UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARINA NOLLI BITTENCOURT

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EM ESCOLARES (EISPE)

SÃO PAULO
2016

MARINA NOLLI BITTENCOURT

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EM ESCOLARES (EISPE)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem e em Saúde no Processo Saúde-Doença.

Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca Wanda de Aguiar Horta, situada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, que aloja o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

SÃO PAULO
2016

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

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Bittencourt, Marina Nolli
Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) / Marin Nolli Bittencourt. São Paulo, 2016.137 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientador: Prof. Dr. Divane de Vargas
Área de concentração: Cuidados em Saúde

1.Enfermagem Psiquiátrica 2. Estresse Psicológico; Criança 3. Questionário. I. Título.

Nome: Marina Nolli Bittencourt

Título: Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Divane de Vargas, *meu querido orientador, por ter sido um professor, amigo, e grande exemplo durante esses 6 anos de orientação. Vou sentir saudades.*

As professoras da Saúde Mental da EEUSP, *em especial a Prof.ª Dr.ª Luciana Colvero, pelo conhecimento, pelo carinho e pelas contribuições de ensino no PAE.*

Aos Funcionários do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP *pelo acolhimento, pela amizade e por estarem sempre dispostos a ajudar.*

Aos colegas do NEPEA e do GEAD *pela amizade, pelo apoio, pelas dicas, pela troca de conhecimentos e pelas risadas. Agradeço em especial a Prof.ª Dr.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira por ter sido uma grande apoiadora, sempre com uma paz que nos faz tão bem.*

Ao Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Jr. e à Prof.ª Dr.ª Elaine Buchhorn Cintra Damião *por estarem, desde a minha qualificação, auxiliando na construção dessa tese, com grandes ensinamentos.*

A minha família e amigos, *que estiveram sempre ao meu lado com apoio, palavras de incentivo, e muito amor.*

Ao Mauricio*, que com todo seu amor, me motivou e me apoiou nos últimos meses do Doutorado.*

Bittencourt MN. Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) [Tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: O aparecimento dos transtornos mentais em crianças pode interferir no seu desenvolvimento psicológico e afetar seus relacionamentos interpessoais e seu desempenho escolar. Por isso, identificar precocemente crianças com risco de desenvolver quadros de transtorno metal, permitirá uma intervenção também precoce, minimizando o sofrimento da criança e de sua família. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo desenvolver e validar a Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE). **Método:** Trata-se de uma escala do tipo Likert com 23 afirmativas relacionadas ao humor, padrões alimentares, uso/abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, condutas sociais, e atenção/atividade motora da criança. Para a validação do instrumento foram realizados três procedimentos: Procedimentos teóricos - composto pela validação de conteúdo por meio da submissão do questionário inicial de 29 itens, para a análise, por um painel de 7 juízes, cujas respostas foram analisadas segundo a clareza e representatividade dos itens, bem como a alocação dos itens em fatores. A concordância entre os juízes quanto às essas qualidades, foi avaliada pelo cálculo do IVC e do PABAK; em seguida, o questionário foi submetido a um teste piloto e aplicado em uma amostra de 40 crianças de 6 a 12 anos matriculadas em uma escola pública da cidade de São Paulo. Finalizada a validação de conteúdo, iniciou-se os procedimentos experimentais, em que a versão prévia do instrumento construído foi aplicada em uma amostra de 201 escolares com idade entre 6 a 12 anos. Os procedimentos analíticos foram representados pela avaliação da validade de construto, testada por meio do Modelo Rasch, e pela confiabilidade da escala, pelo alpha de Cronbach. **Resultados:** Ao final dos procedimentos teóricos, 6 itens foram excluídos. O valor do PABAK para a clareza foi 0,4, e para a representatividade dos itens 0,65; na análise do IVC, 5 itens foram excluídos e, após o teste piloto, 1 item foi excluído, chegando a uma versão preliminar da EISPE de 23 itens, avaliando seis aspectos. Nos procedimentos analíticos, o Modelo Rasch apresentou a EISPE como uma escala unidimensional, com itens que se ajustaram bem ao modelo, com exceção de quatro itens que apresentaram valores de correlação item-total abaixo de 0,2; e outros dois itens que apresentaram funcionamento diferencial, conforme o sexo das crianças, a confiabilidade dos itens foi de 0,97, e das pessoas de 0,60; o alpha de Cronbach apresentou um valor de 0,67. **Conclusão**: A versão preliminar da Escala de Identificação dos Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) apresentou qualidades psicométricas satisfatórias, o que sugere que a mesma é confiável para identificar sintomas psicopatológicos relacionados a ansiedade, humor, condutas sociais, atenção/atividade motora, padrões alimentares, e uso/abuso de substâncias psicoativas em crianças com idades entre 6 e 12 anos. A utilização da EISPE em outras populações oriundas de outros contextos, e mais heterogêneas, é desejada no sentido de contribuir com evidências para maior robustez psicométrica do instrumento.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Estresse Psicológico; Criança; Questionário.

Bittencourt MN. Development and validation of Identification Scale for Psychopathological symptoms in Scholars (EISPE) [thesis]. São Paulo (SP): School of Nursing, University of São Paulo; 2016.; 2016.

ABSTRACT

Introduction: The appearance of mental diseases in children may interfere on their psychological development and affect their interpersonal relationships, as well as their academic performance. For this reason, identifying early the children with a risk to develop mental diseases' cases will permit an intervention, also early, capable to minimize the child and his family suffering. **Purpose:** This study had as its purpose the development and validation of the Identification Scale for Psychopathological symptoms in Scholars (EISPE). **Method:** It is a scale type Likert with 23 affirmations related the child's humor, eating patterns, use/abuse of psychoactive substances, anxiety, social conducts, and attention/ activity engine. For the validation's instrument, three procedures were completed: Theoretical Procedures – composed by validation of content through the submission of an initial questioning with 29 items, for analysis, by a panel of 7 judges, which responses were analyzed based on items' clarity and representation, as well as on the allocation of the items in factors. The agreement between the judges about such qualities was evaluated by the IVC and PABAK calculation; afterwards, the questioning was submitted to a pilot testing and applied in a sample of 40 children between 6 and 12 years old, enrolled in public schools of Sao Paulo city. Concluded the content validation, the experimental procedures were initiated, when a previous version of the constructed instrument was applied in a sample of 201 students aging between 6 and 12 years. The analytical procedures were represented by the evaluation of the construct's validity, tested through the Rasch Model, and also by the scale's trust, by Cronbach alpha. **Results:** By the end of the theorical procedures, 6 items were excluded. The PABAK value for clarity was 0,4, and 0,65 for the items representation; in the IVC analysis, 5 items were excluded and, after this pilot, 1 item was excluded, reaching a EISPE preliminary version of 23 items, evaluating six aspects. In the analytical procedures, the Rasch Model presented a EISPE with an unidimensional scale, with items well adjusted to the model, exception made to 4 items which presented point-measure (point-biserial) correlation value below 0,2; and other two items which presented a different functioning, according to the children's sex, the items' reliability was 0,97, and of people it was 0,60; the Cronbach alpha presented an value of 0,67. **Conclusion:** The preliminary version of the Identification Scale for Psychopathological symptoms in Scholars (EISPE) presented satisfying psychometric quality related to anxiety, humor, social conducts, attention/ motor activitiy, alimentation patters, and use/abuse of psychoactive substances in children with age between 6 to 12 years. The use of EISPE in other population from other context, and more heterogenic, is desired so as to contribute with evidences for a better psychometric solidity of the instrument.

Keywords: Psychiatric Nursing; Psychological Stress; Child; Questionnaires.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos teóricos, experimentais e analíticos 54

Figura 2 - Esquema do caminho metodológico do estudo 71

Figura 3 - Modelo de gráfico de probabilidade das categorias..... 78

Figura 4 - Mapa de Wright 81

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Organização da Rede de Atenção Psicossocial. São Paulo, SP, Brasil, 2016 32

Tabela 2 - Distribuição da amostra conforme o ano escolar. São Paulo, SP, Brasil, 2016 62

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo para a resposta dos juízes quanto a representatividade dos itens. São Paulo, SP, Brasil, 2016 72

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo para a resposta dos juízes quanto a Clareza dos itens. São Paulo, SP, Brasil, 2016 73

Tabela 5 - Itens da Escala de Identificação de sintomas psicopatológicos em escolares após análise de conteúdo. São Paulo, SP, Brasil, 2016 75

Tabela 6 - Itens com modificação na grafia, após o teste piloto. São Paulo, SP, Brasil, 2016 76

Tabela 7 - Itens da EISPE após o teste piloto. São Paulo, SP, Brasil, 2016 76

Tabela 8 - Variação Residual Padronizada (em unidades de valor próprio). São Paulo, SP, Brasil, 2016 77

Tabela 9 - Parâmetros de ajuste, erro de medida do Rasch de Itens e Pessoas. São Paulo, SP, Brasil, 2016 78

Tabela 10 - Ajuste Rasch, erro de medida, infit, outfit dos itens e correlação item-total. São Paulo, SP, Brasil, 2016 79

Tabela 11 - Funcionamento diferencial dos itens. São Paulo, SP, Brasil, 2016 82

Tabela 12 - Análise descritiva e Alfa de Cronbach da EISPE. São Paulo, SP, Brasil, 2016 85

Tabela 13 - Análise estatística item a item do alfa da EISPE. São Paulo, SP, Brasil, 2016 85

Tabela 14 - EISPE em sua versão preliminar, após a validade de construto. São Paulo, SP, Brasil, 2016 87

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21
2 O CONTEXTO DO TRANSTORNO MENTAL NA INFÂNCIA 25
2.1 A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL 25
2.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DIRECIONADA À POPULAÇÂO INFANTO-JUVENIL 28
2.3 EPIDEMIOLOGIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA 34
2.4 INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS COM SINAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS 37
2.5 O PSIQUISMO INFANTIL: SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS NA INFÂNCIA . 42
3 OBJETIVOS 49
3.1 OBJETIVO GERAL 49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 49
4 METODOLOGIA 53
4.1 ELABORAÇÃO DOS ITENS 55
4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO 57
4.2.1 Teste Piloto 60
4.3 VALIDAÇÃO DO CONSTRUTO 60
4.3.1 Coleta dos dados 61
4.3.2. Análise dos dados 64
4.3.3 Consistência Interna 67
5 RESULTADOS 72
5.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO 72
5.1.1 Índice de validade de conteúdo (IVC) e o Prevalence adjusted, bias adjusted kappa (PABAK) 72
5.1.2 Teste Piloto 75
5.2 VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO 77
5.2.1 Modelo Rasch 77
5.2.2 Consistência interna do instrumento 84
5.3 VERSÃO PRELIMINAR DA EISPE 86

6 DISCUSSÃO 91
7 CONCLUSÃO 101
REFERÊNCIAS 105
APÊNDICES 121
ANEXO 135

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Quando bem-sucedidas em seu processo de desenvolvimento, as crianças e adolescentes se tornam adultos saudáveis, e competentes para a resposta satisfatória às demandas de seu ambiente emocional, social, familiar e profissional. Porém, quando há variações em seu processo de desenvolvimento saudável, seja devido a respostas adaptativas, a transtornos transitórios, ou a desvios no desenvolvimento esperado, podem levar a quadros clínicos diversos, precursores de problemas para saúde mental da criança e posterior adulto (Drotar, 2002; Underwood e Falwell, 2002)

Dessa forma, quando há a vivência infantil de problemas de saúde mental, por meio de sintomas psicopatológicos como: medos, ansiedades, tristezas, baixa-estima, isolamento, auto-agressividade (quando internalizados), hetero agressividade e quebra de regras (quando externalizados) - pode levar a uma interferência direta ou indireta no comportamento e no desenvolvimento psicológico da criança, afetando, assim, seus relacionamentos interpessoais, e seu desempenho escolar (Lyra, 2009; Câmara, 2011).

Segundo Winnicott (1993), quando há a percepção de que algo está acontecendo no comportamento da criança, ou no que se é esperado em determinada idade, fornece a condição de diagnosticar as patologias o mais breve possível, com o objetivo de evitar a cronificação ou a maximização de efeitos deletérios. Por isso, a identificação precoce de crianças com risco de desenvolver um quadro de transtorno mental é importante por permitir uma intervenção também precoce, minimizar o sofrimento da família e tornar os profissionais de saúde e da educação mais vigilantes para os possíveis sinais de risco (Câmara, 2011).

Esses fatos falam da necessidade de um instrumento para a identificação de crianças que possam estar apresentando sinais psicopatológicos, uma vez que possibilitará, não só, uma detecção apurada e precoce desses sinais, permitindo o encaminhamento para atendimento de suas necessidades, quando necessário; como também, servirá como uma forma de identificar situações que possam levar a quadros psíquicos mais graves ou a cronicidade do seu quadro e os danos provenientes de sua complexidade, evitando, assim, alterações no desenvolvimento bio-psico-socio-cultural da criança.

Vale ressaltar que os instrumentos utilizados no Brasil com propósito de identificar os sinais psicopatológicos na população infantil, são instrumentos direcionados a uma faixa etária extensa de sujeitos – 4 a 18 anos – incluindo, assim, crianças em diferentes fases do desenvolvimento, o que pode causar um viés, pois, conforme Assumpção (2012), a psiquiatria infantil tem uma interface com diversas áreas, dentre elas, a Psicologia do Desenvolvimento, o que aponta para o fato de que a criança não é um ser passível de generalizações. A criança é um ser com características peculiares, o que faz com que a expressão de sua doença, por meio dos sintomas psicopatológicos, tenha também características peculiares, sendo que algumas dessas características/sintomas sejam encontradas somente durante determinados períodos do desenvolvimento (Assumpção, 2012).

Por fim, os instrumentos existentes, originalmente produzidos em outros países, e posteriormente validados para uso na cultura brasileira, são, em sua maioria extensos, o que corrobora com a importância da criação e validação de um novo instrumento de triagem sucinto e de fácil aplicação e interpretação, e que identifique, junto as próprias crianças escolares, os sintomas psicopatológicos.

O CONTEXTO DO TRANSTORNO MENTAL NA INFÂNCIA

2 O CONTEXTO DO TRANSTORNO MENTAL NA INFÂNCIA

2.1 A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA À POPULAÇÃO INFANTO-JUVENIL

Observa-se que, por muitos anos, a fase da infância não era vista pelo Estado e pelas famílias como uma etapa do ciclo vital, que possui necessidades singulares (Ariés,2011). Dessa forma, as crianças eram tratadas sem se levar em consideração as questões relacionadas ao seu desenvolvimento e crescimento, sendo colocadas em uma posição de infante, sem voz, sendo vistas como objetos domésticos (Araújo, et al, 2014). Porém, ao decorrer dos anos, a criança passou a ser vista como um ser social, que devido as suas particularidades, exigia transformações profundas na sociedade (Araújo, et al, 2014).

No século XI, a criança era vista no mundo todo como um adulto em miniatura, que não possuía particularidades e características especificas (Araújo, et al, 2014). No Brasil, durante a monarquia, tal realidade era constatada pela alta mortalidade infantil, que chegava a 70% da população infantil, e pela forma cruel com que as famílias tratavam as crianças, através de castigos físicos, abandono nas casas de caridade, e as precárias condições sanitárias e sociais que acentuavam o adoecimento infantil (Marcílio, 1998; Ribeiro, 2006; Araújo, et al, 2014; Ariés, 2011).

No século XVII a criança começou a ocupar seu espaço na sociedade, passando a receber carinho e amor por parte das famílias. A sociedade passou a perceber a criança como o centro para as famílias, e um sujeito que apresentava mudanças físicas e mentais que necessitava de cuidados (Araújo, et al, 2014; Ariés, 2011). No entanto, o abandono permaneceu como uma prática aceita pela sociedade, sendo motivada, no século XVIII, pela extrema pobreza, adoecimento ou morte dos pais, e a escravidão; e no século XIX, pelas concepções higienistas de proteger as crianças de suas próprias famílias (Araújo, et al, 2014; Ribeiro, 2006).

Foi a partir do século XX, nas primeiras décadas da República, que as autoridades públicas e privadas passaram a se preocupar com o adoecimento infantil, sendo alvo dos investimentos públicos, pela primeira vez, pela esperança de que ela representaria o alcance do projeto civilizatório brasileiro, caso respondesse aos investimentos que lhe eram dirigidos (Araújo, et al, 2014, Couto, 2012).

No que tange às questões relacionadas ao sofrimento psíquico, nesse momento histórico, essas ficaram encobertas por uma agenda construída para

formar cidadãos socialmente adequados e economicamente produtivos (Couto, 2012).

Para Rizzini (1997), no auge da República, a importância da infância, que transformou parte dela em problema de Estado, foi ter sido avaliada como um patrimônio valioso da nação, a chave para o futuro, um ser em formação. A infância pobre foi o símbolo dos problemas que poderiam comprometer o projeto de desenvolvimento da nação. Nesse contexto, a criança em perigo, filha da pobreza material ou afetivamente abandonada; e a criança perigosa, cruel e potencialmente delinquente, resultado da pobreza moral, constituíram o ponto de mira das estratégias assistenciais e a prioridade das pautas governamentais, sendo identificadas como um problema social gravíssimo (Brasil, 2014; Rizzini, 1997), a requerer respostas urgentes e eficazes do poder público. As ações assistenciais e as instituições organizadas que objetivavam fazer frente ao problema, visavam basicamente à prevenção (vigiar a criança), educação (moldar a criança), recuperação (reabilitar a criança viciosa) e repressão (conter a criança delinquente), traduzidas como as principais diretrizes do governo direcionadas às crianças (Brasil, 2014; Rizzini, 1997).

Em 1927, pelo lado da justiça, o Código de Menores, conhecido como Código Melo Mattos, deu o amparo legal necessário à construção da categoria social do ‘menor’ e à montagem de modalidades institucionais específicas para ‘recuperá-lo’. A condição ‘de menor’ foi dada a diversas crianças e adolescentes, que foram retirados da tutela familiar, colocados sob a tutela do Estado e inseridos em instituições de recolhimento e internação (internatos, asilos, educandários, reformatórios) (Couto, 2012; Brasil, 2014).

Pelo lado da medicina, o aporte específico veio do movimento higienista, especificamente da higiene mental, vertente que se baseava na idéia de prevenção e no método educativo, como meios eficazes para formar sujeitos saudáveis e diminuir a incidência de casos de delinquência e insanidade, considerados, em grande parte, como consequências do abandono ou do mau cuidado familiar (Costa, 1983). Apesar de uma atuação mais diretamente voltada para as famílias, comunidades e escolas, a medicina higienista acabou por validar propostas de intervenção baseadas no isolamento e na institucionalização (Couto, 2012).

Com relação à saúde da criança, até a década de 80, o sistema de saúde no Brasil manteve a saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de

Atenção à Saúde Materno-Infantil (Araújo, et al, 2014); porém, em 1984, o Brasil implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como uma forma de enfrentar as condições adversas de saúde da população infantil, em especial, àquelas relacionadas a sua sobrevivência.

Esse programa teve como objetivo promover a saúde integral dessa população, dando prioridade às crianças pertencentes a grupos de risco, buscando aumentar a cobertura dos serviços de saúde. Tinha como suas ações, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs); o incentivo ao aleitamento materno; e a imunização (Frias et al, 2008).

Dessa forma, na década de 80 começaram a aparecer propostas de atendimento à infância e juventude como um direito de cidadãos, priorizando ações voltadas para o resgate da cidadania, já que alegavam que esta tinha sido confiscada às crianças e adolescentes, bem como à população carente em geral, nas décadas anteriores (Vogel, 1995).

Noções como as de cidadania da criança e do jovem; direito à vida, saúde, educação, liberdade, respeito e dignidade; direito à convivência familiar e comunitária; posição de igualdade diante do Estado e dever deste para com a proteção integral de todas, começaram a ser tema de debates (Couto, 2012).

Com a instituição da democracia no Brasil, a necessidade de mudança estrutural nos princípios e ações da assistência à criança, a favor da inscrição de uma nova política de bem-estar, ecoou nacionalmente. Foi por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado pela Lei 8069, de 13/07/1990 (Brasil, 2010), tanto em sua forma de produção como em seu conteúdo, que ocorreu a verdadeira ruptura com a tradição anterior (Mendes, 1998).

O ECA conferiu garantia legal a diversos direitos para todas as crianças e jovens brasileiros, sem distinção. Adotou o marco jurídico da doutrina da proteção integral, em substituição à da situação irregular e designou ao Estado a função de proteção, no lugar da tutela. Com o ECA houve legitimidade e institucionalidade para inscrição social e política da criança e do adolescente como sujeitos de direitos (Couto, 2012).

2.2 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL DIRECIONADA À POPULAÇÂO INFANTO-JUVENIL

Apesar da constatação de que o aparecimento de sintomas psicopatológicos é algo que deve ser acompanhado durante toda a infância e a adolescência pelos profissionais de saúde, pois, muitas vezes, pode levar a falhas no desenvolvimento do sujeito, levando ao desenvolvimento de um transtorno mental grave e persistente, a população de crianças com necessidade de atendimento em saúde mental ainda tem sido bastante negligenciada quando falamos em políticas públicas de atenção e cuidado a essa clientela (Hacker e Drainoni, 2001; Couto, Duarte e Delgado, 2008).

Isso é constatado através da literatura que aponta que, não só no Brasil, mas em diversos outros países, existe uma defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela (Belfer e Saxena, 2006; Patel et al., 2007; Brasil, 2011).

Esse vazio histórico na cobertura da atenção pública ao grupo infanto-juvenil em saúde mental dirigida, tem sido preenchido ao longo dos anos por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se, em algumas localidades, as únicas opções de cuidado disponível às crianças, jovens e seus familiares (Hoffmann, Santos, Mota, 2008).

De acordo com Ribeiro (2006), a Saúde Mental Infantil no Brasil, enquanto um campo de cuidados, intervenção, e estudos sobre a criança, esteve desestruturado e nada sistematizado até o século XIX, pois foi quando as primeiras teses em psicologia e em psiquiatria começaram a surgir, período também em que o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi criado – Hospício D. Pedro II, em 1852, sendo seguido por vários outros ao longo do território brasileiro.

Em meados do século XIX, aquelas crianças que eram consideradas insanas, muitas vezes provenientes das classes sociais desfavorecidas, compartilhavam do mesmo espaço em que os adultos ocupavam nos manicômios, já que não haviam estudos que fossem específicos às doenças mentais infantis, nem ao menos uma classificação que fosse capaz de diferenciar as formas em que as doenças mentais se manifestavam no adulto e na criança (Ribeiro, 2006).

Conforme Arruda (1995), Januzzi (1992) e Ribeiro (1999), Uchôa (1981), o primeiro trabalho de que se tem relato em psiquiatria infantil, a monografia de Carlos

Eiras de 1900, direcionou-se para a deficiência mental, e era intitulada “Tratamento dos Idiotas”. Nessa mesma década, em 1903, é inaugurado um pavilhão destinado às crianças com transtornos mentais que era anexo ao Hospital Psiquiátrico da Praia Vermelha; o que foi um grande avanço na assistência em saúde mental na infância, pois, até então, essas crianças compartilhavam o mesmo espaço dos adultos (Arruda,1995; Januzzi, 1992; Ribeiro, 1999; Uchôa,1981).

Quase 20 anos depois, em 1921, Franco da Rocha inaugura em São Paulo, o primeiro pavilhão infantil no Hospital do Juqueri; e em 1929, em Minas Gerais, a psicóloga Helena Antipoff implanta o Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento Pedagógico, local onde iniciou pesquisas relacionadas a testes de inteligência e desenvolvimento mental de crianças, criando mais tarde a Sociedade Pestalozzi e o Instituto Pestalozzi, que eram direcionados para os cuidados de crianças deficientes mentais (Arruda,1995; Januzzi, 1992; Ribeiro, 1999; Uchôa,1981).

Em Pernambuco, Ulysses Pernambucano foi o pioneiro, na região, a propor o atendimento dos doentes mentais, criando serviços que eram inéditos até então, sendo responsável por diversas reformas assistenciais, inclusive na infância. Em 1925, criou o Instituto de Psicologia, onde eram feitas pesquisas sobre testes de inteligência, o grafismo e o Roscharch. Em 1929 criou uma equipe multiprofissional para atuar com as crianças do Instituto (Arruda,1995; Januzzi, 1992; Ribeiro, 1999; Uchôa,1981).

Já na década de 40, Stanislau Krynski, que era primeiramente vinculado ao hospital do Juqueri, considerado uma figura importante da Psiquiatria Infantil brasileira, se vincula ao departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e em 1955, inicia um serviço de Higiene Mental que foi caracterizando “a entrada da Psiquiatria Infantil Moderna no Brasil” (Assumpção, 2012b)

Em 1953, o Instituto de Psicologia da Universidade do Brasil cria a “Clínica e Orientação da Infância” para acompanhamento de casos com indicação de orientação psicopedagógica com avaliação neuropsiquiátricas e psicométricas, de orientação multiprofissional (Assumpção, 1995).

Em 1962 cria-se em Porto Alegre a Unidade de Psiquiatria Infantil no Hospital São Pedro, sendo a primeira clínica particular no Brasil (Assumpção, 2012b).

A criação de locais para a assistência à saúde mental infantil em hospitais psiquiátricos foram aumentando, o que seguia, apesar de menos acelerado, a expansão dos hospitais psiquiátricos nas décadas de 40 e 50 (Paulin e Turato, 2004). No entanto, já na década de 1950, esses hospitais psiquiátricos, muitos com características de hospitais colônias, viviam em total abandono, e com excesso de pacientes internados (Paulin e Turato, 2004).

A década de 1970 foi caracterizada, no Brasil, pela crescente influência de propostas que se mostravam efetivas na Europa e principalmente nos Estados Unidos, por meio da psiquiatria comunitária, que tinha como meta a redução da doença mental na comunidade, enfatizando-se a promoção de um novo objeto de ação: a saúde mental (Paulin e Turato, 2004).

Dessa forma, a influência da psiquiatria comunitária, a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental — Dinsam —, ocorrida em 1978, na cidade do Rio de Janeiro, aliada às diversas denúncias de maus-tratos dentro dos hospitais psiquiátricos, foram acontecimentos importantes para o surgimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Amarante, 1995) com a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental — MTSM.

Ainda que o foco das discussões, até os anos 2000, fosse a assistência de saúde mental direcionada aos adultos, as décadas de 1980 e 1990 constituíram-se em marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país, momento em que ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) (Hirdes, 2009), culminando com a promulgação da Lei 10.216, no ano de 2001, e realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM).

Tais acontecimentos inauguraram um novo tempo para a saúde mental brasileira e, consequentemente, para a Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (SMCA) (Couto, 2012), que começou a ser discutida na III CNSM.

No contexto de reformulação da agenda pública da saúde mental, através da III CNSM, impulsionada pelo entusiasmo do movimento da Reforma Psiquiátrica com a aprovação da Lei e tendo como base os princípios do ECA, foram propostas diretrizes para dar início ao processo de construção da política brasileira de SMCA e da rede de atenção (Couto, 2012).

Relacionado aos fundamentos da política e da montagem de rede, a III CNSM deliberou que:

a) A SMCA deveria ser orientada pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da atenção psicossocial;

b) A criança e o adolescente deveriam ser considerados como sujeitos psíquicos e de direitos, capazes de formular suas próprias demandas, tendo na família como sua principal referência de acolhimento;

c) A política de SMCA deveria integrar a política geral de saúde mental, ter caráter intersetorial, e construir uma rede de cuidado, de base territorial, adequada às peculiaridades das crianças e adolescentes, e conforme a realidade sociocultural de cada município;

d) A lógica do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS (naquele momento, regulamentado apenas para atendimento de adultos) deveria ser estendida ao cuidado de crianças e adolescentes com problemas mentais;

e) A intersetorialidade deveria ser a marca distintiva e estruturante da rede de cuidados em SMCA, à qual ficariam articulados os CAPS e todos os demais dispositivos a serem criados;

f) As ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização, institucionalização, redução de problemas advindos da precariedade social àqueles definidos como de saúde mental, e contra a simples finalidade de ajustamento de conduta no trato com a criança e adolescente (Couto, 2012).

Foi a partir de 2002 que foram implantados os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi) no Brasil (Brasil, 2004) caracterizados como serviços públicos específicos para crianças, adolescentes e jovens. Os CAPSi foram propostos com a função de prover a atenção comunitária em saúde mental de forma integral, além de organizar a rede de cuidado existente no seu território de abrangência, tornando-se, portanto, elementos estratégicos nesta proposta de reversão do modelo hospitalocêntrico (Hoffmann, Santos, Mota, 2008). Os CAPSi foram planejados para atender prioritariamente às demandas de crianças com diagnóstico de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, usando de alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica individualizada, articulada com diferentes serviços extra-hospitalares como ambulatórios (Hoffmann, Santos, Mota, 2008).

Já em 2011, prevendo a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, cria-se a Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria MS/GM nº 3.088, de 23/12/2011, (Brasil, 2011b) tendo como objetivos gerais: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A RAPS encontra-se organizada nos seguintes componentes (Tabela 1):

Tabela 1 - Organização da Rede de Atenção Psicossocial. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Atenção Básica em Saúde
• Unidade básica de saúde;
• Núcleo de apoio à saúde da família;
• Consultório na rua;
• Centros de convivência e cultura.
Atenção Psicossocial
Estratégica
• Centros de atenção psicossocial (nas suas
diferentes modalidades).
Atenção de Urgência e
Emergência
• Samu 192;
• Sala de estabilização;
• UPA 24 horas e portas hospitalares
de atenção à urgência/pronto socorro,
unidades básicas de saúde.
Atenção Residencial de
Caráter Transitório
• Unidade de acolhimento;
• Serviço de atenção em regime residencial.
Atenção Hospitalar • Enfermaria especializada em hospital geral;
• Leitos de SM no hospital geral.
Estratégias de
Desinstitucionalização
• Serviços residenciais terapêuticos;
• Programa “De Volta para Casa”.
Estratégias de Reabilitação
Psicossocial
• Iniciativas de geração de trabalho e renda;
• Empreendimentos solidários e cooperativa

Seguindo a criação da RAPS, e visando o estabelecimento de uma linguagem e um entendimento que seja parecido entre os profissionais e que possam promover o avanço do acesso e da qualificação das ações que são direcionadas às crianças e adolescentes nos cenários jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial (Brasil, 2014), o Ministério da Saúde lança, em 2014, o documento intitulado “Atenção Psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos” (Brasil, 2014).

Esse documento, além de fazer um resgate histórico das questões relacionadas aos direitos humanos e atenção psicossocial de crianças e adolescentes no Brasil, também aponta os temas principais e desafiantes para que se desenvolvam ações que sejam efetivas na promoção, proteção e defesa de direitos dessa população, com um olhar especial a RAPS.

Porém, apesar da implantação da RAPS e das direções dadas pelo Ministério da Saúde em como atuar junto a população infantil com transtornos mentais nessa rede, não há estudos que avaliem o funcionamento da RAPS direcionada ao púbico infanto-juvenil, além de se observar um despreparo das equipes dos serviços presentes na rede frente à adequada detecção e direcionamento dessa criança.

Além disso, apesar dos CAPSi serem os principais dispositivos de atenção a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na rede de atenção psicossocial, caracterizados como local estratégico para a atenção a essa população, o percentual de CAPSi em relação ao total dos CAPS (todas as tipologias) em funcionamento no país tem se mantido sem alterações ao longo dos anos, média de 8% (Brasil, 2011; Couto, Duarte,Delgado,2008) e ainda não estão presentes no país em número adequado (Brasil, 2011).

Apesar de terem se expandido mais de 70% em relação a 2002 (passando de 75 para 128), o total de CAPSi não é capaz de atender a população infanto-juvenil brasileira de forma efetiva, pois, já que o Brasil tem em torno de 200.000.000 de pessoas, e deve haver 1 CAPSi para cada 100.000 habitantes, seriam necessários, aproximadamente, 2000 deles distribuídos em todo o território nacional. Dessa forma, considerando que o último levantamento nacional apontou que o Brasil possui 201 CAPSi (Brasil, 2015), isso significa que esse total representa apenas 10% do que deveria realmente compor a rede.

Frente a essas constatações, observa-se que apesar da implantação de uma nova rede de atenção a crianças e adolescentes, e uma relativa expansão dessa rede, ela ainda se encontra defasada, e as políticas públicas pouco têm atentado para a crescente necessidade de atendimento dessa população, o que pode demonstrar a pouca importância dada à população infanto-juvenil no país, o que é algo constatado na história da assistência direcionada a essa população ao longo dos séculos.

Tal fato é preocupante, pois existem evidências de que o déficit de serviços para o atendimento em saúde mental direcionados a crianças e adolescentes, faz com que essa população busque atendimento em dispositivos de saúde ainda pouco preparados para ser porta de entrada a essa população, como os serviços de pronto atendimento (Horowitzn, Kassam-Adams, Bergstein, 2001; Toledo, 2004; Baren et al., 2008; Williams, Mona, Grupp-Phelan, 2011; Gilbert, 2012). Além disso, é possível que muitas dessas crianças permaneçam sem a devida identificação, e permaneçam sem tratamento.

2.3 EPIDEMIOLOGIA DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NA INFÂNCIA

A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que, dentre a população mundial, as crianças representam 10% do seu total, e os adolescentes 14,2% (ONU, 2007). Sendo que altas taxas de transtornos mentais são encontradas nessas populações (Thiengo, Cavalcante e Livisi, 2014).

Uma revisão da literatura nacional e internacional realizada por Thiengo, Cavalcante e Livisi (2014) de 2000 a 2013, com o objetivo de identificar os transtornos mais prevalentes na infância e adolescência, apontou que, dentre esses transtornos, estavam: a depressão (prevalências entre 0,6% e 30%), os transtornos de ansiedade (prevalências entre 3,3% e 32,3%), o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (prevalências entre 0,9% e 19%), o transtorno por uso de substâncias (prevalências entre 1,7% e 32,1%), e o transtorno de conduta (prevalências entre 1,8% e 29,2%).

Nos Estados Unidos da América, Canino et al (2004) e Roberts et al (2007) apontam que aproximadamente uma em cada três ou quatro crianças são afligidas por transtornos mentais, outros estudos consideram uma em cada dez crianças (Brauner e Stephens, 2006; Costello, Egger e Angold, 2005; Merikangas et al,

2010a); porém, poucas dessas crianças recebem tratamento em saúde mental (Merikangas et al, 2010b). Em relação aos diagnósticos mais comuns, estudos realizados nesse mesmo país apontaram que os mais comuns foram ansiedade, depressão, transtorno opositivo-desafiador e os transtornos relacionados ao álcool e outras drogas (Nock et al, 2013; Merikangas et al, 2010b; Zinzon et al, 2008).

Quando se fala nos serviços de saúde, no Canadá, uma clínica de urgências psiquiátricas destinada a crianças com transtornos mentais demonstrou que a maioria dos pacientes eram meninos (63%), e que a média de idade dos pacientes atendidos foi de 12,2 anos. Em relação aos diagnósticos, houve um predomínio do transtorno de conduta (29%), seguido pelo transtorno de humor (17%) e transtorno de ansiedade (17%) (Lee e Korczak, 2010)

Na Europa, a prevalência de crianças com transtornos mentais varia de 8,8% na Inglaterra (Ford, Goodman, Meltzer, 2003) e 8,2% na Itália (Frigerio et al., 2006). Estudo espanhol realizado por Crespo et al. (2006) em uma unidade de urgência pediátrica demonstrou que 0,21% do total das urgências estavam relacionadas a sintomas psicopatológicos. Na França, pesquisa realizada em um departamento de psiquiatria infanto-juvenil de um hospital demonstrou que em oito anos, houve um aumento de 201% de internações de crianças com transtornos mentais (Richard et al.,2010). Em ambos os estudos, dentre as principais causas de admissão das crianças e adolescentes encontraram-se a violência e hetero-agressividade, ideação e tentativa de suicídio, e depressão (Crespo et al., 2006; Richard et al.,2010). Estudo de Lehaman (2013) realizado na Noruega apontou o TDAH como o mais prevalente, seguido pelo transtorno de ansiedade.

Em relação à América Latina e Caribe, em 2003, foram identificados apenas 10 estudos epidemiológicos que utilizaram estratégias de avaliação padronizadas (Couto, Duarte, Delgado, 2008), esses estudos apontaram que entre 15 e 21% de crianças e adolescentes possuem algum transtorno mental (Duarte et al.,2003).

Estudo realizado no Peru relata que, apesar da escassez de dados que apontem a prevalência de crianças e adolescentes com transtorno mental no país, dados de hospitais gerais demonstram que de 15 a 50% das urgências em pediatria geral tem um componente psíquico (Toledo, 2004).

No Chile, estudos realizados por Vicente et al (2010,2012), com 254 e 1558 crianças e adolescentes, respectivamente, apontaram que os transtornos mais comuns foram os transtornos ansiosos, seguidos por TDHA.

No Brasil, o primeiro estudo realizado para avaliar a prevalência de transtornos mentais na população infantil foi feito em Salvador, e apontou uma prevalência de 23,5% (Almeida-Filho, 1982). Desde então, diversos estudos foram realizados com o objetivo de levantar essa prevalência e identificar os diagnósticos psiquiátricos mais presentes nas crianças e adolescentes brasileiros.

Estudo realizado no interior de São Paulo demonstrou uma prevalência de 12,7% (Fleitlich-Bilyk, Goodman, 2004) de escolares de 7 a 14 anos com transtorno mental, semelhante a outro estudo realizado no estado da Bahia que apontou uma prevalência que variou de 7 a 12,7% (Goodman et al., 2005). Outro estudo realizado no interior de São Paulo, com crianças de 6 a 11 anos, apontou uma frequência de 7,14% de crianças com hipótese diagnóstica de transtornos emocionais, e 9, 82% com transtornos de conduta (Cury, Golfeto, 2003).

Pesquisa epidemiológica realizada entre 1997 e 2001, no interior do Rio Grande do Sul, com crianças de zero a 12 anos, demonstrou maior incidência de transtornos mentais entre os meninos. Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram os transtornos mistos de conduta e emoções (Tarasconi, Miranda, Scortegagna, 2008).

Outra investigação, com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico da clientela atendida em CAPSi de sete estados do Brasil, apontou que 49,3% das crianças e adolescentes em atendimento nos CAPSi estavam sendo tratadas em regime não intensivo, e que a maior parte deles estavam nesses serviços devido a transtornos emocionais e do comportamento (44,5%) (Hoffmann, Santos, Mota, 2008).

Em 2008, a Associação Brasileira de Psiquiatria, em parceria com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública (IBOPE), estimou que 5 milhões das crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos possuem um transtorno mental. A prevalência de sintomatologia foi de 12,6%. Dentre os sintomas, os mais frequentes estavam relacionados a hiperatividade ou desatenção (8,7%), seguidos por dislexia e discalculia (7,8%), irritabilidade e comportamentos desafiadores (6,7%), dificuldades cognitivas (6,4%), sinais de depressão (4,0%), e ansiedade (5,9%), fobias sociais

(4,25%), transtornos de conduta (3,4%) e problemas com álcool e drogas (2,8%) (Maeda, 2009).

Por fim, em Pelotas, cidade do interior do Rio Grande do Sul, um estudo de coorte com 4452 pré-adolescentes com idades entre 11 e 12 anos apontou que 10,8% possuíam transtorno mental, apresentando pelo menos um transtorno psiquiátrico conforme o DSM-IV e o CID-10. Os diagnósticos mais prevalentes foram os transtornos de conduta e transtornos de ansiedade (Anselmi et al., 2010). No Projeto Atenção Brasil, desenvolvido por Arruda et al (2010), a estimativa de que 12,7% crianças e adolescentes brasileiros possui alto risco de ter um transtorno mental foi semelhante ao apresentado no estudo desenvolvido em Pelotas.

2.4 INSTRUMENTOS PARA IDENTIFICAÇÃO DE CRIANÇAS COM SINAIS E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Considerando, com bases nos dados levantados, que em torno de 10 a 20% das crianças e adolescentes no Brasil e no mundo apresentam transtornos mentais, e que, ao longo dos últimos anos a frequência de internações desses sujeitos nos serviços de atendimento e pronto atendimento à saúde tem aumentado, reitera-se a importância da validação da Escala de identificação de sintomas psicopatológicos em escolares (EISPE) por meio da sua aplicação na população alvo, pois auxiliará o enfermeiro, e, possivelmente, outros profissionais de saúde, a identificar crianças com sintomas psicopatológicos sugestivos de transtorno mental.

A literatura internacional aponta diversos instrumentos que objetivam levantar os transtornos mentais ou sintomas psicopatológicos em crianças e adolescentes, porém muitas vezes com função puramente diagnóstica, direcionados a médicos, e pouco viáveis para a prática clínica diária (Hunter, Higginson, Gerralda, 1996). Além disso, observa-se que, dentre os instrumentos existentes, nenhum foi produzido por pesquisadores brasileiros, e poucos foram traduzidos e validados no Brasil. Os principais instrumentos padronizados para avaliação abrangente dos indicadores de saúde mental infanto-juvenil, validados para a realidade brasileira e traduzidos para o português brasileiro, serão apresentados a seguir, levantando-se suas potencialidades e deficiências.

Dentre os questionários mais utilizados no país e no mundo, com o objetivo de detecção de problemas relacionados à saúde mental infanto-juvenil (Vostanis, 2006), encontra-se o *Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ),* conhecido no Brasil como Questionário de Capacidades e Dificuldades, proposto por Robert Goodman em 1997, e desenhado para ser um questionário curto e simples, clinicamente útil, e com boa aceitação pelos respondentes (Fleitlich, Cortázar, Goodman, 2000; Goodman, 1997). O SDQ é baseado nos Questionários de Rutter, que foram desenvolvidos na década de 60 (Rutter, 1967). Goodman atualizou os itens dos Questionários de Rutter para que fosse dado o enfoque na psicopatologia infantil (Goodman, 1997).

O SDQ é um questionário organizado para fornecer hipóteses diagnósticas compatíveis com os sistemas de classificação de doenças (Fleitlich, Cortázar, Goodman, 2000). Destina-se a crianças e adolescentes com idades entre 4 e 16 anos, composto por 25 itens, divididos em cinco subescalas com afirmações relacionadas a sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problema de relacionamento com colegas, e comportamento pró-social. Dentre as suas potencialidades, observa-se que é um instrumento de fácil aplicação e correção, com índices positivos de validade e fidedignidade no Brasil (Saur, Loreiro, 2012). Apesar disso, o instrumento apresenta limitações, por ser um instrumento direcionado tanto a crianças como a adolescentes, pois são sujeitos que se encontram em diferentes fases do desenvolvimento, e, por isso, apresentam características bem distintas - o que é considerado um problema de saúde metal em uma determinada faixa etária, pode ser normal em outra. Além disso, Saur e Loureiro (2012), que analisaram estudos que utilizaram o SDQ, apontaram que, dentre esses estudos, apenas 9,8% avaliaram somente as crianças em fase escolar – 7 a 12 anos, e apenas 13,7% coletaram dados em uma amostra clínica, sendo que nenhum avaliou crianças em serviços de pronto atendimento, o que pode estar relacionado à sua baixa sensibilidade para aplicação entre escolares e nos serviços gerais de saúde.

Outro instrumento amplamente realizado é o *Child Behaviour Checklist* (CBCL). Trata-se de um questionário que avalia a competência social e problemas de comportamento em indivíduos de quatro a 18 anos, a partir de informações fornecidas pelos pais (Bordin, Mari, Caeiro, 1995); no Brasil, foi validado por Bordin, Mari e Caeiro (1995). É citado por Gauy e Guimarães (2006) como um dos três

instrumentos mais utilizados para a avaliação de comportamentos-problema infantis; as autoras ainda apontam ser um instrumento que propicia uma avaliação do repertório geral da criança e favorece um diagnóstico rápido.

A versão do CBCL para crianças e adolescentes de 6 a 18 anos é composta por 138 sentenças, das quais 118 são relacionadas a problemas de comportamento e 20, à competência social. Esta escala é composta por 20 itens que incluem atividades da criança, em grande parte desses itens é solicitado que os pais comparem o comportamento de seus filhos com o de outras crianças da mesma idade. O instrumento avalia as síndromes de reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, problemas de atenção, comportamento agressivo e problemas do sono (Wielewicki, Gallo, Grossi, 2011). Dentre as potencialidades do CBCL, encontra-se o fato de ser indicado na literatura como um dos instrumentos mais eficazes na quantificação das respostas parentais sobre o comportamento dos filhos (Carvalho et al., 2009). Dentre as suas deficiências, aponta-se o fato de ser um instrumento longo – apresenta 138 sentenças, o que limita o seu uso em serviços de pronto atendimento, e o fato de também ser um questionário direcionado tanto a crianças como a adolescentes – sujeitos em fases do desenvolvimento diferenciadas.

Outros instrumentos, desenvolvidos por Achenbach (1991), mesmo autor do CBCL, também objetivam o rastreamento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações do professor (Teacher Report Form - TRF) e do próprio jovem (Youth Self-Report Form - YSR). O Youth Self Report (YSR –Inventário de Comportamentos Auto-Referidos para Jovens), produzido para rastreamento de problemas de saúde mental em adolescentes – 11 a 18 anos, é utilizado internacionalmente e possui propriedades psicométricas satisfatórias (Achenbach, Rescorla, 2001).

O YSR (versão 2001), traduzido e validado por Abreu, Bordin e Paula (2002) fornece o perfil comportamental do adolescente com base em 118 itens, que permitem a identificação de oito síndromes (subescalas): ansiedade/depressão; retraimento/depressão; queixas somáticas; problemas com o contato social; problemas com o pensamento; problemas com a atenção; violação de regras e comportamento agressivo. Dentre suas potencialidades, aponta-se o fato de ser utilizado em todo o mundo, e ter propriedades psicrométricas satisfatórias; porém,

possui deficiências, como o fato de ser direcionados somente a adolescentes – 11 a 18 anos, e ser um questionário longo – 118 itens.

Já o Teacher Report Form - TRF é uma medida realizada pelo professor que avalia o comportamento problema e pode identificar oito síndromes, como proposto pelo CBCL. Ele também avalia o desempenho escolar e o funcionamento adaptativo. Os professores, ou outros funcionários da escola, que conheceram a criança no ambiente escolar por mais de 2 meses, podem completar a medida de forma independente.

Há também, traduzidos e validados para a cultura brasileira, outros instrumentos, porém possuem, como limitações para a área de enfermagem, o fato de terem como finalidade a formulação de diagnósticos psiquiátricos (e não apenas a identificação de conjuntos de sintomas) na infância e na adolescência (Duarte, Bordin, 2000). Dentre esses intrumentos, estão disponíveis o *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children* (K-SADS) (Ambrosini, 2000), disponível em três versões: K-SADS-E (epidemiológica), K-SADS-P/L (diagnósticos atuais e ao longo da vida) e K-SADS-P IVR (diagnósticos nos últimos 12 meses, incluindo medida de gravidade dos sintomas). Trata-se de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos pais e às crianças e adolescentes – 6 a 18 anos, cuja aplicação deve ser realizada por psiquiatra experiente na área da infância e adolescência, pois o julgamento clínico é também utilizado para gerar os resultados (Duarte, Bordin, 2000); tais características o tornam um questionário deficiente, já que não pode ser aplicado por outros profissionais de saúde, e pelo fato de englobar uma faixa etária extensa - sujeitos em diferentes fases do desenvolvimento.

Outra entrevista para diagnóstico psiquiátrico que merece destaque é o *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA) (Goodman et al., 2000). O DAWBA tem como características positivas o fato de poder ser aplicado por leigos e revisado por psiquiatra da infância e adolescência, para que o julgamento clínico determine a existência ou não de diagnósticos, e por produzir informações confiáveis e válidas. Já existe uma versão brasileira do DAWBA, aqui denominado "Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem-Estar de Crianças e Adolescentes". Uma deficiência desse instrumento é o fato de ser um instrumento longo – 67 páginas, e englobar crianças e adolescentes – 5 a17 anos.

Por fim, tem-se a *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-4), uma entrevista estruturada, que gera diagnósticos com base em algoritmos (Shaffer et al.,

2000). Contínuos aperfeiçoamentos da DISC permitiram que a versão atual apresentasse propriedades psicométricas bastante satisfatórias (Shaffer et al., 2000), porém, também tem como deficiência o fato de ser um questionário que engloba não só crianças como adolescentes – 9 a 17 anos.

Frente ao exposto, dentre os instrumentos padronizados para avaliação abrangente dos indicadores de saúde mental infanto-juvenil, validados para a realidade brasileira e traduzidos para o português brasileiro, observa-se que, de uma forma geral, são instrumentos produzidos para uma faixa etária muito abrangente, o que engloba sujeitos – crianças e adolescentes – em diferentes fases do desenvolvimento; dessa forma, é possível que essa abrangência dos instrumentos propostos, possa determinar viés nos resultados obtidos em diferentes situações. Assim, não se pode deixar de considerar que a criança é um ser em desenvolvimento, isto é, apresenta características diferentes dependendo da idade (Assumpção, 2012a), e que, para contemplar esse fato, os instrumentos de avaliação utilizados na infância devem apresentar versões específicas para diferentes faixas etárias.

As teorias do desenvolvimento humano, dentro da perspectiva psicalítica – Teorias de Freud e Erik Erikson, e da perspectiva cognitiva – Teoria de Piaget, demonstram que, com o decorrer dos anos, a criança e o adolescente passam por diversas fases do desenvolvimento cognitivo, psicossocial e psicossexual, o que faz com que cada faixa etária tenha suas peculiaridades (Papalia, Ols, Feldman, 2009), já que, muitas vezes, o que é normal em uma determinada faixa etária – como o pensamento abstrato – pode não ser algo presente nas demais idades. É nesse sentido que avaliar, em um mesmo instrumento, questões psíquicas - como o pensamento - em crianças e adolescentes, pode trazer viés no resultado de uma pesquisa.

Dessa forma, ao propor a validação da EISPE por meio da sua aplicação na população alvo, com o objetivo fazer a triagem de sintomas psicopatológicos na criança escolar, na perspectiva das principais teorias do desenvolvimento infantil, será possível não só a identificação de sintomas que necessite de encaminhamento para tratamento de suas necessidades, como também, a identificação de situações que possam evoluir para quadros psíquicos mais graves, ou a cronicidade desse

sofrimento e os danos provenientes de sua complexidade, evitando, assim, alterações no desenvolvimento bio-psico-socio-cultural da criança.

Vale ressaltar também, que a validação da EISPE permitirá a identificação de sintomas psicopatológicos em crianças, pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros que realizam atividades de prevenção secundária nos serviços de saúde, possibilitando não só um avanço na pesquisa direcionada a enfermagem em saúde mental infantil, bastante incipiente no Brasil, como também promoverá um avanço no campo da prática e da educação em enfermagem, já que os instrumentos de avaliação são considerados uma importante ferramenta de educação dos profissionais que atuam com as crianças e adolescentes com sintomas psicopatológicos (Hunter, Higginson, Gerralda, 1996).

2.5 O PSIQUISMO INFANTIL: SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS NA INFÂNCIA

> *"A análise do psiquismo infantil não é uma análise estática, levando em consideração os sintomas apresentados no momento em que se realiza a avaliação, dentro de um ponto de vista desenvolvimentista. Dessa maneira, ainda que avalie de maneira objetiva, leva em consideração toda a subjetividade do paciente em questão, permitindo que se adentre em seu mundo, de modo a conhecê-lo, para que assim possamos também compreendê-lo". Assumpção (2012)*

A grande contribuição de psicanalistas como Freud, Melanie Klein e Winnicott para a compreensão do sofrimento psíquico do sujeito é mostrar que o desenvolvimento e o processo de estruturação e de constituição psíquica do sujeito, é composto por formas de funcionamento psíquico, antes restritos ao campo da patologia (Januário, Tafuri,2009). Isso quer dizer que, durante o desenvolvimento humano, é natural que ocorram alterações nas nossas funções psíquicas, alterações essas, que antes eram consideradas como indícios de uma determinada doença, hoje podem ser vistas como parte do processo de desenvolvimento do sujeito.

Por isso, ao se rastrear o sofrimento psíquico entre escolares, através da verificação de sintomas psicopatológicos, é essencial que o profissional consiga relacionar as características da fase do desenvolvimento em que a criança se

encontra, com as funções psíquicas apresentadas por ela, pois, muitas vezes, certas alterações nas funções psíquicas são normais em determinada fase do desenvolvimento humano, mas são consideradas pelo profissional, de forma equivocada, como indício de um transtorno mental. Por isso, a importância de um instrumento que possa aliar essas duas questões: o desenvolvimento infantil e as alterações psíquicas – sintomas psicopatológicos, que compõem os transtornos mentais mais comuns entre escolares.

Avaliando os sintomas psicopatológicos, através da caracterização psicopatológica das funções psíquicas, distinguimos os quadros clínicos das diversas síndromes mentais, valendo-nos desses parâmetros para a adoção da conduta terapêutica mais adequada (Motta, Wang, Del Sant, 2007). Essa avaliação faz parte do estudo da Psicopatologia, palavra composta por três outras palavras gregas: "psychê", "pathos" e "logos", o que significaria um saber a respeito da paixão, da mente/alma, um discurso sobre o sofrimento psíquico (Ceccarelli, 2005)

Conforme Motta, Wang e Del Sant (2007), a Psicopatologia considera a interação existente entre as diversas dimensões do ser humano, permitindo o estudo de forma integrada dos aspectos físicos e mentais do comportamento humano, por meio da avaliação das funções psíquicas, que nem sempre representam alterações patológicas quando apresentam-se alteradas.

Na infância, pressupõe-se a compressão da Psicopatologia por meio do entendimento do sujeito e suas características biológicas que são inatas do seu crescimento e desenvolvimento e da relação da criança com o ambiente que o circunda e que mantem suas necessidades vitais (Ferraz e Gonçalvez, 2012). Observa-se assim, que muitas teorias do funcionamento psicopatológico, baseadas na compreensão do adulto, muitas vezes não se aplicam ao funcionamento psíquico durante a infância (Ferraz e Gonçalvez, 2012), por isso, um olhar diferenciado deve ser dado a psicopatologia na infância, pois, muitas vezes, os quadros clínicos vão se apresentar através da exacerbação de características que são consideradas normais para certa idade, como no caso dos escolares (Ferraz e Gonçalvez, 2012).

A fase escolar é o momento em que os quadros nosográficos categoriais são identificados pela primeira vez, e isso pode ser observado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) que apresenta os quadros clínicos dos transtornos mentais que já são evidenciados no período escolar. No DSM-IV-

TR, os diagnósticos presentes nos grupos 1 a 4, são aqueles identificados pela primeira vez na infância, e os quadros clínicos do grupo 5, são aqueles no quais os sintomas são semelhantes ao dos adultos (American Psychiatric Association, 2002).

O Grupo 1 do DSM-IV-TR - Transtornos Globais do Desenvolvimento, engloba as entidades diagnósticas relacionadas ao espectro autístico e outros quadros com sintomatologia semelhante, e os Transtornos degenerativos que são caracterizados pela perda de aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor. O Grupo 2 – Prejuízo sensorial e Doenças Neurológicas contempla as condições que causam significativo prejuízo no sistema nervoso central e nas vias sensoriomotoras.

O Grupo 3 – Alterações na alimentação, eliminações e sono, apresentam os transtornos da alimentação como característicos da primeira infância, mas apresenta anorexia e obesidade como transtornos que podem aparecer na fase escolar como consequência de conflitos externos e internos da criança. No Grupo 4 – Comportamento Disruptivo, o DSM-IV-TR apresenta os quadros de déficit de atenção, de hiperatividade, THDA, de aprendizagem, de linguagem e de conduta. Essa denominação é dada pois são transtornos que na fase escolar, principalmente, levam a uma ruptura no *continuum* do desenvolvimento normal, uma vez que a criança passa a apresentar comportamentos inadequados e inadaptados, que não correspondem a demandas dessa fase da vida (Ferraz e Gonçalvez, 2012).

O Grupo 5 – Alteração de um tempo em diante, apresenta entidades nosográficas que são semelhantes as descrições realizadas para o adulto. Esse grupo engloba os Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, as Fobias, o Transtorno Obsessivo Compulsivo, a Esquizofrenia, as Síndromes Mentais Orgânicas, os Transtornos Somatoformes, e a Violência e Maus-tratos (American Psychiatric Association, 2002).

Conforme evidenciado anteriormente, no mundo, a prevalência de crianças e adolescentes com transtornos mentais variam entre 8,2% (Frigerio et al., 2006) e 21% (Duarte et al.,2003), e, dentre esses transtornos mais comuns, têm-se a depressão, os transtornos de ansiedade, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno por uso de substâncias, o transtorno de conduta (Thiengo, Cavalcante e Livisi, 2014), e os transtornos alimentares, que podem atingir uma prevalência de 20% entre adolescentes (Fiates e Salles, 2001; Dunker e Philippi, 2004).

Nesse sentido, na Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos (EISPE), um olhar especial foi dado às características do desenvolvimento de crianças em idade escolar – 6 a 12 anos e nas principais funções psíquicas alteradas, representadas pelos sintomas psicopatológicos, que representam os transtornos mentais mais comuns na infância.

Dessa forma, a partir dos dados da literatura nacional e internacional e dos dados contidos no DSM-IV-TR, delimitou-se o construto “sintomas psicopatológicos” da EISPE com afirmativas relacionadas ao humor, padrões alimentares, uso/abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, condutas sociais, e atenção e atividade motora da criança. Englobando assim, o estudo da Psicopatologia, através da identificação de alterações nas funções psíquicas relacionas a afetividade, conduta/vontade, impulsividade, atenção, psicomotricidade, atenção e pensamento, tendo um olhar cuidadoso as características do desenvolvimento do escolar.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Construir e validar a Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evidenciar a validade de conteúdo da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares;
- Testar a validade de construto da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares;
- Verificar a confiabilidade da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo metodológico de abordagem psicométrica que se propôs a construir e validar a Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE).

O modelo teórico de construção do instrumento seguiu os pressupostos de Pasquali (1999). Conforme esse autor, para a criação e validação de um instrumento de medida baseado em construtos, como é o caso da EISPE, devem-se seguir alguns princípios que podem ser divididos em três eixos, denominados como procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos); nesse último, diferente do proposto do esquema, a análise fatorial foi substituída Modelo Rasch.

A figura 1 representa o organograma para elaboração de medida psicológica proposta por Pasquali.

Procedi -mento			TEÓRICOS																		
Fase			TEORIA										CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO								
Método		Reflexão / Interesse / Livros Índices							Literatura / Peritos / Experiência / Análise de Conteúdo						Categ. Comportam./ Literatura / Experiência / Entrevista			Análise: - Teórica - Semântica	
Passo		1	Sistema Psicológico		2	Propriedade			3	Dimensio-nalidade		4	Definições		5	Operaciona-lização		6	Análise dos itens		
Produto			Objeto Psicológico			Atributo				Fatores (Dimensões)			- Constitutiva - Operacional			Itens			Instrumento Piloto		
Procedi -mento		EXPERIMENTAIS							ANALÍTICOS												
Fase			VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO															Normatização			
Método		Literatura / Experiência / Peritos			Seguir Planejamento				Análise Empírica (ICC)			Análise Fatorial			Consistência Interna			Teoria: Definição de Grupos-critério e Análises Estatísticas			
Passo		7	Planejamento da Aplicação		8	Aplicação e Coleta			9	Dimensio-nalidade		10	Análise dos Itens		11	Precisão da Escala		12	Estabeleci -mento de Normas		
Produto			- Amostra - Instruções: . Formato . Sistemática . Tarefa			Dados (Matriz F)				Carga fatprial			Índice de dificuldade e descriminalização			Índices de Precisão r item-fator			Normas: %, Z		

Figura 1 - Organograma para elaboração de medida psicológica referente aos procedimentos teóricos, experimentais e analíticos

Fonte: Pasquali (1999)

Conforme observado, os procedimentos teóricos são a primeira etapa do processo de construção do teste, e objetiva a especificação das categorias comportamentais que representam o objeto psicológico que será medido (os sintomas psicopatológicos) e a operacionalização dos construtos em itens. Conforme Pasquali (1999) compreende-se que a explicitação dos fundamentos teóricos que

orientam a criação dos itens é essencial para garantir a legitimidade da medida e a melhor adequação de seus parâmetros psicométricos.

Para a sistematização dos procedimentos teóricos, iniciou-se pela escolha do sistema psicológico, os sintomas psicopatológicos em crianças (6 a 12 anos) (Pasquali, 1999). No entanto, como um sistema refere-se a um construto e que, por definição, pode ser enumerado, mas não medido, o segundo passo foi à delimitação dos atributos do sistema.

Os atributos são os aspectos ou propriedades que definem o sistema. Como eles possibilitam a avaliação operacional de diferenças individuais, torna-se o objeto imediato de interesse do pesquisador. A escolha desses atributos depende de diversos fatores, tais como: interesse do pesquisador, saturação de estudos prévios, relevância do atributo. Nessa pesquisa, os atributos norteadores do estudo dos sintomas psicopatológicos em crianças foram os construtos: humor, padrões alimentares, uso/abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, condutas sociais, atenção/atividade motora.

4.1 ELABORAÇÃO DOS ITENS

Conforme Pasquali (1998) há três fontes básicas para a construção de itens de uma escala, são elas: a literatura – por meio da análise de itens que compõem outros instrumentos disponíveis no mercado que medem o mesmo construto no qual o pesquisador está interessado; entrevistas junto à população alvo; e categorias comportamentais – que englobam os dados levantados através da literatura pertinente sobre o construto, opinião dos peritos na área, experiência do pesquisador, e da análise de conteúdo do construto.

Nesse estudo, a fonte de itens da escala construída foram as categorias comportamentais (literatura pertinente, e a análise de conteúdo) e a literatura representada pelos instrumentos já disponíveis que avaliam o mesmo construto.

Para isso, incialmente foi feito um levantamento na literatura, em busca de artigos científicos, livros, teses e dissertações que apresentavam a epidemiologia dos transtornos mentais na infância, a descrição desses transtornos, e suas características clínicas. Na sequência, foi levantado na literatura os instrumentos já validadas para uso no Brasil que avaliam o mesmo construto desse estudo: sintomas

psicopatológicos em crianças, quais sejam: *Child Behaviour Checklist* (CBCL), *Strenghts and Difficulties Questionnaire (SDQ), Development and Well-Being Assessment (DAWBA).*

Ao final desse levantamento iniciou-se a análise desse material para seleção dos itens a fim de compor o instrumento. Como critério de análise e seleção dos itens, foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras - baseadas nos construtos do sistema psicológico analisado:

- Como se caracteriza uma criança com idades entre 6 e 12 anos com alterações no humor?
- Quais são os sinais apresentados por uma criança entre 6 e 12 anos com alterações alimentares?
- Quais são as características de uma criança entre 6 e 12 anos que faz uso/abuso de substâncias psicoativas?
- Como é descrita uma criança entre 6 e 12 anos que se apresenta ansiosa?
- Como se apresenta a criança entre 6 e 12 anos que possui alterações em suas condutas sociais?
- Quais são as características da criança entre 6 e 12 anos com alterações na atenção/atividade motora?

Da análise das respostas a essas perguntas, foram elaborados 29 itens, os quais foram analisados através dos critérios pressupostos por Pasquali (1998), que se seguem:

- Critério comportamental: O item deve expressar um comportamento, não uma abstração;
- Critério de objetividade ou de desejabilidade: O indivíduo pode concordar ou discordar do item;
- Critério da simplicidade: O item deve expressar uma única ideia;
- Critério da clareza: O item deve ser inteligível para qualquer indivíduo da população;
- Critério da relevância: O item deve ser pertinente ao construto que se propõe medir;
- Critério da precisão: O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens;

- Critério da variedade: O uso do mesmo termo em todos os itens deve ser evitado;
- Critério da modalidade: O item deve ser formulado com expressões em reações modais, evitando-se as expressões extremadas;
- Critério da tipicidade: O item deve ser uma expressão condizente com o atributo.

Assim, foram mantidos os 29 itens previamente selecionados já que esses satisfizeram a todos os critérios estabelecidos anteriormente. Esse instrumento composto por 29 itens estava assim dividido: cinco itens relacionados à ansiedade, cinco relacionados ao humor, cinco relacionados a condutas sociais, quatro relacionados a atenção/atividade motora, cinco relacionados aos padrões alimentares, e cinco relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas (Apêndice 1).

4.2 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

Conforme Wynd e Schaefer (2003) é muito importante avaliar o conteúdo quando se desenvolve medidas novas, uma vez que permite ao pesquisador lançar mão de ferramentas que associem conceitos que são abstratos, com certos indicadores que são mensuráveis e observáveis.

Rubio et al (2003) considera a validade de conteúdo como a determinação da representatividade e extensão com que cada item do instrumento de medida comprova, de forma adequada, o domínio de interesse e a dimensão de cada item dentro de um determinado fenômeno investigado que se propõe a medir.

Segundo Fitzner (2007), a primeira etapa dos procedimentos para a validação de conteúdo compreende a avaliação do instrumento por um comitê de especialistas.

Com base nessas diretrizes, foram convidados sete juízes, previamente selecionados, constituído por professores universitários com conhecimento na metodologia utilizada, e profissionais de saúde com experiência no construto que se pretendia avaliar, dentre eles:

- 2 Psiquiatras Infantis com prática clínica

- 1 Médica, com especialização em Pediatria e Psiquiatria, com experiência na pesquisa (título de doutorado) e na clínica de crianças com transtornos mentais.
- 1 Psicóloga, com Mestrado na área de Psiquiatria Infantil, especialista em Psicanálise, e prática clínica com crianças.
- 1 Psicóloga, com Doutorado na área de Políticas de saúde mental infanto-juvenil e prática clínica com crianças.
- 1 Enfermeira Pediátrica, com título de doutorado e experiência na Validação de Instrumentos.
- 1 Enfermeira Psiquiátrica, Mestre, com experiência na pesquisa com crianças de CAPSi.

Realizou-se inicialmente um convite via E-mail para cada um dos juízes explicando o objetivo da pesquisa e os motivos pelos quais eles haviam sido convidados para participar desse comitê. Uma vez obtido o aceite, foram enviadas instruções de como proceder na análise da EISPE (Apêndice 2), e um caderno de questões, (Apêndice 3) via E-mail, individualmente para cada juiz.

O objetivo desse comitê foi assegurar a existência de equivalência semântica, idiomática, conceitual e experimental, e a validade de conteúdo, avaliando assim de forma quantitativa e qualitativa cada um dos itens. Os resultados das avaliações foram analisados pelos pesquisadores e agrupados em quadros-resumo para facilitar sua análise e a incorporação das sugestões, originando uma nova versão preliminar do instrumento.

Ao final dessa primeira etapa, além da avaliação da equivalência dos itens, pela equivalência semântica, idiomática e conceitual pelo painel de avaliadores, foi quantificado o grau de concordância entre os juízes, por meio do Índice de validade de conteúdo e do Prevalence Adjusted Bias Adjusted Kappa (PABAK).

Índice de validade de conteúdo (IVC) e o Prevalence Adjusted Bias Adjusted Kappa (PABAK)

Com o objetivo de quantificar o grau de concordância entre os juízes durante o processo de avaliação da validade de conteúdo do instrumento, foram calculados o IVC e o PABAK.

O IVC é um método utilizado em larga escala nas pesquisas da área da saúde (McGilton, 2003; Wynd, Schaefer, 2002). Esse método utiliza uma escala do tipo Likert com pontuação de 1 a 4: 1= irrelevante, a 4= extremamente relevante (DeVon et al., 2007). O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por “3” ou “4” pelos juízes. A fórmula para avaliar cada item é a seguinte (Alexandre, Coluci, 2011):

IVC= número de respostas “3” ou “4”/ número total de respostas.

Por meio do IVC, pretendeu-se calcular se a proporção dos itens selecionados para identificar sintomas psicopatológicos em escolares representavam bem todas as facetas importantes do conceito, quais sejam: representatividade de cada item (capacidade do item de representar a dimensão teórica), clareza (redação de fácil compreensão), e dimensão teórica do fator (representa o fator em que está localizado) (Pasquali, 2010).

O Prevalence Adjusted Bias Adjusted Kappa (PABAK) é um teste que permite achar a média de todos os cruzamentos dos observadores dois a dois, como a confiabilidade geral, calculando a proporção máxima de concordância devido ao acaso (Byrt, 1993; Chen et al, 2009; Costa e Ornipelli, 2011). A fórmula para o cálculo é o seguinte:

PABAK = 2Po – 1 = IK(1 – PI2 + BI2) + PI2 – BI2

Onde: BI = b – c PI = a – d

O escore pode apresentar valores desde -1 até +1, no qual zero significa um nível de concordância de 50%; os valores superiores a zero indicam uma concordância mínima ou inadequada e os valores superiores a zero indicam um grau de concordância forte quanto mais nos aproximamos de um.

Ao final dessa fase, foram eliminados 4 itens do questionário, dois foram reescritos, e outros dois mudaram de posição, totalizando 24 itens.

4.2.1 Teste Piloto

A coleta empírica foi realizada por meio de um estudo-piloto, utilizando a versão do questionário após a avaliação pelos juízes. Conforme a literatura (Beaton et al., 2002; Galash, 2007), para realização do pré-teste da versão pré-final de instrumentos, a amostra deve ser constituída por 40 sujeitos. Assim, os dados foram coletados com 40 crianças em idade escolar (6 a 12 anos) matriculadas em uma escola estadual, situada na zona leste da cidade de São Paulo-SP, que oferece turmas do primeiro ao quinto ano. Dentre essas crianças entrevistadas, 20 eram meninos e 20 meninas, sendo 8 alunos de cada ano.

Essa fase teve como objetivo avaliar a compreensão das crianças frente aos itens do questionário – análise semântica, a fim de fornecer subsídios para o aprimoramento da versão final do questionário e garantir que a compreensão dos itens não fosse um fator complicador, no momento em que o sujeito estiver respondendo o instrumento. Por meio do teste piloto, também foi planejada a estratégia de coleta oficial dos dados.

A possibilidade de ajustes nos itens do questionário foi considerada quando 15% dos participantes apresentarem dificuldade de compreensão ou de preenchimento dos itens do instrumento, situação em que serão orientados a não responder a pergunta (Beaton,2002). Por isso, um item foi eliminado, chegando a um questionário final de 23 itens.

4.3 VALIDAÇÃO DO CONSTRUTO

Após a realização das etapas para validade de conteúdo do instrumento, foram realizadas as etapas de trabalho relativas à validação de construto, que, conforme Pasquali (2001) são as etapas mais importantes de validação de um instrumento psicométrico, uma vez que permitem uma avaliação empírica da legitimidade da representação comportamental dos traços latentes. A validade de construto torna possível avaliar se as pessoas com determinadas características agem conforme a teoria supõe que elas agiriam, e quais itens ou fatores são mais pertinentes ao construto (Cronbach,1996; Sven, 1990).

As etapas de trabalho referentes à validade de construto, são os procedimentos experimentais e analíticos que foram apresentados na Figura 1. Os

procedimentos experimentais são compostos pelo planejamento da pesquisa (definição da amostra e instruções para administração dos instrumentos), e a coleta de dados.

Os procedimentos analíticos foram representados pela análise da consistência interna do instrumento, por meio da análise dos itens através do Modelo Rasch, e pelo cálculo do alpha de Cronbach.

4.3.1 Coleta dos dados

Local do estudo

A coleta de dados foi realizada de maio a junho de 2015, em uma escola estadual localizada no Conjunto Habitacional Juscelino Kubitschek, Distrito de Guaianases, Zona Leste da Cidade de São Paulo. Coordenadoria de Ensino da Região Metropolitana da Grande São Paulo, Diretoria de Ensino Leste 3.

A Escola foi criada pelo Decreto n.º 24.638 de 16/01/86, D.O.E dia 17/01/86, e ministra Ensino Fundamental - Ciclo I. Funciona em dois turnos diurnos: Turno da manhã das 7:00 horas às 12:00 horas, e turno da tarde das 13:00 horas às 18:00 horas, oferecendo a carga horária de mil horas, ministradas em duzentos dias de efetivo trabalho escolar.

A Unidade Escolar fica a 40 Km do Centro de São Paulo, que faz divisa com os seguintes bairros:

- Ao Norte: Jardim São Paulo;
- Ao Sul: Conjunto Habitacional Inácio Monteiro;
- Ao Leste: Conjunto Residencial Prestes Maia;
- Ao Oeste: Município de Ferraz de Vasconcelos.

Nasceu em meados de 1985, mediante a oferta da aquisição de casa própria com preços populares. A comunidade atendida é heterogênea, de classe trabalhadora com renda entre 1 e 4 salários mínimos. Aproximadamente 70% dos pais possuem o Ensino Fundamental completo, 15% possuem o Ensino Médio Completo, 5% cursaram a Faculdade.

A escola também atende crianças que residem muito longe da escola e que vivem em situação precária, sem conforto algum. Muitas casas são construídas em terrenos invadidos onde não há luz elétrica e água encanada, e o trajeto para a

escola é feito a pé por caminhos onde não é possível passar carro e não há transporte neste local.

O Conjunto Habitacional, no qual a escola se localiza, é considerado um local perigoso, onde há muitos problemas de consumo e tráfico de drogas, e roubos.

Amostra do Estudo

A amostra do estudo foi composta por 201 crianças, sendo a maioria do sexo feminino (50,7%) e com idade média de 8,16 anos (desvio padrão=1,50). Em relação ao ano escolar, a maior parte encontrava-se no terceiro ano (23,4%), conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra conforme o ano escolar. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Ano Escolar	N	%
1	39	19,4
2	44	21,9
3	47	23,4
4	34	16,9
5	37	18,4
Total	201	100,0

A determinação do número de participantes teve como objetivo garantir que, para cada item do instrumento, fossem assegurados, no mínimo, 5 respondentes, para que a qualidade da análise psicométrica fosse garantida (Beaton et al, 2000). Quando foi atingido o número de respondentes preconizado, a coleta foi encerrada.

Foram excluídas das pesquisas aquelas crianças que estavam em acompanhamento psiquiátrico durante o período da coleta de dados.

Coleta de dados

As crianças matriculadas no local de estudo e seus responsáveis foram convidados pelo pesquisador a participarem da pesquisa durante as reuniões de pais e filhos que acontecem mensalmente na escola após o horário de aula. Aqueles responsáveis que não compareceram às reuniões durante o período de coleta, receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em casa, após a apresentação do projeto e entrega do TCLE, aos filhos, em sala de aula.

Para os responsáveis que apresentaram interesse na participação de seu filho (a), foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável (Apêndice 4), e do Termo de Assentimento com a carta de informação, pelas crianças (Apêndice 5 e 6). Após a assinatura dos Termos, foi aplicada a Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) (Apêndice 7) em sua versão final.

A aplicação da EISPE teve uma duração de aproximadamente 25 minutos. Conforme acordado com a direção da escola, as crianças foram convidadas individualmente no período em que estavam em sala de aula - sem prejuízo das atividades escolares (provas, trabalhos, exercícios, etc.) e sempre consultando o professor responsável pela classe antes do início da aula.

As entrevistas foram realizadas em uma sala privativa (sala de leitura) na qual o questionário foi lido em conjunto com a criança esclarecendo-se dúvidas que pudessem surgir e reforçando a ideia de que ela não precisaria responder as perguntas caso não quisesse.

Considerando-se que a EISPE não se propõe a ser um instrumento diagnóstico e sim sugestivo para identificação de sintomas psicopatológicos; nos casos em que a criança respondeu positivamente às questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e/ou à sua segurança, como, por exemplo, expressar idéia suicida ou de automutilação, essas informações foram comunicadas imediatamente a direção da escola, para que essa fizesse ciência aos pais e/ou responsáveis, e a criança fosse devidamente encaminhada para avaliação da equipe de saúde mental da Unidade Básica de Saúde, que é referência regional no território onde está localizada a escola. Bem como foi enviada uma carta alertando os pais sobre a necessidade, do seu filho, de cuidados em saúde mental.

Instrumento de Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi a Escala de identificação de sintomas psicopatológicos em escolares (EISPE) (Apêndice 7), composta por 23 itens, os quais poderiam ser respondidos por meio de uma escala do tipo *Likert*, em que a criança tinha 3 opções de resposta: 1- Sempre, 2- Às vezes, 3- Nunca. Juntamente

com esse instrumento haviam três questões relacionadas à idade, sexo, e ano escolar.

Em relação à orientação dos itens, a EISPE é composta por itens positivos, em que se espera que a criança responda positivamente (Sempre) e negativos, em que se espera que a crianças responda negativamente (Nunca). Dentre os 23 itens, 4 correspondem a afirmativas com sentido positivo (itens 15, 17, 19 e 24), aos quais serão atribuídas uma pontuação: *Sempre* (1 ponto), *Às vezes* (2 pontos), *Nunca* (3 pontos).

As 19 afirmações com sentido negativo tiveram sua pontuação invertida, o que permitiu atribuir um mesmo sentido para todos os itens. Dessa forma, considerando a soma de pontos dos sujeitos, nos itens da escala final, será possível inferir sobre a necessidade da criança ser encaminhada para acompanhamento especializado, sendo que quanto maior a soma de pontos, maior o risco.

Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CAAE 40566115.8.0000.5392) (Anexo 1). Os sujeitos da pesquisa e seus responsáveis legais receberam explicação a respeito do projeto e de seus objetivos; os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4), e a criança assinou o Termo de Assentimento (Apêndices 5 e 6). Foi orientado à criança a não responder às questões que não compreendesse.

4.3.2. Análise dos dados

4.3.2.1 Modelo Rasch

A avaliação psicométrica vem sofrendo diversas modificações no último século (Streiner, 2010), e os conceitos clássicos de análise dos testes vêm sendo desafiados por uma corrente teórica chamada de Teoria de Resposta ao Item (TRI). A TRI constitui-se em um novo grupo de modelos que propõem o uso de instrumentos menores, que seriam tão confiáveis quanto os instrumentos longos (Sartes e Sousa-Formigoni, 2013; Primi, 1998).

O Modelo Rasch, que faz parte da Teoria de Resposta ao Item, foi proposto em 1960 por Rasch (1960), e rompe com as bases da Teoria Clássica dos Testes, passando a não olhar mais os itens e instrumentos como dependentes da amostra dos sujeitos aos quais se destina. No Modelo Rasch, a estimativa da quantidade de habilidade passa a ser independente do grupo de itens a serem aplicados (Hays et al, 2000; Baker, 2001). Wright e Panchapakesan (1969) apontam que o encontro de um indivíduo X e um item Y tem como resultado o produto da habilidade do indivíduo e da dificuldade do item, reforçando a independência dos itens e da amostra.

Para que o Modelo Rasch pudesse ser realizado nesse estudo, dois pressupostos foram testados previamente, quais sejam: a dimensionalidade da variável a ser medida pela EISPE, e a independência local.

A unidimensionalidade é indispensável para que os resultados guardem credibilidade (Andrich, 1988; Pallant e Tenant, 2007; Chachamovich, 2007). Dessa forma, mesmo que os fenômenos psicológicos, como os sintomas psicopatológicos identificados pela EISPE, sejam considerados fenômenos multidimensionais e complexos, é importante que haja unidimensionalidade nas variáveis a serem medidas por ela. Já a independência local avalia se a probabilidade de acertar ou errar um determinado item não foi influenciado pelo sucesso ou falha em outro item (Gibbons et al, 2011).

Uma vez que os pressupostos da unidimensionalidade e da independência local foram atingidos, foi possível executar de forma adequada o Modelo Rasch, através da análise de outros aspectos importantes.

Dentre esses aspectos, o primeiro avaliado foi a capacidade dos respondentes do instrumento em realizar, de forma satisfatória, a discriminação das categorias de resposta (Gibbons e al, 2011), que, no caso da EISPE, foram: 1-Sempre, 2- Às vezes, 3-Nunca. Conforme Hopman-Rock et al (2000), é esperado que uma escala de resposta politômica, como a EISPE, possua categorias de resposta com ordenamento lógico, por isso, com a execução do Modelo Rasch, foi possível avaliar o desempenho original dessas categorias.

Em seguida, foram identificados: o índice de separação de pessoas, que permite apontar quantos grupos com habilidades distintas é possível identificar; e o índice de separação dos itens, que aponta quantos grupos de habilidades os itens conseguem discriminar (Wang et al ,2008).

O modelo também mediu a confiabilidade dos itens da EISPE, que, de acordo com Conrad e Smith (2004), trata-se da replicabilidade da alocação dos itens em um continuum do traço latente, caso esses itens sejam apresentados para um outro grupo de sujeitos com níveis de habilidade comparáveis; e mediu também a confiabilidade das pessoas (amostra do estudo), que indica a replicabilidade da alocação de pessoas, que poderíamos esperar, caso fosse aplicado um outro instrumento que medisse o mesmo construto da EISPE à essa amostra de pessoas (Wright e Masters, 1982).

Além disso, o modelo Rasch avaliou se os resultados do estudo estavam ajustados a ele. Essa avaliação aponta que, quando as repostas que são observadas não são diferentes estatisticamente das esperadas, um item estará ajustado (Nunes e Primi, 2009; WrigthT e Stone, 1999). Isso permitiu identificar se as crianças responderam a um item da EISPE de forma consonante com as respostas aos outros itens. Conforme Nunes e Primi (2009), há desajuste quando um determinando sujeito erra um item considerado fácil para ele, ou erra um item considerado difícil.

Os desajustes que acontecem próximo do nível de habilidade do respondente são demostrados pelo índice infit, revelando padrões de resposta inesperados, sugerindo, assim, que aqueles sujeitos que são considerados hábeis para acertar a um determinado item, erram a sua resposta, ou vice-versa (Oliveira, 2012). Já os desajustes que possam acontecer distantes do nível de habilidade do respondente, são demonstrados pelo outfit, e apontam problemas de estrutura do item (Oliveira, 2012). Para esse estudo, valores de infit e outfit entre 0,50 e 1,50 foram considerados aceitáveis, conforme aponta Linacre (2009).

Outro aspecto importante que o modelo Rasch propõe, e que foi realizado nesse estudo, é a verificação da habilidade dos sujeitos, e a dificuldade dos itens. O resultado da calibração da habilidade e da dificuldade resultou em um mapa, em que ambos elementos foram postos na mesma unidade métrica (Wang et al, 2008), permitindo a pesquisadora detectar qual o tamanho de habilidade o item mensura, a homogeneidade da distribuição dos itens, e se existe efeito teto ou chão (Wang et al, 2008); dessa forma, esse mapa pôde ser utilizado para evidenciar a validade de construto do instrumento (Wang et al, 2008).

Nessa análise, a medida que Rasch utilizada para 'calibrar' ou estimar a dificuldade dos itens, e medir a habilidade ou a competência dos sujeitos, chama-se

logit (Rasch, 1960), medida essa que varia de valores negativos e positivos em torno do zero arbitrário da escala.

Além disso, foi levantado o Funcionamento Diferencial dos Itens (DIF). Conforme Sisto (2008), o DIF objetiva identificar aqueles itens que apresentam diferença na probabilidade de acertos entre subgrupos diferentes de uma população, na qual os sujeitos têm o mesmo nível de habilidade na variável medida; esse autor ainda aponta que quando um item possuir DIF, vai significar que um determinado item vai ter propriedades estatísticas diferentes devido a presença de grupos diferentes (Sisto,2008). De acordo com Linacre (2009), o DIF vai existir se o valor do *DIF contraste (D)* for superior a 0,5 logit e significativo.

4.3.3 Consistência Interna

Para análise da confiabilidade da EISPE, em sua versão preliminar, foi mensurada sua consistência interna, por meio do alfa de Cronbach.

Em 1951, Lee J. Cronbach apresentou o coeficiente alfa de como uma maneira de estimar a confiabilidade de um questionário utilizado em uma pesquisa. Através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes, o alfa mede a correlação entre respostas em um questionário; tratando-se, assim, de uma correlação média entre perguntas. Considerando que todos os itens de um questionário usam a mesma escala de medição, o coeficiente $\boldsymbol{\alpha}$ é obtido a partir do cálculo da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador (Hora e Monteiro, 2010).

Quando os itens apresentam uma estrutura multidimensional, o alpha de Cronbach normalmente será baixo. Tecnicamente falando, o alpha de Cronbach não é um teste, mas sim um coeficiente de fidedignidade (ou consistência) que objetiva testar os itens propostos e determinar a correlação média entre os mesmos, e varia de 0,00 a 1,00. Sendo assim, quanto maior a correlação média entre os itens, maior também o alpha de Cronbach (Cronbach, 1996).

RESULTADOS

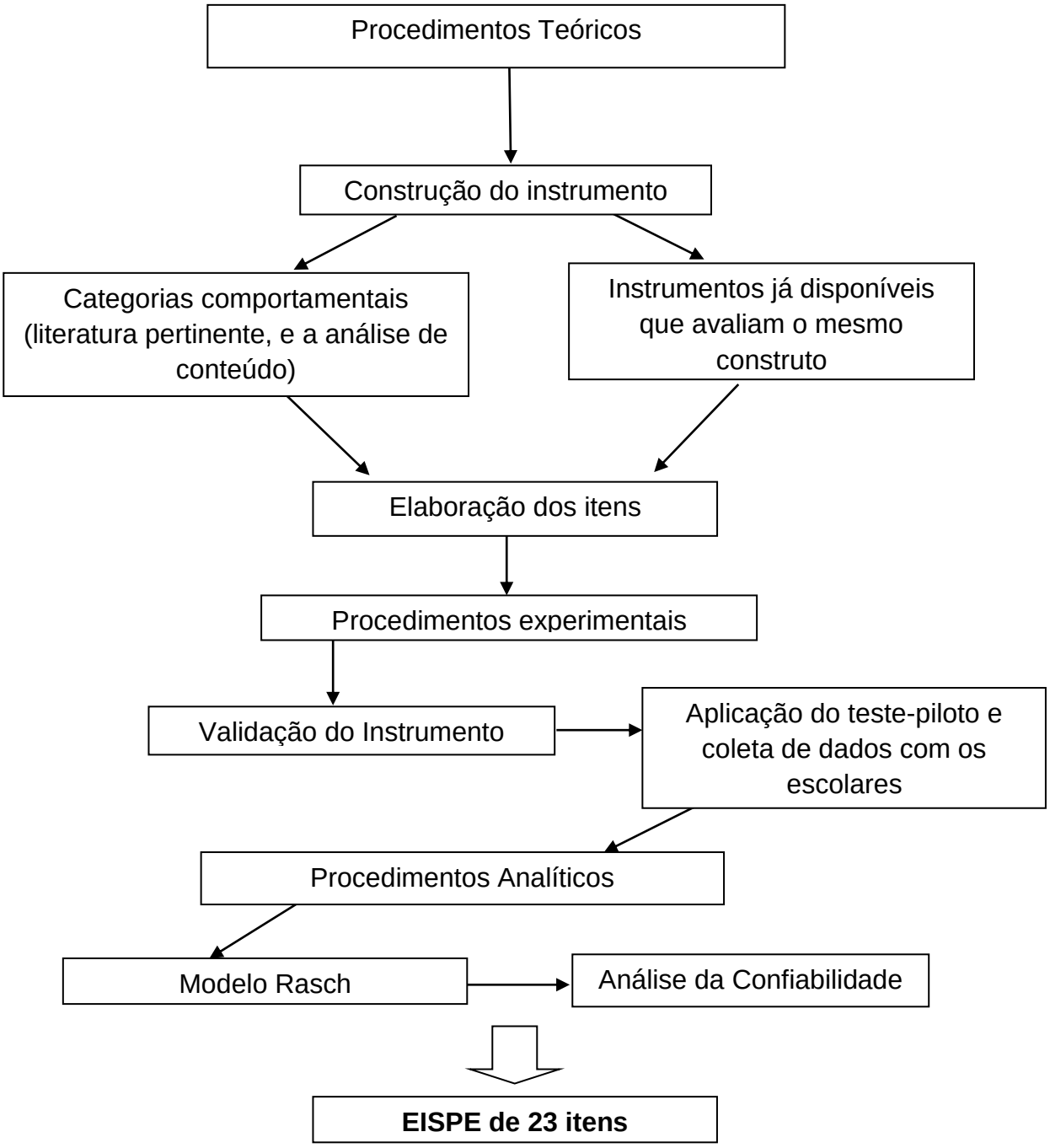

Figura 2 - Esquema do caminho metodológico do estudo

5 RESULTADOS

5.1 VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

5.1.1 Índice de validade de conteúdo (IVC) e o Prevalence adjusted, bias adjusted kappa (PABAK)

Após o recebimento do caderno de questão enviados aos juízes (Apêndice 2), as respostas foram passadas para um banco de dados no programa Excel. Para avaliação da representatividade e clareza da avaliação dos juízes dos itens como um todo, foi calculado o Prevalence adjusted, bias adjusted kappa (PABAK) que apresentou o valor de 0,40 para a representatividade dos itens, e 0,65 para a clareza.

Para avaliação das respostas dos juízes para cada item, com relação à representatividade e clareza dos itens, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item, conforme apresentado nas Tabela 3 e 4; quanto aos fatores, os juízes foram unânimes em dizer que se trata de uma escala unifatorial.

Tabela 3 - Índice de Validade de Conteúdo para a resposta dos juízes quanto a representatividade dos itens. São Paulo, SP, Brasil, 2016

(continua)

Itens	Juíz 1	Juíz 2	Juíz 3	Juíz 4	Juíz 5	Juíz 6	Juíz 7	IVC
1	4	3	3	1	1	2	4	**57,1%***
2	4	2	3	3	2	3	4	71,4%
3	3	3	4	3	1	1	4	71,4%
4	4	4	4	4	2	2	4	71,4%
5	4	4	4	4	3	4	4	100,0%
6	3	2	4	4	3	4	4	85,7%
7	4	4	4	4	3	4	4	100,0%
8	3	3	4	4	1	1	4	71,4%
9	3	3	3	4	2	4	4	**66,7%***
10	3	3	NA	1	2	4	4	85,7%
11	4	3	2	4	2	1	4	**57,1%***
12	4	4	4	4	2	4	4	85,7%
13	3	3	4	4	2	4	4	85,7%
14	4	3	4	4	2	2	4	71,4%
15	4	1	3	4	2	4	4	71,4%
16	4	3	4	4	2	4	4	85,7%
17	3	3	4	4	2	1	4	71,4%

(continuação)

Itens	Juíz 1	Juíz 2	Juíz 3	Juíz 4	Juíz 5	Juíz 6	Juíz 7	IVC
18	4	2	4	4	2	4	4	71,4%
19	3	4	4	4	2	4	4	85,7%
20	3	4	3	4	1	4	4	85,7%
21	4	2	4	4	3	4	4	85,7%
22	4	2	4	4	3	3	4	85,7%
23	3	3	4	4	1	3	4	85,7%
24	4	2	4	4	2	3	4	71,4%
25	4	4	4	4	3	1	4	85,7%
26	4	4	4	4	3	1	4	85,7%
27	4	4	4	4	3	1	4	85,7%
28	4	4	4	4	3	4	4	100,0%
29	4	4	4	4	4	4	4	100,0%

(conclusão)

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo para a resposta dos juízes quanto a Clareza dos itens. São Paulo, SP, Brasil, 2016

(continua)

Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	IVC
1	4	3	2	2	4	1	4	**57,1%***
2	4	4	2	4	4	4	NA	83,3%
3	3	2	4	2	4	1	4	**57,1%***
4	4	4	4	2	4	2	4	71,4%
5	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
6	4	2	4	4	4	1	4	71,4%
7	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
8	3	2	4	4	2	1	4	**57,1%***
9	4	3	2	4	4	1	4	71,4%
10	4	4	NA	1	4	4	4	83,3%
11	3	3	1	4	3	4	4	85,7%
12	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
13	4	3	2	3	4	4	4	85,7%
14	4	4	3	3	3	4	4	100,0%
15	4	3	3	4	4	4	4	100,0%
16	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
17	4	3	4	4	4	2	4	85,7%
18	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
19	4	4	4	4	4	4	4	100,0%

(continuação)

Itens	Juiz 1	Juiz 2	Juiz 3	Juiz 4	Juiz 5	Juiz 6	Juiz 7	IVC
20	4	3	4	4	4	2	4	85,7%
21	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
22	4	3	4	4	4	4	4	100,0%
23	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
24	4	3	4	4	4	4	4	100,0%
25	4	4	4	4	4	3	4	100,0%
26	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
27	4	4	4	4	4	2	4	85,7%
28	4	4	4	4	4	4	4	100,0%
29	4	4	4	4	4	4	4	100,0%

(conclusão)

O valor adotado aceitável para o IVC foi ≥ 70% (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010), tanto para a clareza quanto para a representatividade. Seguindo esse critério, foram eliminados cinco itens: Item 1 (Não consigo tirar alguns pensamentos da cabeça), Item 3 (Sou medroso), Item 8 (Tenho vontade de desaparecer), Item 9 (Estou sempre preocupado com alguma coisa, o que me faz sentir triste), e o item 11(Eu respeito os sentimentos das outras pessoas). Além disso, conforme orientação dos juízes, os itens 2 (Me sinto preocupado ou ansioso demais) e 15 (Tenho facilidade em cumprir regras) tiveram modificações na grafia (modificação em negrito na Tabela 5), e os itens 25 (Costumo fumar maconha) e 27 (costumo fumar cigarro) mudaram de posição por orientação de um dos juízes (Tabela 5).

Ao final da avaliação dos juízes, a EISPE estava composta por 24 itens, conforme apresentado pela Tabela 5.

Tabela 5 - Itens da Escala de Identificação de sintomas psicopatológicos em escolares após análise de conteúdo. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Itens
Ansiedade
2. Me sinto preocupado ou ansioso demais **com as coisas que me acontecem***
4. Costumo repetir alguns gestos ou ações várias vezes seguidas
5. As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades
Humor
6. Penso muito em me machucar
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar
10. Me sinto sozinho
Condutas sociais
12. Não me arrependo ou não me sinto culpado após me comportar mal
13. Participo de brigas com meus amigos
14. Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente
15. Tenho facilidade em cumprir regras **e ordens***
Atenção/atividade motora
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou desatento
17. Eu termino as tarefas que comecei
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.
19. Eu presto atenção facilmente nas aulas
Padrões alimentares
20. Quando como demais, fico triste
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo
22. Estou sempre pensando em comida
23. Como muito, e acabo passando mal
24. O meu peso me incomoda
Uso de substâncias psicoativas
25. Costumo fumar cigarro**
26. Costumo tomar bebida alcoólica
27. Costumo fumar maconha**
28. Costumo usar crack
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga

* Itens alterados quanto à grafia
** Itens alterados quanto à posição

5.1.2 Teste Piloto

O teste piloto foi realizado com 40 crianças com idades entre 6 e 12 anos. Após esse teste, o item 4 (Costumo repetir alguns gestos ou ações várias vezes seguidas) foi eliminado, devido a incompreensão das crianças quanto ao sentido da afirmação; e os itens 12,16,25,26,27,28 tiveram alterações na grafia para maior compreensão das crianças, conforme ilustrada na tabela 6.

Tabela 6 - Itens com modificação na grafia, após o teste piloto. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Itens antes da modificação	Itens modificados
12. Não me arrependo ou não me sinto culpado após me comportar mal	12. Eu me arrependo depois que me comporto mal*
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou desatento	16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído
25. Costumo fumar cigarro	25. Fumo cigarro**
26. Costumo tomar bebida alcoólica	26. Tomo bebida alcoólica**
27. Costumo fumar maconha	27. Fumo maconha**
28. Costumo usar crack	28. Uso crack*

Ao concluir o processo de validação de conteúdo, a EISPE, em sua versão pré-final, ficou com 23 itens, finalizando conforme apresentado na Tabela 7

.

Tabela 7 - Itens da EISPE após o teste piloto. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Itens
Ansiedade
2. Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem
5. As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades
Humor
6. Penso muito em me machucar
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar
10. Me sinto sozinho
Condutas sociais
12. Eu me arrependo depois que me comporto mal*
13. Participo de brigas com meus amigos
14. Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente
15. Tenho facilidade em cumprir regras e ordens
Atenção/atividade motora
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído*
17. Eu termino as tarefas que comecei
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.
19. Eu presto atenção facilmente nas aulas
Padrões alimentares
20. Quando como demais, fico triste
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo
22. Estou sempre pensando em comida
23. Como muito, e acabo passando mal
24. O meu peso me incomoda
Uso de substâncias psicoativas
25. Fumo cigarro*
26. Tomo bebida alcoólica*
27. Fumo maconha*
28. Uso crack*
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga

*Itens alterados quanto à grafia

Além disso, foi incluída uma seção ao final da escala como espaço para o aplicador anotar comentários durante a aplicação da EISPE.

5.2 VALIDAÇÃO DE CONSTRUTO

5.2.1 Modelo Rasch

Em primeiro lugar foi avaliada a Unidimensionalidade da EISPE, que é essencial na garantia de que o instrumento está medindo o construto especifico. A análise da unidimensionalidade da escala de 23 itens mediante componentes principais dos resíduos mostrou que a dimensão Rasch explicou 32,8% da variância nos dados.

A variância explicada pelos itens (27,8%) foi mais de quatro vezes a variância explicada por uma segunda dimensão (4,8%) e o autovalor foi de 1,9. Isto sugere que a dimensão primária foi predominante (Tabela 8). Não foram achados itens com dependência local.

Tabela 8 - Variação Residual Padronizada (em unidades de valor próprio). São Paulo, SP, Brasil, 2016

	Empírica	**Modelada**
Variância total das observações	33,4 (100%)	100%
Variância explicada prlo Modelo	10,2 (32,8%)	34,7%
Variância explicada pelas pessoas	1,6 (5,0%)	5,3%
Variância explicada pelos itens	8,7 (27,8%)	29,3%
Variância não explicada (Total)	21,0 67,2% (100,0%)	65,3%
Variância não explicada no 1º Contraste	1.9 (6.1%)	9.1%

Após a confirmação da unidimensionalidade e da independência local, foi analisada a qualidade psicométrica das categorias de resposta para a escala usando o *Rating Scale Model*. Conforme esse modelo, as frequências e a distribuição das categorias são adequadas. A figura 2 é representativa da funcionalidade das categorias de resposta (1 – Sempre, 2 – Às vezes, 3 – Nunca) apresentando um comportamento regular e ordenado.

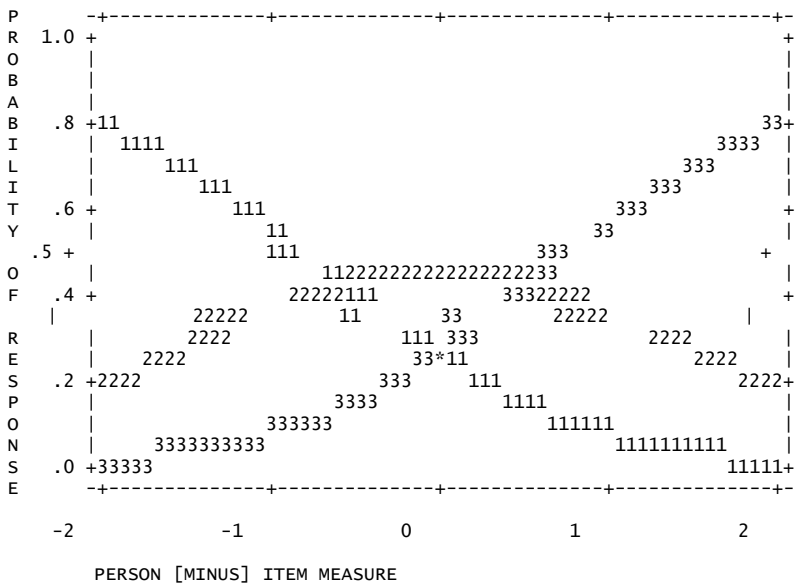

Figura 3 - Modelo de gráfico de probabilidade das categorias

Em seguida, foram avaliadas as estatísticas globais da escala, expressos como índice de separação e ajuste, e da confiabilidade dos 23 itens. As estimativas das pessoas foram baixas, sendo a separação das pessoas de 1.23 com uma confiabilidade de 0.60. Já as estimativas dos itens foram boas, sendo a separação dos itens de 5.90, com uma confiabilidade de 0.97. O alfa de Cronbach da escala de 23 itens foi de 0.67. (Tabela 10)

A constatação da confiabilidade dos itens e o valor de 0,67 do Alpha de Cronbach indicaram que a adequação do instrumento adequado para as análises que vem a seguir.

Tabela 9 - Parâmetros de ajuste, erro de medida do Rasch de Itens e Pessoas. São Paulo, SP, Brasil, 2016

	Pessoas						**Itens**					
Parâmetros	Rasch	Erro	Infit MMSQ	Infit ZSTD	Outfit MMSQ	Outfit ZSTD	Rasch	Erro	Infit MMSQ	Infit ZSDT	Outfit MMSQ	Outfit ZSDT
Média	**-1,68**	0,42	1,02	0,0	0,96	0,1	**0,0**	0,17	1,05	0,1	0,96	-0,1
DP	0,73	0,08	0,35	1,1	0,53	0,8	1,32	0,11	0,20	1,7	0,21	1,4
Máximo	**0,24**	0,73	2,06	3,1	3,73	4,1	**-3,33**	0,58	1,50	3,8	1,41	3,4
Mínimo	**-3,42**	0,34	0,31	-3,5	0,28	-1,9	**1,66**	0,10	0,78	-2,8	0,53	-2,9
Separação: **1,23** Confiabilidade pessoas: **0,60**							Separação: **5,90** Confiabilidade itens: **0,97**					

A partir da análise da Tabela 9 pode-se inferir que a habilidade da amostra é consideravelmente menor (-1,68) que a dificuldade do teste (0,00).

Segundo os valores máximo e mínimo da habilidade das pessoas (0.24 e -3.42) e da dificuldade dos itens (3.33 e -1.66), observa-se que os valores da dificuldade são distantes, o que aponta que a escala consegue avaliar níveis muito altos e moderadamente baixos de comportamentos de Sintomas Psicopatológicos, fato que pode ser confirmado no mapa de Wright, que será apresentado na Figura 3. Já o erro padrão se apresenta mais elevado entre as pessoas, o que pode estar relacionado ao número de itens presentes nesta escala.

Na sequência, foi avaliado o ajuste dos 23 itens ao modelo de Rasch. As correlações item-total obtidas foram todas positivas, não obstante, os resultados apontaram 2 itens (27 e 28) com correlação item-total igual a zero e 2 itens (25 e 12) com correlação menor de 0,2 -Tabela 10

Tabela 10 - Ajuste Rasch, erro de medida, infit, outfit dos itens e correlação item-total. São Paulo, SP, Brasil, 2016

(continua)

Itens	Medida Rasch (aderência)	Erro de medida	Infit	Outifit	Correlação item-total
Item 2	-1,41	0,10	0,88	0,91	0,42
Item 5	-0,98	0,11	0,85	0,92	0,42
Item 6	1,84	0,28	1,17	0,81	0,26
Item 7	-0,47	0,12	0,86	0,88	0,45
Item 10	-0,32	0,12	0,96	0,96	0,42
Item 12	-0,72	0,11	1,08	1,17	**0,19**
Item 13	0,24	0,15	0,93	0,94	0,37
Item 14	-0,99	0,11	0,78	0,75	0,52
Item 15	-0,54	0,12	0,92	1,00	0,27
Item 16	-1,17	0,11	0,92	0,90	0,53
Item 17	-0,21	0,13	1,04	1,07	0,21
Item 18	-1,56	0,10	0,88	0,92	0,56
Item 19	-0,16	0,13	0,88	0,83	0,36

(continuação)

Itens	Medida Rasch (aderência)	Erro de medida	Infit	Outifit	Correlação item-total
Item 20	1,15	0,21	1,31	1,32	0,20
Item 21	-1,66	0,10	1,28	1,28	0,49
Item 22	-0,62	0,12	1,39	1,41	0,32
Item 23	0,24	0,15	1,06	1,09	0,26
Item 24	0,04	0,14	1,28	1,09	0,36
Item 25	3,33	0,58	0,98	0,53	**0,15**
Item 26	1,50	0,24	0,99	0,71	0,29
Item 27	5,64	1,83	máximo		**0,00**
Item 28	5,64	1,83	máximo		**0,00**
Item 29	2,47	0,38	1,50	0,76	0,21

(conclusão)

O mapa dos itens foi examinado para identificar se a hierarquia dos itens foi consistente com a teoria (Figura 4). À esquerda, o contínuo de habilidades dos escolares e, à direita, o contínuo de dificuldade dos itens. Observa-se que a maioria dos itens se encontrou entre 5logit e -2logit. No caso das pessoas, a distribuição é menos dispersa e abarcou o intervalo aproximado de 0 logit a -4 *logit*. O item 27 “Fumo maconha” e 28 “Uso crack” foram os itens mais difíceis (maior quantidade do traço de sintomas), e o item 21 “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo” foi o item mais fácil (menor quantidade do traço de sintomas). A letra “M” de ambos os lados da figura, representa os valores médios de habilidade dos escolares (à esquerda) e de dificuldade dos itens (à direita), podendo ser observado que, no geral, o teste foi de dificuldade alta para os escolares avaliados (Figura 4).

```
-----------------------------------------------------------------------------

                    PERSON - MAP - ITEM
                        <more>|<rare>
 5                        +  Questao27  Questao28
                          |
                          |
                          |
                          |
                          |
 4                        +
                          |
                          |
                          |
                          |  Questao25
                          |
 3                        +
                          |
                          |T
                          |  Questao29
                          |
                          |
 2                        +
                          |  Questao6
                          |
                          |  Questao26
                          |S
                          |  Questao20
 1                        +
                          |
                          |
                          |
                          |
                       .  |  Questao13  Questao23
 0                     .  +M Questao24
                      .# T|  Questao17  Questao19
                       #  |  Questao10
                      .#  |  Questao15  Questao7
                     .##  |  Questao12  Questao22
                      ##  |
-1                    ## S+  Questao14  Questao5
            .########  |  Questao16
                .#####  |S Questao2
                   ###  |  Questao18
                 .###### M|  Questao21
                  .#####  |
-2                .#####  +
                 .######  |
                 .######  |
                        S|
                     .##  |T
                          |
-3                   .##  +
                         T|
                          |
                      ##  |
                          |
                          |
-4                        +
                        <less>|<frequ>

EACH "#" IS 3. EACH "." IS 1 TO 2
```

Figura 4 - Mapa de Wright

Finalmente foi avaliado o funcionamento diferencial dos itens. Os critérios para a detecção do DIF foi o DIF Medida, que fornece a dificuldade do item para as diferentes amostras avaliadas; e a prova de Welch, t e Mantel que oferecem uma estatística de significância para o DIF (<0.05) – Tabela 11.

Tendo em vista os critérios abordados, para a escala de Sintomas Psicopatológicos em escolares, três itens apresentaram DIF para gênero feminino, sendo as questões 6 (Penso muito em me machucar), 21 (Tenho medo de ganhar

peso e ficar gordo). Os itens “Penso muito em me machucar” e “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo”.

Tabela 11 - Funcionamento diferencial dos itens. São Paulo, SP, Brasil, 2016

(continua)

Itens	DIF CONTRASTE	*t*	Probabilidade Welch	Probabilidade Mantel
Item 2 Mulheres	0,08	0,37	0,7112	0,6848
Item 2 Homens	-0,08	-0,37	0,7112	0,6848
Item 5 Mulheres	0,00	0,00	1,000	0,8468
Item 5 Homens	0,00	0,00	1,000	0,8468
Item 6 Mulheres	-1,55	-2,39	**0,0177**	0,0894
Item 6 Homens	1,55	2,39	**0,0177**	0,0894
Item 7 Mulheres	0,09	0,38	0,7010	0,3497
Item 7 Homens	-0,09	-0,38	0,7010	0,3457
Item 10 Mulheres	-0,22	-0,87	0,3852	0,4933
Item 10 Homens	0,22	0,87	0,3852	0,4933
Item 12 Mulheres	-0,00	0,00	1,000	0,6991
Item 12 Homens	0,00	0,00	1,000	0,6991
Item 13 Mulheres	0,47	1,60	0,1102	0,1493
Item 13 Homens	,0,47	-1,60	0,1102	0,1493

(continuação)

Itens	DIF CONTRASTE	*t*	Probabilidade Welch	Probabilidade Mantel
Item 14 Mulheres	-0,07	-0,32	0,7488	0,4151
Item 14 Homens	0,07	0,32	0,7488	0,4151
Item 15 Mulheres	-0,21	-0,90	0,3695	0,2409
Item 15 Homens	0,21	0,90	0,3695	0,2409
Item 16 Mulheres	-0,06	-0,29	0,7737	0,8876
Item 16 Homens	0,6	60,29	0,7737	0,8876
Item 17 Mulheres	0,12	-0,48	0,6313	0,8425
Item 17 Homens	-0,12	-0,48	0,6313	0,8425
Item 18 Mulheres	0,34	1,62	0,1061	0,0726
Item 18 Homens	-0,34	-1,62	0,1061	0,0726
Item 19 Mulheres	0,09	0,35	0,7293	0,6769
Item 19 Homens	-0,09	-0,35	0,7293	0,6769
Item 20 Mulheres	-0,49	-1,14	0,2564	0,3414
Item 20 Homens	0,49	1,14	0,2564	0,3414
Item 21 Mulheres	-0,58	-2,79	**0,0057**	**0,0196**
Item 21 Homens	0,58	2,79	**0,0057**	**0,0196**

(continuação)

Itens	DIF CONTRASTE	*t*	Probabilidade Welch	Probabilidade Mantel
Item 22 Mulheres	0,33	1,44	0,1517	0,1493
Item 22 Homens	-0,33	-1,44	0,1517	0,1493
Item 23 Mulheres	0,56	1,90	0,0592	0,0745
Item 23 Homens	-0,56	-1,90	0,0592	0,0745
Item 24 Mulheres	-0,18	-0,64	0,5229	0,3342
Item 24 Homens	0,18	0,64	0,5229	0,3342
Item 25 Mulheres	0,84	0,71	0,4787	0,8084
Item 25 Homens	-0,84	-0,71	0,4787	0,8084
Item 26 Mulheres	0,14	0,28	0,7804	0,4889
Item 26 Homens	-0,14	-0,28	0,7874	0,4889
Item 29 Mulheres	-0,79	-0,98	0,3289	0,5333
Item 29 Homens	0,79	0,98	0,3289	0,5333

(conclusão)

5.2.2 Consistência interna do instrumento

A análise da consistência interna foi realizada por meio do cálculo do alpha de Cronbach, que apresentou o valor de alpha 0,67, tendo como valor mínimo 0,60 e máximo 0,73 – Tabela12.

Tabela 12 - Análise descritiva e Alfa de Cronbach da EISPE. São Paulo, SP, Brasil, 2016

Média	Variância	Desvio Padrão	Nº de itens	Alpha de Cronbach	IC 95%	
59,52	20,671	4,546	23	0,670	0,601	0,733

Por meio da análise item a item, observou-se que apenas o item 12 (Eu me arrependo depois que me comporto mal) aumentaria o coeficiente alfa da escala caso excluído – aumento de 0,09, como apresentado na Tabela 13.

Tabela 13 - Análise estatística item a item do alfa da EISPE. São Paulo, SP, Brasil, 2016

(continua)

Item	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação total do item corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
2	57,3980	18,371	,297	,653
5	57,2040	18,383	,320	,651
6	56,5871	19,984	,239	,663
7	57,0050	18,365	,357	,647
10	56,9552	18,473	,333	,650
12	**57,0995**	**19,910**	**,060**	**,679***
13	56,8010	19,060	,302	,654
14	57,2090	17,936	,398	,641
15	57,0299	19,649	,131	,670
16	57,2886	17,616	,392	,641
17	56,9204	20,034	,065	,676
18	57,4677	17,250	,437	,634
19	56,9055	19,216	,242	,660
20	56,6468	20,030	,135	,668
21	57,5124	17,521	,317	,652

(continuação)

Item	Média da escala se o item for excluído	Variância da escala se o item for excluído	Correlação total do item corrigida	Alpha de Cronbach se o item for excluído
22	57,0597	19,006	,163	,671
23	56,8010	19,720	,151	,668
24	56,8507	18,978	,239	,660
25	56,5373	20,500	,142	,669
26	56,6119	19,919	,244	,662
27	56,5224	20,671	0,000	,672
28	56,5224	20,671	0,000	,672
29	56,5572	20,238	,182	,667

(conclusão)

* Itens cuja exclusão causaria aumento no alfa de Cronbach

5.3 VERSÃO PRELIMINAR DA EISPE

Ao final da validação de conteúdo e de construto, a EISPE, em sua versão preliminar, se apresentou como uma escala de 23 itens, em que os respondentes tinham três opções de resposta para cada item: 1- Sempre, 2- Às vezes e 3- Nunca, conforme apresentado na Tabela 14.

Antes do início da escala, foi colocada uma frase com orientações sobre o preenchimento da EISPE, conforme apresentado a seguir: Prezado aplicador, leia as frases a seguir para a criança, e marque um X em “Sempre” se é algo que acontece sempre com ela, “Às vezes” se é algo que acontece de vez em quando com ela, ou “Nunca” se é algo que não acontece com ela. Ao final dela, foi colocado um espaço para que o aplicador possa anotar comentários sobre a entrevista.

Tabela 14 - EISPE em sua versão preliminar, após a validade de construto. São Paulo, SP, Brasil, 2016

	Sempre	**Às vezes**	**Nunca**
2. Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem			
5. As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades			
6. Penso muito em me machucar			
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar			
10. Me sinto sozinho			
12. Eu me arrependo depois que me comporto mal			
13. Participo de brigas com meus amigos			
14. Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente			
15. Tenho facilidade em cumprir regras e ordens			
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído			
17. Eu termino as tarefas que comecei			
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.			
19. Eu presto atenção facilmente nas aulas			
20. Quando como demais, fico triste			
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo			
22. Estou sempre pensando em comida			
23. Como muito, e acabo passando mal			
24. O meu peso me incomoda			
25. Fumo cigarro			
26. Tomo bebida alcoólica			
27. Fumo maconha			
28. Uso crack			
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga			

Comentários do aplicador:

_____

_____

_____

_____

_____

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

Esse estudo teve como objetivo central a construção e validação da Escala de Identificação dos Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) que fosse capaz de identificar sintomas psicopatológicos de crianças em idade escolar – 6 a 12 anos, com afirmativas relacionadas ao humor, padrões alimentares, uso/abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, condutas sociais, atenção/atividade motora.

Em relação à validade de conteúdo, para avaliação da concordância dos juízes em relação aos itens como um todo, foi calculado o Prevalence adjusted, bias adjusted kappa (PABAK), que apresentou o valor de 0,40 para a representatividade dos itens e 0,65 para a clareza.

Landis e Koch (1977) levantaram diferentes faixas para os valores PABAK, segundo o grau de concordância que eles sugerem. Aqueles valores maiores que 0,75 representam excelente concordância, os valores situados entre 0,40 e 0,75 representam concordância mediana, e aqueles valores abaixo de 0,40 representam baixa concordância (Landis e Koch,1977). Dessa forma, observa-se que a EISPE, em sua versão inicial, apresentou uma concordância mediana na avaliação dos juízes em relação à representatividade e à clareza dos itens.

O Prevalence adjusted, bias adjusted kappa (PABAK), assim como o Coeficiente Kappa, é uma medida de associação utilizada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação (Kotz e Johnson, 1983). Porém, mesmo sendo bastante utilizado para o estudo de confiabilidade, este método estatístico apresenta limitações, uma vez que não fornece informações a respeito da estrutura de concordância e discordância; e, na maioria das vezes, não levando em consideração os aspectos importantes presentes nos dados (Perroca e Gaidzinski, 2003).

Por isso, é indicado que não seja utilizado de forma indiscriminada como uma única medida de concordância, sendo orientado que outras abordagens sejam incorporadas para complementar a análise (Silva e Pereira, 1998). Dessa forma, além de calcular o PABAK com vistas a testar a concordância dos juízes, foi calculado também o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), uma vez que se trata de um método utilizado em larga escala nas pesquisas da área da saúde (McGilton,

2003; Wynd e Schaefer, 2002) que dentro dos domínios de representatividade e clareza, levou a exclusão de alguns itens da primeira versão da EISPE.

Em relação à clareza, dois juízes orientaram a inclusão de algumas palavras no item 2 (Me sinto preocupado ou ansioso demais), passando a ficar como apresentado a seguir: Me sinto preocupado ou ansioso demais **com as coisas que me acontecem,** e no item 15 (Tenho facilidade em cumprir regras), que passou a ficar como apresentado a seguir: Tenho facilidade em cumprir regras **e ordens.** Essas modificações foram propostas, pois, conforme os especialistas, as crianças em idade escolar possuem o pensamento concreto, e a inclusão dessas palavras deixaria a frase mais clara e compreensível para as crianças dessa faixa etária.

Um dos juízes também orientou que o item “costumo fumar cigarro”, de origem na posição 27, fosse trocado de lugar com o item “costumo fumar maconha”, de origem na posição 25, pois, conforme ele, iniciar com perguntas sobre o uso de drogas lícitas (cigarro e álcool) poderia causar um menor estranhamento às crianças.

Quanto à divisão dos itens em fatores, os juízes foram unânimes em apontar a EISPE como uma escala unifatorial. Tal resultado é positivo, pois conforme Figueiredo e Silva (2010), a solução ótima é identificar o número mínimo de fatores, pois isso maximiza a quantidade de variância total explicada.

Ao final da fase do teste piloto, outros itens também tiveram modificações em sua grafia, pois percebeu-se, durante a entrevista, que algumas crianças não entendiam o significado de algumas palavras; isso aconteceu com a palavra “desatento” (item 16), que foi trocada pela palavra “distraído”, e com a palavra “costumo”, que foi retirada dos itens 25 a 28, que são os itens relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Além disso, percebeu-se que itens muitos extensos confundiam as crianças em relação à resposta, por isso, o item 12 (Não me arrependo ou não me sinto culpado após me comportar mal), passou a ficar, como apresentado a seguir: “Eu me arrependo depois que me comporto mal”.

Ainda no teste piloto, o item 4 (Costumo repetir alguns gestos ou ações várias vezes seguidas) foi eliminado, pois as crianças consideravam que esses “gestos ou ações” estavam relacionados a atividades do cotidiano, como brincar com os amigos, jogar bola.

Em relação a análise dos itens da EISPE, a luz da Teoria de Resposta ao Item, optou-se pelo uso do Modelo Rasch. Esse modelo tem sido considerado um dos métodos mais potentes para garantir a unidimensionalidade do instrumento (Tenant e Pallant, 2006), um dos pressupostos básicos para esse modelo.

Nesse estudo, a análise da unidimensionalidade da EISPE de 23 itens mediante componentes principais dos resíduos, mostrou que a dimensão Rasch explicou 32,8% da variância nos dados, a variância explicada pelos itens foi mais de quatro vezes a variância explicada por uma segunda dimensão, e o autovalor foi de 1,9, sugerindo que a dimensão primária foi predominante. Tal achado é positivo, pois além de demonstrar que a EISPE está medindo apenas uma variável ou construto (Tenant e Pallat, 2006) - os sintomas psicopatológicos em escolares, permitiu que a EISPE fosse analisada a luz da Teoria de Resposta ao Item.

Em relação às categorias de resposta (1-Sempre, 2-Às vezes, 3-Nunca), observou-se que as frequências e a distribuição das categorias foram adequadas, o que conforme Gibbons et. al. (2011) determina que a EISPE tem boa discriminação das categorias de resposta pelos sujeitos.

Em relação às análises globais relacionadas às pessoas e aos itens, observou-se que o primeiro apresentou valores baixos (separação=1,27 e alpha=0,62), conforme apontado por Fisher (2007); porém, os valores excelentes apresentados pelos itens (separação=6,39 e alpha=0,98) permitiram que a análise prosseguisse (Mohamad et al, 2013). Provavelmente os valores baixos das estatísticas das pessoas estejam relacionados às características da amostra, pois, por ser uma amostra pequena, não haviam tantas variações de sintomas psicopatológicos, havendo assim, pouco variabilidade dos escores, fato que foi evidenciado no pequeno desvio padrão da amostra (0,73).

Ainda vale ressaltar que os parâmetros de ajuste dos itens apontam que os sujeitos do estudo responderam a esses itens conforme é esperado pelo modelo de Rasch (Rasch, 1960), já que os valores de *infit* e *outfit* encontraram-se em um intervalo que é considerado, por Linacre (2002), como ajuste adequado; o mesmo ocorreu nos parâmetros de ajuste das pessoas, em que os valores se apresentaram dentro do intervalo proposto por Linacre (2002), o que demonstra um padrão de resposta adequado. Conclui-se assim que, no que se refere aos itens e as pessoas, os dados apontaram um bom ajuste (Linacre, 2002).

A avaliação do ajuste dos 23 itens foi também analisada por meio da observação do *outfit* e do *infit* para cada item (Azrilah, 2010). Em relação aos itens 27 e 28, nas correlações item-total, os valores apresentaram-se iguais a 0,00, e os valores de ajuste foram máximos, pois nenhuma das 201 crianças entrevistadas nesse estudo responderam positivamente a esses itens; dessa forma, por não haver a variação nas respostas, o modelo não foi capaz de avaliar o ajuste desses itens. Em relação aos itens 12 e 25, a correlação item-total foi menor de 2.

Esses achados apontam para a importância em rever a necessidade de se manter os itens 12, 25, 27 e 28, já que conforme Bond e Fox (2007) o valor da correlação item-total próxima de zero pode significar que os itens não se relacionam ao construto medido.

Para avaliar a habilidade dos sujeitos do estudo e a dificuldade dos itens, o modelo Rasch utiliza da escala de logits, que varia, em teoria, de infinito negativo a infinito positivo, porém, na prática, abrange valores entre -3,00 e +3,00 (Bond e Fox, 2007). Conforme Bond e Fox (2007), as estimativas de dificuldade (δi) dos itens, têm a média em 0,00, o que indica que valores abaixo de 0,00 são mais fáceis, e, inversamente, um item com logit positivo é mais difícil do que a média do conjunto.

Na EISPE, a maioria dos itens se encontrou entre 2logit e -1.5logit. Os itens 27 “Fumo maconha” e 28 “Fumo crack” foram os itens mais difíceis – apresentando-se no extremo superior da escala de logits, provavelmente, pois não obtiveram respostas positivas, seguidos pelo item 25 “Fumo cigarro” e 26 “Tomo bebida alcoólica”. Já o item 21 “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo” foi o item mais fácil - apresentando-se no extremo inferior da escala. No caso da EISPE os itens considerados mais fáceis representam níveis menos intensos de sintomas psicopatológicos do que a média do conjunto de itens, e os itens mais difíceis representam níveis mais intensos desses sintomas (Bond e Fox, 2007).

O fato de as questões 27 e 28 não terem apresentado resposta positiva de nenhuma criança do estudo, e, por isso, terem sido os itens mais difíceis, pode estar relacionado ao fato de serem drogas com frequência de uso baixa entre crianças e adolescentes; pois, conforme dados do VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental no Brasil, 3,7% das crianças e adolescentes pesquisadas relataram ter feito uso de maconha e 1,8% uso da cocaína e seus derivados no último ano (Carlini et al, 2010). Dessa forma, é importante pensar se a exclusão desses itens causaria prejuízos à EISPE.

Observa-se também que as questões 25 e 26, também relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, podem ter se apresentado como as mais difíceis – respondidas por aquelas crianças com níveis mais intensos de sintomas psicopatológicos, pois, conforme Bittencourt, Garcia e Goldim (2015), o uso precoce de substâncias pode ser uma variável limitante no desenvolvimento físico e psicossocial saudável desses sujeitos (Bessa et al, 2011), trazendo consequências e prejuízos associados, como aparecimento de sintomas psicopatológicos relacionados a ansiedade e culpa, problemas de saúde, sanções legais, conflitos familiares e sociais, abandono da escola (Vasters e Pillon, 2011; Brasil, 2003; Schenker e Minayo, 2005).

Já o fato do item 21 “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo” ter sido considerado o item mais fácil, e relacionado a menores níveis de sintomas psicopatológicos, pode estar relacionado às pressões da sociedade e a influência da mídia que bombardeia as pessoas com imagens que associam a figura esbelta à um padrão de beleza que deve ser seguido (Boyce 2007; Felippe et. al., 2004). Tal fato pode afetar não só os adultos, mas as crianças, fazendo com que essas considerem o ganho de peso como algo ruim e que deve ser evitado, pois, o evitando, ela estará dentro dos padrões de beleza, e será aceita pela sociedade.

Dessa forma, os achados levantados pela escala de logits confirmam a validade de construto da escala, uma vez que o ordenamento desses itens nessa escala como difíceis – mais sintomas psicopatológicos, e fáceis – menos sintomas psicopatológicos, corroboraram com dados da literatura, que apontam o uso de drogas como um fator importante no desenvolvimento de outras comorbidades psiquiátricas (Vasters, Pillon, 2011; Brasil, 2003; Schenker e Minayo, 2005), e o medo de ganhar peso como uma questão social, com menos consequências psicopatológias (Boyce 2007; Felippe et al, 2004).

O Modelo ainda apresentou que a maior concentração de itens estava nos níveis de dificuldade moderado-baixo, o que fez com que uma importante quantidade de escolares com baixos graus de sintomas psicopatológicos não apresentassem alinhamento com nenhum item. Isso aponta para a importância de novos estudos com uma maior amostra de escolares, e que visem à introdução de novos itens na EISPE, que permitam a avaliação global dos sintomas, e que também preencham as lacunas na calibração ao longo da escala.

Por fim, tendo em vista os critérios abordados para a escala de Sintomas Psicopatológicos em escolares, dois itens apresentaram DIF (funcionamento diferencial dos itens) para gênero: questões 6 “Penso muito em me machucar” e 21 “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo”, ambos sendo mais comuns entre o sexo feminino.

Em relação à questão 6, que está relacionada com o pensamento de automutilação, Giusti (2013) aponta que não existe na literatura um consenso se existem diferenças de prevalência de automutilação entre os gêneros, mesmo quando considerada população clinica ou geral. Ainda conforme a autora há evidências de o comportamento ser mais frequente no sexo feminino (Hawton et al, 2002; De Leo e Heller, 2004); porém, relata que tal achado pode estar relacionado ao fato de as mulheres procurarem mais tratamento em relação aos homens (Giusti, 2013). Isso aponta para a necessidade da aplicação da EISPE em uma amostra maior e mais heterogenia, para que esse resultado seja reavaliado.

A questão 21 ”Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo” está relacionada a um sintoma da anorexia nervosa, que surge mais frequentemente na adolescência, e aproximadamente 90% dos indivíduos atingidos são do sexo feminino (Alves et al, 2008). O que pode estar relacionado à pressão dada pela sociedade, que aponta o corpo magro como ideal de beleza para as mulheres (Castro e Goldstein, 1995; Stice et a, 1994). Dessa forma, é provável que o item 21 seja mais positivamente respondido pelas meninas.

Porém, considerando que a anorexia nervosa refere-se a um transtorno com prevalência de 20% entre adolescentes, considerada alta pela literatura (Fiates e Salles, 2001; Dunker e Philippi, 2004), sintomas relacionados a essa patologia devem demandar um olhar cuidadoso do profissional de saúde.

A determinação do princípio da invariância dos itens, por meio do DIF, é uma contribuição importante do Modelo Rasch (Chachamovich, 2007). Conforme esse princípio, a forma com que o item se comporta, somente deve variar de acordo com a quantidade de habilidade apresentada pelo sujeito (Wright e Panchapakesan, 1969); por isso, não é recomendado que outro fator externo, como o gênero, influencie na probabilidade de que essa criança responda de forma acertada a um determinado item (Wright, 1989).

Considerando que a não presença do DIF é um requisito para que haja uma equalização positiva entre os grupos de gênero (Oliveira, 2012), a sua ausência é

uma evidência de validade de construto (AERA, APA & NCME, 1999). Dessa forma, é importante que a escala seja testada novamente em um número maior de meninos e meninas para que se confirme a necessidade de exclusão desses itens, ou a sua adequação.

Em relação à análise da consistência interna, nesse estudo a EISPE apresentou coeficiente limítrofe, com valor de 0,67. Apesar da vasta literatura na área, ainda não há consenso acerca da interpretação da confiabilidade de um questionário obtida a partir do valor do alfa. Acha-se na literatura o valor de 0,70 como mínimo aceitável (Freitas e Rodrigues, 2005; Urdan, 2001; Oviedo e Campo-Arias, 2005; Milan e Trez, 2005), e ainda autores que apontam o valor de alfa bom a 0,60 (Ponterotto e Ruckdeschel, 2007). Entretanto, alguns pesquisadores utilizam o alfa sem fazerem nenhuma menção a um mínimo (Salomi et al, 2005; Xexeo, 2001; Miguel e Salomi, 2004; Maçada et al, 2000; Mato e Veiga, 2000).

Limitações do estudo

Esse estudo possui limitações, uma vez que a coleta de dados durante a fase experimental do estudo foi realizada em uma única escola, o que fez com que a amostra se mostrasse pequena e pouco heterogênea.

Além disso, apesar das análises psicométricas terem apontado validade de construto da escala, elas identificaram a necessidade de que alguns ajustes sejam realizados na EISPE.

Avanços do estudo

Durante a coleta de dados, alguns benefícios foram levantados quanto ao uso da EISPE na prática dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, pois, por se tratar de uma escala breve, grande parte das crianças conseguiram permanecer atentas a toda a entrevista; além disso, as respostas e justificavas dadas pelas crianças à pesquisadora, ao longo da entrevista, permitiram uma análise mais apurada daqueles sintomas e suas causas – que eram anotadas na sessão de comentários da EISPE.

Esses benefícios, aliados a validade de construto evidenciada pela análise psicométrica da versão preliminar da EISPE, apontam-na como uma ferramenta viável, e que poderá promover avanços a prática do enfermeiro, pois, por ser um profissional que promove cuidado em saúde em diversos dispositivos da rede de atenção à saúde, um instrumento como a EISPE servirá como base para a proposição de cuidados junto às crianças, tanto relacionados à promoção em saúde mental, como cuidados específicos de prevenção, tratamento e encaminhamento para cuidados especializados; minimizando, assim, alterações no desenvolvimento bio-psico-socio-cultural da criança

Além disso, a EISPE também promoverá um avanço no campo da educação em enfermagem, já que os instrumentos de avaliação são considerados uma importante ferramenta de educação dos profissionais que atuam com as crianças e adolescentes com sintomas psicopatológicos (Hunter, Higginson, Gerralda, 1996).

A utilização da EISPE poderá também promover avanços em pesquisa na área de saúde mental infanto-juvenil e na área de enfermagem em saúde mental, uma vez que os dados que serão levantados com a aplicação da escala, contribuirão na avaliação do panorama atual da saúde mental de crianças e adolescentes em diferentes cenários de cuidado em saúde, além de servir de base para a estudos que objetivem a proposição de práticas que estejam direcionadas para a prevenção, cuidado e tratamento dos sintomas psicopatológicos mais frequentes em escolares.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A Escala de Identificação dos Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) apresentou-se válida para identificar sintomas psicopatológicos relacionados a ansiedade, humor, condutas sociais, atenção/atividade motora, padrões alimentares, e uso/abuso de substâncias psicoativas em crianças com idades entre 6 e 12 anos.

Os resultados que foram obtidos, conforme os parâmetros estatísticos para as medidas de variáveis psicossociais, confirmaram que a EISPE é um instrumento unidimensional e apresenta qualidades psicométricas satisfatórias para um instrumento em desenvolvimento, portanto, sendo capaz de identificar sintomas psicopatológicos com comprovada confiabilidade.

Na análise dos itens, a luz da Teoria de Resposta ao Item, o Modelo Rasch apontou seis itens com necessidade de serem revistos em estudos futuros, quatro por apresentarem desajuste ao Modelo, e outros dois por apresentarem funcionamento diferencial conforme o sexo das crianças. O Modelo também apontou que os itens da EISPE se apresentaram com dificuldades variáveis, com acúmulo de itens entre moderados-fáceis.

Diante dos resultados observados e por se tratar de um instrumento em sua primeira versão, a validade de construto da EISPE é satisfatória, e permite contribuir na consolidação do objeto de pesquisa proposto pela autora, a saber, a investigação de sintomas psicopatológicos em crianças em idade escolar. Isso permitirá que se abram perspectivas para a ampliação do referencial teórico brasileiro sobre a temática em questão, à medida que novas investigações venham a se desenvolver a partir do aprimoramento e utilização do instrumento aqui validado.

Porém, observa-se a importância de estudos futuros que trabalhem com os itens que apresentaram desajustes e a possibilidade da inserção de alguns itens com maior nível de dificuldade. Além disso, é importante que a EISPE seja aplicada em uma população maior e mais heterogênea, com um número maior de meninos e meninas, e que esse número seja equilibrado para que seja feita uma análise mais profunda dos itens que apresentaram funcionamento diferencial devido ao gênero. Dessa forma, ao aprimorá-lo, será possível um instrumento com propriedades

psicométricas mais robustas, e propicio par ser aplicado na prática dos profissionais de saúde.

Considerando que a avaliação dos sintomas psicopatológicos não se apresentou como o foco principal desse estudo, e sim a construção e a validação da EISPE, os resultados que foram obtidos com a sua aplicação serão convertidos em estudos futuros, contribuindo, assim, para a identificação dos sintomas psicopatológicos em uma amostra importante de escolares, oriundos da região metropolitana da maior cidade da América do Sul, levantando novas perguntas e respondendo a outros a respeito da problemática.

Isso reforça a justificativa principal desse estudo, de que a disponibilização de uma escala confiável, construída no Brasil, capaz de identificar sintomas psicopatológicos em escolares, permitirá o levantamento de características que podem ser importantes de serem trabalhadas em intervenções e cuidados futuros, tanto aqueles direcionados a própria criança e ao seu grupo, quanto aos direcionados à família, que está sempre presente nas falas das crianças entrevistadas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abreu SR, Bordin IAS, Paula CS, Nascimento S. Inventário de Comportamentos Auto-Referidos para Jovens (versão brasileira do Youth Self Report, 2001) São Paulo: Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms and profi les. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.

Achenbach TM. Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Cien Saude Colet. 2011; 16(7):3061-8.

Almeida-Filho N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. J Bras Psiquiatr.1982; 31:225-36.

Amarante, P. Loucos pela vida — a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995

Ambrosini PJ. Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39(1):49-58.

American Educacional Reserch Association, American Psychological Association & Nacional Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing. Washington, D. C.: Author; 1999.

American Psychiatric Association. DSM-IV-TR™ – Manual diagnostico e estatístico de transtornos mentais. 4ed ver. Porto Alegre: Artmed; 2002.

Andrich D. Rasch Models for measurement. Londres: SAGE Publications; 1988.

Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AM, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 45(1):135-42.

Araújo JP, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2014 nov-dez;67(6):1000-7.

Ariés P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 2011.

Arruda E. Resumo histórico da psiquiatria brasileira. Nilópolis: J. C. Editora; 1995.

Arruda MA, Almeida M, Polanczyk C, et al. Saúde Mental e Desenvolvimento Escolar em crianças e adolescentes brasileiros: análise dos resultados e recomendação baseadas em evidências científicas. Ribeirão Preto: Ed. Instituto Glia; 2010.

Assumpção Jr FB. A Psiquiatria Infantil Brasileira. Um esboço histórico. São Paulo: Lemos; 1995.

Assumpção, FB. Entrevista Clínica. In: Assumpção FB, Kuczynski E. Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012a.

Assumpção, FB. História da Psiquiatria Infantil. In: Assumpção FB, Kuczynski E. Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012b

Azrilah AA. Rasch Model Fundamentals: Scale and Construct and Measurement Structure. Publisher not available; 2010.

Baker F. Basics of Item Response Theory. Maryland: ERIC Clearinghouse on Assessment and evaluation; 2001.

Baren JM et al. Children's Mental Health Emergencies V Part, Challenges in Care: Definition of the Problem, Barriers to Care, Screening, Advocacy, and Resources. Pediatr Emerg Care. 2008; 24(6): 399-408.

Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. Spine (Phila Pa 1976). 2000; 25(24):3186–91.

Beaton DC, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures. Toronto: Institute for Work e Health; 2002.

Belfer ML, Saxena S. WHO Child Atlas project. Lancet. 2006; 367(9510):551-2.

Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Bittencourt ALP, Garcia LF, Goldim JR. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. Rev Bioét. 2015; 23 (2): 311-9.

Bond T, Fox C. Applying the Rasch model. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 2007.

Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do "Child Behaviour Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamento da infância e adolescência): dados preliminares. Rev ABP-APAL. 1995; 17(2):55-66.

Boyce T. The media and obesity. The International Association for Study of Obesity: Obesity Reviews. Cardiff-UK. 2007; 8 (1): 201-5.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília;2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990-2004. 5ª Ed. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003. (Série B, Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015. Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. 48p.

Brauner CB, Stephens CB. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. Public Health Rep; 2006 121(3):303–310.

Byrt T, Bishop J, Carlin JB. Bias, prevalence and kappa. J Clin Epidemiol. 1993; 46(5):423-429.

Câmara YMR. Percepção, vivência e enfrentamento de sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011.

Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. Arch Gen Psychiatry; 2004 61(1):85–93.

Carlini ELA, Noto AR, Sanchez ZM, Carlini CMA, Locatelli DP, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2010.

Carvalho DM, Junqueira GP, Gracioli S, Bordin MBM. Avaliação do comportamento infantil: uma revisão da literatura. In: Anais do III Fórum de Estudos Multidisciplinares, X Encontro de Pesquisadores e III Congresso de Iniciação Científica; 2009.

Cassepp-Borges V, Balbinotti MAA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para adaptação de instrumentos. In: Pasquali L, organizador. Instrumentação psicológica. Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Castro JM, Goldstein SJ. Eating attitudes and behaviors of pre- and post-pubertal females: clues to the etiology of eating disorders. Physiol Behav. 1995; 58:15-23.

Ceccarelli P. O sofrimento psíquico na perspectiva da Psicopatologia fundamental. Psicologia em Estudo. 2005; 10(3): 471-77.

Chachamovich E. Teoria de Resposta ao Item: Aplicação do modelo Rasch em desenvolvimento e validação de instrumentos em saúde mental [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Chen G, Faris P, Hemmelgarn B, Walker RL, Quan H. Measuring agreement of administrative data with chart data using prevalence unadjusted and adjusted kappa. BMC Med Res Methodol. 2009; 9(1):5.

Conrad KJ, Smith EV. International Conference on objective measurement applications of Rasch Analysis in Health Care. Med Care. 2004; 42(1)suppl I1-I6

Costa JF. Ordem Médica e Norma Familiar. Rio de Janeiro: Ed. Graal; 1983.

Costa N, Orpinelli M. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medida. Cienc Saude Colet. 2011; 16(7): 3061-68

Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry; 2005 44(10):972–986.

Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev Bras Psiquiatr. 2008; 30(4):390-8.

Couto MCV. Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010) [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental; 2012.

Crespo MD, et al. Pacientes psiquiátricos en el servicio de urgencias de pediatría de un hospital terciario: revisión de un período de 6 meses. An Pediatr (Barc). 2006; 64(6):536-41.

Cronbach L. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of schoolchildren in Ribeirão Preto. Rev Bras Psiquiatr. 2003; 25(3):139-45.

De Leo D, Heller TS. Who are the kids who self-harm? Na Australian self-report school survey. Med J Aust. 2004 Aug; 181(3):140-44.

DeVellis RF. Classical Test Theory. Medical Care. 2006; 44(11), 50-59.

DeVon HA, Block ME, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. J Nurs Scholarsh. 2007; 39(2):155-64.

Drotar D. Behavioral and emotional problems in infants and young children: Challegens of clinical assessment and intervention. Infants Young Child. 2002; 14(4):1-5.

Duarte C, Hoven C, Berganza C, Bordin I, Bird H, Miranda CT. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. Int J Psychiatry Med. 2003; 33(3):203-22.

Duarte CS, Bordin IAS. Instrumentos de avaliação. Rev Bras Psiquiatr. 2000; 22(Supl II):55-8.

Dunker KL, Philippi ST. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Rev Nutr. 2003; 16:51-60

Felippe FML, Friedman L, Alves BS, Cibeira GH, Surita LE, Tesche C. Obesidade e mídia: o lado sutil da informação. Revista Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo. 2004; 1(2):1-5.

Ferraz PG, Gonçalves AMN. Psicopatologia do Escolar. In: Assumpção FB, Kuczynski E. Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012a.

Fiates GMR, Salles RK. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Rev Nutr .2001; 14 (Suppl):3-6.

Figueiredo D, Silva J. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. Opinião Pública. 2010; 16 (1):160-85

Fitzner K. Reliability and validity. Diabetes Educ. 2007; 33(5):775-780.

Fisher W. Rating scale instrument quality criteria. Rasch Measurement Transactions. 2007; 21(1):1095.

Fleitlich B, Cotázar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. 2000; 8(1):44-50.

Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004; 43(6):727-34.

Ford T, Goodman R, Meldzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: prevalence of DSM- IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiat. 2003; 42(10):1203-11.

Freitas ALP, Rodrigues SGA. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. Bauru: XII SIMPEP; 2005

Frias PG, Mullachery PH, Giugliani ERJ. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil; 2008.

Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, et al. The Italian preadolescent mental health project (PRISMA): rationale and methods. Int J Methods Psychiatr. 2006; 15:22-35.

Galash CH. Adaptação cultural do instrumento Work Role Functioning Questionnaire [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.

Gauy FV, Guimarães SS. Triagem em saúde mental infantil. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2006; 22:05-16.

Gibbons CJ, Mills RJ, Thornton EW, Ealing J, Mitchell JD, Shaw PJ, et al. Rasch analysis of the hospital anxiety and depression scale (hads) for use in motor neurone disease. Health Qual Life Outcomes. 2011; 9:82.

Gilbert SB.Beyond acting out: Managing pediatric psychiatric emergencies in the emergency departament. Adv Emerg Nurs J. 2012; 34(2):147-63.

Giusti J. Automutilação: características clinicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2013.

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. J Child Psychol Psychiatry. 2000; 41(5):645-55.

Goodman R, Santos DN, Nunes APR, Miranda DP, Bilyk BF, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005; 40(1):11-7.

Goodman R. The Strengths ad Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1997; 38(5):581-86.

Hacker K, Drainoni ML. Mental health and illness in Boston's children and adolescents: One city's experience and its implications for mental health policy makers. Public health reports. 2001; 116:317-26.

Hawton K, Rodhan K, Evans E, Weathrall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. BMJ. 2002; 325 (7374):1207-11.

Hays RD, Morale RS e Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. Medical Care. 2000; 38 (9 Suplem): ll28-42

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):297-305, 2009

Hoffmann MCCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(3):633-642.

Hopman-Rock M, Van Buuren S, De Kleijn-De Vrankrijker M. Polytomous Rasch analysis as a tool for revision of the severity of disability code of the ICIDH. Disabil Rehabil. 2000; 22(8):363-71

Hora HRM, Monteiro GTR. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. Produto & Produção. 2010; 11(2):85-103.

Horowitzn L, Kassam-Adams N, Bergstein J. Mental health aspects of emergency medical services for children: summary of consensus conference. J Pediatric Psychology. 2001; 26(8):491-502.

Hunter J, Higginson I, Gerralda E. Systematic literature review: outcome measures for child and adolescent mental health services. J Public Health Medicine. 1996; 18(2):197-206.

Januzzi G. A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**.** São Paulo: Autores Associados;1992.

Kotz S, Johnson NL. Encyclopedia of statistical sciences. New York: John Wiley & Sons; 1983.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977; 33:159-75.

Lee J, Korczak D. Emergency Physician Referrals to the Pediatric Crisis Clinic: Reasons For Referral, Diagnosis and Disposition.J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 19(4):297-302.

Lehaman S, Havik OE, Havil T, Heiervang E. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013; 7(1):39.

Linacre JM. What do infit and outfit, mean-square and standardized mean? Rasch Measurement Transactions. 2002; 16 (2):887.

Linacre JM. Winsteps® (Version 3.70.0) [Computer Software]. Beaverton: Winsteps.com; 2010.

Linacre, J. M. A user's guide to Winsteps Ministep: Rasch-Model Computer Programs. Chicago: Winsteps.com; 2009

Lyra GFD, Assis SG, Njaine K, Oliveira RVC, Oliveira-Pires TO. A relação entre professores com sofrimento psíquico e crianças escolares com problemas de comportamento. Cien Saude Cole. 2009; 14(2):435-44.

Maçada ACG, Borenstein D, Morales BJV, Medeiros GS, Caetano JL, Timm-Neto AE. Medindo a satisfação dos usuários de um sistema de apoio a decisão. Encontro Nacional de Administração; 2000.

Maeda R. TV Globo veicula campanha produzida pela ABP. Psiquiatria Hoje. 2009; 4:6-7.

Marcílio ML. História social da criança abandonada. São Paulo: Hucitec; 1998.

Mato CA, Veiga RT. Avaliação da qualidade percebida de serviços: um estudo em uma organização não-governamental. Cad Pesquisa em Administração. 2000; 7(3):27-42.

McGilton K. Development and psychometric evaluation of supportive leadership scales. Can J Nurs Res. 2003; 35(4):72-86.

Mendes EG. Infância e Cidadania na América Latina. São Paulo: Ed. Hucitec; 1998.

Merikangas KR, He JP, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004 NHANES. Pediatrics; 2010 125(1):75– 81.

Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevolis S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010; 49(10):980-9.

Miguel PAC, Salomi GE. Uma revisão dos modelos de medição de qualidade em serviços. Revista Produção. 2004; 14(1):12-30.

Milan GS, Trez G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. Rev Administração de Empresas. 2005; 4(2): Art. 17.

Mohamad WRAW, Yasin RM,Mokhtar MB, Yaacob M, Azman N. Profiling Willingness to Advocate Water Conservation Behaviour: Item Validation using Rasch Measurement Model. Recent Advances in Educational Technologies. 2013; 3:162-67

Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB, Patton GC. The natural history of self harm for adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. Lancet. 2012; 379 (9812):236-43.

Nock MP, Green JG, Hwang I. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. JAMA Psychiatry. 2013;70(3):300-10.

Nunes CHSS, Primi R. Teoria de Resposta ao Item: Conceitos e Aplicações na Psicologia e na Educação. In: Hutz CS. Avanços e polêmicas em avaliação psicológica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2009.

Oliveira SMSS. O Modelo de Rasch para avaliar o inventário de ansiedade na escola. [tese]. São Paulo: Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da; 2012.

Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Rev Colomb Psiquiatr. 2005; 34 (4):572-80

Pallant J, Tenant A. An Introdution to the Rasch measurement model: Na example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Br J Clin Psychol. 2007; 46:1-18

Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. O mundo da criança: da infância a adolescência. 11 ed. São Paulo: McGraw-Hill; 2009.

Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. São Paulo: Artmed; 2010.

Pasquali L. Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM & IBAPP; 1999.

Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiquiatr Clín. 1998; 25(5):206-13.

Pasquali L. Técnicas de exame psicológico: Fundamento das técnicas psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo/Conselho Federal de Psicologia; 2001.

Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. Lancet. 2007; 369(9569):1302-13.

Paulin LF, Turato ER. ‘Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970’. História, Ciências, Saúde. 2004; 11(2): 241-58.

Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(1): 72-80.

Ponterotto JG, Ruckdeschel DE. An overview of coefficient alpha and a reliability matrix for estimating adequacy of internal consistency coefficients with psychological research measures. Percept Mot Skills. 2007;105 (3):997-1014

Primi R. Desenvolvimento de um instrumento informatizado para avaliação do raciocínio analítico [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Rasch G. Probabilistic Models for some Intelligence and Attainment Tests. Chicago: University of Chicago Press;1960.

Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. Psicol Estud. 2006;11(1):29- 38.

Ribeiro PRM. Saúde Mental no Brasil**.** São Paulo: Arte&Ciência;1999.

Richard Y, Saint-André S, Porchel G, Lazartigues A. Evolution and description of a complete hospitalisation unity in child and teenager psychiatry. Arch Pediatr. 2010;17(4):446-51.

Rizzini I. O século perdido. Raízes históricas das Políticas Públicas para Infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais; 1997.

Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. J Psychiatr Res.2007;41(11):959–967.

Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. Soc Work Res. 2003; 27(2):94-111.

Rutter M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: preliminary findings. J Child Psychology and Psychiatry. 1967; 8(1):1-11.

Salomi GGE, Miguel PAC, Abackerli AJ. SERVQUAL x SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. Gestão da Produção. 2005; 12(2): 279-93.

Sartes LMA, Souza-Formigoni MLO. Avanços na Psicometria: Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2013; 26(2), 241-50

Saur AM, Loureiro SR. Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. Estudos de PSicologia. 2012; 29(4):619-29.

Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciênc Saúde Coletiva. 2005; 10(3):707-17.

Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISCIV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000; 39(1):28-38.

Silva EF da, Pereira MG. Avaliação das estruturas de concordância e discordância nos estudos de confiabilidade. Rev Saúde Publ. 1998; 32(4):383-93.

Sisto FF. O Funcionamento diferencial dos itens. Rev Saúde Publ. 2008; 42(2):308-16.

Stice E, Shoupak-Neuberg E, Shaw HE, Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: an examination of mediating mechanisms. J Abnorm Psychol.1994; 103:836-40.

Streiner DL. Measure for measure: New developments in measurement and Item Response Theory. Can Child Adolesc Psychiatr Rev. 2010; 55(3): 180-7.

Sven H. Principles of test theories. Hillsdate: Lawrence Erlbaum; 1990.

Tarasconi CV, Miranda CA, Scortegagna A. Estudo Epidêmico da saúde mental infantil. Aval. psicol. 2008; 7(2): 249-257.

Tenant A, Pallant JF. DIF matters: A pratical approach to test if Differencial Item Functioning makes a diference. Rasch Measurement Transactions. 2007; 2(4):1082-84

Thiengo, DL et al, Cavalcante, MT, Lovisi, GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr. 2014;63(4):360-72.

Toledo M. Variables clinicas y demograficas de las urgencias psiquiatricas infantiles en el hospital hermilio valdizan. Rev Psiquiatria y Salud Mental Hermilio Valdizan. 2004; 5(1):83-91.

Uchôa DM. Organização da psiquiatria no Brasil. São Paulo: Sarvier. 1981.

Underwood LA, Falwell SH. Screening and assessing co-ocurring disorders. Correstions Today. 2002; 64(3): 22-3.

Urdan AT. Qualidade de Serviços médicos na perspectiva do cliente. Revista de Administração de Empresas. 2001; 41(4): 44-55.

Vargas D. A construção de uma escala de atitudes frente ao alcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico. [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2005.

Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. Rev Latino-Am Enferm. 2011;19(2):317-24.

Vicente B, Saldivia S, La Barra F, Melipillan R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. Rev Med Chile. 2012;140(4):447-57.

Vicente B, Saldivia S, Rioseco P, La Barra F, Valdivia M, Melipillan R,et al. Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. Rev Med Chile.2010;138(8):965-73.

Vogel A. Do Estado ao Estatuto. Propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo. In: Pilotti F, Rizzini I, organizadores. A arte de governar crianças. A história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Amais; 1995.

Vostanis P. Strengths ad Difficulties Questionnaire: research and clinical aplications. Current Opinion Psychiatric. 2006; 19(4):367-72.

Wang Y, Byers KL, Velozo CA. Rasch analysis of Minimum Data Set mandated in skilled nursing facilities. J Rehab Res Develop. 2008;45(9):1385-400.

Wielewicki A, Gallo AE, Grossi R. Intrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional e do planejamento da intervenção. Temas em Psicologia. 2011; 19(2):513-23.

Williams JL, Mona LH, Grupp-Phelan J. The Acceptability of Mental Health Screening in a Pediatric Emergency Department. Pediatric Emergency Care. 2011; 27(7): 611-15.

Wright BD, Masters GN. Rating scale analysis. Chicago: Mesa Press; 1982.

Wright BD, Panchapakesan N. A Procedure for Sample-ree Item Analysis. Educ Psychol Meas. 1969; 29:23-48.

Wright BD, Stone MH. The measurement model. Best Test Design: Rasch Measuremen. Chicago: Mesa Press; 1999.

Wynd CA, Schaefer MA.The Osteoporosis Risk Asessment Tool: establishing content validity through a panel of experts. Appl Nurs Res. 2002; 16(2):184-8.

Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. West J Nurs Res. 2003; 25(5):508-518.

Xexeo JAM. Sistemas de Informação como Instrumento de Programa de Qualidade. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

Zinzow HM, Ruggiero KJ, Resnick H, Hanson R, Smith D, Sauders B, et al. Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2008;50(4):441-50.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)

Prezado participante, leia as frases a seguir e marque um X se Concorda com o que está escrito (é algo que acontece sempre com você), Às vezes, ou Não Concordo (algo que não acontece com você).

	Concordo	**Às vezes**	**Não concordo**
Ansiedade			
1.Não consigo tirar alguns pensamentos da cabeça			
2. Me sinto preocupado, ou ansioso demais			
3. Sou medroso			
4. Costumo repetir alguns gestos ou ações várias vezes seguidas			
5. As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades			
Humor			
6. Penso em me machucar			
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar			
8. Tenho vontade de desaparecer			
9. Estou sempre preocupado com alguma coisa, o que me faz sentir triste			
10. Me sinto sozinho			
Condutas sociais			
11. Eu respeito os sentimentos das outras pessoas			
12. Não me arrependo ou não me sinto culpado após me comportar mal			
13. Participo de brigas com meus amigos			
14. Sou esquentado, e costumo ficar raiva facilmente			
15. Tenho facilidade em cumprir regras			
Atenção/atividade motora			
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou desatento			
17. Eu termino as tarefas que comecei			
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.			
19. Eu me concentro facilmente nas aulas			
Padrões alimentares			
20. Quando como demais, fico triste			
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo			
22. Estou sempre pensando em comida			
23. Frequentemente como muito, e acabo passando mal			
24. O meu peso não me incomoda			
Uso de substâncias psicoativas			
25. Costumo usar maconha			
26. Costumo tomar bebida alcoólica			
27. Costumo fumar			
28. Costumo usar crack			
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga			

APÊNDICE 2

Instruções para os juízes

Conforme contato prévio, estamos enviando o material sobre a Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE), que engloba temas referentes a humor, padrões alimentares, uso/abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, condutas sociais, atenção/atividade motora, tendo como objetivo identificar sintomas psicopatológicos em crianças em idade escolar, para que, quando necessário, essa criança seja encaminhada para avaliação de um especialista.

Cabe dizer que o instrumento será aplicado com crianças de 6 a 12 anos matriculadas na Escola Estadual Bernadim Ribeiro. A criança terá três opções de resposta a cada item da escala: concordo, às vezes, não concordo. Lembrando que há itens positivos (que não sugerem um sintoma psicopatológico caso a criança concorde) e itens negativos (sugerem sintoma psicopatológico caso a criança concorde).

A indicação da Vossa senhoria para o referido papel de Juiz, deve-se ao fato de ser pessoa inserida no meio acadêmico e envolvida em pesquisa cientifica, critérios esses compatíveis com de nosso trabalho e também com a certeza de que sua experiência profissional nos ajudará.

A seguir listamos algumas instruções que deverão ser respeitadas para que a função de juiz seja exercida de maneira mais fidedigna possível.

1. O juiz necessita ter o desempenho de pesquisador ao analisar esse instrumento.
2. O senhor necessita analisar as instruções iniciais da escala, verificando se está clara, completa, se tem sentido dúbio, anotando suas sugestões e correções no próprio texto.
3. O senhor precisa verificar o aspecto semântico dos itens da escala, se os conteúdos estão claros, se as expressões estão corretas, se a regência dos verbos está adequada, se os termos utilizados são compreensíveis, se estão ao nível dos sujeitos.
4. A seguir serão apresentados os 6 fatores selecionados bem como suas respectivas definições operacionais. Posteriormente, listamos os 29 itens.

Sua tarefa consiste em:

A) Avaliar a representatividade do item ao construto (sintoma psicopatológico): Apontar em uma escala de 1 a 4 o quão o item representa o construto estudado.

B) Avaliar a clareza do item: Apontar em uma escala de 1 a 4 o quão claramente o item é redigido.

C) Avaliar a qual fator o item pertence: Após ler o item, identificar no quadro, qual fator ele pertence. (Para isso, veja a descrição dos fatores no quadro do Apêndice 1). Por exemplo, se o item 1 apresenta conteúdo referente ao fator 1, coloque um X no respectivo quadro do fator 1. Caso não consiga identificar o item com nenhum dos fatores, registre-o nos comentários.

D) Sugestão de temas/itens: O senhor pode sugerir, se achar necessário, a inclusão de conteúdos pertinentes aos fatores contemplados nessa escala, que eventualmente poderão ser transformados em itens, no instrumento final. Registre sua sugestão na folha de sugestões adicionais.

Descrição operacional dos fatores

Fator	Nome do Fator	Descrição do fator
Fator 1	Ansiedade	Esse fator apresenta sentimentos e percepções da criança escolar frente a situações relacionadas à ansiedade, destacando compulsões e obsessões, e o medo.
Fator 2	Humor	Esse fator apresenta sentimentos e percepções da criança escolar frente a situações relacionadas ao seu humor, destacando questões como a tristeza, depressão e automutilação.
Fator 3	Condutas Sociais	Esse fator apresenta sentimentos e percepções da criança escolar frente a situações relacionadas as suas condutas sociais, destacando questões como regras sociais, e comportamentos.
Fator 4	Atenção/atividade motora	Esse fator apresenta sentimentos e percepções da criança escolar frente a situações relacionadas a sua atenção/atividade motora, destacando suas atividades e tarefas do dia-a-dia.
Fator 5	Padrões alimentares	Esse fator apresenta sentimentos e percepções da criança escolar frente a situações relacionadas ao seu padrão alimentar, destacando sua percepção visual, e o comportamento em relação à comida.
Fator 6	Uso de substâncias psicoativas	Esse fator apresenta sentimentos e percepções da criança escolar frente a situações relacionadas ao seu desejo ou uso de substâncias psicoativas, destacando drogas como o álcool, a maconha e o cigarro.

_____ Rubrica - Pesquisador Responsável _____ Rubrica – Responsável legal

APÊNDICE 3

Instrumento para avaliação da Escala de Identificação de sintomas Psicopatológicos em Escolares

INTRUÇÕES: Essa quadro será utilizado para sua avaliação da validade de conteúdo da Escala. Por favor, classifique cada item como se segue:

- Por favor, nas caselas de cor vermelha, classifique, colocando um X na casela correspondente, o nível de representatividade do item numa escala de 1 a 4, com 4 sendo o mais representativo. Um espaço é fornecido para comentários em relação ao item, ou sugestões de revisão.

- Por favor, nas caselas de cor branca, indique o nível de clareza para cada item, também usando a escala de 1 a 4. Um espaço é fornecido para comentários em relação ao item, ou sugestões de revisão.

- Por favor, nas caselas de cor morrom, indique a qua fator o item pertence, conforme as definições colocadas no Anexo 1. Se você acha que o item não pertence a nenhum dos fatores listados, aponte nos comentários um fator que poderia representá-lo.

- Por fim, nas sugestões adicionais, avalie a compreensão da escala de medida indicando itens que deveriam ser eliminados ou acrescentados. Obrigada pela sua participação.

Itens	Representatividade				Clareza				Fatores					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6
1.Não consigo tirar alguns pensamentos da cabeça														
Comentários:														
2. Me sinto preocupado, ou ansioso demais														
Comentários:														
3. Sou medroso														
Comentários:														
4. Costumo repetir certos gestos ou ações várias vezes seguidas														
Comentários:														
5. As preocupações que tenho me fazem perder a														

atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades														
Comentários:														
6. Penso em me machucar														
Comentários:														
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar														
Comentários:														
8. Tenho vontade de desaparecer														
Comentários:														
9. Estou sempre preocupado com alguma coisa, o que me faz sentir triste														
Comentários:														
10. Me sinto sozinho														
Comentários:														
11. Eu respeito os sentimentos das outras pessoas														
Comentários:														
12. Não me arrependo ou não me sinto culpado após me comportar mal														
Comentários:														

13. Participo de brigas com meus amigos														
Comentários:														
14. Sou esquentado, e costumo ficar raiva facilmente														
Comentários:														
15. Tenho facilidade em cumprir regras														
Comentários:														
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou desatento														
Comentários:														
17. Eu termino as tarefas que comecei														
Comentários:														
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.														
Comentários:														
19. Eu me concentro facilmente nas aulas														
Comentários:														
20. Quando como demais, fico triste														
Comentários:														
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo														
Comentários:														

22. Estou sempre pensando em comida														
Comentários:														
23. Frequentemente como muito, e acabo passando mal														
Comentários:														
24. O meu peso não me incomoda														
Comentários:														
25. Costumo usar maconha														
Comentários:														
26. Costumo tomar bebida alcoólica														
Comentários:														
27. Costumo fumar														
Comentários:														
28. Costumo usar crack														
Comentários:														
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga														
Comentários:														

APÊNDICE 4

Termo de consentimento livre e esclarecido para participar de pesquisa científica

Projeto – Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)

Nome do responsável legal do sujeito de pesquisa:_____

Nome do sujeito de pesquisa:_____

RG: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____
_____ Telefone: _____

Essas informações estão sendo fornecidas para a participação de seu filho (a) neste estudo, que tem como objetivo construir e validar um instrumento de identificação de sintomas psicopatológicos em crianças escolares – 6 a 12 anos. Para tanto, estou entrevistando **crianças entre 6 e 12 anos matriculadas na Escola Estadual Bernardim Ribeiro** e que aceitem voluntariamente responder a Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE). Acreditamos que, com a validação da EISPE, poderemos contribuir na identificação precoce de sintomas psicopatológicos em crianças, que sugerem a presença de transtornos mentais, permitindo que essas sejam encaminhadas para profissionais especializados que possam a avaliar de forma mais abrangente.

Essa entrevista terá aproximadamente 25 minutos de duração, e será realizada no período em que o aluno estiver na escola. Trata-se de uma entrevista voluntária, sendo realizada de forma que assegure a sua privacidade e a privacidade da criança. A Escala respondida pela criança ficará guardada confidencialmente com o pesquisador e se identificada alguma alteração você será mediamente informado. Esclarecemos que a participação do seu filho (a) poderá ser interrompida a qualquer momento, mesmo após ter sido assinado o termo, sem prejuízo algum. Informamos que os resultados da pesquisa, incluindo os dados coletados somente serão utilizados nesta pesquisa, bem como em trabalhos científicos, apresentação em congressos e revistas da área. Os nomes não serão mencionados e serão mantidos em sigilo.

Este estudo não oferece nenhum benefício direto para os participantes. E, pela natureza sensível desse tema, pode oferecer o risco de causar desconforto psicológico na criança, devido aos sentimentos que possam surgir enquanto responde a escala. Por isso, gostaríamos de reforçar que a participação de seu filho (a) pode ser interrompida a qualquer momento. Na ocorrência de algum dano à saúde, decorrentes da participação de seu filho (a) na pesquisa, ele contará com assistência adequada por parte dos pesquisadores. Em caso de necessidade de atendimento de maior complexidade, o pesquisador e a direção da escola providenciarão o encaminhamento para Unidade Básica de Saúde Presidente Juscelino Kubitschek.

Não prevemos nenhum gasto decorrente da participação de seu filho (a) nessa pesquisa, entretanto, se houver algum gasto, você será totalmente ressarcido. Em qualquer etapa do estudo, você e seu filho (a) terão acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O pesquisador Divane de Vargas pode ser encontrado no endereço Av Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419 – Cerqueira César – São Paulo – CEP: 05403 000, ou pelo telefone: 11 3061 7601. Se você ou seu filho (a) tiverem alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-EEUSP): Av Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – 2º andar. – Cerqueira César – São Paulo. Fone: 3061-7548 – E-mail: edipesq@usp.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Este termo é para certificar que eu,_____, declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto a participação do meu filho (a), _____, no presente Projeto de Pesquisa: " Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)"

Por meio deste, dou permissão para meu filho (a) ser entrevistado (a). Declaro que os objetivos e detalhes dessa pesquisa foram-me completamente explicados, conforme seu texto descritivo. Estou ciente de que meu filho (a) é livre para recusar a dar resposta a qualquer questão durante as entrevistas e se, em qualquer momento, não for de seu interesse continuar participando da pesquisa, esta autorização perde a validade, sem ser em nada prejudicado (a).

As informações obtidas serão utilizadas com ética na elaboração de trabalho científico, que poderá ser utilizado para publicação em meios acadêmicos e científicos. O nome de meu filho (a) não será utilizado nos documentos pertencentes a esse estudo e a confidencialidade dos seus registros será garantida. Esse termo será assinado por mim em duas vias, sendo que uma delas será guardada comigo e a outra com o pesquisador.

Desse modo, concordo que meu filho (a) participe do estudo.

_____

Assinatura do responsável legal

_____, ____/ ____/ ____

Local e data

Responsável pelo estudo

_____, ____/ ____/ ____

Local e data

_____

Divane de Vargas

APÊNDICE 5

Termo de assentimento para participar de pesquisa científica

CARTA DE INFORMAÇÃO

Meu nome é Marina Nolli Bittencourt. Eu estou fazendo um trabalho para entender melhor os sentimentos, os pensamentos e as atividades de crianças. Por isso, convido você a participar do meu trabalho e vou te contar o que irá acontecer se você quiser me ajudar:

Eu irei conversar com você sozinho, e fazer algumas perguntas para entender um pouco dos seus sentimentos, pensamentos e de suas atividades.

A sua participação será muito importante, porque vai me ajudar a escrever um trabalho que poderá ajudar crianças da sua idade. Mas se, durante a nossa conversa, você resolver que não quer mais participar, não haverá problema. Você não precisa participar se não quiser.

Você pode me fazer perguntas caso não entenda alguma coisa.

A nossa conversa ficará em segredo, e o seu nome não aparecerá no meu trabalho. Vou guardar essa carta comigo e entregar uma outra carta igual a essa para você.

Obrigada por você me ajudar.

Marina Nolli Bittencourt

APÊNDICE 6

Termo de assentimento para participar de pesquisa científica

Eu li a carta de informação com a Marina. Entendi que será feito um trabalho para entender melhor os sentimentos, os pensamentos e as atividades de crianças, e que eu estou sendo convidado para participar.

Entendi que ela vai conversar comigo sozinho, e fará algumas perguntas.

Entendi que posso fazer perguntas se eu não entender alguma coisa.

Eu entendi que eu só vou participar do trabalho se eu quiser, e que posso pedir para parar de participar a qualquer hora.

A nossa conversa ficará em segredo e o meu nome não vai aparecer quando a Marina escrever o trabalho. Essa carta ficará com a Marina, e uma outra carta igual a essa ficará comigo.

_____ _____

Assinatura da criança Marina Nolli Bittencourt

_____, ____/ ____/ ____ Pesquisadora

Local e data _____, ____/ ____/ ____

Local e data

APÊNDICE 7
Dados sociodemográficos

Idade:

Ano Escolar:

Sexo:

Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)

Prezado aplicador, leia as frases a seguir para a criança, e marque um X em “Sempre” se é algo que acontece sempre com ela, “Às vezes” se é algo que acontece de vez em quando com ela, ou “Nunca” se é algo que não acontece com ela.

	Sempre	**Às vezes**	**Nunca**
2. Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem			
5. As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades			
6. Penso muito em me machucar			
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar			
10. Me sinto sozinho			
12. Eu me arrependo depois que me comporto mal			
13. Participo de brigas com meus amigos			
14. Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente			
15. Tenho facilidade em cumprir regras e ordens			
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído			
17. Eu termino as tarefas que comecei			
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.			
19. Eu presto atenção facilmente nas aulas			
20. Quando como demais, fico triste			
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo			
22. Estou sempre pensando em comida			
23. Como muito, e acabo passando mal			
24. O meu peso me incomoda			
25. Fumo cigarro			
26. Tomo bebida alcoólica			
27. Fumo maconha			
28. Uso crack			
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga			

Comentários do aplicador:

_____

_____

_____

ANEXO

ANEXO

ANEXO 1

Parecer consubstanciado do CEP de aprovação da pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)
Pesquisador: DIVANE DE VARGAS
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 40566115.8.0000.5392
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.024.143
Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação do Projeto:
O estudo tem por objetivo a Validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) através da sua aplicação na população alvo. Trata-se de uma escala que avalia sintomas psicopatológicos, com afirmativas utilizando escala do tipo Likert, considerando 6 fatores: humor, padrões alimentares, uso/abuso de substâncias psicoativas, ansiedade, condutas sociais, atenção/atividade motora. A escala propõe-se a identificação de sintomas psicopatológicos em escolares, o que irá favorecer o encaminhamento para avaliação da criança que necessitar . A população-alvo é de crianças entre 7 a 11 anos. O estudo será desenvolvido na Escola Estadual Bernardim Ribeiro cuja diretora manifestou formalmente a sua aprovação quanto a realização da pesquisa. Métodos: são previstos três categorias de procedimentos, a saber: a) procedimentos teóricos, que incluem a validação de construto junto a especialistas e a aplicação piloto em uma amostra de 40 crianças na escola em questão; b) procedimentos empíricos (experimentais), que se trata da aplicação em uma amostra de aproximadamente 300 crianças na mesma escola; c) procedimentos analíticos (estatísticos), que se trata da
análise fatorial e das propriedades psicométricas do instrumento.

Objetivo da Pesquisa:
Validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE) através da

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

sua aplicação na população alvo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de uma pesquisa que não oferece benefício direto ao sujeito do estudo. O benefício será a construção de uma escala validada, a qual poderá ser utilizada em outras situações para identificação precoce de crianças com sintomas psicopatológicos. Durante a aplicação da escala os sujeitos do estudo (crianças) podem sentir-se com desconforto psicológico em função dos sentimentos que podem surgir enquanto a criança preenche a escala. Este risco é apresentado aos responsáveis no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Na seção de métodos é detalhada a conduta de encaminhamento em casos que apresentem sintomas psicopatológicos: "nos casos em que a criança responder positivamente às questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas e/ou à sua segurança, como, por exemplo, expressar idéia suicida ou de automutilação, essas informações serão comunicadas imediatamente a direção da escola, para que essa faça ciência aos pais e/ou responsáveis, e a criança seja devidamente encaminhada para avaliação da equipe de saúde mental da Unidade Básica de Saúde Presidente Juscelino Kubitschek, a qual é referencia regional no território onde está localizada a escola." A abordagem das crianças e seus pais será "conforme acordado com a direção da escola; as crianças serão convidadas individualmente no período em que estiverem em sala de aula - sem prejuízo das atividades escolares (provas, trabalhos, exercícios, etc..) e sempre consultando o professor responsável pela classe antes do início da aula. As entrevistas serão realizadas em uma sala privativa (sala de leitura/brinquedoteca) na qual o questionário será lido em conjunto com a criança esclarecendo-se dúvidas que possam surgir e reforçando a idéia de que ela não precisa responder as perguntas caso não queira."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A carta convite foi ajustada para indicar o local onde a escala será aplicada.

O TCLE inclui o tempo estimado de duração da entrevista e o período no qual será aplicada, que será durante o período de atividades escolares. Informações quanto as condutas foram incluídas no TCLE, para informação aos pais ou responsáveis: "A Escala respondida pela criança ficará guardada confidencialmente com o pesquisador e se identificada alguma alteração você será mediamente informado" e "Em caso de necessidade de atendimento de maior complexidade, o pesquisador e a direção da escola providenciarão o encaminhamento para Unidade Básica de Saúde Presidente Juscelino Kubitschek."

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 1.024.143

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O proponente fez as adequações no projeto e termos de apresentação obrigatória, segundo as recomendações do parecer consubstanciado desta CEP, assim sendo não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 15 de Abril de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edpesq@usp.br