



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

BRUNA DE MORAES AGUIAR

**DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS
DA CLIENTELA PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA
INFANTO-JUVENIL**

Londrina
2010

BRUNA DE MORAES AGUIAR

**DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS
DA CLIENTELA PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA
INFANTO-JUVENIL.**

Dissertação de Mestrado - Programa de Pós
Graduação em Análise do Comportamento do
Departamento de Psicologia Geral e Análise do
Comportamento da Universidade Estadual de
Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Cynthia Borges de Moura

Londrina
2010

BRUNA DE MORAES AGUIAR

**DESCRIÇÃO E COMPARAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DA
CLIENTELA PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do grau de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Análise do Comportamento.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Cynthia Borges de Moura
UNIOESTE – Foz do Iguaçu - PR

Dra. Maria Rita Zoéga Soares
UEL – Londrina - PR

Dra. Helena Bazanelli Prebianchi
PUC – Campinas - SP

Londrina, _____ de _____ de 2010.

*Engajar-se no bem da cultura significa
enfrentar a suscetibilidade ao efeito imediato .*

Burrhus Frederic Skinner.

Este trabalho é dedicado a memória de Wilson Bastos de Aguiar, um grande amigo, um grande modelo e meu avô. De fato, as melhores coisas da vida não precisam ser vistas, apenas sentidas.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais: João e Sandra Aguiar por todo amor e por terem se dedicado a minha educação sem medir esforços. Sem dúvida, os grandes responsáveis pela felicidade em todos os campos de minha vida.

Ao Lucas Aguiar pela amizade especial e gostosa companhia de toda vida que só se tem com um irmão e pelo modelo de pesquisador e professor.

À Cynthia, minha orientadora, pela atenção, carinho e paciência e por ter persistido ao meu lado mesmo diante de tantos desafios. Agradeço pela oportunidade e por ter acreditado em mim, é sempre uma satisfação trabalhar com você!

À Renata Grossi, a quem muitas vezes recorri pedindo orientações para a dissertação, mas recebi muito mais - recebi empatia, reflexões, conselhos, encorajamentos e sorrisos. Agradeço por tornar esse caminho mais seguro!

Aos meus queridos amigos: Bruna Ognebene, Daniel Kazahaya, Flaviana Lautenschlager, Maria Rosseti e Renata El Rafihi, que sempre se fizeram presentes, mesmo quando, de fato, não estavam.

À minha querida terapeuta Kellen Escarabotto, por me auxiliar a viver e sentir a vida de uma forma diferente. Obrigada por todo profissionalismo, você se tornou uma grande referência!

Ao Mauricio Benfatti pela prontidão em realizar revisão ortográfica.

À todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Análise do Comportamento. É um privilégio conviver, aprender e trabalhar com vocês!

Às estagiárias, por todo esforço diante da difícil, e às vezes quase impossível, coleta.

E aos participantes que tornaram possível essa pesquisa.

Obrigada a todos!!!

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICES – Estudo 1	66
APÊNDICE A - Quadro dos dados encontrados nos estudos de Psicologia.....	67
APÊNDICE B - Quadro dos dados encontrados nos estudos de Psiquiatria	71
APÊNDICES – Estudo 2	78
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	79
APÊNDICE B - Entrevista semi-estruturada - Psicologia.....	80
APÊNDICE C - Entrevista semi-estruturada - Psiquiatria	81

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS – Estudo 2	82
ANEXO A- Folha de Levantamento Demográfico	83
ANEXO B - Child Behavior Checklist (CBCL)	85
ANEXO C - Inventário Beck de Depressão (BDI)	89
ANEXO D - Escala de ajustamento conjugal (MAT)	91

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
ESTUDO 1 – Revisão teórica comparativa da clientela-infante juvenil de psicologia e psiquiatria	10
Introdução	11
<i>Problemas que levam as crianças para tratamento</i>	11
Método	14
Etapa 1	14
Etapa 2	15
Resultados	15
Discussão	23
Conclusão	25
Referências	27
ESTUDO 2 – Comparação das características pessoais e familiares da clientela infante-juvenil de psicologia e psiquiatria.....	32
Introdução	33
<i>Variáveis implicadas no abandono do tratamento</i>	35
Objetivos	37
Método	37
Participantes	37
Local para Pesquisa	38
Materiais e Instrumentos	38
Procedimentos	40
Seleção dos Participantes	40
Coleta de dados.....	40
Resultados	41
Discussão	47
Conclusão	50
Referências	52

APRESENTAÇÃO

Este trabalho se constitui em uma pesquisa realizada no Programa de Pós Graduação em Análise do Comportamento do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento (PGAC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL). O objetivo inicial foi levantar e analisar na literatura os problemas infantis tratados por psicólogos ou psiquiatras e, em seguida, investigar empiricamente as possíveis relações entre variáveis da criança (e de seu contexto familiar) e a presença da mesma no tratamento psicológico ou psiquiátrico. Para tanto, esta pesquisa foi dividida em dois artigos: o primeiro apresenta uma revisão teórico-comparativa dos estudos de caracterização de clientela infanto-juvenil de psicologia e psiquiatria; e o segundo, uma comparação das características da clientela infanto-juvenil atendidas pela Clínica Psicológica e pelo Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da UEL. Embora não tenham sido localizados estudos dessa mesma natureza, o que dificultou a comparação dos dados obtidos com eventuais achados de outras pesquisas pôde-se levantar algumas hipóteses a respeito da relação entre características de cada clientela e a respectiva modalidade de tratamento. Estas informações podem abrir caminhos para trabalhos que avaliem a necessidade do tratamento medicamentoso para determinados problemas infantis, e se for de fato necessário, que seja feito de forma conjunta com o tratamento psicológico. Ao mesmo tempo, direcionam a propostas práticas que visem produzir encaminhamentos melhor fundamentados para o tratamento de tais problemas.

ESTUDO 1

REVISÃO TEÓRICA COMPARATIVA DE ESTUDOS DE CARACTERIZAÇÃO DE CLIENTELA PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA INFANTO-JUVENIL.

AGUIAR, B. M. **Revisão teórica comparativa de estudos de caracterização de clientela psicológica e psiquiátrica infanto-juvenil.** 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, PR.

Resumo: A prática da autora em psicoterapia infantil e em orientação de pais levou a observações informais de que parece haver semelhanças entre os problemas infantis tratados pela psicologia e pela psiquiatria. A fim de verificar essa hipótese, este artigo tem por objetivo revisar a literatura nacional e internacional sobre estudos de caracterização da clientela infanto-juvenil em tratamento psicológico ou psiquiátrico. Foram realizadas as seguintes etapas: pesquisa bibliográfica de estudos psicológicos e psiquiátricos em bases de dados buscando publicações de 1990 a 2009, organização dos dados levantados na pesquisa bibliográfica em Grupo Psicológico e Grupo Psiquiátrico e a comparação dos dados dos dois grupos. Foram localizados 13 estudos de psicologia e 18 estudos de psiquiatria. A comparação entre os estudos revelou similaridades entre as duas modalidades quanto aos tipos de problemas prevalentes. O problema mais frequente para psicologia foi a categoria descrita como *Agressividade* (28%), que apareceu em segundo lugar de prevalência para psiquiatria (26%). O segundo problema mais frequente para psicologia foi a categoria *Problemas Sociais* (22%), que apareceu em terceiro lugar para psiquiatria (17%). O terceiro problema mais frequente nos estudos de psicologia foi a categoria *Problemas de Atenção/Hiperatividade* (22%), sendo que nos de psiquiatria este item apareceu em quarto lugar com 15%. O quarto problema mais frequente nos estudos de psicologia foi a categoria *Problemas Escolares* (16%), que não apareceu entre os cinco problemas prevalentes dos estudos de psiquiatria revisados. O quinto problema mais frequente para psicologia foi a categoria *Ansiedade/Depressão* (12%) que apareceu em primeiro lugar de prevalência nos estudos de psiquiatria (34%). O quinto problema mais frequente nos estudos de psiquiatria foi a categoria *Fobia Social* (8%), um tipo peculiar de quadro ansioso que não foi encontrado na revisão dos estudos de psicologia. Cabe ressaltar que também foram identificadas similaridades entre os estudos quanto à média de idade das crianças (psicologia 9,5 anos e psiquiatria 10,5 anos) e maior incidência de meninos buscando ambos os tratamentos. Os resultados obtidos confirmaram a hipótese levantada quanto à existência de similaridade entre os problemas infantis tratados por psicólogos e psiquiatras. Assim, levanta-se a necessidade de estudos que procurem compreender se há variáveis – da criança, de sua família, entre outras - relacionadas a uma ou outra modalidade de tratamento. Conclui-se que mesmo aquelas crianças cujo tratamento inclui medicação poderiam ser assistidas pela psicologia para se beneficiarem da aprendizagem proporcionada pela psicoterapia.

Palavras-chave: Características. Clientela infanto-juvenil. Tratamento psicológico. Tratamento psiquiátrico.

AGUIAR, B. M. **Theoretical and comparative review of characterization's studies of juvenile psychological and psychiatric clinic customers.** 2010. Dissertation of master's degree. Universidade Estadual de Londrina, PR.

Abstract: The author's practice of child psychotherapy and parent training led to the informal observations that there seems to be similarities between the children's problems treated by psychologists and psychiatrists. In order to ascertain the veracity of this proposition, this article aims to review the national and international literature on characterization studies of the juvenile clients - and characteristics of the family context of the youths - in psychological and psychiatric treatment. Were performed the following steps: literature research of studies on psychiatric and psychological databases searching publications from 1990 to 2009, organizing the collected data in the literature research in Psychological Group and Psychiatric Group and comparison of the two groups. 13 psychology studies and 18 psychiatry studies were located. The comparison studies revealed similarities between the two modalities regarding the types of problems prevalent. The most frequent complaint for psychology was the category *Aggression* (28%), which came second in prevalence to psychiatry (26%). The second most frequent complaint for psychology was the category *Social Problems* (22%), that came in third place for psychiatry (17%). The third most frequent complaint in studies of psychological problems was the category *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (22%), and this appeared to psychiatry in fourth place with 15%. The fourth most frequent complaint in the studies of psychology was the category *School Problems* (16%), which did not appear among the five prevalent problems of the psychiatry studies reviewed. The fifth most frequent complaint for psychology was the category *Anxiety/Depression* (12%), which ranked first in studies of psychiatric (34%). The fifth most frequent complaint in studies of psychiatry was the category *Social Phobia* (8%), a peculiar kind of anxious condition that was not found in the review of studies of psychology. It should be emphasized that similarities were also identified among groups regarding the mean age of children (psychology 9.5 years, and psychiatry 10.5 years) and higher incidence of boys seeking both treatments. The results confirmed the hypothesis about the similarities between the children problems dealt by the psychology and psychiatry. Thus arises the need for studies that seek to understand whether there are variables – of the child, her family, among others - related to either treatment modality. It's conclude that even those children whose treatment includes medication should be assisted by psychology to benefit from behavioral learning afforded by psychotherapy.

Keywords: Features. Juvenile clientele. Psychological treatment. Psychiatric treatment.

Introdução

Problemas que levam as crianças para tratamento

O interesse pela saúde mental da criança tem aumentado nos últimos anos de maneira expressiva. Essa preocupação vem do fato de que os problemas psicológicos em crianças têm se mostrado cada vez mais frequentes. Estudos recentes têm encontrado uma prevalência de problemas de saúde mental nas crianças variando de 10 a 20%, sendo

considerada a causa mais importante de problemas na infância (Stewart-Brown, 2003). Algumas pesquisas estimam que 11% das crianças americanas apresentem, em algum grau, problemas de saúde mental (Glied & Cuellar, 2003). Da mesma forma, vários estudos em várias culturas têm apontado para proporções igualmente elevadas de crianças na idade pré-escolar e escolar sofrendo de problemas emocionais (Kasius, Ferdinand, Van den Berg & Verhulst, 1997; Nikapota, 1991).

Considerando que os problemas de comportamento geralmente começam na infância ou adolescência e que quanto mais cedo a intervenção ocorrer maior é a probabilidade de sucesso do tratamento (Koret, 1980), torna-se importante expandir o entendimento e o conhecimento nesta área. A definição do que é um problema, muitas vezes é complexa, visto que é o contexto social em que a criança está inserida que irá determinar quando e quais de seus comportamentos serão ou não considerados problemas (Ross, 1979). Uma situação de crise, isolada, é uma causa pouco típica de encaminhamento, sendo mais comuns ocasiões repetidas ou os problemas múltiplos (Crespi, 1987). Geralmente um comportamento é considerado problemático quando ocorre em frequência ou intensidade que os adultos que convivem com a criança (pais, professores, profissionais etc.) julgam ser muito alta ou muito baixa. Desta forma, não é o comportamento em si, pela sua forma, que define o distúrbio, mas se ele está ocorrendo de forma deficitária ou excessiva em relação a outras crianças de mesma faixa etária e nível de desenvolvimento (Ross, 1979; Moura, 1999).

Comportamentos que não se encaixam no padrão social e cultural levarão a criança a apresentar dificuldades para se ajustar ao seu ambiente, conseqüentemente, serão entraves ao seu desenvolvimento e merecem atenção especial. Segundo Crespi (1987), algumas dificuldades podem merecer intervenções psicológicas, enquanto outras serão tratadas como problemas para psiquiatras. De forma geral, problemas como mau desempenho escolar, dificuldade de fala, imaturidade, agressividade, birra, ansiedade, timidez, choro excessivo, sonambulismo, tiques, enurese, encoprese, dificuldades alimentares entre outros, são, segundo Moura (1999), problemas que deveriam levar os adultos envolvidos com a criança a procurar ajuda psicológica. Na literatura, os problemas apresentados por crianças e jovens que faziam parte de clientela psiquiátricas, incluíam inicialmente problemas como tentativas de suicídio, homicídio, abuso de substâncias, e atos criminosos. Contudo, o alcance do tratamento psiquiátrico vem se ampliando e passou a incluir agitação, impulsividade, agressividade, ansiedade, humor explosivo, depressão, passividade excessiva e psicoses (Smith & Morrison, 1975).

Vale pontuar que a definição de saúde proclamada pela Organização Mundial de Saúde, em 1946, como um estado de bem-estar físico e social, e não somente com a ausência de enfermidades, trouxe mudanças importantes para a área médica e é responsável, em grande parte, por essa ampliação da atuação psiquiátrica. A alteração que se deu em relação ao enfoque de saúde – de tratamento para prevenção – inclusive na psiquiatria, fez com que inúmeras medidas preventivas começassem a ser tomadas para desacelerar o aparecimento e fortalecimento de problemas considerados socialmente patológicos (Veras & Geraldês, 1990). Ou seja, em vez de focar no tratamento de transtornos, modelo provindo da centralização de trabalhos de saúde em hospitais, os médicos envolvidos com o bem-estar da criança passaram também a se engajar na promoção da saúde das mesmas, o que implica em detectar os sinais precoces dos problemas e propor aos pais a busca de ajuda.

Contudo, mesmo com essa mudança de paradigma, o encaminhamento da criança por parte do médico para avaliação psicológica ou para psicoterapia parece depender do quanto o médico conhece sobre os problemas psicológicos e a importância desse tipo de tratamento (Halpern & Figueiras, 2004). Segundo Moura (1999), quando não há procura espontânea da família, o encaminhamento médico pediatra, por exemplo, tem peso importante, visto que pode aumentar as chances de adesão dos pais ao tratamento psicológico das crianças. Por sua vez, quando os médicos aderem a encaminhar a criança para o psicólogo possibilitam a assistência integral às necessidades físicas e emocionais das mesmas, e a consequente redução do problema e dos transtornos decorrentes para os envolvidos.

É importante perceber que muitos jovens encaminhados por causa de emergências psiquiátricas tipicamente demonstram sintomas comportamentais em resposta a algum incidente anterior (Smith & Morrison, 1975). Levando-se em conta a existência amplamente difundida das desordens mentais e os esforços para identificações precoces, a avaliação psicológica seria uma ferramenta extremamente útil como parte do diagnóstico psiquiátrico (Crespi, 1987). Tal avaliação auxiliaria na distinção dos comportamentos típicos do desenvolvimento infantil de padrões problemáticos e no direcionamento a um encaminhamento apropriado. Isso porque a avaliação psicológica coloca ênfase no contexto em que ocorre o problema do paciente, verificando as variáveis do ambiente externo que controlam as respostas do mesmo (Kerbaui, 2001). Consequentemente é possível avaliar qual intervenção seria realmente necessária e benéfica para o desenvolvimento da criança, de modo que a mesma não seja submetida desnecessariamente a uma intervenção medicamentosa, nem prescindida dela quando necessária. Segundo Gomes, Ferrari e Tucci (2009) o caráter

multifatorial da doença mental abrange aspectos neurobiológicos, ambientais e psicológicos o que dificultam delimitações na prática clínica do psicólogo e do psiquiatra, muitas vezes direcionando-os a dividir problemáticas similares e tornando suas intervenções complementares.

Neste sentido, o presente estudo levantou a produção bibliográfica sobre o tema, a fim de verificar a existência de pesquisas comparativas e estudos específicos sobre as características de cada clientela. Pretendeu-se responder a questão: há ou não similaridade entre os problemas infantis tratados pela psicologia e psiquiatria? Levando-se em consideração esse raciocínio e as demais informações expostas realizou-se uma revisão de literatura nacional e internacional sobre estudos de caracterização de clientela infanto-juvenil encaminhada para tratamento psicológico e psiquiátrico. Buscou-se tanto por estudos comparativos entre as modalidades, quanto por estudos específicos de cada modalidade de tratamento.

Assim, foram objetivos deste estudo: 1) levantar estudos comparativos entre as modalidades; 2) levantar estudos sobre caracterização de clientela infanto-juvenil encaminhada para atendimento psicológico e psiquiátrico; e 3) comparar os dados dos estudos específicos, visando, principalmente, identificar os tipos de problemas apresentados pelas crianças em ambas as áreas.

Método

Para atingir os objetivos propostos, este trabalho seguiu as etapas descritas a seguir:

Etapa 1: Pesquisa bibliográfica de estudos psicológicos e psiquiátricos em bases de dados.

Foram realizadas, em bases de dados virtuais, revisões de literatura nacional e internacional sobre estudos de caracterização da clientela infanto-juvenil encaminhada para atendimento psicológico e psiquiátrico. As buscas realizadas visavam localizar artigos dos anos 1990 a 2009. As bases de dados utilizadas foram: Psycinfo, BVS-Psicologia, Scielo, IndexPsi, Pepsic, Scopus, Lilacs, Web of Science, Google, Google Acadêmico, e Portal da Pesquisa. As palavras-chaves utilizadas foram: *child and (psycholog* or psychiatri*) and*

prevalence; child and (psycholog* or psychiatr*) and profile; (psychiatr* or psycholog*) and behavior; child* and psychiatr* and psycholog* and (treatment or intervention); child* and psychiatr* and psycholog* and prevalence; school and clinics and child* profile; atendimento psicológico; caracterização de clientela infantil, e caracterização de clínica-escola.*

Etapa 2: Organização dos dados levantados na pesquisa bibliográfica.

Uma vez que a revisão realizada não levou a localização de estudos comparativos entre as duas clientelas, os dados foram então organizados em dois grupos, os quais foram descritos separadamente e em seguida comparados:

Grupo A: Estudos de caracterização da clientela infanto-juvenil de psicologia.

Grupo B: Estudos de caracterização da clientela infanto-juvenil de psiquiatria.

Resultados

Grupo A: Estudos de caracterização da clientela infantil de psicologia.

No que diz respeito à clientela infanto-juvenil de clínicas psicológicas foram localizados treze estudos (ver Apêndice A para descrição detalhada). Foi realizada a leitura na íntegra de todos os estudos, os quais tinham entre seus objetivos o levantamento das características sócio-demográficas e dos problemas das crianças e dos adolescentes segundo o relato dos adultos responsáveis por eles. Foram encontradas publicações entre 1998 e 2009, e a idade da clientela infanto-juvenil variou de 0 a 19 anos, média de idade 9,5 anos. Quanto às publicações, dez eram artigos de periódicos (Anselmi, Barros, Teodoro, Pinccinini, Menezes & Araújo, 2008; Dekker, Koot, Ende & Verhulst, 2002; Elhamid, Howe & Reading, 2009; Kerr, Lunkenheimer & Olson, 2007; Melo & Perfeito, 2006; Moura, Marinho, Meurer & Campana, 2008; Romaro & Capitão, 2003; Santos e Alonso, 2004; Santos, 2006; Schoen-Ferreira, Silva, Farias & Silvares, 2002), uma se referia a tese de livre docência (Silvares, 1998), uma era uma dissertação de mestrado (Merg & Nunes, 2008) e outro era um trabalho de conclusão de curso (Dans & Pretto, 2005). Ainda em relação às publicações, nove eram brasileiras, abrangendo dados dos estados de São Paulo (n=4), Minas Gerais (n=2), Santa Catarina (n=1), Paraná (n=1) e Rio Grande do Sul (n=1) e quatro, internacionais, abrangendo dados da Holanda, Brasil, Estados Unidos e Egito.

Em relação aos instrumentos, quatro estudos utilizaram o relato de múltiplos informantes. O sistema empiricamente baseado ASEBA - Achenbach System of Empirically Based Assessment - (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001) foi utilizado oito vezes em cinco estudos: o *Child Behavior Check List (CBCL)* foi utilizado em cinco estudos, o *Teacher Report Form (TRF)* em dois estudos, e *Caregiver Teacher Report Form (CTRF)* em um estudo. No que diz respeito à variável *gênero do paciente* atendido pelos serviços de psicologia, dez estudos destacaram o predomínio de meninos, e os outros três estudos não compararam as frequências entre sexo.

No que diz respeito a análise estatística, dez estudos utilizaram porcentagem, um estudo utilizou a frequência dos problemas e dois estudos, a média do instrumento. Os dados foram organizados somente em função dos problemas prevalentes (n=8), em função da idade (n=3), do gênero (n=1), do tipo de população (n=1), do resultado clínico ou borderline do instrumento (n=1) e das categorias internalizantes ou externalizantes do instrumento (n=1). Quanto aos problemas dos jovens, foram considerados como prevalentes apenas os cinco problemas que apareceram com maior frequência em cada estudo e por fim foi realizada a contagem total, ou seja, de quantas vezes cada problema prevalente apareceu nos estudos de psicologia e em seguida nos de psiquiatria.

Os resultados dos problemas prevalentes em cada modalidade de tratamento estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Problemas prevalentes nos estudos de psicologia e o número de vezes em que aparecem em cada posição de prevalência nos estudos.

<i>Problemas</i>	<i>Posição</i>						
	<i>1º</i>	<i>2º</i>	<i>3º</i>	<i>4º</i>	<i>5º</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Comportamento agressivo/Agressividade, Comportamento delinquente, Problemas de Conduta, Comportamento de Quebrar Regras/Desobediência/ Dificuldade de lidar com limites</i>	07	05	02	04	03	21	28
<i>Dificuldade de relacionamento/Relacionamento interpessoal/Problemas sociais/Problemas de relacionamento/Problemas com pares/Isolamento/Relacionamento Familiar</i>	03	02	03	05	03	16	22
<i>Comportamento agitado, Sintomas de hiperatividade, Dificuldade em controlar impulsos/Problemas de Atenção/Falta de Atenção</i>	--	05	03	03	05	16	22

<i>Problemas escolares/Mau desempenho escolar/Dificuldade escolar/Queixas escolares/Desinteresse pela escola/Dificuldade de Aprendizagem/ Problemas de Aprendizagem/Problemas Cognitivos</i>	05	02	03	02	--	12	16
<i>Ansiedade/Depressão/Nervosismo</i>	01	03	02	03	--	09	12

Os problemas mais frequentes foram seleccionados pelo total de vezes que apareceram nos estudos. Como se pode ver na Tabela 1, os cinco problemas mais frequentes da clientela infantil encaminhada para tratamento psicológico, foram: **(1)** *Comportamento agressivo/Agressividade Comportamento delinquente, Problemas de Conduta, Comportamento de Quebrar Regras/Desobediência/ Dificuldade de lidar com limites;* **(2)** *Dificuldade de relacionamento/Relacionamento interpessoal/Problemas sociais/Problemas de relacionamento/Problemas com pares/Isolamento/ Relacionamento Familiar;* **(3)** *Comportamento agitado, Sintomas de hiperatividade, Dificuldade em controlar impulsos/Problemas de Atenção/Falta de Atenção;* **(4)** *Problemas escolares/ Mau desempenho escolar, Dificuldade escolar/Queixas escolares/Desinteresse pela escola/Dificuldade de Aprendizagem/Problemas de Aprendizagem/Problemas Cognitivos;* **(5)** *Ansiedade/Depressão/Nervosismo.*

Vale ressaltar que *Dificuldade de relacionamento* se apresenta como o segundo problema mais frequente apesar de ter empatado com *Comportamento agitado* em relação ao total de vezes que aparecem nos estudos. A maior pontuação que o problema apresentou na primeira posição foi utilizada como critério de desempate.

Grupo B: Estudos de caracterização da clientela infantil de psiquiatria

No que diz respeito à clientela infantil de clínicas psiquiátricas, foram localizados dezoito estudos (ver Apêndice 2). Foi realizada a leitura na íntegra de todos os estudos, os quais tinham entre seus objetivos o levantamento de características sócio-demográficas e de transtornos psiquiátricos de crianças. Foram localizadas publicações entre 1998 e 2008, e a idade da clientela infanto-juvenil variou de 2 meses a 21 anos, média de idade de 10,5 anos. Quanto às publicações, os dezoito estudos foram publicados em periódicos (Arndorfer, Allen & Aljzireh, 1999; Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano &

Aguiar-Gaxiola, 2009; Beyer & Furniss, 2007; Cowling, Luk, Mileskin & Birleson, 2004; Espósito & Savóia, 2006; Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004; Grupp-Phelan, Wade, Pickup, Ho, Lucas, Brewer et al., 2007; Heiervang, Stormark, Lundervold, Heimann, Goodman, Posserud et al., 2001; Hoffman, Santos & Mota, 2008; Petersen, Bilenberg, Hoerder & Gillberg, 2006; Pillai, Patel, Cardozo, Goodman, Weiss & Andrew, 2008; Roberts, Roberts & Xing, 2007; Skoovgaard, Houmann, Christiansen, Landorph, Jorgens, Olsen et al., 2007; Sobel, Roberts, Rapoff & Barnard, 2001; Steinhausen, Metzke & Kannenberg, 1998; Syed, Hussein & Mahmud, 2007; Teagle, 2002; Tick, Van der Ende & Verhulst, 2007). Desses, dezesseis são internacionais, abrangendo dados dos Estados Unidos (n=5), Dinamarca (n=2), e Suíça, Noruega, Brasil, Austrália, Holanda, Paquistão, Índia, México (n=1 cada), e dois são nacionais, sendo um abrangendo dados do estado de São Paulo, e outro um levantamento sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) à criança e adolescentes brasileiros.

Em relação aos instrumentos, sete estudos utilizaram o relato de múltiplos informantes. O sistema empiricamente baseado ASEBA, (Achenbach, 1991; Achenbach & Rescorla, 2001) foi utilizado sete vezes em seis estudos: o *CBCL* foi utilizado em cinco estudos e o *TRF* em dois estudos. Quanto ao *gênero do paciente* atendido pelos serviços de psiquiatria, oito estudos destacaram a predominância de meninos, dois estudos destacaram a predominância de meninas, e oito estudos não compararam as frequências entre sexo. No que diz respeito à análise estatística dos transtornos prevalentes, dezesseis estudos utilizaram porcentagem, um o T-escore do instrumento e outro, a média do instrumento. Os dados sobre os transtornos prevalentes foram organizados para apresentação nos estudos somente em função dos problemas prevalentes (n=13), em função gênero (n=3) e em função do tipo de população (n=2).

Os resultados dos estudos quanto aos problemas encontrados foram analisados e estão apresentados na Tabela 2, considerando-se os cinco problemas mais frequentes em cada estudo como os prevalentes.

Tabela 2 - Problemas prevalentes nos estudos de psiquiatria, e o número de vezes em que aparecem em cada posição de prevalência nos estudos.

<i>Problemas</i>	<i>Posição</i>						
	<i>1º</i>	<i>2º</i>	<i>3º</i>	<i>4º</i>	<i>5º</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Problemas Emocionais, Transtornos Emocionais, Transtornos de Afetividade¹, Ansiedade/Depressão, Transtorno de Ansiedade e Transtorno Depressivo/Transtorno de Ansiedade de Separação</i>	09	12	05	06	01	33	34
<i>Comportamento Agressivo/ Transtorno de Oposição/ Disruptivo/ Perturbador/ de Conduta/ Transtorno Explosivo intermitente</i>	09	04	05	02	05	25	26
<i>Problemas de relacionamento/Problemas sociais /Problemas com Pares/Isolamento</i>	01	02	04	04	06	17	17
<i>TDAH, Hiperatividade, Problemas de Atenção</i>	02	02	04	04	03	15	15
<i>Fobia social, simples ou específica e Agorafobia</i>	01	02	02	02	01	08	8

Os problemas mais frequentes foram selecionados pelo número de vezes que apareceram na primeira posição de prevalência nos estudos. Como se pode ver na Tabela 2, os cinco problemas prevalentes da clientela infanto-juvenil encaminhada para tratamento psiquiátrico foram: **(1) Problemas Emocionais, Transtornos Emocionais, Transtornos Afetivos, Ansiedade/Depressão, Transtorno de Ansiedade e Transtorno Depressivo/ Transtorno de Ansiedade de Separação;** **(2) Comportamento Agressivo/ Transtorno de Oposição/Disruptivo/Perturbador/de Conduta/Explosivo intermitente;** **(3) Problemas de relacionamento/Problemas sociais, Problemas com Pares, Isolamento;** **(4) TDAH, Hiperatividade, Problemas de Atenção;** **(5) Fobia social, simples ou específica e Agorafobia.**

Comparação entre os problemas prevalentes nos estudos de psicologia e psiquiatria.

Pode-se perceber nessa revisão que foram localizados um maior número de estudos referentes a transtornos psiquiátricos (18 estudos) do que de problemas psicológicos

¹ De acordo com Ballone (2000) a Depressão e os quadros ansiosos do tipo Pânico, Fobias, Somatizações ou mesmo a Ansiedade Generalizada têm relação com alterações da Afetividade e, por isso, esses problemas foram agrupados na mesma categoria.

(13). Entretanto, as datas de publicação dos estudos das duas áreas se mostraram muito semelhantes, estão entre os anos de 1998 e 2009 para psicologia e 1998 e 2008 para psiquiatria. Parece importante salientar que embora tenham sido buscados estudos sobre caracterização de clientela infanto-juvenil de ambas as áreas publicados a partir de 1990, não foram localizadas em bases de dados virtuais publicações anteriores a 1998.

Quanto aos participantes, os que pertenciam aos estudos de psiquiatria tinham entre dois meses e vinte um anos (média de idade de 10,5 anos) e aqueles que pertenciam aos estudos de psicologia tinham entre zero e dezenove anos (média de idade de 9,5 anos). Vale destacar que apesar da proximidade entre as médias de idade, a faixa etária nos estudos de psiquiatria se mostra um pouco mais abrangente que a estudada pela psicologia. O número de estudos que apontaram maior incidência de problemas em meninos é pouco maior para a modalidade de psicologia – 10 estudos, (77%), que para a psiquiatria – 8 estudos (44%). Por outro lado, na modalidade de psiquiatria foram localizados dois estudos em que houve prevalência de meninas (11%) e para psicologia não foram encontrados estudos destacando a prevalência de meninas.

Percebeu-se a frequente utilização, tanto nos estudos de psicologia quanto de psiquiatria, dos instrumentos do Sistema Empiricamente Baseado de Achenbach (ASEBA) (Achenbach & Rescorla, 2001). Na psicologia, a bateria ASEBA foi utilizada oito vezes em cinco estudos, enquanto que no grupo de psiquiatria ela foi utilizada sete vezes em seis estudos.

Cabe ressaltar que, na revisão dos estudos de psicologia, além do número menor de estudos encontrados, houve uma grande variedade na forma de organizar os dados referentes à problemática dos clientes. As informações foram expostas de diferentes formas: em função do gênero, do tipo de problemas encontrados, da idade, do tipo de população, de categorias do instrumento (externalizantes/internalizantes) e do resultado do instrumento aplicado (clínico e borderline). Nos estudos de psiquiatria, o número maior de artigos localizados foi acompanhado por uma maior uniformidade na forma de organizar os dados a respeito das dificuldades dos clientes. Esses dados foram categorizados pelos tipos de problemas mais encontrados, gênero, tipo de população e data de avaliação.

Quanto à forma de análise estatística utilizada houve semelhança nos dois grupos, visto que a maior parte dos estudos de psicologia e psiquiatria utilizou porcentagem, seguidos de média, frequência e T-escore do instrumento. Nas duas modalidades foram localizadas avaliações de crianças por múltiplos informantes, sendo que o número de estudos que as utilizaram foi maior para psiquiatria (n=7) que para psicologia (n=4). Notou-se que na

modalidade de psiquiatria apesar de haver mais estudos, a maior parte das publicações é internacional sendo escasso o número de publicações nacionais localizadas. Por outro lado, na modalidade de psicologia o oposto ocorreu, tendo sido localizados um maior número de estudos nacionais e um escasso número de publicações internacionais.

Em relação aos problemas prevalentes encontrados nos estudos de psicologia e psiquiatria, principal alvo de interesse desta revisão, encontrou-se semelhanças importantes, apesar das diferentes terminologias de cada área. Por essa razão, agruparam-se sob uma mesma classe, os problemas ou categorias diagnósticas semelhantes, as quais estão apresentadas no Quadro 1.

<i>CLASSE</i>	<i>PROBLEMAS RELATADOS NOS ESTUDOS DE PSICOLOGIA</i>	<i>PROBLEMAS RELATADOS NOS ESTUDOS DE PSIQUIATRIA</i>
<i>AGRESSIVIDADE</i>	<i>Comportamento agressivo/ Agressividade Comportamento delinqüente/ Problemas de Conduta/ Comportamento de Quebrar Regras/ Desobediência/ Dificuldade de lidar com limites</i>	<i>Comportamento Agressivo/ Transtorno de Oposição/ Disruptivo/ Perturbador/ de Conduta/ Transtorno Explosivo intermitente</i>
<i>PROBLEMAS SOCIAIS</i>	<i>Dificuldade de relacionamento/ Relacionamento interpessoal/ Problemas sociais/ Problemas de relacionamento/ Problemas com pares/ Isolamento/ Relacionamento Familiar</i>	<i>Problemas de relacionamento/ Problemas sociais Problemas com Pares/ Isolamento</i>
<i>PROBLEMAS DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE</i>	<i>Comportamento agitado/ Sintomas de hiperatividade/ Dificuldade em controlar impulsos/ Problemas de Atenção/ Falta de Atenção</i>	<i>TDAH/ Hiperatividade/ Problemas de Atenção</i>
<i>PROBLEMAS ESCOLARES</i>	<i>Problemas escolares/ Mau desempenho escolar Dificuldade escolar/ Queixas escolares/ Desinteresse pela escola/ Dificuldade de Aprendizagem/ Problemas de Aprendizagem/ Problemas Cognitivos</i>	-----
<i>ANSIEDADE/ DEPRESSÃO</i>	<i>Ansiedade/Depressão/ Nervosismo</i>	<i>Problemas Emocionais, Transtornos Emocionais, Transtornos de Afetividade, Ansiedade/Depressão/ Transtorno de Ansiedade e Transtorno Depressivo/ Transtorno de Ansiedade de Separação</i>

<i>FOBIAS</i>	-----	<i>Fobia social, simples ou específica e Agorafobia</i>

Quadro 1 - Comparação da terminologia utilizada nos estudos de psicologia e psiquiatria para referir problemas da mesma classe comportamental e/ou diagnóstica.

A Figura 1 apresenta a comparação percentual da ocorrência de tais problemas nos estudos de Psicologia e Psiquiatria.

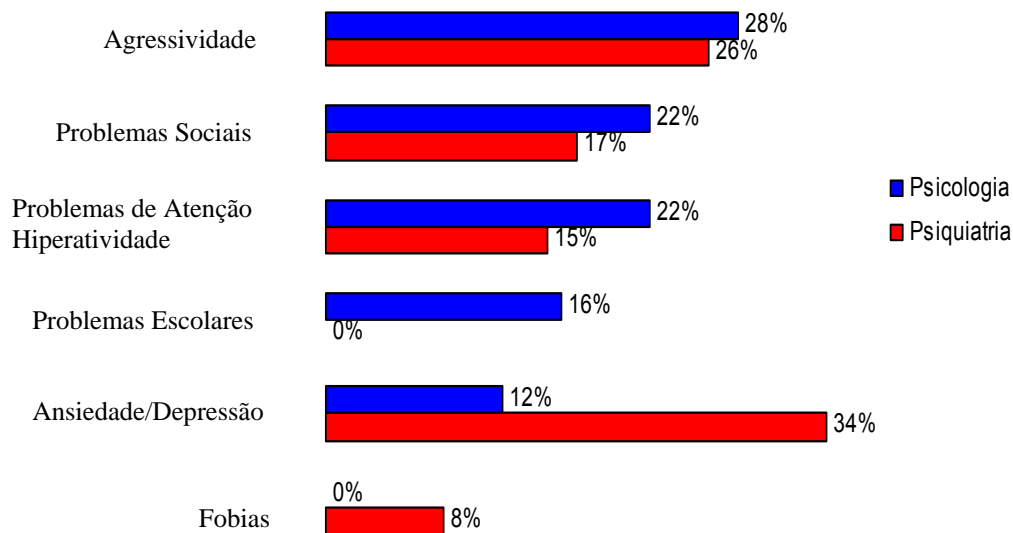


Figura 1 - Comparação entre os problemas psicológicos e psiquiátricos.

Pode-se observar na Figura 1 que o problema *Comportamento agressivo* teve predomínio de 28%, para tratamento psicológico. Entretanto, essa mesma classe de problema foi encontrada na segunda posição de prevalência dos problemas psiquiátricos com 26% das ocorrências. *Problemas sociais* apareceu em segundo lugar de prevalência nos estudos de psicologia com 22% das ocorrências e terceiro lugar de prevalência para psiquiatria com 17% ocorrências. O terceiro problema prevalente em relação a encaminhamentos de crianças para intervenção psicológica foi *Problemas de atenção/hiperatividade* que totalizou 22% das ocorrências. Semelhantemente, esse mesmo tipo de problemas aparece na listas dos problemas psiquiátricos prevalentes, contudo, em quarta posição, com 15% das ocorrências. O quarto lugar de prevalência entre os problemas atendidos pela psicologia foi ocupado por *Problemas*

escolares com 16%, sendo que esta não se apresenta como um dos cinco problemas prevalentes para psiquiatria. Em quinto lugar de prevalência entre os encaminhamentos para intervenção psicológica apareceu *Ansiedade/depressão* com 12% das ocorrências, por outro lado, problemas relacionados a ansiedade ocuparam o primeiro lugar nos estudos de psiquiatria com percentual de 34% . Em quinto lugar de prevalência de problemas psiquiátricos apareceram *Fobias* com 8%, e esta não se encontra na lista de problemas psicológicos.

Discussão

De acordo com os resultados obtidos na revisão dos 31 estudos de clientela infanto-juvenil pode-se verificar que: as categorias *Comportamento Agressivo*, *Problemas Sociais* e *Problemas de Atenção/Hiperatividade*, ocorreram em maior frequência na clientela dos estudos de psicologia do que nos de psiquiatria; apenas *Ansiedade/Depressão* mostrou prevalência de busca pelo tratamento psiquiátrico sobre o psicológico; *Problemas Escolares* ocorreu entre os problemas prevalentes na psicologia; e *Fobias*, apenas na psiquiatria.

Em relação a similaridade dos problemas deve-se considerar que a maioria das publicações de estudos de clientela infanto-juvenil de psicologia diz respeito a dados sobre jovens brasileiros, enquanto, em relação aos estudos de psiquiatria a maioria diz respeito a dados sobre jovens de outras nacionalidades, ou seja de outras culturas. Assim, pôde-se constatar que os problemas de saúde mental dos jovens brasileiros, segundo a literatura localizada na presente pesquisa, apesar de diferentes terminologias e posições de prevalência são, de forma geral, semelhantes aos jovens de outras nacionalidades. A não localização de estudos comparativos da mesma natureza do presente estudo leva a necessidade de cautela em relação às análises que se seguem, visto que ainda precisam ser fortalecidas ou refutadas por outras pesquisas. Além disso, estas análises devem ser consideradas como uma das possíveis explicações dentro de um conjunto de outras respostas.

Diante das semelhanças constatadas entre os problemas infantis assistidos por psicólogos e psiquiatras, pode-se supôr que a maior ou menor frequência de ocorrência e/ou intensidade de tais problemas poderia estar entre as variáveis que explicaria à presença da criança em um ou outro tipo de tratamento. Por exemplo, em relação a categoria *Comportamento Agressivo*, a semelhança do percentual (26% psicologia e 28% psiquiatria) parece indicar não haver preferência por uma modalidade de tratamento para este problema. Poder-se-ia supor que episódios de agressividade menos frequentes e/ou intensos

contribuiriam para que a criança fosse submetida ao tratamento psicológico. Por outro lado, na psiquiatria esse mesmo problema aparece sob a classificação diagnóstica de Transtorno de oposição e/ou Transtorno de conduta. Uma entre as possíveis explicações seria que a avaliação dos adultos envolvidos com a criança (pais, professores, clínicos, etc), de que a frequência e/ou intensidade do problema estão altas, contribua para a presença da criança no tratamento psiquiátrico devido a necessidade de medicação como forma de controle rápido do problema.

No que diz respeito à categoria *Problemas sociais*, que apareceu em segundo lugar de prevalência para psicologia e terceiro lugar de prevalência para psiquiatria, apesar de haver uma diferença de percentual (22% psicologia, 17% psiquiatria), a qual poderia indicar uma tendência a maior assistência psicológica, ela é pequena e não permite conclusões neste sentido. Além disso, a grande similaridade entre as terminologias das duas áreas em relação a esta categoria (ver Quadro 1) dificulta a hipótese sobre quais variáveis - como frequência, intensidade, ou outras - poderiam estar relacionadas a uma modalidade de tratamento.

Quanto a *Problemas de Atenção/Hiperatividade*, parece haver uma tendência a maior assistência psicológica, já que o problema aparece em terceiro lugar de prevalência para psicologia (22%) e em quarto para psiquiatria (15%). Como para psicologia esse problema não aparece sob rótulo de transtorno, poder-se-ia levantar a mesma hipótese do controle rápido do comportamento: ocorrendo problemas de atenção e hiperatividade, ou um deles isoladamente e em alta frequência e/ou intensidade, a assistência psiquiátrica/medicamentosa parece ser maior. Por outro lado, o tratamento psicológico poderia ser mais provável para ocorrências separadas - apenas *Problemas de atenção* ou apenas *Hiperatividade* - e menos frequentes e/ou intensas. Essa hipótese é sustentada pelo fato de que na revisão de estudos de psicologia, problemas ligados à *Atenção* e *Hiperatividade* foram descritos separadamente, sem menção aos critérios diagnósticos para TDAH.

A categoria *Problemas escolares* apareceu em quarto lugar de prevalência nos estudos de clientela psicológica, e não consta entre os cinco problemas prevalentes na psiquiatria. Uma entre as possíveis explicações para a ausência de ocorrência desse problema nas posições de prevalência dos estudos de psiquiatria e sua expressiva ocorrência nos estudos de psicologia (16%), seria de que problemas na escola implicam em aprendizagem e adaptação e esta categoria parece estar mais relacionada ao tratamento psicológico e não ao tratamento medicamentoso.

Ansiedade/Depressão, que apareceu em quinto lugar de prevalência para problemas psicológicos (12%), se encontra em primeiro lugar para problemas psiquiátricos

(34%). A expressiva diferença percentual leva a supor que possivelmente os envolvidos com a criança discriminem haver prioritariamente a necessidade de intervenção medicamentosa quando se trata de um problema desta classe. O mesmo ocorre para o quinto lugar de prevalência para problemas psiquiátricos: *Fobias* (8%), um tipo específico de transtorno de ansiedade, que não apareceu na lista de problemas prevalentes de psicologia.

Em relação a este dado, poderia-se supor que, entre outros fatores, o adulto identifica a necessidade de medicar a criança com sintomas ansiosos, devido ao fato de que em alta intensidade, esses quadros são caracterizados por uma grande quantidade de reações corporais – em termos de mudanças fisiológicas – que levam a sensações extremamente desagradáveis. Craske & Barlow (1999), citam a ocorrência das seguintes mudanças corporais: aumento na produção de adrenalina e noradrenalina pelo sistema nervoso simpático, o que leva a aceleração cardíaca; dilatação da pupila para maior luminosidade levando a visão borrada; diminuição da produção de saliva levando à boca seca; diminuição da atividade do sistema digestivo levando a náuseas; aumento da oxigenação dos tecidos, o que leva a aceleração da respiração, e conseqüentemente a sensação de falta de ar e a tontura; entre outras.

Parece importante salientar que tais reações, em intensidade elevada, além de extremamente aversivas para quem as está vivenciando, acabam trazendo também sofrimento para aqueles que fazem parte de seu meio social. O controle rápido e topográfico do problema por meio do uso da medicação diminui o impacto da estimulação aversiva sobre o indivíduo, o que poderia explicar, em parte, porque a realização do atendimento psiquiátrico parece ser maior para tratar estas duas últimas categorias de problemas infantis.

Conclusão

De acordo com a presente revisão, que levantou e comparou as características das clientela infanto-juvenis de estudos de psicologia e psiquiatria, pôde-se constatar a grande semelhança entre os problemas dos jovens tratados por psicólogos e psiquiatras. De acordo com os dados obtidos, hipotetiza-se que, a modalidade de tratamento infantil possa estar relacionada não ao tipo de problema da criança, mas a outras variáveis, dentre as quais podem estar a frequência e/ou a intensidade das ocorrências. Por exemplo, situações agudas (alta intensidade) ou crônicas (alta frequência) que realmente necessitam da medicação para controle imediato do problema ou para uma resposta rápida do paciente poderiam contribuir para a presença da criança em tratamento psiquiátrico.

No entanto, outras hipóteses também podem ser levantadas. Considerando-se que a análise psicológica apresenta um caráter mais descritivo; e a psiquiátrica, mais classificatório (Amaral, 1997; Crespi, 1987). Tais diferenças podem ser apenas de terminologia e não de frequência e/ou intensidade dos problemas. Assim, essa hipótese terminológica também deve ser considerada em estudos posteriores, que possam verificar se de fato as diferenças são das nomenclaturas diagnósticas ou se existem e quais são as outras variáveis relacionadas a uma modalidade de tratamento infantil.

Segundo Gomes, Ferrari & Tucci (2009), a associação ou preferência por um tratamento deve levar em conta a gravidade do caso, o conhecimento dos padrões de respostas dos transtornos, e o julgamento do quanto, realmente, a medicação pode ajudar no processo. Nesse mesmo sentido Crespi (1987) destaca a importância da avaliação psicológica para identificação e prevenção de problemas, ao distinguir variações normais do desenvolvimento da criança das “anormalidades”. De posse dessa análise, o encaminhamento, segundo o autor, pode ser fundamentado melhor.

Autores como Brasil (2000) e Trallero (1998) consideram que em alguns casos os problemas podem ser tratados apenas com a medicação, e que outros necessitam do complemento entre medicação e psicoterapia, e ainda em alguns a intervenção pode ser baseada apenas em psicoterapia. Defende-se, no presente estudo, que para os problemas coincidentes – *Comportamento Agressivo, Problemas Sociais, Problemas de Atenção/Hiperatividade e Ansiedade/ Depressão* – mesmo em situações de expressão mais intensa ou de alta frequência, as crianças deveriam ser atendidas ou avaliadas também pela psicologia em função de se tratarem de pacientes infantis. Ou seja, se de fato a medicação for necessária, estes pacientes deveriam ser assistidos em conjunto por ambas as modalidades.

Por exemplo, em relação ao TDAH, Robertson (1987) propõe que embora a medicação seja usada para os três tipos de hiperatividade – a neurológica, a ansiosa e a não socializada – ela parece ser mais recomendada para a hiperatividade neurológica. Entretanto, o autor afirma que mesmo quando necessária, ela não deve ser a única estratégia de tratamento e precisa ser utilizada em combinação com programas de intervenção comportamental em casa e na escola e/ou outros procedimentos terapêuticos, tais como orientação de pais e terapia infantil. Contudo, quanto ao tratamento do TDAH a literatura revela que o uso da intervenção medicamentosa apenas eventualmente é acompanhado de intervenção terapêutica (Peixoto e Rodrigues, 2008).

Segundo Gomes, Ferrari e Tucci (2009), ao se focar apenas no tratamento psiquiátrico, ou seja, na medicalização, pode-se retirar do paciente a sua postura ativa na

relação com o ambiente, impedindo, portanto, que ele se seja agente de suas mudanças. O que se pretende defender aqui, é que em casos nos quais haja a necessidade de tratamento medicamentoso infantil, ele se justificaria como parte de um plano de ação conjunto e não como única solução.

Assim, a partir dos dados obtidos no presente estudo e da discussão realizada, recomenda-se a realização futura de estudos empíricos que busquem investigar, de forma geral, variáveis relacionadas a uma ou outra modalidade de tratamento. Por exemplo, poderiam ser elaborados estudos que comparassem as características das crianças/jovens que buscam tratamento psicológico ou psiquiátrico, ou de adultos envolvidos com eles, a fim de verificar se há e quais delas estariam relacionadas a uma dessas formas de atendimento.

Ao se investigar esses dados abrir-se-iam caminhos para elaboração de ações que aumentassem a adesão a tratamentos conjuntos. Isso evitaria que a criança fosse exposta desnecessariamente a um tratamento medicamentoso ou possibilitaria que, quando necessário, viesse a fazer uso dele de forma assistida por ambos os profissionais. E o mais importante, aumentaria a probabilidade de que a criança usufruísse dos benefícios da aprendizagem comportamental derivada da psicoterapia que a auxiliasse na superação de seus problemas.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the CBCL/4-18 anos, YSR and TRF profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Amaral, V. L. R. (1997). Dicotomias no processo terapêutico: diagnóstico ou terapia. In M. Delitti (Org.). *Sobre comportamento e cognição: A prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental*. (pp.116-120). São Paulo: Arbytes.
- Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M. L. M., Pinccinini, C. A., Menezes, A. M. B., Araújo, C. L., & Rohde, L. A. (2008). Continuity of behavioral e emotional problems from pre-school years to pré-adolescence in a developing country. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 499 -507.
- Arndorfer, R. E., Allen, K. D., & Aljazeera, L. (1999). Behavioral health needs in pediatric medicine and de acceptability of behavioral solutions: Implications for behavioral psychologists. *Behavior Therapy*, 30, 137-148.

- Ballone, G. J. (2000). *Afetividade*. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/afeto.html>. Acesso em: 19 de agosto de 2009.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguiar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Beyer, T., & Furniss, T., (2007). Child Psychiatric Symptoms in primary school: The second wave four years after preschool assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 753-758.
- Brasil, H. H. (2000). Princípios gerais do emprego de psicofármacos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 40-41.
- Cowling, V., Luk, E. S. L., Mileshkin, C., & Birleson, P. (2004). Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use. *Psychiatric Bulletin*, 28, 43-46.
- Craske, M. G., & Barlow, D. G. (1999). Transtorno do pânico e agorafobia. In D. W. Barlow (Org). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*.(pp. 13-62). Porto Alegre: Artmed.
- Crespi, T. D. (1987). Crianças e as implicações psiquiátricas. In A. Thomas, & J. Grimes, (Orgs). *Children's needs: psychological perspectives*. (pp.451-460). Maryland:NASP.
- Dans, Z. V., & Pretto, Z. (2005). Atendimento psicológico infantil na rede pública de saúde na cidade de Palhoça. Trabalho de conclusão de curso apresentado na Universidade do Sul de Santa Catarina.
- Dekker, M. C., Koot, H. M., Ende, J. V., & Verhulst, F. C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1087-1098.
- Elhamid, A. A., Howe, A., & Reading, R. (2009). Prevalence of emotional e behavioral problemas among 6-12 years old children in Egypt. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(8), 8-14.
- Espósito, P. B., & Savoia, M. G., (2006). Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: Um estudo descritivo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(1), 31-40.
- Fleitlich-Bilyk, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in south Brazil. *Journal of American Academic Adolescent Psychiatry*, 43(6), 727-734.
- Glied, S., & Cuellar, A. E. (2003). Trends and issues in child and adolescent mental health. *Health Aff (Millwood)*, 22(5):39-50.
- Gomes, A. R., Ferrari, M. C. F., & Tucci, H. (2009). A interface entre a psicoterapia comportamental e a prática psiquiátrica. In R.C. Wielenska (Org). *Sobre o comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos*. (pp.162-169). Santo André: ESETec.

- Grupp-Phelan, J., Wade, T. J., Pickup, T., Ho, M. L., Lucas, C. P. Brewer, D. E., & Kelleher, K. J. (2007). Mental Health Problems in Children and Caregivers in the Emergency Department Setting. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(1), 16-21.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M., & Ullebo, A. K. (2001). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Halpern R., & Figueiras A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal Pediátrico*, 80(2), p. 104-110.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Caderno de Saúde Pública*, 24(3), 633-642.
- Kasius, M. C., Ferdinand R. F., Van den Berg, H., & Verhulst, F. C. (1997). Associations between different diagnostic approaches for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 625-32.
- Kerbaux, R. R. (2001). Limites biológicos em terapia comportamental. Em: Zamignani, D. R. (Org.). *Sobre o Comportamento e Cognição - Aplicação da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo Comportamental no Hospital Geral e nos Transtornos Psiquiátricos*. (pp. 73-78). Santo André: ESETEC.
- Kerr, D. C. R., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: A longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 48(10), 967-975.
- Koret, S. (1980) Follow-up study on residential treatment of children ages six through twelve. *Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals*, 11(3), 43-47.
- Merg, M. M. G., & Nunes, M. L. T (2008). *Características da clientela infantil em clínica escola*. Dissertação de Mestrado defendida pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Melo, S. A., & Perfeito, H. C. C. S. (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 239-249.
- Moura, C. B. (1999). Encaminhando crianças para psicoterapia. *Pediatria Moderna*, 35(3), 130-134.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., & Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.
- Nikapota A. D. (1991). Child psychiatry in developing countries. *British Journal of Psychiatry*, 158, 743-751.

- Organização Mundial da Saúde (1946). *Carta de Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. Acesso em: 19 de agosto de 2009.
- Peixoto, A. L. B., & Rodrigues, M. M. P. (2008). Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental. *Aletheia*, 28, 91-103.
- Petersen, D. J., Bilenberg, N., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8 - to 9 - years-old children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 71-78.
- Pillai, A., Patel, V., Cardozo, P., Goodman, R., Weiss, H., & Andrew, G. (2008). Non-traditional lifestyles and prevalence of mental disorders in adolescents in Goa, India. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 45-51.
- Roberts, R. E., Roberts, C. R., & Xing, Y. (2007). Rate of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 959-967.
- Robertson, B. P. (1987). Children and hyperactivity. In A. Thomas, & J. Grimes (Eds), *Children's needs: Psychological perspectives*. Maryland: NASP.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela de clínica-escola de psicologia da universidade de São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Ross, A. O. (1979). *Distúrbios psicológicos na infância: uma abordagem comportamental à teoria, pesquisa e terapêutica*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, W. P., & Alonso, M. Z. (2004). Caracterização da demanda infantil de um serviço de psicologia. *Revista do Ministério da Saúde Pública*, 3(5), 35-42.
- Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 315-321.
- Schoen-Ferreira, T. H., Silva, D. A., Farias, M. A., & Silveiras, E. F. M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao centro de atendimento de apoio psicológico ao adolescente (CAAA) – Unifesp/EPM. *Psicologia em Estudos*, 7(2), 73-82.
- Silveiras, E. F. M (1998). *Clínicas-escola: Novas formas de atendimento psicológico*. Tese de Livre Docência. Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Syed, E. U., Hussein, S. A., & Mahmud, S. (2007). Screening for emotional and behavioural problems amongst 5–11-year-old school children in Karachi, Pakistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 421-427.
- Skoovgaard, A. M., Houmann, T., Christiansen, E., Landorph, S., Jorgensen, T., Olsen, M., Heering, K., Kaas-Nilsen, S., Samberg, V. & Litchtenberg, A. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 48(1), 62-70.

- Smith, U. R., & Morrison, G. C. (1975). Family tolerance for chronic, severe, neurotic or deviant behavior in children referred for child psychiatry consultation. In G. C. Morrison (Ed). *Emergencies in child psychiatry*. Springfield, IL: Thomas.
- Sobel, A. B., Roberts, M. C., Rapoff, M. A., & Barnard, M. U. (2001). Problems and intervention of a pediatric psychology clinic in a medical setting: A retrospective analysis. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 11-17.
- Steinhausen, H-C., Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zurich epidemiological study. *Acta Psychiatrica Scand*, 98, 262-271.
- Stewart-Brown, S. (2003). Research in relation to equity: extending the agenda. *Pediatrics*, 112(3), 763-765.
- Teagle, S. E. (2002). Parental problem recognition and child mental health service use. *Mental Health Research*, 4(4), 257-266.
- Tick, N. T., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 473-482.
- Trallero, J. T. (1998). Introducción a la psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. In J. T. Trallero, J. C. Fornieles, M. G. Giral, L. L. Garcia (Orgs), *Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson, 1-37.
- Veras, R. P., & Geraldés, P. C. (1990). Reflexões críticas sobre a proposta de prevenção em saúde mental no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 9(4), 157-165.

ESTUDO 2

COMPARAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E FAMILIARES DA CLIENTELA INFANTO-JUVENIL DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO OU PSIQUIÁTRICO.

AGUIAR, B. M. **Comparação das características pessoais e familiares da clientela infanto-juvenil em tratamento psicológico ou psiquiátrico.** 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, PR.

Resumo: Atualmente, os problemas infantis tratados por psicólogos mostram-se similares aos tratados por psiquiatras, entretanto, muitas vezes aqueles que justificariam uma intervenção ou acompanhamento psicológico conjunto, recebem exclusivamente tratamento medicamentoso. Devido a condição de desenvolvimento da criança considera-se que a medicação só deveria ser usada quando, de fato, fosse necessária e como um dos passos de um plano de ação amplo. Estudos sobre abandono de psicoterapia infantil indicam características das crianças e de seus pais como parte dos determinantes na desistência do tratamento. Da mesma forma, poderia haver alguma relação entre o atendimento psicológico ou psiquiátrico infantil e variáveis particulares dos pais e das próprias crianças. O objetivo desse trabalho foi levantar e comparar algumas características das mães e de seus respectivos filhos que buscaram atendimento na clínica-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina e no ambulatório de psiquiatria infantil do Hospital das Clínicas da mesma universidade. Foram convidadas a participar da pesquisa todas as mães cujos filhos, de seis e quinze anos, estavam em fila de espera para atendimento psicológico e em atendimento psiquiátrico no período de setembro à dezembro de 2009. As mães responderam ao *Child Behavior Checklist (CBCL)* de seis a dezoito anos; *Inventário Beck de Depressão (BDI)*, *Escala de Ajustamento Conjugal (MAT)* e foram entrevistadas pela pesquisadora. Os dados provenientes do grupo de psicologia (GPSICO) e do grupo de psiquiatria (GPSIQ) foram submetidos a análise descritiva e estatística. No geral, em relação às características do GPSICO, as mães do GPSIQ são mais velhas, com escolaridade inferior, tem renda familiar inferior, se auto-avaliam como mais depressivas e mais desajustadas quanto ao relacionamento conjugal. As mães dos dois grupos apresentaram diferença estatisticamente relevante em relação a todas as variáveis citadas acima, exceto a idade. Os dados das crianças não apresentaram diferenças estatísticas relevantes, nesse caso, especificamente em relação a essa amostra, a modalidade de tratamento em questão parece estar mais relacionada a variáveis maternas que as variáveis da criança. Esse resultado parece indicar que dificuldades maternas estão entre o grupo de variáveis importantes no tratamento da criança. Conclui-se que o tratamento infantil deveria incluir também atenção especial as problemáticas pessoais dessas mães, que estão além de suas práticas parentais.

Palavras-chave: Comparação. Características parentais. Características infantis. Tratamento psicológico. Tratamento psiquiátrico.

AGUIAR, B. M. (2009). **Comparison of personal and family characteristics of clients in the juvenile psychological or psychiatric treatment.** Dissertation of master's degree. Universidade Estadual de Londrina, PR.

Abstract: Currently, children's problems treated by psychologists show similarity with those treated by psychiatrists, however, often those that would justify a psychological intervention or counseling, receive only drug therapy. Because the condition of the child's development it is considered that medication should only be used when, in fact, was necessary and as one of the steps of a broad plan of action. Studies of abandonment of psychotherapy indicate characteristics of children and their parents as part of the determinants in dropout. Likewise, there could be some relationship between child psychological or psychiatric treatment and characteristic of her family. Thus, the purpose of this study was to survey and compare some characteristics of mothers and their children seeking treatment in clinical school psychology from the Universidade Estadual de Londrina and in outpatient psychiatry at the hospital of the same university. Were invited to participate in the study all mothers whose children, between six and fifteen years, were and on the waiting list for psychological treatment and in psychiatric treatment in the period September to December 2009. Mothers answered the Child Behavior Checklist (CBCL) from six to eighteen years, Beck Depression Inventory (BDI), Marital Adjustment Scale (MAT) and were interviewed by the researcher. The data from the group psychology (GPSICO) and group psychiatry (GPSIQ) were subjected to descriptive and statistical analysis. In general, regarding the characteristics of GPSICO, mothers of GPSIQ are older, with lower education, lower household income, evaluate themselves as more depressed and more inadequate as to the marital relationship. The mothers of both groups showed statistically significant difference for all the variables mentioned above, except age. The data of the children showed no statistically significant differences, in this case, specifically in relation to this sample, the modality of treatment seems to be more related to maternal variables than child variables. This results indicated that maternal problems are among the group of important variables related to modality of child treatment. It's concluded that child treatment should include also special attention to personal problems of these mothers beyond their parental practices.

Keywords: Comparison. Parental characteristics. Child characteristics. Psychological treatment. Ppsychiatric treatment.

Introdução

De acordo com a revisão de literatura realizada por Aguiar (2010), há semelhança entre os problemas infantis mais frequentes tratados por psicólogos e psiquiatras. No estudo citado, embora tenha havido alguma diferença percentual a favor de uma ou outra modalidade de tratamento, os problemas coincidentes entre as duas áreas foram: *(a) Comportamento Agressivo/Transtorno de Conduta e de Oposição, (b) Problemas Sociais, (c) Déficit de Atenção e Hiperatividade e (d) Ansiedade/Depressão*, demonstrando que muitas crianças estão sendo medicadas para problemas que poderiam também ser avaliados e/ou acompanhados por psicólogos. Sendo que alguns destes problemas poderiam, até mesmo, ser resolvidos apenas com psicoterapia (Moura, 1999; Trallero, 1998), evitando assim que a

criança seja exposta desnecessariamente a um tratamento medicamentoso, o qual poderia comprometer ou prejudicar seu desenvolvimento.

Segundo Rozemberg (1994), os primeiros psicofármacos eram considerados auxiliares do tratamento psicoterápico, no entanto, a medicação passou a ser colocada no papel central e como agente de cura, ficando os serviços psicológicos em segundo plano. Ou seja, em oposição a um processo psicoterápico, os medicamentos tornaram-se uma promessa de abolição total dos problemas em curto espaço de tempo (Rodrigues, 2003).

Trallero (1998) afirma que diante da multicausalidade e complexidade dos transtornos mentais - com destaque para a influência dos eventos ambientais - os tratamentos para determinados problemas infantis não podem se resumir ao uso da medicação. Devem fazer parte de planos de ação amplos e mistos, que envolvam intervenções farmacológicas e psicoterápicas. O autor ainda aponta que deve ser esclarecido para a família que a medicação é sintomática, ou seja, que nem sempre resolverá o problema, mas que pode melhorar a qualidade de vida do jovem e dos envolvidos com o mesmo.

Kerbaux (2001) ilustra a necessidade de integração entre as terapias médicas e não-médicas, utilizando o exemplo de uma pessoa deprimida que, além de alterações em seus neurotransmissores cerebrais e modificações no seu sistema imunológico, poderá apresentar uma baixa emissão de respostas e conseqüentemente pouco acesso a reforçadores. A autora fortalece a necessidade de ações complementares entre as modalidades de tratamento ao defender que os medicamentos, principalmente psiquiátricos, atuarão inicialmente sobre os sintomas do comportamento-problema e não sobre suas causas. Todavia, essa etapa de aplicação medicamentosa fornecerá, por consequência, condições para que o trabalho terapêutico possa apresentar resultados duradouros. Derdyk (2001) corrobora tais afirmações ao destacar que cabe ao psiquiatra atuar principalmente sobre os aspectos fisiológicos que contribuem significativamente para a explicação dos comportamentos. E em contrapartida, é função da terapia comportamental a realização de um rearranjo das contingências da vida do cliente, ensinando-o um repertório alternativo frente às situações-problema.

Cabe ressaltar ainda as conseqüências conflituosas do uso de medicação psiquiátrica (Brasil, 2000): por um lado, a preocupação frente ao risco de banalização de seu uso como solução imediata e não como um recurso possível a partir da avaliação risco-benefício e, por outro, a esperança de que novas drogas possam amenizar os prejuízos severos que os transtornos mentais acarretam aos jovens e seus familiares a curto e longo prazo.

Neste sentido, seria importante compreender se há e quais seriam as variáveis da criança e de seu contexto familiar relacionadas a realização do atendimento em apenas uma

modalidade de tratamento - psicológica ou psiquiátrica. Haveria alguma compreensão do tratamento medicamentoso como requerendo um menor custo de resposta? E que o processo psicoterápico envolveria mais tempo dedicado à criança, além de maior participação da família? Ou seria apenas o tipo e intensidade dos problemas apresentados pelas crianças?

Os estudos de abandono do tratamento psicoterápico infantil podem fornecer algumas indicações, uma vez que características dos pais e das crianças similares às citadas nesses estudos como associadas à desistência podem também estar relacionadas ao tipo de tratamento – psicológico ou psiquiátrico – em que os problemas infantis estão sendo tratados.

Variáveis implicadas no abandono do tratamento.

Segundo Cunha e Benetti (2008), pesquisas sobre o tema de abandono psicoterápico geralmente mostram inconsistência em relação a sua definição conceitual. Algumas delas, por exemplo, consideram “abandono” as situações em que o cliente não chega a iniciar o atendimento, ou seja, desiste do mesmo durante a permanência em fila de espera. Outros o consideram como situações em que o cliente realiza certo número de atendimentos, mas interrompe o tratamento antes da alta. Staudt (2003) afirma que as dificuldades em se estudar a desistência do tratamento infantil encontram-se na falta de operacionalização das definições na área, e na heterogeneidade das amostras.

O abandono do processo terapêutico infantil tem como preditores diferentes fatores. Sabe-se que há uma grande diferença quando se fala em abandono ou desistência de terapia para adultos e crianças. Isso porque, especificamente com crianças, são os pais que tomam a decisão de iniciar, assim como a de parar o tratamento, o que por sua vez ilustra a necessidade de incluir e compreender os fatores familiares que influenciam o abandono e a permanência na terapia (Pekarik & Stephenson, 1988). Contudo, há de se salientar que as características da família e da criança não devem ser consideradas isoladamente como a causa de respostas de adesão ou abandono do tratamento. Na verdade, é o acúmulo desses e de outros fatores do ambiente social da criança que irá influenciar na probabilidade dessa ocorrência (Kazdin & Mazurick, 1994). Lhullier e Nunes (2004) ressaltam alguns achados de pesquisas sobre fatores relacionados ao abandono, destacando variáveis como aspectos sócio-demográficos, do tratamento, do terapeuta, interpessoais e institucionais.

Entretanto, considerando que a família, geralmente, é o principal ambiente social da criança, há a necessidade de se destacar uma gama de fatores associados a ela. Características parentais como nível sócio-econômico, estado civil, (Dadds & McHugh 1992;

Kazdin & Mazurick, 1994), nível de estresse (Dadds & McHugh 1992; Kazdin & Mazurick, 1994, Kazdin & Wassel, 1999), desajustamento conjugal, etnia, cultura (Dadds & McHugh, 1992), saúde mental dos pais (Dadds & McHugh, 1992; Kazdin & Wassel, 1999), e número alto de eventos sociais e história das mães com comportamentos anti-sociais (Kazdin & Mazurick, 1994) foram associados com a desistência do tratamento. Outros fatores associados à família seriam a falta de tempo livre para as demandas da criança, ou dificuldades relacionadas a transporte seguro da criança para o local de tratamento (Koroloff 1996; Silveiras, 1998). Contudo, imprevistos que ocorrem durante as pesquisas, tais como perda do emprego e separação conjugal dos pais (Kazdin & Mazurick, 1994), também podem ser fatores que levam ao abandono da terapia infantil.

No que diz respeito às características da criança ligadas ao abandono estão: problemas severos e crônicos de comportamento anti-social, quociente de inteligência (QI) baixo, atrasos acadêmicos, contato com pares anti-sociais, estar em grupo de minoridade, ser filho de pais não biológicos, viver em moradias com acomodações pobres e estar submetido a práticas parentais educativas adversas (Kazdin & Mazurick, 1994).

Campbell, Baker e Bratton (2000) confirmam e complementam esses dados ao analisarem as variáveis de 54 crianças que buscaram por tratamento psicológico. Os autores descobriram que 35 (64%) crianças abandonaram o tratamento e também que aquelas cuja média de idade era menor (7,28 anos) desistiram mais do tratamento. Da mesma forma, filhos de mães cujo nível educacional, medido em anos, era menor (12,96) e cuja média de idade era menor, também desistiram mais do tratamento. Em relação ao tipo de problemas, tanto os internalizantes quanto os externalizantes tiveram média maior para o grupo que desistiu do tratamento (61.97 – 63.58). Assim, os resultados encontrados sugerem que o término prematuro do processo terapêutico pode estar fortemente associados ao nível de escolaridade e idade parental ou a idade da criança, entre outras variáveis sócio-demográficas parentais e infantis.

Assim como acontece em relação ao abandono do tratamento infantil, o presente estudo levanta a hipótese de que possa haver relação entre características dos pais e das crianças e a modalidade clínica em que a criança está sendo assistida. Aguiar (2010) encontrou semelhanças entre os problemas infanto-juvenis abordados por psicólogos e psiquiatras na revisão teórica comparativa da clientela de ambas as áreas. Neste estudo, a autora sugere que muitas crianças estão sendo tratadas pela via medicamentosa, para problemas que deveriam ser também atendidos pela psicologia e que as variáveis ligadas a opção de tratamento precisariam ser melhor compreendidas. Este estudo teórico norteou a

proposição do presente estudo que levantou e comparou características de crianças e jovens que buscaram auxílio psicológico e psiquiátrico, assim como de seu núcleo familiar, investigando se havia ou não relação entre determinadas variáveis e o tratamento em questão.

Objetivo

O objetivo desse trabalho foi levantar e comparar variáveis das crianças (dados demográficos) que estejam sendo atendidas pela clínica-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina (UEL), e pelo ambulatório de psiquiatria infantil do Hospital das Clínicas-UEL, assim como de suas respectivas mães (dados demográficos, relato dos tipos de problemas do filho, ajustamento conjugal e escore de depressão), a fim de verificar possíveis diferenças em suas características que estejam relacionadas a respectiva modalidade de tratamento infantil.

Método

Participantes.

Foram convidadas a participar do estudo mães cujos filhos estivessem (a) em fila de espera para atendimento psicológico na clínica-escola de psicologia da Universidade Estadual de Londrina e (b) em atendimento no Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas (APIHC) da mesma universidade, no período de setembro a dezembro de 2009. A opção de convidar mães de crianças em fila de espera na clínica psicológica se deu devido ao fato de que (a) no período da coleta não havia crianças no início da terapia (ou seja, até quatro sessões), assim a intervenção do profissional já poderia ter interferido em características da criança e da mãe; e (b) de que a clínica-escola de psicologia da referida universidade oferece atendimento de profissionais de diferentes linhas teóricas, o que poderia ter diferentes impactos sobre as variáveis em estudo. A opção de incluir crianças em atendimento no APIHC ocorreu devido ao fato de não haver fila de espera nesse setor.

Os critérios para inclusão das díades na pesquisa foram: (a) inicialmente crianças em idade escolar - sete a doze anos², entretanto, devido ao baixo número de crianças

² Essa faixa etária foi selecionada em função de coincidir com a faixa etária de maior incidência de procura por atendimento psicológico (Silvares, 1993).

nessa faixa etária, optou-se por estendê-la para seis a quinze anos³ (b) e inscritos em apenas uma modalidade de tratamento.

Local para realização da pesquisa.

A coleta foi realizada em salas de atendimento cedidas pela clínica-escola de psicologia e pelo APIHC - UEL.

Materiais e Instrumentos

Os seguintes materiais e instrumentos foram utilizados na pesquisa:

a - *Material de consumo*: caneta e papel sulfite.

b - *Folha de Levantamento de Dados Demográficos* (Anexo A), cedida pela clínica de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina.

c - *Child Behavior Checklist – Versão 6 a 18 anos* (Anexo B): Esta versão do CBCL é recente e atualizada (Achenbach & Rescola, 2001). Foi selecionada para o presente estudo porque, de acordo com seus criadores e com a revisão de literatura de Aguiar (2010), é frequentemente utilizada nas pesquisas para levantamento de problemas infantis. Foi aplicada por fornecer, a partir do relato dos pais, taxas padronizadas dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes de 6 a 18 anos de idade. O inventário faz parte de um conjunto de avaliações formuladas por Achenbach (1991), e é composto por 138 itens destinados à avaliação de competência social e à avaliação de problemas de comportamento. O informante é orientado a quantificar os comportamentos apresentados pela criança ou adolescente nos últimos seis meses numa escala de 0-1-2 pontos. Oito síndromes comportamentais são avaliadas quanto a sua presença ou ausência: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade e Depressão, Problemas Sociais, Problemas no Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamento Delinquente e Comportamento Agressivo. Também se avalia a criança como clínica, normal ou limítrofe quanto a seu *Funcionamento Global* e nos perfis *Internalizante* e *Externalizante* por meio de

³ Essa ampliação ocorreu com base na literatura (Aguiar e Moura, 2010) que considera clientela infanto-juvenil de 0 a 21 anos. Assim, estendeu-se para 6 anos, início da escolaridade formal, até 15 anos, idade a partir da qual os jovens são encaminhados para atendimento psiquiátrico no ambulatório adulto.

uma análise computadorizada. Os valores dos escores em *Funcionamento Global*, *Perfil Internalizante* e *Perfil Externalizante* são: limítrofe – escores entre 60 e 63; clínico – escores superiores a 64; normal – escores inferiores a 60. Para as síndromes, os escores limítrofes são entre 66 a 70 e clínico, acima de 71.

d - *Inventário Beck de Depressão* (Anexo C): Formulado por Beck, Rush, Shaw e Emery, (1982). Foi selecionado para o presente trabalho porque estudos na área de adesão/desistência têm mostrado que eventos estressantes na vida dos pais interferem nos resultados do tratamento e na permanência dos filhos no mesmo (Kazdin & Mazurick, 1994). Os 21 itens que compõem o inventário foram originalmente derivados de observações e sumarizados de atitudes típicas e sintomas apresentados por pacientes psiquiátricos. Durante aplicação do instrumento, solicita-se que o sujeito informe quanto à intensidade dos sintomas, com base em como se sentiu na semana que passou, incluindo aquele dia, numa escala crescente de severidade que varia entre 0 e 3. O BDI tem sido bastante utilizado por diversos autores para avaliar a ocorrência e a gravidade do distúrbio em pais que participarão de programas de treinamento. Além de permitir uma avaliação rápida, o inventário também fornece importantes dados acerca de pensamentos negativos do sujeito, tais como suas expectativas de que tudo sairá mal, sua visão de si mesmo como fracasso, sua crença de que é incapaz de fazer qualquer coisa sem ajuda ou seus pensamentos suicidas. Os escores para a versão em português (Cunha, 2001) são: depressão mínima (0-11), depressão leve (12-19), depressão moderada (20-35), e depressão grave (36-63).

e - *Escala de Ajustamento Conjugal* (Anexo D): A escala é uma tradução do *Marital Adjustment Test* (Locke & Wallace, 1959) e tem por objetivo avaliar a satisfação conjugal de ambos os cônjuges. Foi selecionada para o presente trabalho porque estudos na área de adesão/desistência, como o de Ribeiro, Alves, Vieira, Silva e Lamas (2008), têm mostrado que o ajustamento conjugal é uma variável que também interfere nos resultados do tratamento e na permanência no mesmo. Nessa escala, as concordâncias e discordâncias entre o casal são avaliadas em várias áreas do relacionamento, tais como: manejo das finanças da família, assuntos de lazer, demonstração de afeto, amigos, relações sexuais, filosofia de vida (ideais e objetivos), modo de lidar com os parentes etc. A pontuação de corte nesse instrumento é 100, os valores acima indicam satisfação conjugal e abaixo indicam insatisfação do indivíduo com o casamento. Mães solteiras, separadas ou viúvas não responderam a *Escala de Ajustamento Conjugal*, mas não foram eliminadas da pesquisa.

g - *Roteiro de entrevista semi-estruturada para mães*: Elaborado pela autora do presente projeto, para mães que procuram auxílio psicológico ou psiquiátrico para as dificuldades dos seus filhos (Apêndice B e C). Seu objetivo foi auxiliar no levantamento de dados que pudessem estar relacionados a modalidade de tratamento em que a criança é assistida e que não fossem acessados por outros instrumentos.

Procedimento

Seleção dos participantes.

Mães cujos filhos estavam inscritos para atendimento psicológico e em atendimento psiquiátrico, no período de setembro a dezembro de 2009, foram convidadas a participar da pesquisa. Não foi critério para exclusão o estado civil das mães, assim, mães viúvas, solteiras ou divorciadas apenas não responderam a *Escala de Ajustamento Conjugal*. As mães que aceitaram o convite foram solicitadas a comparecer a uma sessão para esclarecimento dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Em seguida, passaram para a fase de coleta de dados.

Coleta de dados.

As mães responderam individualmente à Folha de Levantamento de Dados Demográficos e, em seguida, ao Child Behavior Checklist (CBCL) para crianças entre 6 e 18 anos, a Escala de Ajustamento Conjugal (MAT) e ao Inventário Beck de Depressão (BDI). Finalmente, foram entrevistadas para verificar possíveis fatores relacionados à modalidade de tratamento escolhida – psicologia ou psiquiatria (Vide Apêndice B e C). A coleta de dados com cada mãe teve duração aproximada de uma hora.

Foi comunicado às mães que a coleta e análise dos resultados se encerrariam no primeiro semestre de 2010, e que após esse período elas poderiam solicitar uma sessão individual de devolução dos dados. Foi anexado no prontuário de cada participante uma nota informando que caso houvesse interesse do profissional responsável pelo caso, os dados dos instrumentos utilizados no presente estudo estariam disponíveis para consulta com a pesquisadora.

Resultados

Os resultados estão divididos em três partes: 1) análise descritiva dos resultados entre grupos; 2) análise estatística dos resultados entre grupos, e 3) análise descritiva da entrevista semi-estruturada.

A análise descritiva foi realizada de forma comparativa por meio das frequências e porcentagens de cada categoria dos grupos e dos escores médios dos instrumentos padronizados. A análise estatística foi realizada por meio do programa BioStat 2009 v5.8.0 (*Aplicações estatísticas nas áreas das Ciências Biomédicas*), optou-se pela aplicação do teste estatístico não-paramétrico de Mann Withney de comparação de amostras independentes. O índice de significância adotado foi de 0,05 por ser o índice aceitável para pesquisas em ciências sociais. Os dados analisados se referem a: 1) dados demográficos das mães e escores obtidos por elas nos instrumentos padronizados (CBCL, BDI, MAT), 2) dados demográficos da clientela infanto-juvenil, 3) frequência das respostas das mães às questões da entrevista semi-estruturada.

Análise descritiva dos resultados entre grupos

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva das principais características das mães de cada um dos grupos analisados.

Tabela 1 - Caracterização das mães que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo.

Características	GPSICO	GPSIQ	Total
<i>Idade das mães</i>	<i>N=20 (100%)</i>	<i>N=20(100%)</i>	<i>N=40(100%)</i>
26 a 35 anos	9 (45%)	7(35%)	16(40%)
36 a 45 anos	6(30%)	7(35%)	13(32,5%)
46 a 55 anos	5(25%)	6(30%)	11(27,5%)
<i>Escolaridade</i>	<i>N=20(100%)</i>	<i>N=20(100%)</i>	<i>N=40(100%)</i>
Analfabeto	0 (0%)	1 (5%)	1 (2,5%)
Ensino fundamental (incompleto)	3 (15%)	9(45%)	12 (30%)
Ensino fundamental (completo)	1 (5%)	6 (30%)	7 (17,5%)
Ensino médio (completo ou incompleto)	13(65%)	2(10%)	15 (37,5%)
Ensino superior (completo ou em curso)	3 (15%)	2(10%)	5 (12,5%)
<i>Estado Civil</i>	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
Solteira	1(5%)	2 (10%)	3(7,5%)
Casada/união estável	15(75%)	15 (75%)	30(75%)
Viúva	0 (0%)	3 (15%)	3(7,5%)

<i>Separada</i>	4 (20%)	0	4(10%)
<i>Presença do pai no núcleo familiar</i>	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
<i>Sim (biológico ou adotivo)</i>	10(50%)	11(55%)	21 (52,5%)
<i>Não</i>	5(25%)	5(25%)	10 (25%)
<i>Padrasto</i>	5(25%)	4(20%)	9 (22,5%)
<i>Renda Familiar</i>	<i>N=20</i>	<i>N=18</i>	<i>N=38</i>
<i>Até 2 salários mínimos</i>	3 (15%)	9(50%)	12(31,5%)
<i>2 a 3 salários mínimos</i>	11 (55%)	6(33%)	17(45%)
<i>4 a 5 salários mínimos</i>	4 (20%)	0	4(10,5%)
<i>Acima de 6 salários mínimos</i>	2 (10%)	3(17%)	5(13%)
<i>Escores do BDI</i>	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
<i>Depressão mínima (0-11)</i>	10(50%)	2 (10%)	12(30%)
<i>Depressão leve (12-19)</i>	5(25%)	6 (30%)	11(27,5%)
<i>Depressão Moderada (20-35)</i>	5(25%)	10(50%)	15(37,5%)
<i>Depressão Grave (36-63)</i>	0(0%)	2 (10%)	2(5%)
<i>Escores no MAT (Marital Adjustment Test)</i>	<i>N=14</i>	<i>n=15</i>	<i>N=29</i>
<i>Abaixo 78 desajustamento conjugal</i>	3(21%)	9(60%)	12(41,5%)
<i>De 79 a 99 (abaixo do escore de corte)</i>	4(29%)	1(7%)	5(17%)
<i>Acima de 100 (ajustamento conj.)</i>	7(50%)	5(33%)	12(41,5%)

De forma geral, as mães do GPSICO têm entre 26-35 anos (45%), com ensino médio completo ou incompleto (65%), casadas ou com união estável (75%), suas famílias apresentam pai biológico ou adotivo no núcleo familiar (50%), a renda familiar é de 2 a 3 salários mínimos (55%), foram avaliadas com depressão mínima (50%), e ajustamento conjugal (50%). As mães do GPSIQ têm entre 26-45 anos (75%), com ensino fundamental incompleto (45%), casadas ou com união estável (75%), suas famílias apresentam pai biológico ou adotivo (55%), a renda família é ate 2 salários mínimos (50%), foram avaliadas com depressão moderada (50%) e desajustamento conjugal (60%).

A Tabela 2 apresenta as principais características das crianças de cada um dos grupos.

Tabela 2 - Caracterização das crianças que participaram da pesquisa, distribuídas por grupo.

Características	GPSICO	GPSIQ	Total
Idade	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
6-7anos	2(10%)	0	2(5%)
8-9 anos	1(5%)	8(40%)	9(22,5%)
10-11 anos	9(45%)	5(25%)	14(35%)
12-13 anos	6(30%)	3(15%)	9(22,5%)
14-15 anos	2(10%)	4(20%)	6(15%)
Sexo	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
Masculino	15(75%)	10(50%)	25(62,5%)
Feminino	5(25%)	10(50%)	15(37,5%)
Número de irmãos	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
Nenhum	4(20%)	1(5%)	5(12,5%)
1 irmão	8(40%)	10(50%)	18(45%)
2 irmãos	7(35%)	4(20%)	11(27,5%)
3 irmãos	1(5%)	3(15%)	4(10%)
4irmaos	0(0%)	2(10%)	2(5%)
Escola	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
Não freqüenta	0(0%)	1(5%)	1(2,5%)
Educação Infantil	1(5%)	0	1(2,5%)
Fundamental I (1-4)	7(35%)	14(70%)	21(52,5%)
Fundamental II (5-8)	10(50%)	5(25%)	15(37,5%)
Ensino Médio	2(10%)	0	2(5%)
Características	GPSICO	GPSIQ	Total
Encaminhamento	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
Médico	1(5%)	14(70%)	15(37,5%)
Escola	3(15%)	0	3(7,5%)
Psicólogo	3(15%)	0	3(7,5%)
Procura espontânea	4(20%)	0	4(10%)
Amigo/conhecido	8(40%)	0	8(20%)
Outras Instituições	1(5%)	6 (30%)	7(17,5%)
Faz uso de medicação psicotrópica	<i>N=20</i>	<i>N=20</i>	<i>N=40</i>
Sim	6(30%)	18(90%)	31(77,5%)
Não	14(70%)	2(10%)	9 (22,5%)

De forma geral, as crianças do GPSICO têm entre 10 a 11 anos (45%), são do sexo masculino (75%), têm um irmão (40%), cursaram até o fundamental II (50%), foram encaminhadas para tratamento por um amigo ou conhecido (40%), e fazem uso de medicação psicotrópica (30%). As crianças do GPSIQ têm entre 8 a 9 anos (40%), quanto ao sexo não houve prevalência (50% meninos e 50% meninas), possuem um irmão (50%), cursaram até o fundamental I (50%), foram encaminhadas para tratamento por um médico (70%), e fazem uso de medicação psicotrópica (90%).

Análise estatística dos resultados entre grupos.

A Tabela 3 apresenta a comparação estatística entre as principais características das mães do GPSICO e GPSIQ.

Tabela 3 - Comparação estatística entre as médias das características das mães do GPSICO e GPSIQ.

Características das mães	GPSICO		GPSIQ		P
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Idade	37,7	7,9	40	7,6	0,4735
Escolaridade	10,4	2	7,1	3,8	0,0013*
Renda familiar	1.711,1	769,2	1.423,3	1.511,8	0,0353*
Escores BDI	15,1	8,4	23,3	11,1	0,0133*
Escores MAT	96,9	26,6	72,2	34,4	0,0488*

Nota: *Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$)

De acordo com a tabela acima, observa-se que as mães dos dois grupos não diferiram estatisticamente quanto à idade, mas sim quanto à escolaridade, à renda familiar, aos escores do Inventário de Depressão Beck (BDI) e aos escores da Escala de Ajustamento Conjugal (MAT). Quanto a essas variáveis, pode-se notar que as mães do o GPSIQ apresentam escolaridade e a renda familiar mais baixa que as do GPSICO. As mães do GPSIQ também apresentam escores do BDI e do MAT maiores que as mães do GPSICO, o que significa que elas se auto-avaliam como mais depressivas e que seus relacionamentos conjugais também são auto-avaliados como mais desajustados do que pelas mães do outro grupo.

A Tabela 4 mostra a comparação estatística entre os escores médios do CBCL respondidos pelas mães dos dois grupos.

Tabela 4 - Comparação estatística entre os escores médios do Child Behavior Checklist (CBCL)

CBCL	GPSICO		GPSIQ		P
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	
Competência Atividade	37,3	7,4	31,3	7,9	0,0918
Competência Social	38,4	8,9	34,8	10,5	0,3302
Competência Acadêmica	35,1	8	37,6	10,8	0,5692
Competência Total	32	9,2	28,1	8,9	0,1715
Perfil Global	69,5	5,8	72,4	7,2	0,4973
Perfil internalizante	67,5	6,3	69,5	10,8	0,4094

<i>Perfil externalizante</i>	65,8	8,7	69,1	7,1	0,1677
<i>Ansiedade/Depressão</i>	66,3	7,1	66,8	9,2	0,6359
<i>Isolamento</i>	65,5	9,7	68	14	0,8604
<i>Queixas somáticas</i>	63,2	6,7	68,3	12,2	0,1105
<i>Problemas sociais</i>	68,2	8,3	70,2	12	0,7557
<i>Problemas de Pensamento</i>	67,4	7,7	74,3	9,9	0,0155*
<i>Problemas de Atenção</i>	67,1	8,3	70,4	13,1	0,3169
<i>C. de Quebrar Regras</i>	61	9,1	65,4	7,4	0,0583*
					*
<i>Agressividade</i>	68	10,7	70,4	11,2	0,3867

Nota: * Resultado estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

** Resultado com tendência a significância estatística.

Nota-se que, de forma geral, os problemas da clientela infanto-juvenil, segundo a avaliação das mães dos dois grupos por meio do CBCL, não diferiram estatisticamente, com exceção de *Problemas de Pensamento*, cuja média maior ocorreu no GPSIQ. E houve ainda, uma diferença quase significativa entre os dois grupos para Comportamento de Quebrar Regras, cujo escore médio maior também ocorreu no GPSIQ.

Análise descritiva da entrevista semi-estruturada

A Tabela 5 mostra a frequência das respostas das mães dos dois grupos às questões do roteiro de entrevista semi-estruturada.

Tabela 5 - Respostas das mães do GPSICO e GPSIQ à entrevista semi-estruturada.

<i>P1 – Além do tratamento psicológico/psiquiátrico você considerou procurar auxílio de um psiquiatra/psicólogo para ajudar seu filho?</i>		
	GPSICO	GPSIQ
SIM	3 (15%)	17 (85%)
NÃO	17 (85%)	3 (15%)
<i>P2 – Seu filho já passou por algum tratamento psicológico/psiquiátrico?</i>		
SIM	9 (45%)	7 (35%)
NÃO	11 (55%)	13 (65%)
<i>P3 – Você (mãe) já passou por algum tratamento psicológico/psiquiátrico?</i>		
SIM	6(30%)	8 (40%)
Motivo: depressão	2(10%)	8(40%)
NÃO	14(70%)	12 (60%)
<i>p4 – Se o psicólogo/psiquiatra te orientasse a procurar um tratamento psiquiátrico/psicológico para seu filho você o faria?</i>		
SIM	20 (100%)	15 (75%)
NÃO	--	5 (25%)

De acordo com a Tabela 5, houve maior incidência de mães do GPSIQ considerando optar também pela modalidade de psicologia para complementar a intervenção (85%); das mães do GPSICO, apenas 15% consideraram procurar auxílio de psiquiatra para tratamento dos problemas de seus filhos. Houve ainda maior incidência de mães do GPSICO afirmando que seu filho era reincidente na respectiva modalidade de tratamento (45%) em relação ao GPSIQ (35%), sendo que 40% das mães do GPSIQ foram atendidas pela mesma modalidade para resolver dificuldades próprias, enquanto no GPSICO, apenas 30% procuram um psicólogo para suas problemáticas. Cabe pontuar que dentre as mães do GPSICO, apenas 10% procuraram terapia por estarem depressivas; enquanto para as do GPSIQ, 40% o fizeram. No GPSICO, 100% das mães aceitariam encaminhamento da criança ou adolescente para um psiquiatra. Enquanto 75% das mães do GPSIQ aceitariam o encaminhamento para um psicólogo.

A entrevista incluía ainda uma questão sobre o motivo pelo qual as mães procuraram ajuda para seus filhos. De forma geral, as mães relatavam vários problemas, sendo assim, solicitou-se que elas hierarquizassem suas queixas e optou-se por analisar apenas o primeiro motivo que as levaram a procurar determinado tratamento para seu filho, os resultados estão expostos nas Tabelas 6 e 7.

A Tabela 6 apresenta a frequência dos principais motivos relatados pelas mães do GPSICO que as levaram a procurar atendimento para a problemática de seus filhos na clínica-escola de psicologia.

Tabela 6 - Motivos pelos quais as mães do GPSICO procuraram tratamento psicológico para seus filhos.

Razão 1	F	%
a. Não consegue parar quieto, é agitado ou hiperativo ou foi diagnosticado com TDAH ou DDA	6	30%
b. Problemas escolares tais como: notas baixa, não copia matéria, não faz tarefa, não se concentra, preguiça de estudar, reprovado, e etc	6	30%
c. Respostas opositoras, quebra de regras, agressividade físicas e verbais tais como: chutar, empurrar, xingar, gritar.	5	25%
d. Isolado, quieto, sozinho, não fala sobre seus problemas ou sentimentos.	1	5%
e. Problemas de relacionamento com familiares e com outras crianças.	1	5%
f. Medo exagerado, ex. escuro, dentista, ficar sozinho.	1	5%

Nota-se que, dentre as razões citadas pelas mães como responsáveis pelo encaminhamento para tratamento no GPSICO, coincidiram em primeiro lugar (a) Problemas relacionados à agitação, hiperatividade e déficit de atenção (30%), e (b) Problemas relacionados à escola (30%). Em segundo lugar elas relataram (c) Problemas relacionados a respostas opositoras e agressivas (25%). Em terceiro lugar também houve coincidência entre três tipos de problemas: (d) Problemas relacionados ao isolamento ou à falta de repertório de expressão de sentimentos (5%); (e) Problemas de relacionamento (5%); e (d) Problemas relacionados ao medo excessivo (5%).

A Tabela 7 apresenta a frequência dos motivos que levaram as mães do GPSIQ a procurarem tratamento no APIHC-UEL para a problemática de seus filhos.

Tabela 7 - Motivos pelos quais as mães do GPSIQ procuraram tratamento psiquiátrico para seus filhos.

Razão 1	F	%
a. É depressivo (a): não come, não dorme, chora sem razão.	5	25%
b. Problemas sexuais: abuso sexual e masturbação	4	20%
c. Agressividade: explode, grita, joga objetos	2	10%
d. Problemas alimentares: não come, gospe fora, anorexia.	2	10%
e. Psicose	2	10%
f. Transtorno Obsessivo Compulsivo	1	5%
g. Tentativa de Suicídio	1	5%
h. Transtorno Bipolar	1	5%
i. Isolamento	1	5%
j. Roubo	1	5%

Pode-se observar que as mães do GPSIQ relataram em primeiro lugar ter procurado tratamento para seu filho em função de (a) problemas relacionados a episódios depressivos (25%), e em segundo lugar, em função de (b) problemas em relação à sexualidade (20%). Em terceiro lugar coincidiram três tipos de problemas: (c) Agressividade (10%), Problemas alimentares (10%), e psicose (10%) – provavelmente surtos psicóticos. Em quarto lugar coincidiram os últimos cinco problemas relacionados na Tabela 7: (d) Transtorno Obsessivo-Compulsivo (5%), Tentativa de suicídio (5%), Transtorno Bipolar (5%), Isolamento (5%) e Roubo (2%).

Discussão

Uma vez que o foco do presente estudo foi verificar se há um perfil de clientela – materno e infanto-juvenil – que contribua para a presença das crianças e jovens no

tratamento psicológico ou psiquiátrico, realizou-se a comparação estatística e descritiva dos dados das mães e das crianças dos dois grupos. Apurou-se que, quanto às características das mães, as do GPSIQ, quando comparadas com as do GPSICO, apresentaram menor escolaridade e renda, e maiores índices de depressão e desajuste conjugal. As análises feitas na presente discussão são referentes especificamente a população assistida na clínica psicológica da UEL e no ambulatório de psiquiatria da mesma universidade, podendo não serem coerentes com a realidade de outras instituições.

Sabe-se que as mães que vivenciam maior número de problemas pessoais tendem a estar menos predispostas a participar efetivamente de um tratamento que envolva maior participação parental (Dadds & McHugh, 1992; Kazdin & Wassel, 1999). Por outro lado, as mães com maior renda, escolaridade, menos depressivas e com maior índice de satisfação no relacionamento conjugal parecem compreender melhor os benefícios de um tratamento mais custoso em termos de tempo e dedicação, e apresentar um padrão de enfrentamento deste tratamento em função da melhora de seus filhos.

Dessa forma, as mães do GPSIQ apresentaram características que permitem considerá-las “menos favorecidas” em relação às mães do GPSICO, no sentido de que vivenciam um maior número de problemas individuais que podem diminuir a emissão e a qualidade dos comportamentos de proteção materna. Frente às problemáticas pessoais, as mães podem demonstrar pouco afeto, distanciamento, hostilidade ou até passividade em relação às crianças, o que impossibilita de conseguirem suprir, de forma eficiente, as necessidades das mesmas. De acordo com Wells (1981), quando depressivas, as mães parecem apresentar maior dificuldade em julgar a situação e buscar soluções eficientes para si mesmas, conseqüentemente, reproduzem esse mesmo padrão de comportamento diante dos problemas de seus filhos.

O mesmo se pode analisar quanto ao relacionamento conjugal, um dos aspectos centrais na vida de um adulto, e que tem grande impacto na saúde e bem-estar do mesmo. Assim, a qualidade de vida da mãe, que é composta por diversos fatores, incluindo desde o grau de escolaridade e sua renda, até o nível de depressão e a satisfação conjugal, pode interferir na forma como ela lida com outros relacionamentos, inclusive com os filhos.

Interessantemente, pode-se perceber que, exceto para a idade materna, as mesmas características das mães que foram estatisticamente significantes para o GPSIQ no presente estudo, também foram apontadas por autores da área de abandono de tratamento psicológico infantil como correlacionadas à desistência. Nos estudos de evasão, os aspectos sócio-demográficos foram assinalados por Dadds e McHugh (1992), Kazdin e Mazurick

(1994) e Lhullier e Nunes (2004), assim como a saúde mental dos pais por Dadds e McHugh (1992) e Kazdin e Wassel (1999), e o ajustamento e a separação conjugal por Dadds e McHugh (1992) e Kazdin e Mazurick (1994).

Essa comparação demonstra, portanto, que parece haver similaridade entre as variáveis parentais que controlam o abandono da psicoterapia infantil e a modalidade psiquiátrica. Se na literatura, as mães que abandonam a psicoterapia infantil têm características semelhantes às aquelas que acompanham seus filhos ao atendimento psiquiátrico na universidade, sugere-se que o menor custo de resposta materno é uma das variáveis relevantes relacionadas a modalidade de tratamento psiquiátrica. Deve-se salientar que não se pretende gerar uma culpabilização das mães, mais sim ressaltar que as características maternas, ou do responsável pela criança, estão entre as variáveis que poderiam explicar a presença da criança em uma ou outra modalidade de tratamento.

A análise dos dados das crianças fortalece a assertiva relacionada ao maior impacto das variáveis maternas sobre o tipo de tratamento em que a criança está sendo assistida. Não houve, no presente estudo, diferenças significativas entre as características das crianças de ambos os grupos. Aguiar (2010), hipotetizou que a frequência e/ou intensidade dos problemas das crianças poderiam também estar entre as variáveis relacionadas à realização do tratamento infantil em uma das duas modalidades clínicas, o que não se confirmou pelos dados obtidos no presente estudo. A única diferença estatisticamente significativa entre as crianças foi uma maior pontuação clínica do GPSIQ para *Problemas de Pensamento*. Nesse caso em específico, o uso da medicação pode ser justificado dessa forma, uma vez que os comportamentos envolvidos nesse tipo de problema, tais como: automutilação, alucinações, rigidez muscular, sonambulismo, e o sofrimento intenso daqueles que os experienciam, realmente requerem inicialmente um controle rápido do problema.

Quanto aos dados provenientes da entrevista semi-estruturada mais mães do GPSIQ consideraram procurar espontaneamente psicoterapia como intervenção complementar para os problemas da criança. A diferença de reincidência das crianças nos tratamentos foi similar. Entre as mães que procuraram tratamento psiquiátrico para si mesmas no passado, todas relataram que o motivo foi depressão (enquanto apenas 10% do GPSICO procuraram psicoterapia por essa razão). Uma pequena percentagem das mães não aceitaria o encaminhamento da criança para psicologia, justificando esta escolha por causa da falta de tempo, dinheiro, transporte ou responsável que pudesse acompanhá-la semanalmente às sessões. Tais motivos já haviam sido apontados na literatura por Silveiras (1998) e Koroloff (1994) como fatores associados ao abandono da psicoterapia infantil evidenciando mães em

condições críticas, contribuem para que o tratamento da criança envolva a necessidade de soluções mais rápidas.

Ressalta-se que a concordância das mães do GPSIQ em relação à indicação dos filhos à psicoterapia parece ser devido ao encaminhamento feito pelo médico psiquiatra da instituição. Durante a entrevista, grande parte das mães afirmou que faria apenas o que este profissional considerasse necessário, dado que corrobora a afirmação de Moura (1999), que destaca o peso do encaminhamento médico na decisão dos pais em aderir a psicoterapia infantil.

No que diz respeito aos problemas infantis, o mapeamento padronizado, realizado por meio do CBCL, não mostrou diferenças relevantes, fortalecendo a análise de que há similaridade entre os problemas das crianças dos dois grupos. Contudo, durante a entrevista, a forma como as mães relataram os motivos que as levaram buscar ajuda para os filhos foi muito diferente em termos de descrição do comportamento, impossibilitando a comparação entre o instrumento padronizado e o auto-relato. Se no instrumento padronizado não houve diferença relevantes entre os problemas da criança, mas sim no relato das mães, destaca-se a importância de que pesquisadores não fiquem apenas sobre o controle de medidas indiretas.

Diante de todos os dados apresentados, pode-se supor que, se as mães do GPSIQ da Universidade Estadual de Londrina tivessem seus filhos encaminhados para psicoterapia, provavelmente suas condições pessoais estariam entre as variáveis que dificultariam a permanência delas e da criança no tratamento infantil. Não se pretende sugerir que o tratamento medicamentoso infantil provido pelo psiquiatra nessa instituição seja inadequado, apenas destaca-se que, devido a sua eficácia de controle, leva ao raciocínio parental de que esta seria uma forma eficiente de solucionar o problema e por essa razão pode ser a primeira e, infelizmente, a única escolha dos pais. Contudo, não necessariamente, tratamento medicamentoso supre todas as demandas da criança dado o controle ambiental das mesmas, mas seus resultados podem ser maximizados em intervenções interdisciplinares.

Conclusão

Percebe-se que, no presente estudo, a modalidade de tratamento infantil está mais relacionada às variáveis maternas, ou à um perfil materno, que às variáveis infantis. Os dados mostraram que as mães mais “desfavorecidas” socialmente, em termos de nível de escolaridade, depressão, relacionamento conjugal e renda familiar, encontram-se no grupo

acompanha a criança ao tratamento psiquiátrico. Enquanto as mães mais “favorecidas”, nesses mesmos termos, encontram-se no grupo que acompanha a criança ao tratamento psicológico. A partir da análise realizada é possível supor que, nesse caso, mães, que apresentam elas próprias problemas crônicos e intensos estão mais relacionadas ao tratamento infantil que produz mudanças mais imediatas e menos custosas – em termos de tempo e dedicação – como as provindas pelo uso de medicação psicotrópica.

Se a família, principalmente a mãe, é a maior fonte de proteção, suporte e educação das crianças, como tratá-las sem assistir a quem cuida delas? Entretanto, o tratamento infantil, geralmente, é focado nas mudanças dos comportamentos inadequados das crianças e nos comportamentos das mães em relação à criança, o que não parece errado, mas incompleto. As mães são convocadas periodicamente para receberem orientações sobre como lidar de forma mais eficaz com os problemas infantis. Comumente não há intervenções sobre problemáticas pessoais das mães que não estejam diretamente relacionadas aos filhos, mas que, infelizmente, acabam por afetá-los tanto quanto as práticas parentais inadequadas. Nesse sentido, Silvaes (1995) ressalta a importância de intervenções que foquem as dificuldades pessoais de mães ou cuidadores de crianças que precisam tratamento. Diante de uma melhor qualidade de vida, essas mães apresentariam maiores condições de se associarem a tratamentos amplos e mistos para seus filhos.

Por outro lado, surge também a necessidade de psicólogos se adaptarem tanto a realidade da criança, como também a dos responsáveis pela criança de forma com que estes consigam aderir e se manter no tratamento infantil, levando-o a termo. Como alternativas, pode-se citar a necessidade de entrelace entre trabalhos que tenham o objetivo de promover intervenções interdisciplinares; a melhora da adesão dos responsáveis pela criança à psicoterapia infantil (Shuman & Shapiro, 2002); os aceite dos mesmos a sua própria psicoterapia individual (Moura & Grossi, 1998) ou em grupo; estratégias que facilitem a manutenção dos mesmos e de seus filhos nos tratamentos, como inversão do fluxo de atendimento em que os profissionais se dirigem à comunidade, realizando os atendimentos em clínicas próximas aos bairros para diminuir as dificuldades de acesso da clientela (Silvaes, 1998).

Faz-se necessário destacar algumas limitações do presente estudo que implicam na necessidade de ajustes metodológicos em futuros trabalhos que investiguem esse tema. Em primeiro lugar, não foram localizados estudos comparativos como o realizado no presente trabalho, o que dificultou certas análises e implicou em levantamento de hipóteses. Uma segunda limitação foi em relação ao tamanho da amostra. A dificuldade de localização

das mães e das crianças, além do acesso das mesmas ao local de pesquisa, principalmente no setor de psiquiatria, configurou um problema no levantamento de dados com os participantes. Uma terceira limitação diz respeito aos dados coletados no trabalho que se referem ao relato das mães a respeito de si e de seus filhos, os quais podem estar enviesados pelas problemáticas pessoais das mesmas.

Dessa forma, as conclusões oriundas desse trabalho devem ser consideradas cuidadosamente, evitando assim, generalizações prematuras. Mais pesquisas são necessárias para definir se, de fato, estas variáveis maternas estão entre as variáveis relacionadas a uma modalidade de tratamento infantil. Estudos com uma amostra maior, ou nos quais fossem realizadas avaliações diretas com as mães e com as crianças, poderiam ser eficientes nesse sentido. Ao diminuir o viés decorrente da coleta de dados por meio de auto-relato leva-se a resultados que apresentam maior confiabilidade.

Espera-se que os resultados obtidos no presente estudo destaquem o fato de que o tratamento infantil, muitas vezes, deve incluir também o tratamento do responsável pela criança, assim como a necessidade de que os profissionais se adaptem as dificuldades dos mesmos. Espera-se também que suscite a necessidade de mais pesquisas sobre o encaminhamento médico, envolvendo programas para aumentar o conhecimento destes profissionais acerca da psicologia, e por consequência, a adesão dos mesmos ao encaminhamento da criança e da mãe à psicoterapia.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the CBCL/4-18 anos, YSR and TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Aguiar, B. M. (2010). *Revisão teórica comparativa dos estudos de clientela infantil psiquiátrica e psicológica*. (manuscrito não publicado).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Brasil, H. H. A. (2000). Princípios gerais do emprego de psicofármacos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 40-41.
- Campbell, V. A., Baker, D. B., & Bratton, S. (2000). Why do children drop out from play therapy. *Clinical and Child Psychology and Psychiatry*, 5(1), 133-138.

- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2008). Abandono psicológico por crianças numa clínica-escola. Dissertação de mestrado não publicada, Programa de pós-graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Dadds, M. R., & McHugh, T. A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 252–259.
- Derdyk, P. R. (2001). Quando o psicólogo encaminha para o psiquiatra. In: D. R. Zamignani, (Ed.), *Sobre Comportamento e Cognição – Aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitiva comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (pp. 125-129). Santo André: ESETec.
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5) 1069-1074.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 28, 160-172.
- Kerbaux, R. R. (2001). Limites biológicos em terapia comportamental. In D. R. Zamignani (Org.), *Sobre o comportamento e cognição: Aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitiva comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (pp. 73-78). Santo André: ESETec.
- Koroloff, N., Elliott, D., Koren, P., & Friesen, B. (1996). Connecting low-income families to mental health services: the role of the family associate. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4, 2-11.
- Lhulier, A. C., & Nunes, M. L. T. (2004). Uma aliança que se rompe. *Psicologia Ciência e Profissão – Diálogos*, 1, 43-49.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Moura, C. B., & Grossi, R. (1998). Quando pais precisam de psicoterapia mas encaminham seus filhos, o que fazer?. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 15(1), 69-75.
- Moura, C. B. (1999). Encaminhando crianças para psicoterapia. *Pediatria Moderna*, 35(3), 130-134.
- Pekarik, G., & Stephenson, L. (1988). Adult and child client differences in therapy dropout research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17, (4), 316-321.
- Ribeiro, M. S., Alves, M. J. M., Vieira, E. M. M., Silva, P. M., & Lamas, C. V. D. (2008). Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 16-22.

- Rodrigues, J. T. A (2003). Medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, (8)1, 13-22.
- Rozemberg, B. (1994) O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. *Revista de Saúde Pública*, 28(4), 300-3008.
- Shuman, A. L., & Shapiro, J. P. (2002). The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 3-16.
- Silvares, E. F. M. (1993). O papel preventivo das clínicas-escola de Psicologia em seu atendimento a crianças. *Temas em Psicologia*, 2, 87-97.
- Silvares, E. F. M. (1995). O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 11(3), 235-241.
- Silvares, E. F. M (1998). *Clínicas-escola: Novas formas de atendimento psicológico*. Tese de Livre Docência, Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Staudt, M. (2003). Helping children access and use services: a review. *Journal of Child & Family Studies*, 12, 49-53.
- Trallero, J. T. (1998). Introducción a la psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. In J. T. Trallero, J. C. Fornieles, M. G. Giral, L. L. Garcia (Orgs), *Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson, 1-37.
- Wells, K. C. (1981). Assessment of children in outpatient settings. In M. Hersen, & A. S. Bellack (Eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. New York: Pergamon Press.

APÊNDICES
ESTUDO 1

APÊNDICE A – Quadro dos dados encontrados nos estudos de psicologia.

REFERENCIA	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS			
			Queixa	Meninos	Meninas	Total
1-) Silvares, E. F. M (1998). Clínicas-Escolas: Novas Formas de Atendimento. Tese de Livre Docência.	N=766 pacientes inferiores a 15 anos que procuraram atendimento na clínica de psicologia da IP-USP. 71% (544) meninos 29% (222) meninas	Prontuários	MD. Escolar C. Agressivo D. Fala Nervosismo C. Agitado	34% 30% 26% 22% 21%	36% 27% 25% 25% 15%	41% 29% 26% 22% 19%
2-) Dekker, M. C.; Koot, H. M.; Ende, J. V.; & Verhulst, F.C. (2002). Emotional and behavioral problems in children and adolescents with and without intellectual disability. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i> , 43(8), 1087–1098	1041 crianças de escolas especiais 1855 crianças da população geral entre 6 e 18 anos	CBCL TRF	% das crianças que atingiram borderline e clínico no CBCL			
			Sem dificuldades		Educáveis	Treináveis
			Ans/Depr. 6,6% P. Atenção 6% C. Delinq. 5,5% Agressiv. 5,2% P. Sociais 5,1%	P. Sociais 35,5% P. Atenção 30,7% Isolamento 21% Agressiv. 18% C. Delinq. 22,3%	P.Sociais 51% P. Atenção 38% Isolamento 22,3% Agressiv. 19,7% P. Pensam. 12,3%	
3-) Schoen-Ferreira, T. H.; Silva, D. A.; Farias, M. A.; & Silvares, E. F. M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao centro de atendimento de apoio psicológico ao adolescente (CAAA) – Unifesp/EPM. <i>Psicologia em Estudos</i> , 7(2), 73-82	N= 61 adolescentes de 13-15 anos 33 (54,1%) sexo masculino 28 (45,9%) do sexo feminino	Prontuários dos clientes - queixas classificadas de acordo com a lista de problemas do CBCL	Problemas escolares Desobediência Xixi na cama Agitado Obesidade	28 11 4 4 4		
4-) Dans, Z. V. & Pretto, Z. (2005). Atendimento psicológico infantil na rede publica de saúde na cidade de Palhoça. Trabalho de conclusão de curso – Universidade do Sul de Santa Catarina.	70 crianças, de 0 a 12 anos, cadastradas no serviço de atendimento publico de saúde da cidade de Palhoça – SC	Prontuários	Agressividade D. de Aprendizagem Falta de Atenção D. de lidar c/ limites Agitação Inibição	24 (34,9%) 13 (18,57%) 11 (15,71%) 9 (12,86%) 9 (12,86%) 9 (12,86%)		

<p>5-) Romaro, R. A. & Capitão C. G. (2003). Caracterização da Clientela de Clínica-Escola de Psicologia da Universidade de São Francisco. <i>Psicologia: Teoria e Prática</i>, 5(1), 111-121.</p>	<p>248 de 1-14 anos N de queixas = 1229 queixas N adolescentes = 44 de 15-19 anos N de queixas = 102 298 pra cima de 20 anos Infância e no início da adolescência (0-14 anos) - predomínio de meninos (65,3%), o que se inverteu a partir dos 15</p>	<p>Entrevista de triagem Análise de prontuário</p>	<p>Queixas prevalentes</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="1294 295 1720 702"> <p>Crianças = 1229 queixas</p> <p>Dif. Escolar 19% (234) Relac. Interp. 12.4% (153) C. Agressivo 10.6 %(130) Relac. Familiar 10.3(127) Dist. do Sono 9.5% (116) D. C. impulsos 8,7% (107)</p> </td> <td data-bbox="1720 295 2139 702"> <p>Adolescentes = 102 queixas</p> <p>Relac. Interp. 25,4% (26) D.R. Fam. 22,5% (23) Dif. escolares 9,8% (10) D. com perdas 8,8% (9) Dist. do sono 8,8% (9)</p> </td> </tr> </table>		<p>Crianças = 1229 queixas</p> <p>Dif. Escolar 19% (234) Relac. Interp. 12.4% (153) C. Agressivo 10.6 %(130) Relac. Familiar 10.3(127) Dist. do Sono 9.5% (116) D. C. impulsos 8,7% (107)</p>	<p>Adolescentes = 102 queixas</p> <p>Relac. Interp. 25,4% (26) D.R. Fam. 22,5% (23) Dif. escolares 9,8% (10) D. com perdas 8,8% (9) Dist. do sono 8,8% (9)</p>
<p>Crianças = 1229 queixas</p> <p>Dif. Escolar 19% (234) Relac. Interp. 12.4% (153) C. Agressivo 10.6 %(130) Relac. Familiar 10.3(127) Dist. do Sono 9.5% (116) D. C. impulsos 8,7% (107)</p>	<p>Adolescentes = 102 queixas</p> <p>Relac. Interp. 25,4% (26) D.R. Fam. 22,5% (23) Dif. escolares 9,8% (10) D. com perdas 8,8% (9) Dist. do sono 8,8% (9)</p>					
<p>6-) Santos, W. P. & Alonso M. Z. (2004). Caracterização da demanda infantil de um serviço de psicologia. <i>Revista do Ministério da Saúde Pública</i> 3(5), 35-42.</p>	<p>220 crianças de 2 a 12 anos que procuraram o serviço publico de atendimento ambulatorial da cidade de Sabará de maio de 1998 a maio de 2004.</p> <p>sexo masculino (70,45%), sexo feminino (29,55%)</p>	<p>Prontuários</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1294 734 1720 1077"> <p>Agressividade 92 (24,6%) Nervosismo 80 (21,39%) D. de aprendizagem 70 (44,59%) Agitação motora 58 (36,48%) P. de conduta 56 (14,97%)</p> </td> <td data-bbox="1720 734 2139 1077"></td> </tr> </table>		<p>Agressividade 92 (24,6%) Nervosismo 80 (21,39%) D. de aprendizagem 70 (44,59%) Agitação motora 58 (36,48%) P. de conduta 56 (14,97%)</p>	
<p>Agressividade 92 (24,6%) Nervosismo 80 (21,39%) D. de aprendizagem 70 (44,59%) Agitação motora 58 (36,48%) P. de conduta 56 (14,97%)</p>						
<p>7-) Melo, S. A & Perfeito, H. C. C. S (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clinica-escola. <i>Estudos de Psicologia</i>, 23(3), 239-249.</p>	<p>139 crianças que buscaram atendimento psicológico no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade Federal de Uberlândia entre os anos de 2000 e 2002.</p> <p>4 -10 anos</p>	<p>Prontuários</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1294 1109 1720 1380"> <p>Queixas escolares 24% D. de relacionamento 14%, Problemas cognitivos 14% Fisiológicas-funcionais 23%</p> </td> <td data-bbox="1720 1109 2139 1380"></td> </tr> </table>		<p>Queixas escolares 24% D. de relacionamento 14%, Problemas cognitivos 14% Fisiológicas-funcionais 23%</p>	
<p>Queixas escolares 24% D. de relacionamento 14%, Problemas cognitivos 14% Fisiológicas-funcionais 23%</p>						

8-) Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. <i>Psicologia em Estudo</i> , 11(2), 315-321.	129 crianças e adolescentes entre 2 e 17 anos atendidos por um serviço público de psicologia infantil na cidade de Ribeirão Preto	Prontuários	Agressividade 32,6% D. de aprendizagem 30,2% Baixa tolerância a frustração e/ou dificuldade de controle de impulsos 24,8% Desinteresse pela escola 19,4% Agitação 18,6%.								
9-) Kerr, D. C. R; Lunkenheimer, E. S.; & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. <i>Journal of Child and Psychology and Psychiatry</i> , 48(10), 967-975.	240 crianças na idade de 3 anos e depois aos 5 anos. Recrutados em anúncios de jornais e centros educacionais 118 meninas 122 meninos 235 mães e 157 pais (pais que participaram tinham SES alto)	CBCL CTRF TRF	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="1294 499 2139 539">CBCL – média</th> </tr> <tr> <th data-bbox="1294 539 1684 571">Externalizante</th> <th data-bbox="1684 539 2139 571">Internalizante</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1294 571 1684 778"> Aos 3 anos Mães (n=255): 11,5 Pais (n= 157): 10,7 </td> <td data-bbox="1684 571 2139 778"> Aos 3 anos Mães (n=255): 6,5 Pais (n= 157): 6,0 </td> </tr> <tr> <td data-bbox="1294 778 1684 978"> Aos 5 anos Mães (n=215):6,6 Pais (n= 156): 5,9 </td> <td data-bbox="1684 778 2139 978"> Aos 5 anos Mães (n=215): 3,7 Pais (n= 156): 3,4 </td> </tr> </tbody> </table>	CBCL – média		Externalizante	Internalizante	Aos 3 anos Mães (n=255): 11,5 Pais (n= 157): 10,7	Aos 3 anos Mães (n=255): 6,5 Pais (n= 157): 6,0	Aos 5 anos Mães (n=215):6,6 Pais (n= 156): 5,9	Aos 5 anos Mães (n=215): 3,7 Pais (n= 156): 3,4
CBCL – média											
Externalizante	Internalizante										
Aos 3 anos Mães (n=255): 11,5 Pais (n= 157): 10,7	Aos 3 anos Mães (n=255): 6,5 Pais (n= 157): 6,0										
Aos 5 anos Mães (n=215):6,6 Pais (n= 156): 5,9	Aos 5 anos Mães (n=215): 3,7 Pais (n= 156): 3,4										
10-) Merg, M. M. G. & Nunes, M. L. T (2008). Características da clientela infantil em clínica escola. Dissertação de Mestrado – PUCRS	2106 crianças, 0a 12 anos, que procuraram atendimento na clínica escola do CEAPIA entre 1979 e 2007. 1193 (66%) meninos 175 (34%) meninas	Prontuários	C. Agressivo 435 (20,7%) Ans/Depr. 341 (16,2%) P. de Atenção 333 (15,8%) P. Aprendizagem 269 (12,8%) P. Relacionamento 237 (11,3%)								

<p>11-) Anselmi, L.; Barros, F. C.; Teodoro, M. L. M.; Piccinini, C. A.; Menezes, A. M. B.; Araújo, C. L.; & Rohde, L. A. (2008). Continuity of behavioral e emotional problems from pre-school years to pré-adolescence in a developing country. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>, 49(5), 499 -507.</p>	<p>634 crianças brasileiras aos 4 anos 601 crianças as 12 anos 4 a 12 anos</p>	<p>CBCL</p>	<p>CBCL –média</p>	
			<p>Aos 4 anos as médias mais elevadas dos escores do instrumento foram para:</p> <p>Comportamento Agressivo 9,96 Problemas de Atenção 3,42 Ansiedade/Depressão 3,12 Isolamento 2,45 Comportamento de Quebrar Regras 2,40</p>	<p>Problemas externalizantes 12,56 Problemas internalizantes 6,15</p>
			<p>Aos 12 anos as médias mais elevadas foram para:</p> <p>Comportamento Agressivo 7,59 Problemas de Atenção 3,44 Ansiedade e Depressão 3,24 Isolamento 2,83 Problemas Sociais 2,04</p>	<p>Problemas externalizantes 9,34 Problemas internalizantes 6,56</p>
<p>12-) Moura, C. B.; Marinho, M. L.; Meurer, P. H. & Campana. C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clinica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). <i>Contextos Clínicos</i>, 1(1), 1-8.</p>	<p>103 mães de crianças de 2 a 6 anos. 74% meninos 26% meninas</p>	<p>CBCL 1 ½ a 5 anos 4 a 18 anos</p>	<p>CBCL 1 ½ - 5 anos</p>	
			<p>Comportamento agressivo 69,5% Ansiedade/Depressão 66% Emocionalmente reativo 65,5%</p>	<p>Externalizantes 68% Internalizantes 32%</p>
<p>13-) Elhamid, A. A.; Howe, A. & Reading, R. (2009). Prevalence of emotional e behavioral problemas among 6-12 years old children in Egypt. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>, 44(8), 8-14.</p>	<p>1077 pais 1167 professores Responderam o instrumento a respeito de crianças egípcias de 6 a 12 anos.</p>	<p>Strengths and Difficulties Questionnaire (SQD)</p>	<p>Segundo o relato dos pais os problemas mais prevalentes foram: Problemas de pares (38%), Problemas de conduta (25,3%), Problemas emocionais (21,2%), Problemas sociais (11,8%) Sintomas de hiperatividade (10,7%).</p>	

APÊNDICE B – Quadro dos dados encontrados nos estudos de psiquiatria.

REFERENCIA	PARTICIPANTES	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
1-) Steinhausen H-C; Metzke C.W.; Meier M. & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. Acta Psychiatr Scand, 98, 262-271.	305 pais com resultado clínico para o CBCL 74 controles 6-17 anos	Primeira fase: CBCL para selecionar os de screen positivo Segunda fase: The Diagnostic Interview Schedule for Children-Parent	Prevalência de 6 meses, baseada no DSM-IV T. Ansiedade 11.42% T. Disruptivo 6.50% Tics 6,01% Fobia Simples- 5.80% TDAH - 5.25% Fobia social 4.675% T. de Oposição 2.9%
2-) Arndorfer, R. E.; Allen, K. D. & Aljazeera, L.(1999). Behavioral Health Needs in Pediatric Medicine and de Acceptability of Behavioral Solutions: Implications for Behavioral Psychologists. Behavior Therapy, 30, 137-148.	N= 85 pediatras dos EUA	Prontuários Descrição dos casos ARPP questionário para avaliar a percepção da aceitabilidade e eficácia das intervenções comportamentais	- Relatos verbais de pediatras sobre problemas de comportamentos mais comuns: Oposição 51 (60%) Problemas de sono 36 (42%) TDAH 30 (25%) Problemas para comer 20 (24%) Problemas C. Escolares 19 (22%) Treino de Toalette 11 (13%) Total internalizantes 140 (37,9%) Total externalizantes 65 (17,6%)
3-) Sobel, A. B.; Roberts, M. C.; Rapoff, M. A. & Barnard, M. U. (2001). Problems and Intervention of a Pediatric Psychology Clinic in a Medical Setting: A Retrospective Analysis. Cognitive and Behavioral Practice, 8, 11-17.	N=250 clientes entre 1-21 anos de uma clinica pediátrica entre 1990 e 1998. 65 feminino 185 masculino	Informações dos prontuários dos clientes Informações de diagnósticos dos terapeutas tb colidas nos prontuários.	Problemas escolares 66 (17,2%) Hiperatividade 51 (13,7%) Atenção 43 (11,6%) Problemas de Comp. 41 (11%) Agressão 25 (6,7%) Desobediência 19 (5,1%) Depressão 13 (3,5%)

<p>4-) Heiervang, E.; Stormark, K. M.; Lundervold, A.; Heimann, M.; Goodman, R.; Posserud, M-B. & Ullebo, A. K. (2001). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. <i>Journal of Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>, 46(4), 438-447.</p>	<p>Primeira fase: 9155 crianças norueguesas</p> <p>Segunda fase: 1011 crianças foram selecionadas para serem avaliadas</p> <p>7 – 9 anos em 2002/2003</p>	<p>SOD DAWBA</p>	<p>DAWBA</p> <p>Transtorno de Oposição 2,45% Fobia específica 1,84% TDAH 1,36% T. ans. Separação 1,06% T conduta 0,47%</p>
<p>5-) Teagle, S. E. (2002). Parental Problem Recognition and Child Mental Health Service Use. <i>Mental Health Research</i>, 4(4), 257-266.</p>	<p>1,420 jovens do GSMS. Great Smoky Mountains Study</p> <p>9, 11 e 13 anos</p>	<p>- The Child and Adolescent Psychiatric Assessment – CAPA - The Child and Adolescent Impairment Assessment – CAIA - The Child and Adolescent Service Assessment – CASA - Mood and Feelings Questionnaire MQF - Teacher Report Form - TRF</p>	<p>964 (67,8%) dos jovens foram diagnosticados com:</p> <p>Transtorno de Conduta 249 (25,8%) Desordem D. Opositiva 243 (25,2%) Transtorno de Ansiedade 169 (17,5%) Transtorno Depressivo 118 (12,2%) TDAH 103 (10,6%)</p>
<p>6-) Fleitlich-Bilyk, B. & Goodman, R. (2004). Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in South Brazil. <i>Journal of American Academic Adolescent Psychiatry</i>, 43(6), 727-734.</p>	<p>95% prevalência de transtornos na amostra total (1251):</p> <p>N= 1.188 alunos brasileiros de 7-14 anos</p> <p>662 (53%) meninos 589 (47%) meninas</p>	<p>The Developmental and Well Being Assessment – DAWBA</p>	<p>Prevalência de transtorno psiquiátrico na amostra: 1.251 (12,7%):</p> <p>T. Oposição 3,2% T. Conduta 2,2% TDAH 1,8% T. Ansiedade de separação 1,4% Fobia específica 1% Fobia Social 0,7%</p>

<p>7-) Cowling, V.; Luk, E. S. L.; Mileskin, C. & Birlson, P. (2004). Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use. <i>Psychiatric Bulletin</i>, 28, 43-46.</p>	<p>- 61 pais (10 mulheres e 51 homens -25 e 56 anos) de um serviço de saúde mental - Victoria, Austrália. - 128 crianças entre 2 meses e 18 anos</p>	<p>- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - The Service Utilisation Questionnaire - The Help-seeking Questionnaire</p>	<p>SAUDE MENTAL PELO SQD - apenas 101 ccas com idade apropriada 4- 16 anos para responder: Hiperatividade 19% Emocional 34% Conduta 28% Relacionamento 30%</p>
<p>8-) Petersen D. J.; Bilenberg, N.; Hoerder, K. & Gillberg, C. (2006). The population prevalence of child psychiatric disorders in Danish 8- to 9 –years-old children. <i>European Child and Adolescent Psychiatry</i>, 15, 71-78.</p>	<p>N= 5.396 escola fundamental N= 167 escola especial Crianças de aproximadamente 8 anos</p>	<p>- CBLC - Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children; - Present and Lifetime version - The Children's Global Assessment Scale (C-GAS), - The Wechsler Intelligence Scale for Children (WISCIII), - The Autism Spectrum Disorder Screening Questionnaire (ASSQ), - checklist containing the diagnostic criteria for Pervasive Developmental Disorders</p>	<p>Escola fundamental T. Eliminação 5,9 % TDAH 5,3% T. de Oposição 4,5% T. Emocional 3,6% Tics 0,6% T. Afetividade 0,6% Escola Especial TDAH 6,4% T. Eliminação 6,3% T. Oposição 5% T. Emocional 4% T. Afetividade 0,8%</p>
<p>9-) Espósito, P. B. & Savóia, M. G. (2006). Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: Um estudo descritivo. <i>Psicologia: Teoria e Prática</i>, 8(1), 31-40.</p>	<p>- Pais e cuidadores de 107 adolescentes de 12-18 anos, atendidos nos Ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência de SP em 2001. - 71,9% homens 28,1% mulheres</p>	<p>Entrevista semiestruturada</p>	<p>Resultados baseados no CID-10: T. Global do Desenvolvimento 30% Deficiência Mental 19% Esquizofrenia 18% Depressao 10% T. de Contuda 4%</p>

<p>10-)</p> <p>Skoovgaard, A. M.; Houmann, T.; Christiansen, E.; Landorph, S.; Jorgensen, T.; Olsen, M. (2007). The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age – the Copenhagen Child Cohort 2000. <i>Journal of Psychology and Psychiatry</i>, 48(1), 62-70.</p>	<p>211 crianças dinamarquesas de aproximadamente 1 ano e meio (17 a 19 anos).</p> <p>110 meninos (52%) e 101 meninas (48%)</p>	<p>-The Child Behavior Check List 1½–5 (CBCL 1½–5) -The Infant Toddler Symptom Check List (ITSCCL) -Checklist for Autism in Toddlers (CHAT) -Bayley Scales of Infant Development II (BSID II) -The Parent Child Early Relationship Assessment (PC ERA) -Parent Infant Relationship Global Assessment Scale</p>	<p>Resultados baseados no CID-10:</p> <p>T. emocionais n=9 (4,3%) T. Alimentação n=6 (2,8%) T. desenvolvimento n=6 (2,8%) TDAH n=5 (2,4%) Distúrbios do Sono n=3 (1,4%)</p>																													
<p>11-)</p> <p>Beyer, T. & Furniss, T. (2007). Child Psychiatric Symptoms in primary school: The second wave four years after preschool assessment. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>, 42, 753-758.</p>	<p>1481 crianças da escola primária 8 a 12 anos</p> <p>733 - 49,5% meninos 748 – 51,5% meninas</p>	<p>CBCL</p>	<p>T.scores prevalentes do CBCL</p> <table border="1" data-bbox="1429 751 2110 1048"> <tr> <td>Ans/ Depr.</td> <td>64,8</td> <td>Ans/Depr</td> <td>67,6</td> </tr> <tr> <td>Problemas Atenção</td> <td>64,6</td> <td>Problemas Sociais</td> <td>65,1</td> </tr> <tr> <td>Problemas Sociais</td> <td>64</td> <td>Isolamento</td> <td>63,7</td> </tr> <tr> <td>Queixas somáticas</td> <td>64</td> <td>Queixas somáticas</td> <td>63,5</td> </tr> <tr> <td>Isolamento</td> <td>62,2</td> <td>Problemas/ atenção</td> <td>62,2</td> </tr> <tr> <td>Int 28,2%</td> <td></td> <td>Int 26%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ext 9,2%</td> <td></td> <td>Ex 1%</td> <td></td> </tr> </table>		Ans/ Depr.	64,8	Ans/Depr	67,6	Problemas Atenção	64,6	Problemas Sociais	65,1	Problemas Sociais	64	Isolamento	63,7	Queixas somáticas	64	Queixas somáticas	63,5	Isolamento	62,2	Problemas/ atenção	62,2	Int 28,2%		Int 26%		Ext 9,2%		Ex 1%	
Ans/ Depr.	64,8	Ans/Depr	67,6																													
Problemas Atenção	64,6	Problemas Sociais	65,1																													
Problemas Sociais	64	Isolamento	63,7																													
Queixas somáticas	64	Queixas somáticas	63,5																													
Isolamento	62,2	Problemas/ atenção	62,2																													
Int 28,2%		Int 26%																														
Ext 9,2%		Ex 1%																														
<p>12-)</p> <p>Grupp-Phelan, J.; Wade, T. J.; Pickup, T.; Ho, M. L.; Lucas, C. P.; Brewer, D. E. & Kelleher, K. J. (2007). Mental Health Problems in Children and Caregivers in the Emergency Department Setting. <i>Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics</i>, 28, 16-21.</p>	<p>Entrevista com 369 mães que deram entrada para seus filhos no departamento de emergência pediátrica para queixas não psiquiátricas - 4 a 18 anos</p>	<p>Entrevista de triagem</p> <p>Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) Predictive Scales.</p>	<p>Fobia Social 80(21,7%) TOC 61(16,5%) T.A. Separação 42 (12,2%) Agorafobia 41 (11,1%) TDAH 39 (10,6%)</p>																													

<p>13-) Syed, E. U.; Hussein, S.A. & Mahmud, S. (2007). Screening for emotional and behavioural problems amongst 5–11-year-old school children in Karachi, Pakistan. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>, 42, 421-427.</p>	<p>640 crianças de escola pública e privada 5-11 anos 339 meninos (53%) 301 meninas (47%)</p>	<p>SQD</p>	SQD	
			<p>Meninas: P. de conduta 165(48,7%) P. emocionais 125 (36,9%) P. com pares 133 (39,2%) Hiperatividade 80 (23,6) P. sociais 41 (12,1%)</p>	<p>Meninos P.emocionais 114 (37,9%) P. de pares 109 (36,2%) P. conduta 106 (35,2%) Hiperatividade 40 (13,3%) P. Sociais 36 (12%)</p>
			<p>Escola Pública P. de conduta 191 (51,8%) P. emocionais 154 (41,7%) P. de pares 151 (40,9%) Hiperatividade 77 (20,9%) P. sociais 52 (14,1%)</p>	<p>Escola Privada P. de pares 91 (33,3%) P. emocionais 85 (31,4%) P. de conduta 80 (29,5%) Hiperatividade 43 (15,9%) P. sociais 25 (9,2%)</p>
<p>14-) Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N. & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. <i>Caderno de Saúde Pública</i>, 24(3), 633-642.</p>	<p>1456 participantes de 0-21 anos, que procuraram tratamento em sete Centros de Atendimento Psicossocial no ano de 2003. CAPSIS: estados envolvidos: 1SP, 3 MG, 2 PR E 1 MG. 62,8% meninos e 38,2% meninas</p>	<p>Prontuário</p>	<p>Meninas T. emocionais 196 (36,3%) T. estresse 139 (25,7%) T. humor 76 (14,1%) T. des. Psico 57 (10,6%) Retardo mental 31 (5,7%)</p>	<p>Meninos T. emocionais 452 (49,4%) T. des. Psico. 150 (16,4%) T. estresse 149 (16,3%) Retardo mental 52 (5,7%) T. humor 51 (5,6%)</p>

<p>15-) Tick, N.T.; Van der Ende, J. & Verhulst, F. C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i>, 116, 473-482.</p>	<p>Participantes de 1983 > N= 1735 49%meninos 51% meninas</p> <hr/> <p>Participantes de 1993 > N= 1715 50,6% meninos 49,4% meninas</p> <hr/> <p>Participantes de 2003 > N= 1417 49,8% meninos 50,2% meninas</p>	<p>CBCL TRF</p>	<p>1983 - <u>media</u> Comportamento Agressivo 4.7 Problemas de Atenção 2.6 Ansiedade e Depressão 2.3 Problemas sociais 2.1 Isolamento 1.7</p> <hr/> <p>1993 Comportamento Agressivo 4.4 Ansiedade e Depressão 2.6 Problemas de Atenção 2.5 Problemas sociais 2 Problemas de pensamento 1.8</p> <hr/> <p>2003 Comportamento agressivo 4,7 Ansiedade e depressão 3.2 Problemas de Atenção 2.8 Problemas sociais 1.8 Queixas somáticas 1.5 Comportamento de quebrar regras 1.5</p>
<p>16-) Roberts, R. E.; Roberts, C. R. & Xing, Y. (2007). Rate of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. <i>Journal of Psychiatric Research</i>, 41, 959-967.</p>	<p>4175 jovens americanos 11 a 17 anos</p>	<p>Diagnostic Interview Schedule for Children, Version 4 (DISC-IV) Child Global Assessment Scale (CGAS)</p>	<p>T. de ansiedade 6,9% T. perturbador 6,4% Dependência química 5,7% T. conduta 3,3% T. Oposição 2,7%</p>
<p>17-) Pillai, A.; Patel, V.; Cardozo, P.; Goodman, R.; Weiss, H. & Andrew, G. (2008). Non-traditional lifestyles and prevalence of mental disorders in adolescents in Goa, India. <i>The British Journal of Psychiatry</i>, 192, 45-51.</p>	<p>2048 crianças indianas: 952 da área urbana 1056 da área rural 1031 meninos 1017 meninas.</p>	<p>DAWBA Entrevista semiestruturada</p>	<p>T. depressivo n=10 T. de ansiedade n=6 Fobia social n=4 T. pânico n=4 TOC n=4 TDAH n=4</p>

<p>18-) Benjet, C.; Borges, G.; Medina-Mora, M. E.; Zambrano, J. & Aguiar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. <i>Journal of Child Psychology and Psychiatry</i>, 50(4), 386-395.</p>	<p>3005 adolescentes mexicanos de 11 a 17 anos 47,9% meninos 52,1% meninas</p>	<p>World Mental Health version of the Adolescent Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI-A)</p>	<p>Transtornos categorizados de acordo com o DSM-IV:</p> <table border="0"> <tr> <td>Transtorno de Ansiedade</td> <td>29,8%</td> </tr> <tr> <td>Fobia específica</td> <td>20,9%</td> </tr> <tr> <td>Fobia social</td> <td>11,2%</td> </tr> <tr> <td>T. explosivo intermitente</td> <td>8,7%</td> </tr> <tr> <td>Transtorno de Oposição</td> <td>5,3%</td> </tr> </table>	Transtorno de Ansiedade	29,8%	Fobia específica	20,9%	Fobia social	11,2%	T. explosivo intermitente	8,7%	Transtorno de Oposição	5,3%
Transtorno de Ansiedade	29,8%												
Fobia específica	20,9%												
Fobia social	11,2%												
T. explosivo intermitente	8,7%												
Transtorno de Oposição	5,3%												

APÊNDICES
ESTUDO 2

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (MÃE)

Você participará de uma pesquisa que pretende levantar e comparar as características da população infantil, assistida pela modalidade de tratamento psicológico e psiquiátrico.

1-) Durante a pesquisa, serão realizadas aplicações de questionários que contem informações suas de seu filho, que podem estar relacionadas com a modalidade de tratamento da criança.

2-) Com relação a participação, não esta previsto nenhum tipo de risco a integridade física e moral dos participantes.

3-) Sempre que houver necessidade podem ser solicitados esclarecimentos sobre o funcionamento das atividades do projeto. A pesquisadora coloca-se a disposição pelo telefone 3351 6002, todos os dias das 8 as 18 hs.

4-) Sua ação é voluntária, portanto, há liberdade para recusar a participação no projeto e retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que sofra penalização alguma ou sem prejuízo para o atendimento que esta realizado.

5-) As informações serão usadas por supervisores idôneos, respeitando o sigilo dos participantes.

6-) Não haverá qualquer custo financeiro pela participação.

Sendo assim, eu _____

RG _____ responsável por _____

RG: _____ aceito participar e forneço consentimento para que meu filho seja participante dessa pesquisa.

Londrina, _____ de _____ de 2009

Bruna de Moraes Aguiar

Universidade Estadual de Londrina

Pesquisadora

Telefone: (43) 3351 6003

Cynthia Borges de Moura

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Coordenadora da Pesquisa

Telefone: (43) 3371 4227

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semi-estruturada para mães que procuraram auxílio psicológico.

1- Além do tratamento psicológico, você considerou procurar auxílio de um psiquiatra para ajudar seu filho?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

2- Seu filho já passou por algum tratamento psicológico antes?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

3- Você (mãe) já passou por algum tratamento psicológico?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

4- Se o psicólogo te orientasse a fazer um tratamento psiquiátrico junto ao tratamento psicológico, você o faria?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

APÊNDICE C

Roteiro de entrevista semi-estruturada para mães que procuraram auxílio psiquiátrico.

1- Além do tratamento psiquiátrico, você considerou procurar auxílio de um psicólogo para seu filho?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

2- Seu filho já passou por algum tratamento psiquiátrico antes?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

3- Você (mãe) já passou por algum tratamento psiquiátrico?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

4- Se o psiquiatra te orientasse a fazer tratamento psicológico junto ao tratamento psiquiátrico, você o faria?

() SIM – Porque _____

() NÃO – Porque _____

ANEXOS
ESTUDO 2

ANEXO A
FOLHA DE LEVANTAMENTO DEMOGRÁFICO.

DADOS DA CRIANÇA

Nome _____

Data de Nascimento _____ Idade no dia da triagem _____

Cidade de Nascimento _____

Sexo () FEM ou () MASC.

Religião _____ Raça _____

Quantos irmãos tem: _____

Dentre os filhos, qual a posição de nascimento da criança _____

Frequenta escola _____ () Pública ou () Privada

Série _____ Período _____

Nome da Escola _____

DADOS DO NÚCLEO FAMILIAR

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão

DADOS DA MÃE

Nome _____

Tel residencial _____ Tel comercial _____

Celular _____ Endereço _____

Data de Nascimento _____ Idade no dia da triagem _____

Cidade de Nascimento _____ Estado civil _____

Escolaridade _____

Religião _____ Raça _____

Renda familiar (aproximadamente) _____

Informações Adicionais

Encaminhado por _____

Já fez algum tratamento médico (exceto psiquiátrico) _____

Especifique _____

Toma medicamento _____ Qual _____

Horários disponíveis para atendimento _____

Data de triagem _____

Estagiário _____ Supervisor _____

RELATO DA ENTREVISTA

Queixa (descrição, frequência, duração, exemplos, implicações para as crianças e outras pessoas, tentativas de mudanças já realizadas)

Relacionamento Familiar (relacionamento da criança com os pais e irmãos, relacionamento conjugal dos pais)

Expectativas em relação ao atendimento

ANEXO B

Lista de Verificação Comportamental para Crianças/ Adolescentes de 6-18 Anos (CBCL 6-18)

ID: _____

NOME DA CRIANÇA: _____

Idade _____ anos	Sexo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Raça	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não esteja trabalhando no momento. (Especifique, por favor - por exemplo: mecânico de automóveis, professora de ensino secundário, doméstica, operário, vendedor, vigilante)
Escolaridade _____ série	Data de hoje: Dia _____ Mês _____ Ano _____ Data de Nascimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____ Por favor responda a este formulário de acordo com o modo como você vê o comportamento da criança mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da pagina 2.		Tipo de trabalho do pai: _____ Tipo de trabalho da mãe: _____ Formulário preenchido por: (nome completo) Seu sexo: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino Sua relação com a criança: <input type="checkbox"/> mãe/pai biológico <input type="checkbox"/> padrasto/madrasta <input type="checkbox"/> avô/avó <input type="checkbox"/> mãe/pai adotivo <input type="checkbox"/> cuidador <input type="checkbox"/> outro (especifique)
Não freqüenta a escola <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

I Por favor enumere os esportes que seu filho mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, patinação, skate, andar de bicicleta, etc. <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Menos que a média</th> <th>Dentro da média</th> <th>Mais que a média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Abaixo da média</th> <th>Dentro da média</th> <th>Acima da média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														

II. Por favor enumere os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho que não sejam esportes. Por exemplo: selos, bonecas, livros, trabalhos manuais, cantar, etc. (não inclua ouvir rádio, ou ver televisão) <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, quanto tempo aproximadamente pratica cada um?	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue se sair bem em cada um?																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Menos que a média</th> <th>Dentro da média</th> <th>Mais que a média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Abaixo da média</th> <th>Dentro da média</th> <th>Acima da média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	Menos que a média	Dentro da média	Mais que a média																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														

III. Por favor enumere quaisquer organizações, clubes, equipes ou grupos a que seu filho(a) pertença <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau é ativo(a) em cada um?																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Menos ativo</th> <th>Médio</th> <th>Mais ativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Menos ativo	Médio	Mais ativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	Menos ativo	Médio	Mais ativo														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
IV Por favor enumere quaisquer empregos ou tarefas de seu filho (a). Por exemplo: lavar a louça, tomar conta das crianças, fazer a cama, etc. (inclui tanto trabalhos pagos como não pagos) <input type="checkbox"/> nenhum a) _____ b) _____ c) _____	Em comparação com outras crianças da mesma idade, em que grau consegue desempenhá-las bem?																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Não sei</th> <th>Abaixo da média</th> <th>Dentro da média</th> <th>Acima da média</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Não sei	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

V. 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos (as) amigos (as) íntimos (as)? (não inclua irmãos e irmãs)

 nenhum 1 2 ou 3 4 ou mais

2. O seu filho (a) tem atividade com os amigos (as) fora das horas de aula aproximadamente quantas vezes por semana?
(não inclua irmãos e irmãs)
 Menos que 1 1 ou 2 3 ou mais

VI Em comparação com outras crianças da mesma idade, até que ponto:

	Pior	Próximo (a) da média	Melhor	
a) Consegue relacionar-se adequadamente com os seus/suas irmãos ou irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> não tem irmãos ou irmãs
b) Consegue se relacionar-se adequadamente com os outras crianças?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue comportar-se adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue divertir-se e trabalhar sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempenho em disciplinas escolares:

Não frequenta a escola pois _____

	Maus resultados	Abaixo da média	Dentro da média	Acima da média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias - por exemplo: computação, Língua estrangeira. Não inclua educação física educação no trânsito, etc.	e) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho (a) frequenta algum estabelecimento ou classe de ensino especial? Não Sim - que tipo de escola ou classe?

3. O seu filho (a) repetiu algum ano? Não Sim - qual e porque?

4. O seu filho (a) teve algum problema na escola, de aprendizagem ou outro? Não Sim - Descreva-o, por favor:
Quando começaram esses problemas? _____
Os problemas mencionados já acabaram? Não Sim - quando?

O seu filho (a) tem alguma doença, deficiência física ou deficiência mental? Não Sim - Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho ou filha?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho ou filha.

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) NESTE MOMENTO ou NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA em relação ao seu filho (a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é ALGUMAS VEZES VERDADEIRA em relação ao seu filho. Se a afirmação NÃO É VERDADEIRA em relação ao seu filho (a), trace um círculo à volta do 0. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe) 1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA 2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	1. Age de maneira muito infantil para a sua idade	0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má
0 1 2	2. Ingere bebida alcoólica sem a aprovação dos pais(descreva) _____	0 1 2	32. Acha que deve ser perfeito(a)
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2	33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	4. Não termina o que começou	0 1 2	34. Acha que os outros o perseguem
0 1 2	5. Há poucas coisas que gosta	0 1 2	35. Sente-se pior que os outros

0 1 2	6. Faz suas necessidades fora do banheiro	0 1 2	36. Tem tendência a cair muito
0 1 2	7. É vaidoso(a)	0 1 2	37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento (a) muito tempo	0 1 2	38. As pessoas riem dele
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva-as)	0 1 2	39. Anda com crianças que se metem em brigas
0 1 2	10. Não consegue ficar sentado (a), é irrequieto (a) ou hiperativo (a)	0 1 2	40. Ouve sons ou vozes que não estão presentes (descreva-os)
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2	41. É impulsivo, ou age sem pensar
0 1 2	12. Reclama de estar muito sozinho (a)	0 1 2	42. Gosta de estar sozinho (a)
0 1 2	13. Fica confuso (a) ou parece ficar sem saber onde está	0 1 2	43. Mentira
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2	44. Rói as unhas
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2	45. É nervoso (a) , muito excitado (a) ou tenso (a)
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros	0 1 2	46. Tem movimentos nervosos/tiques (descreva-os)
0 1 2	17. Sonha acordado (a) ou perde-se em seus pensamentos	0 1 2	47. Tem pesadelos
0 1 2	18. Já tentou se suicidar	0 1 2	48. As outras crianças não gostam dele(a)
0 1 2	19. Requer muita atenção	0 1 2	49. Tem prisão de ventre
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2	50. Tem medo de tudo
0 1 2	21. Destroí objetos da sua família ou de outras crianças	0 1 2	51. Sente tonturas
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2	52. Sente-se muito culpado
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2	53. Come muito
0 1 2	24. Não come bem	0 1 2	54. Cansa-se muito
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças	0 1 2	55. Tem peso excessivo
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal	0 1 2	56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	27. Sente ciúme com facilidade	0 1 2	a) Sofrimentos ou dores
0 1 2	28. Quebra as regras em casa, na escola ou em outros lugares	0 1 2	b) Dores de cabeça
0 1 2	29. Tem medo de determinados animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva-os)	0 1 2	c) Enjôo
0 1 2	30. Tem medo de ir à escola	0 1 2	d) Problemas com os olhos (descreva-os)
		0 1 2	e) Problemas de pele
		0 1 2	f) Dores de estômago ou cólicas
		0 1 2	g) Vômitos
		0 1 2	h) Outros (descreva-os): _____

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)

1 = ALGUMAS VEZES VERDADEIRA

2 = FREQUENTEMENTE VERDADEIRA

0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2	84. Tem comportamentos estranhos (descreva-os)
0 1 2	58. Tira coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva-as)	0 1 2	85. Tem idéias estranhas (descreva-as)
0 1 2	59. Brinca com seus órgãos sexuais em público	0 1 2	86. É teimoso (a), mal humorado (a) ou irritado
0 1 2	60. Brinca muito com seus órgãos sexuais	0 1 2	87. Muda de humor repentinamente (alegre/triste)
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0 1 2	88. Se aborrece com facilidade
0 1 2	62. É desastrado (a) ou tem falta de coordenação	0 1 2	89. É desconfiado (a)
0 1 2	63. Prefere brincar com crianças mais velhas	0 1 2	90. Fala palavrões
0 1 2	64. Prefere brincar com crianças mais novas	0 1 2	91. Fala em matar-se
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2	92. Fala ou caminha quando está dormindo (descreva)
0 1 2	66. Repete várias vezes as mesmas ações, compulsões (descreva-as)	0 1 2	93. Fala muito
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2	94. Perturba os outros frequentemente
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2	95. Tem crises de raiva/temperamento exaltado
0 1 2	69. É reservado (a) e guarda as coisas para si mesmo (a)	0 1 2	96. Pensa muito em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não estão presentes (descreva-as)	0 1 2	97. Ameaça as pessoas

- | | | | |
|-------|---|-------|--|
| 0 1 2 | 71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente embaraçado (a) | 0 1 2 | 98. Chupa o dedo |
| 0 1 2 | 72. Provoca incêndios | 0 1 2 | 99. Fuma, mastiga ou cheira tabaco |
| 0 1 2 | 73. Tem problemas sexuais (descreva-os) | 0 1 2 | 100. Tem problemas para dormir (descreva-os) |
| 0 1 2 | 74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas | 0 1 2 | 101. Falta à escola sem necessidade ("mata aula") |
| 0 1 2 | 75. É tímido (a), ou envergonhado (a) | 0 1 2 | 102. É pouco ativo (a), move-se com lentidão, tem falta de energia |
| 0 1 2 | 76. Dorme menos que a maioria das crianças | 0 1 2 | 103. É infeliz, triste ou deprimido (a) |
| 0 1 2 | 77. Dorme mais que a maioria das crianças durante o dia e/ou durante a noite (descreva) | 0 1 2 | 104. Fala muito alto |
| 0 1 2 | 78. Desatento ou distrai-se facilmente | 0 1 2 | 105. Usa álcool ou drogas sem ser para fins medicinais (descreva-as) |
| 0 1 2 | 79. Tem problemas de linguagem ou dificuldades de articulação (descreva-os) | 0 1 2 | 106. Comete atos de vandalismo |
| 0 1 2 | 80. Fica de olhar parado | 0 1 2 | 107. Urina-se durante o dia |
| 0 1 2 | 81. Rouba coisas em casa | 0 1 2 | 108. Urina na cama |
| 0 1 2 | 82. Rouba coisas fora de casa | 0 1 2 | 109. Anda sempre a choramingar |
| 0 1 2 | 83. Acumula coisas que não precisa (descreva-as) | 0 1 2 | 110. Deseja ser do sexo oposto |
| | | 0 1 2 | 111. Isola-se , não cria relações afetivas com os outros |
| | | 0 1 2 | 112. Preocupa-se muito |
| | | | 113. Por favor escreva quaisquer problemas do seu filho ou filha que não tenham sido mencionados na lista acima: |
| | | 0 1 2 | _____ |
| | | 0 1 2 | _____ |
| | | 0 1 2 | _____ |

ANEXO C

Inventário Beck de Depressão - BDI

Nome: _____ Data: ____/____/____

Neste questionário existem grupos de afirmativas. Por favor, leia cuidadosamente cada um deles. A seguir, selecione a afirmativa, em cada grupo, que melhor descreve como você se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmativa que houver selecionado. Se várias afirmativas no grupo parecerem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmativas de cada grupo antes de fazer sua escolha.

1.	0	Não me sinto triste.
	1	Sinto-me triste.
	2	Sinto-me triste o tempo todo e não consigo sair disso.
	3	Estou tão triste ou infeliz que não posso agüentar!
2.	0	Não estou particularmente desencorajado(a) quanto ao futuro.
	1	Sinto-me desencorajado(a) quanto ao futuro.
	2	Sinto que não tenho nada por que esperar.
	3	Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
3.	0	Não me sinto fracassado(a).
	1	Sinto que falhei mais do que o indivíduo médio.
	2	Quando olho para trás em minha vida, tudo que vejo é uma porção de fracassos.
	3	Sinto que sou um fracasso completo como pessoa.
4.	0	Obtenho tanta satisfação com as coisas como costumava obter.
	1	Não gosto das coisas da maneira que costumava gostar.
	2	Não consigo mais sentir satisfação real com coisa alguma.
	3	Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
5.	0	Não me sinto particularmente culpado(a).
	1	Sinto-me culpado(a) boa parte do tempo.
	2	Sinto-me muito culpado(a) a maior parte do tempo.
	3	Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6.	0	Não sinto que esteja sendo punido(a).
	1	Sinto que posso ser punido(a).
	2	Espero ser punido(a).
	3	Sinto que estou sendo punido(a).
7.	0	Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
	1	Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
	2	Sinto-me aborrecido(a) comigo mesmo(a).
	3	Eu me odeio.
8.	0	Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
	1	Critico-me por minhas fraquezas ou erros.
	2	Responsabilizo-me o tempo todo por minhas falhas.
	3	Culpo-me por todas as coisas ruins que acontecem.
9.	0	Não tenho nenhum pensamento a respeito de me matar.
	1	Tenho pensamentos sobre me matar, mas não os levaria adiante.
	2	Gostaria de me matar.
	3	Eu me mataria, se tivesse uma oportunidade.
10.	0	Não costumo chorar mais que o habitual.
	1	Choro mais agora do que costumava fazer.
	2	Atualmente, choro o tempo todo.
	3	Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11.	0	Não me irrita mais agora que em qualquer outra época.
	1	Fico molesto(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
	2	Atualmente, sinto-me irritado(a) todo o tempo.
	3	Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. Nas horas de lazer, você prefere:
- Sair ()
 - b. Ficar em casa ()
- Seu parceiro geralmente prefere:
- a. Sair ()
 - b. Ficar em casa ()
13. Você já desejou não ter se casado?
- a. Frequentemente ()
 - b. Ocasionalmente ()
 - c. Raramente ()
 - d. Nunca ()
14. Se você pudesse viver sua vida novamente, você pensa que você:
- a. Se casaria com a mesma pessoa..... ()
 - b. Casaria com uma pessoa diferente..... ()
 - c. Não casaria de modo algum..... ()
15. Você confia em seu parceiro(a)?
- a. Nunca ()
 - b. Raramente ()
 - c. Quase sempre ()
 - d. Sempre ()