresi (2003) e DeBar et al. (2003). Estes autores acreditam que a decisão de prescrição de

¹⁰ <http://www.seade.gov.br>

psicotrópicos pelo médico é influenciada por uma série de fatores, que não só o diagnóstico clínico. Ou seja, mesmo que o diagnóstico clínico seja incerto, e que por isso certa precaução terapêutica deveria ser exercida, ainda assim são prescritos medicamentos psicotrópicos. Um destes fatores é que a criança pode ser proveniente de família em múltiplos riscos e esta pode considerar ineficazes tratamentos não médicos ou sem uso de medicação: em geral é mais desafiador participar de grupo de treinamento para pais que a administração de medicamento para a criança. Outro fator seria que parte das crianças que recebe medicação, mesmo que não possua diagnóstico clínico definido, possui problemas significativos no seu funcionamento global e sintomas múltiplos, o que pode ser o caso anteriormente citado dos 7% de crianças sem diagnóstico de TDAH segundo DSM-IV-TRTM. Os clínicos, portanto, supõem que a criança poderá ter vantagens com o uso de medicação no tratamento de problemas de comportamento em relação a tratamentos não medicamentosos.

No que tange a outros tratamentos realizados pela criança, os dados parecem indicar uma história de problemas anterior à chegada no ambulatório. Antes da procura pelo serviço de psicologia infantil, a criança já apresenta uma trajetória percorrida de tratamentos. A diversidade dos tratamentos já realizados (psicologia, fonoaudiologia, neurologia e psiquiatria) evidencia a pluralidade dos problemas que muitas crianças com dificuldades de aprendizagem enfrentam ao longo de sua trajetória de desenvolvimento e reitera os achados de levantamento anterior (MARTURANO; MAGNA; MURTHA, 1993).

Algumas crianças encaminhadas ao ambulatório de psicologia infantil são crianças que já passaram por intervenção. O percurso referido pode levar a uma série de considerações: maior gravidade do problema; os serviços não estão tratando o que se propõem a tratar, ou seja, os tratamentos são pouco efetivos, dada a continuidade dos problemas; os múltiplos encaminhamentos podem ser sinônimos de medidas paliativas para a “resolução” do problema

e indicar um “desajuste” entre os serviços no que se refere ao atendimento dos problemas de saúde mental que se associam à queixa escolar.

Hoffmann, Santos e Motta (2008) apontaram a importância de um bom sistema de informações sobre atendimentos em saúde mental infanto-juvenil que contemplem dados sobre a qualidade das interações entre as redes de atenção, assim como sobre aspectos sociais, história de vida e co-morbididades para enriquecer as análises e favorecer a decisão de gestores, planejadores, profissionais e organizações sociais. A fim de subsidiar o planejamento da expansão e da qualidade desta rede e de suas articulações intersetoriais, apontam a necessidade do aprimoramento do sistema de registro de informações sobre serviços públicos, assim como o investimento na formação dos recursos humanos para atender problemas de saúde mental na população infanto-juvenil.

5.2 Categorias prevalentes no SDQ e no DAWBA

Os resultados corroboram a associação da queixa escolar com outras áreas de dificuldade. O número elevado de crianças em nível considerado clínico pelo SDQ indica que a maior parte das crianças tem queixas, em nível considerado anormal, em diferentes áreas. Aqui o “anormal” faz referência a crianças identificadas como desviantes de um curso normal de desenvolvimento (comportamental e mental) ou da conformidade a normas e expectativas sociais (MASH; BARKLEY, 2007): como problemas emocionais (queixas somáticas, preocupações, tristeza e medo), problemas de auto-regulação da atenção e do comportamento (hiperatividade, impulsividade e desatenção), problemas de conduta-desafiador (desobediência, brigas, roubos e mentiras frequentes) e problemas de relacionamento

(preferência por brincar sozinho, ser atormentado pelas outras crianças e relaciona-se melhor com adultos).

As taxas obtidas no SDQ e no DAWBA foram visivelmente superiores às de estudos feitos com amostras da comunidade, que variavam de 5 a 20% dependendo do país e instrumento utilizado (CURY; GOLFETO, 2003; FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004; HACKETT; HACKETT, 1999; PAULA; DUARTE; BORDIN, 2007; ROBERTS, ATTKISSON; ROSENBLATT, 2008), o que parece indicar que a presente amostra constitui uma amostra clínica e não uma amostra da comunidade. A comparação com os dados de duas pesquisas, a seguir, que também fazem uso do SDQ e do DAWBA, parece corroborar esta idéia.

O presente estudo, fazendo uso do SDQ, revelou 70% das crianças em nível considerado anormal na pontuação total, 67% na subescala de hiperatividade, 64% na emocional, 54% na de conduta e 39% na de problemas de relacionamento. Um estudo realizado por Cury e Golfeto (2003) em uma escola pública na cidade de Ribeirão Preto revelou taxas de 18,7% das crianças identificadas em nível considerado anormal na pontuação total do SDQ, 30,8% na subescala para sintomas emocionais, 17,7% para sintomas conduta e 16,8% para hiperatividade: taxas notadamente inferiores àquelas da presente pesquisa.

No caso do DAWBA, 98% dos participantes apresentaram a indicação de pelo menos uma área de dificuldade no instrumento. Comparando-se este resultado com os de um estudo realizado por Goodman et al. (2000), nota-se que a taxa encontrada é notavelmente superior àquelas encontradas por estes autores em amostras da comunidade (10,6%) e comparável às taxas da amostra clínica (92,3%). A amostra da comunidade registrou prevalência de problemas de ansiedade (5,5%), seguidos dos problemas de conduta-oposicional (3,5%), TDAH (2,4%) e transtorno depressivo maior (0,8%). A amostra clínica registrou prevalência de TDAH (48,7%), conduta-oposicional (46,2%), transtornos de

ansiedade (43,6%) e transtornos depressivos (20,5%). Se considerados os critérios do DSM-IV-TRTM, as taxas do presente estudo se aproximam das taxas da amostra clínica: 62% para TDAH, 54% para a ocorrência de qualquer transtorno de ansiedade (fobia específica, 37%; ansiedade de separação, 19%; ansiedade generalizada, 17%; fobia social, 11%; estresse pós-traumático, 5% e compulsões e obsessões 2%), 44% para TDO ou TC e 21% para a presença de qualquer subcategoria da seção de transtornos depressivos (incluindo sintomas graves de auto-agressão, 14%; perda de interesse, 7%; irritabilidade, 4% e tristeza, 4%).

5.3 Problemas de desenvolvimento e outras preocupações

Queixas em relação a questões de desenvolvimento estão de acordo com o levantamento feito por Marturano, Magna e Murtha (1993) no mesmo ambulatório. As autoras analisaram, dentre outras coisas, a prevalência de problemas mais freqüentemente relatados pelas mães fora do contexto escolar. Os resultados apontaram que 12% tinham problemas de tiques, hábitos e manipulações, 12% tinham dificuldade em aquisição de convenções e 8% das crianças tinham queixa de enurese. No presente estudo, as taxas encontradas foram de 9% para problemas de tiques, 12% para dificuldades em aquisição de novos comportamentos na vida diária (avaliada na seção Desenvolvimento em 50 crianças) e 17% para queixas de enurese (avaliadas na seção Outras Preocupações em 53 crianças). A taxa maior de enurese pode estar ligada à amostra mais jovem do presente estudo, que incluiu crianças de 6 anos a 11 anos-4 meses, em relação ao estudo de 1993, que incluiu crianças de 7 anos-8 meses a 12 anos-3 meses.

Nessa seção, outras queixas também foram identificadas como manter menos amigos que a média das outras crianças (34%), falta de reciprocidade emocional (28%),

prejuízos na interação não verbal (12%), brincar imaginativo pobre para a idade (10%) e em menor frequência, maneirismos motores (4%) e obsessões ou rotinas rígidas (2%). Também de acordo com dados fornecidos pelas mães, a média de idade da linguagem das crianças identificadas com problemas de fala foi de 5,3 anos, muito aquém da idade média real da amostra. No mesmo estudo anteriormente citado, Marturano, Magna e Murtha (1993) encontraram uma taxa de 38% de distúrbios leves de fala, enquanto que na presente pesquisa os resultados apontaram que 40% das crianças tiveram, segundo relato de suas mães, queixas relativas à fala. Esses percentuais, notavelmente concordantes entre o presente estudo e o levantamento publicado 14 anos atrás, chamam a atenção para duas categorias diagnósticas amplas que não foram contempladas neste estudo, e que constituem condições relevantes para o surgimento da queixa escolar. Trata-se dos transtornos da fala e da linguagem e dos transtornos da aprendizagem, referidos, estes últimos, na CID-10 como transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares. De acordo com o DSM-IV-TRTM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), entre as crianças em idade escolar, há um risco aumentado de associação entre transtornos da comunicação e da aprendizagem e, além disso, atrasos no desenvolvimento da linguagem podem estar associados a transtorno da aprendizagem, ainda que em si mesmos não sejam suficientemente graves para indicar o diagnóstico de transtorno da comunicação.

A literatura aponta a co-ocorrência freqüente entre problemas de fala, problemas de ajustamento e queixa escolar. Dada a importância do papel da linguagem no desenvolvimento social, emocional, comportamental e cognitivo, é esperado que prejuízos na fala tenham um sério impacto psicossocial e cognitivo para a criança. Desta maneira, crianças com problemas de fala estão em risco especial de desenvolverem problemas psiquiátricos e dificuldades de aprendizagem (NOTERDAEME; AMOROSA, 1999).

5.4 Comorbidade/Associação entre áreas de dificuldade

Independente da terminologia usada, “comorbidade”, “co-ocorrência” ou “associação”, constata-se que a maior parte das crianças (74%) apresenta simultaneamente queixa escolar associada a três ou mais áreas de dificuldade do DAWBA, 10% apresentam de sete até dez áreas de dificuldade, indicando que sintomas de hiperatividade, desatenção, medo e ansiedade podem coexistir na mesma criança.

A associação mais comumente encontrada foi entre hiperatividade e comportamento desagradável (60%) e hiperatividade e comportamento difícil (40%), corroborando dados da literatura, como uma das comorbidades mais comuns na infância e adolescência (MASH; BARKLEY, 2003). O DSM-IV-TRTM aponta que aproximadamente a metade das crianças encaminhadas por causa de TDAH apresenta TOD ou TC (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Estas três áreas de dificuldade também co-ocorrem com outras áreas como fobia específica, ansiedade de separação, ansiedade generalizada, outras preocupações e problemas de desenvolvimento. Estes dados comprovam a freqüente co-ocorrência da queixa escolar com problemas de ordem externalizante e internalizante, cujas evidências clínicas e empíricas mostram ser relativamente estáveis no decorrer do tempo (MASH; BARKLEY, 2007), mas fornecem uma nova informação: esses sintomas, se considerado o seu número, o padrão de persistência, o tempo e comprometimento podem ser, por si sós, o início de um transtorno, e não simplesmente fatores de riscos para um transtorno futuro (EGGER; ANGOLD, 2006).

Comorbidade/associação tem característica central nas desordens psiquiátricas já que aumenta potencialmente o comprometimento funcional do indivíduo (EGGER; ANGOLD, 2006; POETA; NETO, 2004). No presente estudo, as elevadas taxas de

prevalência das áreas de dificuldade e co-ocorrência entre elas, segundo o DAWBA, podem nos levar a diferentes hipóteses que podem coexistir: a) maior vulnerabilidade presente na amostra; b) pobre validação entre os transtornos da infância; c) viés do aplicador do instrumento e d) o instrumento utilizado inflou as taxas de prevalência e associação.

As elevadas taxas de prevalência e de associação entre as áreas de dificuldade podem indicar maior vulnerabilidade da presente amostra, reforçando a idéia de que se trata de uma amostra clínica. Amostras clínicas contêm uma taxa desproporcional e inflada de comorbidade, porque é maior a probabilidade de crianças com esta condição serem referidas a serviços de saúde mental (MASH; BARKLEY, 2003). Nos casos em que os pais procuram tratamentos especiais para os filhos, em geral, estes apresentam sintomatologia mais severa, maior prejuízo e são provenientes de famílias que sofrem mais o impacto dos problemas da criança (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999).

As altas taxas de comorbidade/ associação podem indicar problemas no atual sistema de classificação, como pobre validação entre os transtornos psiquiátricos na infância e sobreposição/emaranhado de sintomas de diferentes transtornos (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999; MASH; BARKLEY, 2003). Uma das críticas feitas aos sistemas é que alguns sintomas como “irritabilidade”, “dificuldade de concentração”, “problemas de sono” podem ser identificados em duas ou mais categorias diagnósticas distintas como depressão, TDO, hiperatividade e ansiedade. Em determinados casos, a tarefa de diferenciar em qual categoria diagnóstica determinado sintoma se enquadra (como por exemplo, “irritabilidade”, se em transtorno depressivo maior ou em TDO) encontra uma série de dificuldades clínicas. Parte das críticas se refere à idéia de que a sobreposição de sintomas seria “construída” por um sistema diagnóstico falho. No entanto, ainda que exista a necessidade de melhor validação dos transtornos da infância, alguns autores comprovaram que, mesmo eliminando sintomas de diferentes categorias que se repetiam ou se sobrepunham, não se eliminava a comorbidade

entre os transtornos, sugerindo que este fenômeno vai além da idéia de sintomas que se repetem (apud ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999).

A terceira hipótese se refere ao possível viés da aplicadora do instrumento. Muitas vezes clínicos são sujeitos a vieses na coleta de informações e nas tomadas de decisões: as elevadas taxas seriam, portanto, um artefato resultante destes problemas metodológicos e vieses. No entanto, mesmo em pesquisas que faziam uso de auto-relato de pais, professores, crianças e de outros profissionais, as taxas de prevalência de comorbidade em amostras clínicas permaneciam altas nos diferentes relatos, excluindo a hipótese de que apenas o viés do aplicador “produziria” o fenômeno da comorbidade (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999).

A quarta hipótese faz menção à idéia de que o instrumento de avaliação utilizado, no caso o DAWBA, tenha inflado as taxas de prevalência e de comorbidade/ associação entre as áreas de dificuldade, já que apresenta pontuação mínima para a identificação das áreas de dificuldade inferior àquela exigida pelo DSM-IV-TRTM. Entrevistas estruturadas são mais sensíveis, usam limiares diagnósticos mais baixos, e conseqüentemente, mais crianças atingem o critério de diagnóstico (ROBERTS; ATTKISSON; ROSENBLATT, 1998). O DAWBA infla as taxas de prevalência e de comorbidade porque identifica casos subclínicos, ou seja, casos em que crianças têm problemas substanciais, que requerem intervenção, mas não cumprem critérios diagnósticos operacionalizados do DSM-IV-TRTM (GOODMAN; FORD; RICHARDS; GATWARD; MELTZER, 2000), sendo esta uma das principais críticas ao sistema de classificação diagnóstica atual (ANGOLD; COSTELLO; ERKANLI, 1999; MASH; BARKLEY, 2003).

5.5 Comparação entre DAWBA e DSM-IV-TR™

O DAWBA, por si só, não fornece um diagnóstico clínico, mas apenas indica áreas de dificuldades que se configuram em uma tendência a um determinado diagnóstico. Seria a união das seções de perguntas objetivas com as perguntas abertas (não utilizadas neste estudo), acrescida da experiência clínica do aplicador que possibilitaria obter o diagnóstico conforme o DSM-IV-TR™ (GOODMAN; FORD; RICHARDS; GATWARD; MELTZER, 2000). Quando usado os critérios do DSM-IV-TR™, as taxas do presente estudo se aproximam das taxas da amostra clínica do estudo realizado por Goodman et al. (2000). Mas quando utilizada a pontuação de corte menor da entrevista estruturada do DAWBA, o número identificado de áreas de dificuldade é maior.

Ao se comparar a taxa de prevalência da área de dificuldade Hiperatividade segundo o DAWBA com a taxa de prevalência dos transtornos de hiperatividade que seria obtida mediante a aplicação dos critérios do DSM-IV-TR™ aos dados obtidos, observou-se que mesmo com uma queda de 88% para 62%, a taxa ainda permaneceu alta se comparada a taxas de amostras da comunidade fornecidas pelo DSM-IV-TR™, em torno de 3 a 7% (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O tipo combinado (61%) obteve a taxa mais alta dentre os três tipos apontados pelo DSM-IV-TR™, seguido do tipo desatento. Podem-se prever comprometimentos distintos nos diferentes tipos de TDAH. Embora não seja claro, alguns autores supõem que há maiores dificuldades interpessoais no tipo hiperativo-impulsivo (SOUZA et al., 2001), ao passo que déficits acadêmicos e problemas escolares tendem a predominar nos tipos marcados pela desatenção (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Segundo a literatura (EGGER; ANGOLD, 2006; GRILLO; SILVA, 2004), tem-se observado que a manifestação dos tipos combinado e hiperativo-impulsivo é mais proeminente que a do tipo desatento. No entanto, no presente estudo, em se tratando de uma amostra com queixa escolar, parece justificável que desatenção prevaleça sobre o tipo hiperativo-impulsivo.

Aplicando os critérios do DSM-IV-TRTM a outras áreas de dificuldade do DAWBA, nota-se uma redução do número de crianças identificadas com determinado diagnóstico se comparadas àquelas identificadas segundo os critérios do DAWBA. No entanto, essa redução é diferenciada, dependendo da área de dificuldade referida. Enquanto 70% das crianças identificadas com TDAH pelo DAWBA também o são pelo DSM-IV-TRTM, as taxas para TDO, ansiedade de separação e TC são de, respectivamente, 67%, 56% e 29%. É o mesmo que dizer que 30% das crianças identificadas com TDAH, 33% com TDO, 44% com ansiedade de separação e 71% com TC segundo os critérios do DAWBA, não o são segundo o DSM-IV-TRTM. Parece válido dizer que, na presente amostra, a seção de hiperatividade do DAWBA foi mais adequada na identificação de crianças com o transtorno que a seção de transtorno de conduta, por exemplo.

5.6 Adequação e Limitações do DAWBA

Na medida em que os sistemas de classificação atuais, CID-10 e DSM-IV-TRTM, são mais categóricos e menos dimensionais, clínicos e pesquisadores continuamente expressam preocupações como: a) estes sistemas sub-representam os transtornos da infância e da adolescência, já que problemas subclínicos são desconsiderados; b) são inadequados em representar a inter-relação e a sobreposição que existem entre os diferentes transtornos; c) não

são suficientemente sensíveis a parâmetros desenvolvimentais, relacionais, contextuais que são conhecidos por caracterizar a maior parte das formas de psicopatologia na infância; d) são heterogêneos no que diz respeito à etiologia (MASH; BARKLEY, 2003).

No entanto, ainda com as críticas feitas aos sistemas de classificação, com a contínua falta de consenso e debate sobre como os transtornos da infância podem ser definidos, quanto ao método, integração, interpretação e utilização dos dados, parece haver consenso a respeito da necessidade de avaliações sistemáticas de crianças e adolescentes que estão em risco, não apenas pela avaliação em si, mas pelos desdobramentos que uma avaliação adequada representa, pré-requisito para planejamento, implementação e avaliação de serviços (MASH; BARKLEY, 2007).

A proposta de avaliação do DAWBA parece seguir alguns dos avanços citados por Mash e Barkley (2007) no que se refere a instrumentos de avaliação do desenvolvimento: a) ênfase em incorporar considerações desenvolvimentais no design do instrumento, conduta de aplicação e interpretação dos dados; b) interesse em questões relacionadas ao diagnóstico e classificação, buscando integrar sistemas de avaliação e práticas diagnósticas, de maneira que ambos sejam sensíveis a abordagens categóricas e dimensionais e que informem as limitações associadas com os sistemas de classificação corrente; c) preocupação em avaliar múltiplas desordens ou sintomas dadas as altas taxas de co-ocorrência na maior parte dos problemas da infância.

Como para a identificação de determinadas áreas de dificuldade, o número de sintomas exigido pelo DAWBA é inferior ao exigido pelo DSM-IV-TRTM em algumas categorias diagnósticas, o instrumento é capaz de identificar casos subclínicos. No campo referente às instruções quanto à aplicação e manejo dos dados, fica clara a importância da interpretação dos dados não apenas pelos sintomas em si, mas à luz de questões desenvolvimentais, relatos espontâneos das mães e discussão dos dados.

Uma das limitações do instrumento diz respeito ao questionamento repetido sobre os mesmos sintomas em diferentes seções. Por exemplo, sintomas como “perda de interesse”, “hiperatividade”, “dificuldade de concentração”, “irritabilidade” e “comportamento oposicional” são sintomas que se sobrepõem e se repetem em diferentes categorias, como depressão, TDAH, TDO e transtornos de ansiedade em geral (fobias e estresse pós-traumático). Hiperatividade e irritabilidade podem indicar sintomas de mania (PAPOLOS; PAPOLOS, 2006; MODIMORE, 1999), enquanto desatenção, perda de interesse e irritabilidade, se surgidos tardiamente ou repentinamente, poderiam indicar menos sintomas de TDAH e mais sintomas de depressão ou outro transtorno (MASH; BARKLEY, 2007). Ao que parece, isto é reflexo de limitações referentes ao próprio sistema de classificação diagnóstica atual destinado a transtornos mentais da infância e adolescência.

Outras limitações referentes ao instrumento encontradas na presente pesquisa também já foram enumeradas por outros autores. A primeira delas diz respeito ao tempo de aplicação do instrumento. Uma das dificuldades de dispor de uma avaliação acurada em saúde mental é que se despende muito tempo, principalmente em crianças que apresentam maior número ou gravidade de problemas, o que pode induzir respostas de fadiga no entrevistado (GOODMAN; FORD; RICHARD; GATWARD; MELTZER, 2000). Em classes sociais mais baixas, as entrevistas podem ser ainda mais longas pela dificuldade de compreensão das perguntas (FLEITLICH; GOODMAN, 2000). Por outro lado, uma das vantagens do instrumento é que as regras de pular seções em casos de ausência de problemas economizam tempo na aplicação.

Desta forma, assim como no adulto, a avaliação e investigação do funcionamento mental da criança têm importantes objetivos, como aprendizado quanto às características funcionais de cada indivíduo, identificação de transtornos mentais ou sintomas que causem prejuízos e limitações à criança e planejamento ou busca de ajuda e tratamento para a criança.

O DAWBA parece ter contribuído de forma satisfatória para a caracterização dos transtornos psiquiátricos da amostra do serviço onde foi realizada a presente pesquisa, com taxas concordantes com as de estudos anteriores realizados no mesmo ambulatório e com as de estudos que avaliam problemas de saúde mental em amostras clínicas.

5.7 Diagnóstico psiquiátrico

Uma das áreas mais controversas na avaliação e no tratamento de transtornos psiquiátricos é o “rótulo” baseado nos sistemas de classificação atuais, ainda que crescente atenção tenha sido dada na diferenciação e especificação nos transtornos da infância (MASH; BARKLEY, 2007).

Existe um consenso da necessidade de um sistema de classificação que guie teoria, pesquisa e prática. No entanto, o sistema atual suscita muitas críticas: muitos pacientes não se encaixam em uma única categoria, mas apresentam sintomas presentes em múltiplas categorias; inadequação empírica; são majoritariamente descritivos e de natureza relativamente atórica; heterogeneidade presente na mesma categoria diagnóstica; a natureza estática das categorias quando aplicadas em crianças em desenvolvimento; as conseqüências potencialmente indesejáveis do “rótulo” e a falta de sensibilidade quanto a influências contextuais, como etnia e cultura, e quanto a dificuldades relacionais características entre crianças e suas famílias (MASH; BARKLEY, 2007).

Perring (1997) aponta que uma das principais críticas aos sistemas de classificação atuais é que o diagnóstico psiquiátrico é uma coleção de sintomas sem a identificação de suas causas: os sintomas comportamentais são freqüentemente tidos como subjetivos e de pouco

confiabilidade porque dependem de valores e expectativas da pessoa que faz a queixa e do próprio clínico.

Existe uma preocupação generalizada de que o diagnóstico dado possa ter efeitos prejudiciais à auto-imagem da criança e à forma como os outros a percebem e a ela reagem (MASH; BARKLEY, 2007; PERRING, 1997). No caso de sintomas de hiperatividade, por exemplo, alguns críticos acreditam que é normal, especialmente em meninos, serem extremamente ativos, ou mesmo agressivos e com períodos breves de atenção. Sob este ponto de vista, há duas considerações que são feitas: uma é que a falha não está na criança, mas nos pais que não dedicam tempo suficiente aos filhos e a outra é que tornar a hiperatividade uma doença ou um “rótulo” dá às instituições médicas e educacionais mais poder sobre a vida das crianças (PERRING, 1997).

Por outro lado, o rótulo psiquiátrico auxilia a sumarizar e ordenar observações; facilita a comunicação entre profissionais com diferentes formações; guia estratégias de tratamento de maneira mais universal; põe os clínicos em contato com um pré-existente e relevante corpo de informações clínicas e de pesquisa e facilita estudos etiológicos, epidemiológicos e de tratamento (MASH; BARKLEY, 2007).

Um clínico que entra em contato com uma criança diagnosticada com TDAH, por exemplo, já coleciona uma série de informações a respeito do transtorno e pode se deixar guiar por estratégias consideradas pela literatura como mais eficazes. Uma criança em tratamento pode aumentar sua habilidade de concentração, tornar-se menos disruptiva, com menor número de conflitos em casa e na escola e ganhar maior atenção dos educadores. As preocupações quanto ao diagnóstico deve ser uma boa razão para que os clínicos sejam cuidadosos em como fazê-lo, mas seus benefícios devem ser uma forte razão para não evitá-lo (PERRING, 1997).

Estabelecer o diagnóstico de forma precisa, ao contrário da idéia de que seria apenas uma “medicalização” e “psicologização” da queixa escolar (NEVES; ARAÚJO, 2007), tem implicações importantes de ordem prática. São muitas as características de vulnerabilidade em que essas crianças se encontram: trajetórias de idas e vindas aos serviços de saúde mental e peregrinações por consultórios médicos ou de outras especialidades (MARTURANO; MAGNA; MURTHA, 1993), presença de um elevado número de sintomas que se acumulam (hiperatividade, desatenção, impulsividade, ansiedade e medo) num mesmo indivíduo com os inúmeros prejuízos acadêmicos, sociais e ocupacionais que trazem (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), mais problemas de fala e história de tratamento fonoaudiológico (CHADWICK et al., 1999) e maior uso de medicação psicotrópica se comparadas a crianças sem queixa escolar (BIEDERMAN et al., 1996). O diagnóstico dá “forma” a um conjunto de sintomas que se sobrepõem, não para dar um rótulo psiquiátrico à criança (PELEGRINE; GOLFETO, 1998), mas para auxiliar no seu tratamento (GRILLO; SILVA, 2004).

Um diagnóstico preciso tem importantes implicações em intervenções precoces, em esforços de prevenção, assim como no entendimento do início de uma psicopatologia (EGGER; ANGOLD, 2006). Ele possibilita prever conseqüências específicas para aquele transtorno (FERGUSON et al., 1993; FERGUSON et al., 1997), possibilita desenvolver tratamentos mais assertivos, diminuir os riscos para a desadaptação psicossocial na adolescência (FERREIRA, 2000), possibilita uma melhor orientação dos pais para que desenvolvam expectativas mais adequadas em relação à criança e obtenham mais informação a respeito do prognóstico (GRILLO; SILVA, 2004). Além disso, se a demanda permanece sub-identificada, não há como defender a implementação de políticas públicas voltadas para o adequado atendimento de saúde mental à infância.

Segundo Hinshaw (1992) é crucial identificar quando tiveram início os sintomas. Transtorno de conduta com início na infância, por exemplo, são mais sérios e tendem a persistir na fase adulta, já os que se iniciam na fase da adolescência parecem ser menos sérios e mais transitórios. Considerando que estas crianças formam um grupo de risco, acredita-se que elas necessitam ser identificadas o mais cedo possível, quando suas famílias buscam ajuda profissional para suas dificuldades (FERREIRA, 2000).

Privilegiar o diagnóstico não é necessariamente somatizar a queixa escolar, desconsiderar seu aspecto multifacetado, ou seja, seus aspectos sociais, institucionais, familiares e escolares (Ex: ensino deteriorado e condições sociais precárias). No entanto, em se tratando de dificuldade escolar, é indispensável diferenciar o que compete à escola solucionar e o que compete aos serviços de saúde.

Estudos evidenciam que: os problemas de saúde mental na infância e na adolescência são comuns e prejudicam o rendimento escolar e o relacionamento social das crianças e adolescentes; os problemas tendem a persistir ao longo dos anos; a maioria das crianças com esses problemas não recebem tratamento adequado; os transtornos não tratados favorecem a ocorrência de eventos graves na vida adulta, como problemas de saúde mental, criminalidade, abuso de álcool e drogas, desemprego prolongado e dificuldades na educação dos filhos (FLEITLICH; GOODMAN, 2000).

Os resultados do presente estudo parecem mostrar o elevado número, a gravidade, o tempo, a persistência dos sintomas psiquiátricos e o prejuízo que trazem às crianças com queixa escolar. É necessário reconhecer que estas crianças estão em múltiplo risco psicossocial, têm sintomas emocionais e comportamentais graves e necessitam de atenção em saúde.

6. Considerações Finais

Uma das limitações do presente trabalho foi que os dados do SDQ e do DAWBA foram obtidos por meio de uma única fonte, o relato da mãe ou responsável. Relatos de professores e o auto-relato de crianças maiores de 11 anos poderiam revelar outros sintomas não reconhecidos pelas mães ou, inversamente, não confirmar certas indicações, contribuindo para um diagnóstico mais acurado das dificuldades. A exclusão da seção de perguntas abertas também pode ter suprimido possíveis informações relevantes ao diagnóstico clínico.

Uma das contribuições diz respeito à identificação, através de um instrumento validado e adaptado à realidade brasileira, dos transtornos psiquiátricos prevalentes em categorias compatíveis com a CID-10 e com o DSM-IV-TRTM em crianças com queixa escolar. Como foi assinalado nesta discussão, os resultados foram coerentes com os de levantamentos anteriores sobre essa clientela, com a vantagem de serem traduzidos na linguagem corrente do sistema de saúde. Desse modo, pode-se recomendar sua utilização na rotina de serviços que, como o Ambulatório de Psicologia Infantil, acolhem crianças com queixa escolar. A uniformização da linguagem entre os profissionais da rede SUS possibilita ações em busca de tratamentos mais específicos e eficazes que atendam com prioridade os problemas prevalentes associados à queixa escolar.

O trabalho também traz contribuições a respeito da discussão da chamada “medicalização” e “psicologização” da queixa escolar, trazendo dados e argumentos fundamentados, e em concordância com outras pesquisas, quanto aos problemas de saúde mental que a criança com queixa escolar enfrenta na sua trajetória desenvolvimental. Além disso, reacende a discussão sobre o valor e os cuidados do diagnóstico clínico psiquiátrico.

Novas pesquisas se fazem necessárias para contribuir no debate quanto à melhoria da validação das categorias diagnósticas dos transtornos psiquiátricos da infância e da

adolescência, principalmente no que diz respeito aos transtornos de humor e transtornos de ansiedade.

7. Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Donelees. 4ª ed. rev. Porto Alegre, Artmed. 2002.

ALBANO, A. M.; CHORPITA, B. F.; BARLOW, D.H. Childhood Anxiety Disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Org.), **Child Psychopathology** (pp. 144-198). 2nd ed., New York: The Guildford Press. 2003.

ANGOLD, A.; COSTELLO, E. J.; ERKANLI, A. Comorbidity. **Journal Child Psychology Psychiatry**, 40 (1), 57-87. 1999.

BARBARESI, W. J. Use of Psychotropics Medications in Young, Preschool Children. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 157, 121-123. 2003

BARBOSA, J. I.; SILVARES, E. F. Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza. **Estudos de Psicologia**, 11, 50-56. 1994.

BARKLEY, R. A.; FISCHER, M.; EDELBROCK, C. S.; SMALLISH, L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 29, 546-557. 1990.

BIEDERMAN, J. et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. **Archives of General Psychiatry**, 53, 437-446. 1996.

BIRD, H. R; DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(4), 162-163. 2002.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) - Inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. **Revista da ABP - APAL**, 17, 55-66. 1995.

CHADWICK, O.; TAYLOR, E.; TAYLOR, A.; HEPTINSTALL, E.; DANCKAERTS, M. (1999). Hyperactivity and reading disability: a longitudinal study of the nature of the association. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 40, 1039-1050. 1999.

CURY, C.; GOLFETO, J. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ): um estudo em escolares de Ribeirão Preto. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 25 (3):139-45. 2003.

D'AVILA-BACARJI, K. M. G.; MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S. Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, 15, 43-55. 2005.

DEBAR, L. L.; LYNCH, F.; POWELL, J.; GALE, J. Use of Psychotropic agents in preschool children: associated symptoms, diagnoses, and health care services in a health maintenance organization. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 157, 150-157. 2003.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: Teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Eds.), **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: Questões conceituais, avaliação e intervenção (pp. 161-206). Campinas, Brasil: Alínea. 2003.

EGGER, H.L.; ANGOLD, A. Common emotional and behavioural disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 47 (3/4), 313–337. 2006.

ELIAS, L. C. S. **Crianças que apresentam baixo rendimento escolar e problemas de comportamento associados**: caracterização e intervenção. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2003.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; LYNSKEY, M. T. The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 34, 899-916. 1993.

FERGUSON, D. M.; LYNSKEY, M. T.; HORWOOD, L. J. Attention difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 38, 633-644. 1997.

FERREIRA, M. C. T. **Crianças com problemas de comportamento associados à dificuldade de aprendizagem**- Um estudo do ambiente familiar. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2000.

FIGUEIREDO, V. L. M.; QUEVEDO, L.; GOMES, G.; PAPPEN, L. Habilidades cognitivas de crianças e adolescentes com distúrbio de aprendizagem. **PsicoUSF**, 12. 2007.

FISCHER, M.; BARKLEY, R. A.; FLETCHER, K. E.; SMALLISH, L. The adolescent outcome of hyperactive children: Predictors of psychiatric, academic, social, and emotional adjustment. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 32, 324-332. 1993.

FLEITLICH, B.; GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 22(Supl II): 2-6. 2000.

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

GARFINKEL, B.D.; CARLSON, G. A.; WELLER, E.B. **Transtornos psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre, Artes Médicas. 1992.

GOODMAN, R. The Extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatry caseness and consequent burden. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 40 (5), 791-799. 1999.

GOODMAN, R.; FORD, T.; RICHARDS, H.; GATWARD, R.; MELTZER, H. 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 (5), 645-655. 2000.

GRAMINHA, S.S.V. Problemas emocionais/comportamentais e nível de escolaridade da criança. *Resumos de Comunicações Científicas da XXII Reunião Anual de Psicologia da SPRP*, 22. 1992.

GRAMINHA, S. S. V. A Escala Comportamental Infantil de Rutter A2: estudos de adaptação e fidedignidade. **Estudos de Psicologia**, 11, 34-42. 1994.

GRILLO, E.; SILVA R. J. M. Manifestações precoces dos transtornos do comportamento na criança e no adolescente. **Jornal de Pediatria**, 80 (2/supl). 2004.

HACKETT, R.; HACKET, L. Child psychiatry across cultures. **International Review of Psychiatry**, 11, 225-235. 1999.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, 80, (2/Supl), 104- 110. 2004.

HINSHAW, S. P. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: causal relationships and underlying mechanisms. **Psychological Bulletin**, 111, 127-155. 1992.

HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto- Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(3):633-642. 2008.

JACOB, A.V. **O desempenho escolar e suas relações com autoconceito e o auto-eficácia**. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2001.

JENSEN, P. S. Disseminating child and adolescent mental health treatment methods: an international feasibility study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 28, 1-2. 2006.

KAPLAN, H. I; SADOCK, B. J. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências Comportamentais, psiquiatria clínica**. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre, Artes Médicas Sul. 1993.

LINNA, S.-L.; MOILANEN, I.; EBELING, H.; PIHA, J.; KUMPULAINEN, K.; TAMMINEN, T.; ALMQVIST, F. Psychiatry symptoms in children with intellectual disability. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 8, Suppl.4, IV/77-IV82. 1999.

LIU, J. Childhood externalizing behavior: theory and implications. **J Child Adolesc Psychiatr Nurs**, 17, 93-103. 2004.

MAGNA, J. M.; MARTURANO, E. M. Atraso escolar: um levantamento de condições de desenvolvimento antecedentes à entrada na primeira série. Em A. W. Zuardi e col. (org.) **Estudos em Saúde Mental – 1998** (pp. 9-47). Ribeirão Preto, CPG em Saúde Mental-FMRP/USP. 1998.

MARTURANO, E. M.; LOUREIRO, S. R.; LINHARES, M. B. M.; MACHADO, V. L. S. A avaliação psicológica pode fornecer indicadores de problemas associados a dificuldades escolares? Em A. W. Zuardi e col. (org.) **Estudos em Saúde Mental – 1997** (pp. 11-48). Ribeirão Preto, CPG em Saúde Mental-FMRP/USP. 1997a.

MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R.; MACHADO, V. L. Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar: comparação com alunos não referidos. **Revista Interamericana de Psicologia**, 31, 223-241. 1997b.

MARTURANO, E. M.; MAGNA, J. M.; MURTHA, P. C. Procura de atendimento psicológico para crianças com dificuldades escolares: um perfil de clientela. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 9, Nº 1, 207-226. 1993.

MARTURANO, E. M.; PARREIRA, V. L. C.; BENZONI, S.A. G. Crianças com queixa de dificuldade escolar: avaliação das mães através da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter. **Estudos de Psicologia**, 14, 3-15. 1997.

MASH, E. J.; BARKLEY, R. A. **Assessment of Childhood Disorders**. New York, The Guilford Press. 2007.

MASH, E. J.; BARKLEY, R. A. **Child Psychopathology**. New York, The Guilford Press. 2003.

MCCALL, R. B.; SCOTT, R. B.; LAU, S. The nature and correlates of underachievement among elementary schoolchildren in Hong Kong. **Child Development**, 71, 785-801. 2000.

MCGEE, R.; PRIOR, M.; WILLIAMS, S.; SMART, D.; SANSON, A. The long-term significance of teacher-rated hyperactivity and reading ability in childhood: findings from two longitudinal studies. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 43, 1004-1017. 2002.

MEDEIROS, P.C.; LOUREIRO, S.R.; LINHARES, M.B.M.; MARTURANO, E.M. O senso de auto-eficácia e o comportamento orientado para a aprendizagem de crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. **Estudos de Psicologia/UFRN**, 7, 93-105. 2003.

MONDIMORE, F. M. **Bipolar Disorder**. Baltimore, The Johns Hopkins University Press. 1999.

NEVES, M. M. B. J.; MARINHO-ARAUJO, C. M. A questão das dificuldades de aprendizagem e o atendimento psicológico às queixas escolares. **Aletheia**, 24, 161-170. 2006.

NOTERDAEME, M.; AMOROSA, H. Evaluation of emotional and behavioral problems in language impaired children using the Child Behavior Checklist. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 8, 71-77. 1999.

NUNES, A.N.A. Fracasso escolar e desamparo adquirido. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 6, 139-154. 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre, Artes Médicas. 1993.

PAPOLOS D.; PAPOLOS, J. **The Bipolar Child**. New York, Broadway Books. 2006.

PARREIRA, V. L. C.; MARTURANO, E. M. Problemas de comportamento em crianças com dificuldade de aprendizagem escolar, segundo o relato das mães. **Psico**, 29, 89-108. 1998.

PAULA, C. S.; DUARTE, C.S.; BORDIN, I.A.S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from outskirts of Sao Paulo city: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 29, 11-17. 2007.

PELEGRINE, R. M.; GOLFETO, J. H. Problemas de Aprendizagem: um enfoque em Psiquiatria Infantil. Em: Funayama, C. A. (org) **Problemas de Aprendizagem: Enfoque Multidisciplinar**. Ribeirão Preto: Legis Summa. 1998.

PERRING, C. Medicating children: the case of ritalin. **Bioethics**, 11, 228-240. 1997.

PISECCO, S.; BAKER, D. B.; SILVA, P. A.; BROOKE, M. Behavioral Distinctions in Children with reading disabilities and/or ADHD. **Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry**, 35, 1477-1484. 1996.

POETA, L. S.; NETO, F. R. Estudo epidemiológico dos sintomas do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade e Transtornos de Comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. **Revista Brasileira de psiquiatria**, 26(3), 150-155. 2004.

RAPPORT, M.D.; SCANLAN, S. W.; DENNEY, C. B. Attention-deficit/ hyperactivity disorder and scholastic achievement : a model of dual development pathways. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 40, 1169-1183. 1999.

ROBERTS, R. E.; ATTKISSON, C.C.; ROSENBLATT, A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. **Am J Psychiatry** 155, 715-725. 1998.

ROESER, R. W.; ECCLES, J. S. Schooling and mental health. In A. J. Sameroff, M. Lewis, & S. M. Miller (Org.), **Handbook of developmental psychopathology** (pp. 135-156). 2ª ed., New York: Kluwer Academic / Plenum. 2000.

SALES, J. R. Estudo sobre a clientela da área de saúde mental em Varginha. **Psicologia - Ciência e Profissão**, 9, 22-26. 1989.

SANSON, A.; PRIOR, M.; SMART, D. Reading disabilities with and without behaviour problems at 7-8 years: Prediction from longitudinal data from infancy to 6 years. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 37, 529-541. 1996.

SANTOS, M. A. Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, 42, 79-94. 1990.

SANTOS, P. L. **Riscos, recursos e fatores de proteção associados ao baixo e alto rendimento acadêmico: um estudo comparativo**. Tese de Doutorado não publicada, Programa de Pós-graduação em Saúde Mental, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP. 2002.

SCHIRMER, C. R. ; FONTOURA, D. R. ; NUNES, M. L. Distúrbios da aquisição da linguagem e da aprendizagem. **Jornal de Pediatria**, 80(2), supl. 2004.

SMART, D.; SANSON, A., PRIOR, M. Connections between reading disability and behavior problems: testing temporal and causal hypotheses. **Journal of Abnormal Psychology**, 24, 363-383. 1996.

SOUZA, I.; SERRA, M. A.; MATTOS, P.; FRANCO, V. A. Comorbidade em crianças e adolescentes com Transtorno do Déficit de Atenção. **Arq Neuropsiquiatria**, 59 (2-B), 401-406. 2001.

THOMPSON, J. R. J.; LAMPRON, L. B.; JOHANSON, D. F.; ECKSTEIN, T. L. Behavior problems in children with the presenting problem of poor school performance. **Journal of Pediatric Psychology**, 15, 3-29. 1990.

Apêndice