



**UNICAMP**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

**RAQUEL GODINHO HOKAMA DOS SANTOS**

**O “QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES” (*SDQ*) COMO  
INSTRUMENTO DE TRIAGEM DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM PRÉ-  
ESCOLARES: ESTUDO DE VIABILIDADE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

**CAMPINAS**

**2016**

RAQUEL GODINHO HOMAMA DOS SANTOS

O “QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES” (SDQ) COMO  
INSTRUMENTO DE TRIAGEM DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM PRÉ-  
ESCOLARES: ESTUDO DE VIABILIDADE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos  
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Ciências área de  
concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

ORIENTADORA: Prof (a) Dra. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA  
ALUNA RAQUEL GODINHO HOKAMA DOS SANTOS, E ORIENTADA PELA  
PROFA. DRA. ELOISA HELENA RUBELLO VALLER CELERI.

CAMPINAS

2016

**Agência(s) de fomento e nº(s) do processo(s):** Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Ana Paula de Moraes e Oliveira - CRB 8/8985

Santos, Raquel Godinho Hokama dos, 1983-  
Sa59q O "Questionário de Capacidades e Dificuldades" (SDQ) como instrumento de triagem de problemas de saúde mental em pré-escolares : estudo de viabilidade em unidade básica de saúde / Raquel Godinho Hokama dos Santos. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Eloisa Helena Rubello Valler Coleri.  
Dissertação (mostrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pré-escolar. 2. Saúde mental. 3. Atenção primária à saúde. I. Coleri, Eloisa Helena Rubello Valler, 1959-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Informações para Biblioteca Digital**

**Título em outro idioma:** Screening for mental health problems among preschool children with the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) : feasibility study in a primary health care unit

**Palavras-chave em inglês:**

Child, Preschool

Mental health

Primary health care

**Área de concentração:** Saúde da Criança e do Adolescente

**Títuloção:** Mestre em Ciências

**Banca examinadora:**

Eloisa Helena Rubello Valler Coleri [Orientador]

Amilton dos Santos Junior

Shella Cavalcante Caetano

**Data de defesa:** 14-12-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde da Criança e do Adolescente

---

## **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**RAQUEL GODINHO HOKAMA DOS SANTOS**

---

---

**Orientador (a) PROF(A). DR(A). ELOÍSA HELENA RUBELLO VALLER CELERI**

---

---

### **MEMBROS:**

---

**1. PROF(A). DR(A). ELOÍSA HELENA RUBELLO VALLER CELERI**

**2. PROF(A). DR(A). AMILTON DOS SANTOS JÚNIOR**

**3. PROF(A). DR(A). SHEILA CAVALCANTE CAETANO**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

---

**Data: 14 de dezembro de 2016**

---

Aos meus companheiros da vida,

Douglas, Tito e Fefê.

Nesta vida pode-se  
Aprender três coisas  
De uma criança:  
Estar sempre alegre,  
Nunca ficar inativo  
E chorar com força  
Por tudo o que se quer.

Paulo Leminski

## AGRADECIMENTOS

Algumas coisas eu me percebo fazendo desde que me reconheço....estas são brincar e estudar. Coisas que faço com prazer, que busco aprimorar e que me ajudaram a construir um lugar nesse mundo. Agradeço aos meus pais, a criadora/criativa – educadora- acolhedora *Marília* e o amoroso – pés no chão – incentivador *José*. À minha irmã *Lilian*, minha par(ça) de quem sempre recebo tantos gestos generosos e olhares orgulhosos.

Coisas mais são também capazes de enriquecer a minha vida. Agradeço ao *Douglas* por cuidar de muitas delas enquanto estive fora da sintonia: do nosso amor, da nossa casa, dos nossos filhos, da nossa dança.

Agradeço ao *Caio* e ao *Felipe*, por não desistirem de me dar carinho e trabalho. Por me esperarem e por toparem brincar com os amigos embaixo da minha janela.

Agradeço sem fim, à *Mariana*. Mãe-comigo, minha amiga.

Agradeço à *Camila*. Do seu divã com cobertor para o meu dia-a-dia.

Agradeço aos colegas das equipes do CAPSij (hoje) Roda Viva, por influenciarem minha transformação em uma profissional. Por compreenderem minhas ausências e estimularem o meu empenho com a pesquisa, com um ´salve´ especial para *Ana Luisa* e *Fernanda*.

Agradeço aos amigos pelo refresco da diversão. Aos amigos “*Curumins*”, à *Bruna* com sua turminha, à *Ohana*, às representantes da enfermagem *Michele* e *Diene*. Aos novos amigos com quem compartilhei o mestrado e que trouxeram bom humor, leveza e coragem às situações mais tensas que passei (e passamos): *Camila* e ela outra vez, *Thayla*, *Livia*, *Priscila*, *Odair*, *Marlene*, *Mauro* e *Vagner*.

Agradeço à *Eloisa*, por sua escolha pouco óbvia em me orientar. Por motivar com que eu imprimisse o meu estilo ao processo da pesquisa, por me ajudar a compreender e a lidar com o universo e as demandas acadêmicas. Pela dedicação inspiradora com que atua em um campo inovador...também entusiasmou-me a esse trabalho.

Agradeço aos professores *Maria de Lurdes* e *Amilton*, do programa de pós-graduação em saúde da criança – UNICAMP, cujas contribuições, provocações e vibrações especialmente na ocasião da qualificação do trabalho, foram decisivas para o aprofundamento da pesquisa e para o meu investimento na reta final. Também aos olhares estrangeiros e disponibilidade em contribuir para a melhoria desse trabalho, da professoras *Sheila Caetano* e *Luciana Surjus*.

Agradeço aos profissionais da equipe de saúde do CS São Domingos, que receberam minha proposta de trabalho com tal importância, que pude percebê-la como parte de suas rotinas.

Agradeço às famílias que participaram da pesquisa, pelo comprometimento que tiveram com o relato das informações e pela confiança de o fazerem para mim.

## **RESUMO:**

**Objetivos:** Verificar a aplicabilidade do Questionário de Capacidades e Dificuldades – *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ 2,4-p) como instrumento de rastreamento de Problemas de Saúde Mental (PSM) em crianças pré-escolares, no contexto da Atenção Básica à Saúde; caracterizar os PSM da amostra, comparando dados do SDQ (2,4-p) e do Inventário de Comportamentos da Criança – *Child Behavior Check List* (CBCL1½ -5 anos).

**Métodos:** estudo observacional transversal com amostra de conveniência composta por crianças de 31 a 50 meses, cujos responsáveis forneceram relato das informações. Na primeira etapa, profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) aplicaram o SDQ (2,4-p), durante consultas de rotina. Na sequência, o CBCL (1½ -5) foi aplicado aos responsáveis, por profissional experiente em saúde mental infantil. Resultados do SDQ e do CBCL foram comparados e correlação entre as escalas foi analisada.

**Resultados:** Dos 280 questionários disponibilizados aos profissionais da UBS, 48 foram preenchidos e houve aplicação do CBCL em 40 dos participantes. Entre os problemas rastreados com o SDQ, 18 casos (37,6% de 48) apresentam escore anormal no “Total de Dificuldades” e 38 (80,9% de 48), escore normal no “Impacto da Dificuldade”. Problemas de conduta se destacam pela porcentagem de escores anormais (47,9%). A correlação entre SDQ e CBCL é positiva em todas as escalas, exceto no comportamento pró-social.

**Conclusões:** PSM clinicamente importantes são encontrados em crianças pré-escolares. Variáveis do SDQ discriminam predominantemente, PSM normais e anormais, conforme parâmetros do CBCL, funcionando como um bom instrumento de triagem.

**Palavras-Chave:** Pré-escolar, saúde mental, atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT:**

**Objectives:** Verify the applicability of the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ 2,4-p) as a mean to track Mental Health Problems (MHP) among preschool children, in the context of Primary Health Care, to characterize the MHP of the sample, comparing data from SDQ (2,4-p) and from the *Child Behavior Check List* (CBCL1½ - 5 years).

**Methods:** Cross-sectional observational study with a convenient sample composed by children from 31 to 50 months old, whose caregivers have provided information reports. On the first stage, health professionals from a primary care health unit (UBS) have applied the SDQ (2,4-p), during routine consultations. After this procedure, the CBCL (1½ -5) was applied to the caregivers by a child mental health professional. The results from SDQ and CBCL were then compared and the correlation between scales was analyzed.

**Results:** Out of the 280 questionnaires available to the evaluators at UBS, 48 were filled and the CBCL was applied to 40 participants. Among the issues tracked by SDQ, 18 cases (37,6% out of 48) had an abnormal score in the "Total Difficulties" and 38 (80,9% out of 48) had a normal score in the "Difficulty impact". Behavior issues stood out due to the high percentage of abnormal scores (47,9%). The correlation between SDQ and CBCL was positive in all scales, except in the pro-social behavior.

**Conclusions:** clinically important MHP were found among pre-school children. SDQ variables showed predominantly normal and abnormal MHPs, according to CBCL parameters, fitting as a good screening tool.

**Keywords:** Child, Preschool; mental health; primary health care.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Área de abrangência dos CSs conforme o mapa de Campinas.

Figura 2. Fluxograma da distribuição do SDQ nas consultas.

## **LISTA DE QUADROS E TABELAS**

Quadro 1. Instrumentos de rastreamento e avaliação socioemocional e comportamental de bebês e crianças pequenas.

Quadro 2. Distribuição dos CSs por distrito sanitário – Campinas.

Tabela 1. População por faixa etária nos distritos de saúde.

Tabela 2. População de crianças de zero a quatro anos do distrito Sul.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACSs – Agentes Comunitários de Saúde

ASEBA – Achenbach System of Empirically Based Assessment

ASQ-Br – Ages and Stages Questionnaire – Brasil

CBCL – Child Behavior Checklist

CCEB – Critério de Classificação Econômica Brasil

CS – Centro de Saúde

DSM – Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano do Município

IRDI – Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil

PSM – Problema de Saúde Mental

RMC – Região Metropolitana de Campinas

RPMC – Relação Pai-Mãe-Criança

SAS – Statistical Analysis System

SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire

SMCP – Saúde Mental do Bebê e da Criança Pequena

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

## SUMÁRIO

1) INTRODUÇÃO.....	16
1.1) O campo da saúde mental do bebê e da criança pequena .....	16
1.2) Fundamentos do campo da saúde mental do bebê e da criança pequena .....	17
1.3) Problemas de saúde mental no bebê e na criança pequena .....	18
1.4) A avaliação em saúde mental do bebê e da criança pequena .....	20
1.5) O Questionário de Capacidades e Dificuldades – Strengths and Difficulties Questionnaire ( <i>SDQ</i> ).....	24
1.6) A saúde mental do bebê e da criança pequena na atenção básica à saúde.....	24
2) OBJETIVOS.....	27
2.1) Objetivo Geral.....	27
2.2) Objetivos Específicos.....	27
3) METODOLOGIA.....	29
3.1) Delineamento.....	29
3.2) Amostra.....	29
3.2.1) A escolha da UBS.....	28
3.2.2) Os sujeitos da pesquisa.....	33
3.3) Instrumentos de Medida.....	34
3.3.1) Para avaliação socioeconômica.....	34
3.3.2) Para avaliação da criança.....	34
3.3.2.1) <i>SDQ</i> (2,4-p).....	34
3.3.2.2) <i>CBCL</i> (1 <sup>1/2</sup> -5).....	35
3.4) Procedimentos.....	36
3.5) Aspectos éticos.....	41
4) RESULTADOS.....	41
Artigo Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares	
5) DISCUSSÃO GERAL.....	63
6) CONCLUSÕES.....	68
7) REFERÊNCIAS.....	69
8) APÊNDICE.....	73
9) ANEXOS.....	75

## **APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO**

Pesquisas científicas no campo da saúde mental do bebê e da criança pequena (SMCP) têm se expandido recentemente. No Brasil, ainda é uma área temática pouco explorada e o presente estudo é um dos pioneiros.

Tratando dessa novidade, o primeiro capítulo da dissertação apresenta os principais conceitos e fundamentos do campo da SMCP e argumenta a relevância da pesquisa. Os objetivos são explicitados no capítulo subsequente, que é complementado com as hipóteses que impulsionaram o trabalho.

No capítulo terceiro estão detalhados os métodos empregados no presente estudo, com a apresentação dos instrumentos de medida utilizados. Os resultados estão apresentados no capítulo quarto, em formato de artigo submetido a um periódico, conforme o formato alternativo de dissertação, possibilitado pela Comissão Central de Pós – Graduação da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP.

No capítulo quinto estão expostas as discussões complementares que não puderam ser apresentadas no artigo, dado o limitado espaço. Por fim, o capítulo sexto faz as considerações finais, integrando os conceitos apresentados e destacando as principais contribuições do presente estudo.

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 O campo da saúde mental do bebê e da criança pequena

Os termos “bebê” e “criança pequena” designam sujeitos com faixa etária de zero a cinco anos. Pode-se dizer sobre os bebês, aqueles com idades entre zero a dois anos e sobre as crianças pequenas, ou pré-escolares, aquelas com dois a cinco anos<sup>1,2</sup>.

O campo de conhecimento e intervenção em saúde mental junto a essa população tem ganhado consistência há poucas décadas, especialmente a partir de 1990<sup>1,3</sup>.

Os esforços inicialmente empregados para a expansão desse campo, foram em conceituar as capacidades e os problemas de saúde mental (PSM) que acometem o bebê e a criança pequena, e em investigar condições psicopatológicas. Atualmente é possível afirmar que um número significativo de crianças muito novas sofrem com problemas de saúde mental, sendo que os problemas que emergem nesse momento da vida da criança são geralmente persistentes<sup>4,5,6</sup>.

O *Steering Committee on Infant Mental Health* propõe como conceito de saúde mental do bebê e da criança pequena (SMCP), a capacidade infantil de explorar ativamente o ambiente que o cerca, sendo capaz de aprender com essa exploração; a capacidade de regular e expressar suas emoções, e de estabelecer relacionamentos íntimos e seguros<sup>1</sup>. O impacto dessas experiências na subjetividade infantil é um princípio central no campo da SMCP.

O ambiente de cuidados que suporta o desenvolvimento da criança nessa etapa tem influência significativa na qualidade da trajetória do amadurecimento. Constitui-se nos relacionamentos significativos que a criança estabelece com os cuidadores primários, com a comunidade e com a cultura<sup>7</sup>. Conforme Brazelton<sup>8</sup>:

*“Este período tem um objetivo adaptativo e o bebê tem a oportunidade de aprender coisas sobre ele mesmo e sobre o mundo que o rodeia. Ele tem a oportunidade de aprender os modelos e as expectativas familiares, culturais e individuais. No interior do envoltório protetor de adultos maternos, ele poderá aprender sistemas complexos de controle, empregando-os como ponto de referência para os processos de atenção e de*

*despertar de suas capacidades, assim como para regras de comunicação.” (pag.12)*

A relação do bebê com seus cuidadores primários pode ser denominada por relação pai-mãe-criança (RPMC) e é crucial para o desenvolvimento socioemocional e comportamental devido à confiança que a criança estreita com seu cuidador, à condição vulnerável de dependência e à sensibilidade às influências do ambiente (físico e de cuidados)<sup>1,3</sup>. A teoria do apego (*attachment*) oferece fundamentos para o exame da dinâmica relacional entre a criança e seus cuidadores primários<sup>7</sup>.

As diferenças individuais na manifestação de quadros psicopatológicos pelas crianças pequenas ligam-se originalmente a aspectos da RPMC e posteriormente, tornam-se características assumidas pelas crianças. O desenvolvimento das habilidades e competências infantis também varia conforme a qualidade da RPMC<sup>1</sup>.

As condições ambientais e a qualidade das experiências vividas pelos bebês modulam a expressão das características genéticas e influenciam a constituição da arquitetura cerebral. O desenvolvimento da trama sináptica impacta a qualidade do pensamento infantil e a capacidade de regulação das emoções, marcando a importância dos anos iniciais para a construção das habilidades cognitivas, sociais e emocionais<sup>9,10</sup>.

## **1.2 Fundamentos do campo da saúde mental do bebê e da criança pequena:**

A compreensão da RPMC é o ponto de partida do raciocínio clínico no campo da SMCP e orienta-se na identificação das potencialidades da criança e de sua família<sup>1,7</sup>. Essas potencialidades são o suporte para o desenvolvimento das capacidades infantis e parentais e a partir de onde focam-se as intervenções terapêuticas<sup>1</sup>.

A experiência cultural constitui um outro aspecto fundamental neste campo, que atravessa e transcende a criança e seu ambiente primário de relacionamentos. A cultura pode ser entendida como um conjunto de valores, crenças e práticas transgeracionais trazidas à rotina diária através dos atos e interações das pessoas com seu grupo. Influencia de formas diversas o desenvolvimento precoce, particularmente ao ter incidência sobre os cuidadores primários. Pode ser observada por meio do modo como os cuidadores respondem às solicitações das crianças, da compreensão a respeito da intensidade e do tipo de estimulação que oferecem a elas,

do manejo da rotina de cuidados da criança e de como ensinam habilidades que consideram valiosas para as crianças em seu específico contexto cultural<sup>11</sup>.

A multidisciplinaridade é mais uma característica relevante para o campo. A pluralidade de saberes é entendida como fundamental diante da complexidade e da natureza inter-relacional do desenvolvimento humano<sup>1</sup>.

### **1.3 Problemas de saúde mental no bebê e na criança pequena:**

Tendo em vista as diretrizes apresentadas anteriormente, tem-se que o desenvolvimento da criança pequena sofre grande influência das condições ambientais-culturais. Essas estabelecem interação com as características constitucionais da criança que a impulsionam ao desenvolvimento, como a capacidade de auto-regulação e o temperamento<sup>2,12</sup>.

As rápidas transformações pelas quais a criança passa ao longo da primeira infância fazem com que também o processo de identificação de um PSM seja dinâmico e dimensional. A expressão de sintomas pode alterar mesmo durante o processo de avaliação, devido à evolução neurodesenvolvimental, à aquisição de novas habilidades e capacidades e a mudanças no contexto ambiental<sup>13</sup>.

Além desses desafios, outros fatores afetam a identificação de um sinal de risco, de um PSM ou mesmo de um transtorno mental na criança pequena. É possível destacar o estigma associado à doença mental e à utilização de serviços de saúde mental; o receio dos pais de perceberem-se culpabilizados pelas dificuldades dos filhos ou de sentirem-se menos competentes no desempenho de seus papéis parentais; as diferenças culturais acerca da compreensão do desenvolvimento infantil, e a ideia socialmente dominante de que a infância é um período “sagrado e feliz”<sup>14</sup>.

Os sinais de um PSM podem ser notados pela frequência, intensidade e duração de um comportamento atípico para a idade da criança, em relação a parâmetros normativos do desenvolvimento de crianças da mesma idade, ou pela não aquisição de marcos importantes do desenvolvimento<sup>2,14</sup>.

Fleitlich-Bylik e Goodman observam a importância de não ser usada apenas a identificação de um sintoma como sinal da presença de um PSM. Destacam a necessidade de ser considerado o impacto do sintoma no funcionamento da criança e na vida familiar<sup>15</sup>.

O *National Center for Toddlers and Families* define os quadros psicopatológicos da criança pequena em três grandes domínios: Internalizantes, Externalizantes e de Desregulação<sup>16</sup>. Os problemas internalizantes incluem ansiedade, depressão/isolamento, medo e timidez/inibição. Os externalizantes relacionam-se a agressividade, hiperatividade, impulsividade e desatenção. A desregulação por sua vez, refere-se a dificuldades de regulação emocional, afetiva e de processamento sensorial<sup>17</sup>.

Entre os motivos mais frequentes de encaminhamento de bebês, para avaliação em saúde mental estão a desregulação do funcionamento fisiológico, que abrange entre outros, o comportamento agitado e as cólicas; os problemas de sono, de alimentação e de crescimento<sup>18</sup>. As crianças pequenas, por sua vez, são encaminhadas mais frequentemente por queixas de problemas de comportamento, tais como agressividade, impulsividade, comportamento desafiador e hiperatividade, além de preocupações com possível atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e com problemas no processamento sensorial<sup>18</sup>. Encaminhamentos relacionados à exposição da criança a situações de violência física e/ou sexual são também relevantes pela frequência com que ocorrem e pelo potencial danoso que têm para o desenvolvimento da criança pequena<sup>18</sup>.

Estudos epidemiológicos de SMCP estão em expansão, apoiados na crescente sofisticação de instrumentos baseados em evidências, para a identificação e classificação dos PSM.

Lavigne e colaboradores realizaram um estudo de epidemiologia psiquiátrica, com uma amostra de crianças de 2 a 5 anos, utilizando dois sistemas distintos de identificação de casos: um quantitativo (*Child Behavior Check List: CBCL 1 1/2-5* anos) e um taxônomo (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III*). Obtiveram taxa global de prevalência de transtornos do Eixo I/DSM-III de 21.4%; sendo dessas, 9.1% de transtornos graves e 5.4% apresentando comorbidade. Foi encontrada prevalência de 16,8% no transtorno desafiador de oposição (TDO), com 8,1% de implicações classificadas como graves. O transtorno de atenção e hiperatividade esteve presente em 2% das crianças participantes do estudo e foi observado que ele apareceu quase sempre associado a algum outro transtorno (frequentemente o TDO). Os meninos apresentaram as maiores taxas de prevalências globais e de transtornos externalizantes, tanto conforme o DSM-III quanto com o

CBCL. Não foram verificadas diferenças de gênero nos transtornos internalizantes, através do CBCL<sup>4</sup>.

Em estudo sobre a estabilidade de PSM na infância, foi observado que ocorrem alterações no padrão de problemas comportamentais durante os anos pré-escolares. De um ano e meio a três anos da criança, os problemas internalizantes não aparecem sozinhos, sendo manifestados concomitantemente com problemas externalizantes, mesmo tendo este último um grau leve. A ocorrência simultânea desses dois domínios de problemas, apesar de ser persistente em todo o período pré-escolar, apresenta-se com uma dimensão de gravidade apenas aos seis anos. Nessa idade, os problemas internalizantes podem apresentar-se separadamente dos externalizantes<sup>19</sup>.

A característica heterotípica da estabilidade dos PSM na primeira infância pode ter relação com um problema de base, que é a dificuldade de auto-regulação das emoções. Essa desregulação parece resultar também, na ocorrência concomitante de problemas internalizantes e externalizantes em idade escolar, e pode acarretar prejuízo no desempenho acadêmico, momento em que as habilidades de auto-regulação emocional são bastante demandadas<sup>19</sup>.

A identificação de sinais de risco para o desenvolvimento de PSM antes do início da vida escolar pode prevenir dificuldades acadêmicas, os problemas de comportamento na escola e o agravamento de sintomas de adoecimento mental a partir da segunda infância<sup>20</sup>.

#### **1.4 A avaliação em saúde mental do bebê e da crianças pequena:**

A avaliação tem por objetivo conhecer os problemas que as famílias do bebê ou da criança pequena estão enfrentando no momento presente e quais os obstáculos existentes que se relacionam à impossibilidade de a família superar o problema sem ajuda profissional<sup>7</sup>. É necessário identificar inicialmente, os fatores de risco imediatos ou de longo prazo, assim como os fatores protetores a que a criança e seus familiares estão sujeitos<sup>7</sup>.

Fatores de risco relacionados aos cuidadores primários ou ao contexto de vida podem ser a qualidade da RPMC, as características de vinculação, a saúde mental dos cuidadores, as práticas parentais punitivas, o estado emocional materno (a presença ou o histórico de adoecimento mental materno) e o nível de estresse

parental, as práticas parentais punitivas, a vivência ou exposição a situações de violência<sup>2,21</sup>. Esses fatores, analisados isoladamente não predizem com efetividade o desenvolvimento de um PSM, o impacto do mesmo no funcionamento infantil ou a persistência durante a primeira infância e transição para a segunda. A presença de múltiplos fatores de risco, por outro lado, é um marcador mais seguro de risco para o desenvolvimento de PSM nas crianças pré-escolares<sup>22</sup>.

Fatores de proteção podem ser reconhecidos como aqueles que apoiam o desenvolvimento da resiliência infantil e relacionam-se à auto-estima e competência social da criança, à saúde mental dos cuidadores primários, à presença de rede social de suporte familiar.

Estudos mostram que intervenções para promoção e aumento de fatores de proteção são mais eficazes do que as que têm por objetivo reduzir o impacto dos fatores de risco para o desenvolvimento infantil<sup>21</sup>. A ampliação da rede social de suporte familiar foi relacionada à redução do impacto do estresse psicológico materno sobre as práticas parentais com as crianças pequenas, protegendo-as, também, do agravamento do retraimento-depressão infantil. Intervenções orientadas para o incremento dessa rede podem auxiliar a minimizar os prejuízos dos problemas externalizantes e internalizantes no momento de a criança iniciar-se na escolarização<sup>22</sup>. Portanto, a avaliação da interação entre os fatores de risco e de proteção auxilia a elaboração de intervenções terapêuticas efetivas.

Instrumentos padronizados e baseados em evidência são um importante recurso no processo de avaliação da SMCP. Eles compõem com um conjunto de outros métodos empregáveis para uma avaliação complexa e ampliada, como as entrevistas não-estruturadas com múltiplos informantes e a observação da criança e da família em variados contextos da vida. A integração das informações advindas das diversas perspectivas sobre a criança pequena favorece a contextualização do PSM expresso por ela e assim, a as indicações terapêuticas apropriadas<sup>23</sup>.

Além dos instrumentos e do processo de avaliação, existem instrumentos e processo de rastreamento de PSM. Avaliação e rastreamento têm finalidades diferentes, sendo que a avaliação é um processo abrangente e com objetivo de identificar ou descartar a existência de um PSM ou de um transtorno mental enquanto

o rastreamento tem um procedimento mais imediato, com o objetivo de detectar o mais precocemente possível, as crianças que necessitam de avaliação<sup>24</sup>.

Os instrumentos de rastreamento têm como características serem breves, eficientes, de baixo custo, terem um sistema de pontuação fácil e objetivo, serem confiáveis e validados, e sensíveis às diferenças culturais<sup>24</sup>.

O quadro 1. mostra os principais instrumentos de rastreamento e de avaliação de problemas socioemocionais e comportamentais em crianças pequenas, baseados em relatos dos cuidadores primários.

Quadro 1. Instrumentos de rastreamento e avaliação socioemocional e comportamental de bebês e crianças pequenas.

Nome	Autor	Faixa etária	Tempo de administração	Validação no Brasil
Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional	Squires et al, 2002	3 – 66 meses	10 – 15 minutos	ASQ- Br, em 2011.
Brief Infant Toddler Social-Emotional Assessment	Carter e Briggs-Gowan, 2006	12- 36 meses	7 – 10 minutos	Não
Toddler Behavior Screening Inventory	Mouton-Siemien et al, 1997	12 -41 meses	10 minutos	Não
Temperament and Atypical Behavior Scale	Bagnato et al, 1999	11 – 71 meses	Rastreamento em 5 minutos; avaliação, em 15 – 20.	Não
Child Behavior Checklist	Achenbach e Rescorla, 2000	18 – 60 meses	15 – 20 minutos	Não <sup>1</sup>
Infant Toddler Social and Emotional Assessment	Carter e Briggs-Gowan, 2006	12 – 36 meses	25 – 30 minutos	Não
Baby and Infant Screen for Children with Autism	Matson et al, 2009	17 – 37 meses	Não há especificação	Não.
Questionário-Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil	Pesq. Multicêntrica – Grupo Nacional de Pesquisadores	0 – 18 meses	Sem especificação	IRDI-2010

### **1.5 O Questionário de Capacidades e Dificuldades – *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)***

É um instrumento de rastreamento largamente utilizado em pesquisas e na prática clínica. Entre as aplicações do SDQ em pesquisas, alguns estudos têm por objetivo a análise das características psicométricas do questionário. A utilização mais frequente do SDQ, entretanto, é em pesquisas descritivas ou epidemiológicas, que ao mesmo tempo avaliam algumas das propriedades psicométricas. Tem sido testado em diversos contextos culturais e com diferentes populações clínicas<sup>25</sup>.

Estudo psicométrico da versão do SDQ para crianças pré-escolares de três a quatro anos reitera a adequação da aplicação do questionário com crianças dessa faixa etária e relaciona dificuldades emocionais e comportamentais, manifestadas aos três anos, com a presença de transtornos mentais aos cinco. Problemas de hiperatividade em idade pré-escolar parecem ser fatores preditivos de Transtorno de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Global do Desenvolvimento e Transtorno Misto de Emoção e de Conduta sem outras especificações, em idade escolar (cinco e sete anos). Os problemas de conduta relacionam-se ao Transtorno de Atenção e Hiperatividade, após dois anos da primeira aplicação do questionário. Os de relacionamento com pares e os emocionais, por sua vez, relacionam-se a problemas internalizantes, especialmente ansiedade-depressão também em crianças de cinco e sete anos<sup>26</sup>.

No Brasil, até o momento presente, não existem estudos utilizando a atual versão do SDQ para crianças pré-escolares (de dois a quatro anos).

### **1.6 A saúde mental do bebê e da criança pequena na atenção básica à saúde**

A Portaria nº 2488/2011 do Ministério da Saúde, estabelece a Política Nacional da Atenção Básica à Saúde no Brasil. A ABS é considerada a porta de entrada prioritária do sistema público de saúde brasileiro, coordenando também as ações das Redes de Atenção à Saúde<sup>27</sup>.

Tem como princípios a universalização, a acessibilidade, a responsabilização, o vínculo, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, a humanização e a participação social. Compõem a rede de serviços nesse nível de atenção, as

Unidades Básicas de Saúde, os Consultórios na Rua, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes da Estratégia Saúde da Família<sup>27</sup>.

As práticas de atenção à saúde da criança na ABS estão igualmente fundamentadas nesses princípios e orientadas para a promoção e proteção da saúde, bem como para a detecção precoce de possíveis alterações no desenvolvimento. Sugerem protocolos para a identificação dessas demandas que utilizem avaliações objetivas das habilidades motoras, cognitiva, social e de comunicação <sup>28</sup>.

Apesar desses paradigmas serem similares aos do campo da SMCP, especialmente por destacarem a importância de ações de prevenção e de intervenção precoces, eles pouco influenciam o planejamento das ofertas de serviços de saúde ou intersetoriais, que atendam às necessidades integrais de desenvolvimento e bem estar da criança pequena e sua família<sup>27</sup>.

A aproximação dos saberes e das tecnologias de intervenção dos campos da SMCP e da pediatria no contexto da ABS, pode favorecer a promoção do desenvolvimento infantil saudável<sup>28</sup>.

Existem porém, significativas e diversas barreiras que atravessam essa possibilidade de ampliação do acesso das crianças pequenas e suas famílias a uma assistência adequada para os seus problemas psicossociais. Entre essas, as barreiras relacionadas a condições de trabalho inadequadas (como sobrecarga de tarefas pelos profissionais, recursos materiais e financeiros insuficientes e/ou pouca disponibilidade de serviços especializados)<sup>30</sup>.

Outra possibilidade de barreira relaciona-se à capacitação dos profissionais de saúde. Muitos tendem a compreender o PSM na criança pequena em termos de categorias de comportamentos, em oposição a uma compreensão contextualizada da dificuldade manifestada pela criança; ou mesmo, em termos de sintomas da criança e não da RPMC<sup>31</sup>.

Estudos reportam experiências exitosas de treinamento de profissionais para a identificação de PSM infantil. Os achados mostram a efetividade com que profissionais de saúde, mesmo não sendo da área da saúde mental, ao receberem capacitação, foram capazes de detectar PSM em crianças pré-escolares, incluindo os problemas da RPMC<sup>31</sup>. Foram também mais capazes de detectar PSM com intensidades

moderadas e graves, do que profissionais não treinados para a utilização de método estruturado de rastreamento de PSM<sup>32</sup>.

Estratégias para a qualificação da detecção de problemas de saúde mental na primeira infância são escassas no contexto da atenção básica à saúde, no Brasil. São, também, pouco utilizados instrumentos padronizados de rastreamento que possam auxiliar a identificação de tais necessidades. Entretanto, a intervenção precoce para esses problemas é determinante para o seguimento saudável do desenvolvimento da criança.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral:

- Verificar a aplicabilidade do Questionário de Capacidades e Dificuldades – *Strengths and Difficulties Questionnaire* - SDQ (2,4-p) como instrumento de rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares, no contexto da Atenção Básica à Saúde (ABS).

### 2.2 Objetivos específicos:

- Rastrear problemas de saúde mental em uma amostra de crianças pré-escolares, usuárias de uma Unidade Básica de Saúde.
- Caracterizar os problemas de saúde mental da amostra estudada.
- Comparar dados da amostra coletados com o SDQ(2,4-p) e com o Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 1/2-5 anos (*CBCL 1 1/2-5*).

**HIPÓTESES:**

- Sendo o SDQ (2,4-p) um questionário de fácil utilização, teria boa aplicabilidade durante as consultas na Unidade Básica de Saúde, aumentando a possibilidade de os profissionais identificarem um problema de saúde mental.
- A porcentagem de crianças da amostra que apresentam algum problema de saúde mental é compatível com dados internacionais de prevalência.
- Problemas de saúde mental triados com o SDQ (2,4-p) são compatíveis com os escores clínicos do CBCL (1 1/2-5).

### **3. METODOLOGIA:**

#### **3.1 Delineamento**

Estudo observacional transversal.

#### **3.2 Amostra**

##### **3.2.1 A escolha da Unidade Básica de Saúde:**

Para a realização da coleta dos dados da pesquisa, foi selecionado como local, o Centro de Saúde São Domingos. Esse CS está situado na periferia do município de Campinas, região interiorana do Estado de São Paulo.

O município é o centro de uma das mais importantes regiões metropolitanas do Brasil (Região Metropolitana de Campinas - RMC). O índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDHM) é considerado Muito Alto (0,805), conforme o Atlas do Desenvolvimento Humano dos municípios brasileiros, de 2013. É o município com a maior concentração de renda entre os demais da RMC, dado verificado pelo coeficiente de Gini, que aponta o grau de desigualdade na distribuição de renda da população (0,56; apurado em 2010)<sup>33</sup>.

Campinas tem cerca de 1.164.098 habitantes, segundo estimativa do IBGE, de Julho de 2015)<sup>34</sup>. De acordo com os dados do censo de 2010, 5,9% da população campineira tem entre 0 a 4 anos, representando 64.405 crianças<sup>35</sup>.

Campinas possui um sistema público de saúde que tem sido referência para a formulação de políticas de saúde desde a década de 1970 <sup>36</sup>. Atualmente a gestão desse sistema é descentralizada em cinco distritos sanitários: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste. Cabe a cada um deles as ações de planejamento e gestão da saúde tanto dos serviços da atenção básica quanto da atenção secundária, sejam eles públicos ou da rede conveniada<sup>37</sup>.

A Atenção Básica está composta por 63 Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde - CS), abrangendo cada uma, cerca de 20.000 habitantes nos seus

territórios. Os CSs contam com equipes multiprofissionais (médicos clínicos, pediatras e gineco-obstetras, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentistas, auxiliares de consultório dentário, profissionais de apoio) e cerca de 1/3 dos CSs contam ainda, com profissionais de saúde mental (médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais).

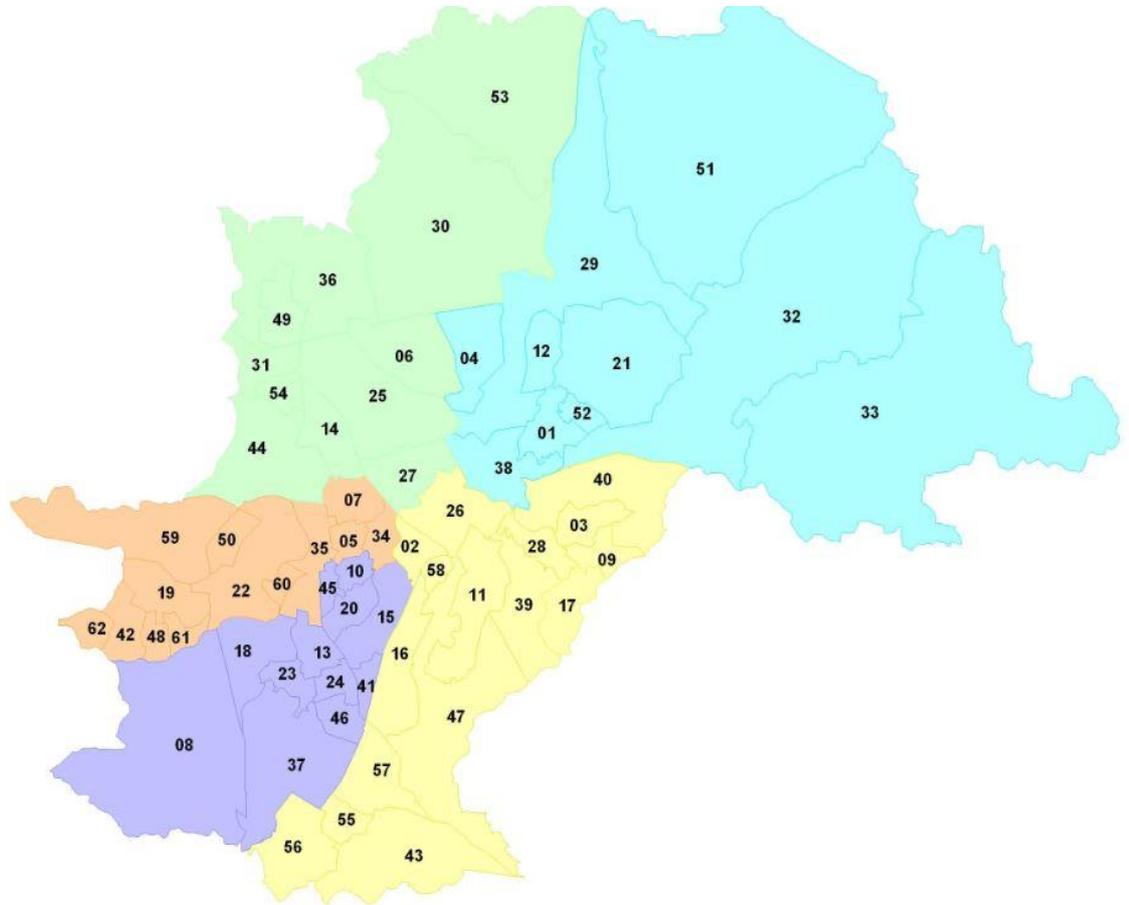
O quadro 2. apresenta os centros de saúde que compõem cada distrito sanitário e a figura 1. ilustra a localização dos CSs no município de Campinas.

Quadro 2. Distribuição dos CSs por distrito sanitário – Campinas.

<b>Norte</b>	<b>Sul</b>	<b>Leste</b>	<b>Sudoeste</b>	<b>Noroeste</b>
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orozimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 - Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Elíseos (Tancredão)	22 - Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino (Balão)
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sousas	20 - Capivari	35 - Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egídio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	48 - Itajaí
49 - Cássio Raposo do Amaral	39 - Villa Ipê	51 - Carlos Gomes	37 - São Cristóvão	50 - Rossin
53 - Village	40 - Paranapanema	52 - Boa Esperança	41 - Itatinga	59 - Santa Rosa
54 - Rosália	43 - São Domingos		45 - V. União / CAIC	60 - Satélite Iris
63 - San Martin	47 - Carvalho de Moura		46 - Santo Antônio	61 - Lisa
	55 - Campo Belo			62 - Campina Grande
	56 - Fernanda			
	57 - Nova América			
	58 - Oziel			

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Figura 1. Área de abrangência dos CSs conforme o mapa de Campinas.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

A escolha do CS onde ocorreu a coleta de dados da pesquisa se deu por estratificação. Inicialmente foi destacado o distrito que apresentava o maior número de crianças de zero a quatro anos ([tabela 1](#)); em seguida, os CSs que continham mais de 1.000 crianças da referida faixa etária ([tabela 2](#)).

Dos oito CSs destacados, excluíram-se aqueles cujos territórios são considerados predominantemente vulneráveis. Isso porque nesse tipo de contexto a prevalência de problemas de saúde mental é maior do que na população em geral e essa variável poderia interferir nas hipóteses da pesquisa. Foram então excluídos os CSs Campo Belo e Fernanda.

Para a elaboração dos critérios finais de seleção dos cinco CSs restantes, houve o auxílio de um representante da equipe de apoiadores institucionais do Distrito Sul. Ciente dos objetivos e delineamento da pesquisa, esse representante pôde ponderar características de composição das equipes, priorizando unidades com equipes mais completas, bem como de processos de trabalho, e da demanda de atendimento de cada unidade. Sendo assim, chegou-se à seleção do CS São Domingos.

Tabela 1. População por faixa etária nos distritos de saúde.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>NORTE</b>	<b>SUL</b>	<b>LESTE</b>	<b>SUDOESTE</b>	<b>NOROESTE</b>	<b>TOTAL</b>
<b>TOTAL</b>	<b>212.762</b>	<b>305.478</b>	<b>246.866</b>	<b>208.042</b>	<b>162.475</b>	<b>1.135.623</b>
0 a 4 anos	12.169	19556	11245	13976	10911	67857
5 a 9 anos	12.688	19799	11065	14819	11552	69923
10 a 14 anos	15.142	23029	12868	18221	14266	83526
15 a 19 anos	16.112	23097	15147	18037	14128	86521
20 a 29 anos	40.492	56356	45482	38964	30118	211412
30 a 39 anos	35.148	51759	40940	35366	27104	190317
40 a 49 anos	30.028	42670	36922	28860	22021	160501
50 a 59 anos	24.038	32389	32010	22000	16713	127150
60 a 69 anos	14.896	19862	20505	10921	9491	75675
70 a 79 anos	8.280	11699	13219	4930	4513	42650
80 a 89 anos	3.231	4611	6386	1668	1440	17336
90 a 99 anos	519	631	1045	251	209	2655
100 ou +	19	20	32	20	9	100

Fonte: SMS Campinas – Sistema de Informação – TabNet, 2015.

Tabela 2. População de crianças de zero a quatro anos por CS do distrito Sul.

<b>CS</b>	<b>N (0 a 4 anos)</b>
Campo Belo	1.421
Fernanda	1.123
São Domingos	1.039
São José	2.004
Orozimbo Maia	1.149
Paranapanema	1.020
Faria Lima	1.672
Vila ipê	1.223
Carvalho de Moura	724
Oziel	851
Vila Rica	545
Nova América	383
Esmeraldina	449
Santa Odila	600
São Vicente	-
Figueira	773
<b>Total</b>	<b>15.592</b>

Legenda: N (número de crianças de 0 a 4 anos).

Fonte: SMS Campinas - Sistema de informação

### 3.2.2 Os sujeitos da pesquisa

Foram inseridas na pesquisa as crianças residentes na área de abrangência do CS São Domingos, com faixa etária entre 30 a 50 meses, apresentando desenvolvimento neuropsicomotor típico ou atípico, saudáveis ou adoecidas no período da coleta de dados e cujos responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de exclusão relacionaram-se à faixa etária diferente da acima especificada, à residência da criança quando esta situava-se fora da área de abrangência do CS São Domingos e à recusa do responsável pela criança, em participar da pesquisa, seja de forma explícita ou indireta, pela não assinatura do TCLE.

As informações sobre as crianças participantes foram obtidas por meio de relato dos responsáveis/cuidadores primários. O convite à participação acontecia no contexto das consultas de rotina dessas crianças ou ainda quando eram as mesmas, familiares de outras crianças consultadas.

### **3.3 Instrumentos de medida**

#### **3.3.1 Para avaliação socioeconômica**

O formulário escolhido para a avaliação do nível socioeconômico das famílias participantes da pesquisa foi o Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, 2009). É um questionário, elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para identificar o potencial de consumo das famílias brasileiras<sup>38</sup>.

Os itens que o compõem relacionam-se à posse de bens de consumo duráveis, aos tipos de sistemas de abastecimento de água e de pavimentação na rua onde a família reside, ao número de residentes no domicílio, à composição familiar e ao grau de instrução do chefe da família. O resultado da quantificação desses itens é expresso por meio da estratificação da população nas categorias: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D-E (vulnerabilidade social)<sup>38</sup>.

#### **3.2.2 Para avaliação da criança**

##### **3.3.2.1 SDQ (2,4-p)**

O Questionário de Capacidades e Dificuldades – *SDQ* foi o instrumento de rastreamento de PSM escolhido para ser empregado pelos profissionais de saúde do CS selecionado. Essa escolha baseou-se especialmente em características do SDQ que são significativas para um contexto de atendimento como o da atenção primária, tais como a rapidez e facilidade com que se completa o questionário e com que se

obtem os resultados. Outro fator, refere-se à gratuidade para a aquisição de exemplares do questionário, disponível em [www.sdqinfo.org](http://www.sdqinfo.org) <sup>39</sup>.

O SDQ é composto por 25 itens, a cada um sendo atribuídas as respostas “Falso”, “Mais ou menos verdadeiro” ou “Verdadeiro” e recebendo pontuações específicas. Os escores desses itens são agrupados em cinco subescalas, que são: problema de conduta, sintomas emocionais, problema de relacionamento com pares, hiperatividade e comportamento pro-social. As quatro primeiras subescalas, somadas fornecem o “Total de dificuldades” <sup>40</sup>.

Existe ainda um componente do questionário que avalia o impacto que os problemas socioemocionais da criança podem ter no cotidiano da mesma e no relacionamento familiar. Além de outro que mensura a evolução do desenvolvimento socioemocional da criança, ao longo de atendimentos terapêuticos. Esse último componente, denominado “Follow up”, não foi utilizado na presente pesquisa <sup>40</sup>.

A versão do SDQ para crianças pré-escolares pode ser respondida por cuidadores primários ou por professores, tendo como referência a observação de comportamentos apresentados pela criança nos últimos seis meses <sup>39</sup>.

### 3.3.2.2 CBCL (1 ½- 5 anos) – *Child Behavior Checklist*

O Inventário de comportamentos para crianças entre 1 ½- 5 anos (CBCL) é um questionário utilizado para rastreamento ou para avaliação de problemas socioemocionais e comportamentais das crianças pré-escolares. Faz parte do Sistema Achenbach de Avaliações Empiricamente Baseadas (ASEBA), que conta com uma equipe responsável pela comercialização e distribuição de exemplares do inventário e do software que gera os resultados.

É composto por 99 itens, cada um deles apresentando três opções aos respondentes: “Não é verdadeiro – tanto quanto sabe”, “Um pouco verdadeiro ou algumas vezes verdadeiro”, “Muito verdadeiro ou frequentemente verdadeiro”. Esses itens recebem pontuações específicas e a somatória dos escores resulta em sete escalas síndromes: reatividade emocional, ansiedade/depressão, queixas somáticas, retraimento, problemas com sono, comportamento agressivo, problemas de atenção/hiperatividade. As quatro primeiras escalas síndromes compõem o escore do

“Total de problemas internalizantes” e as duas últimas, o “Total de problemas externalizantes”. A soma dos escores das sete escalas síndromes representa o “Total de Problemas Emocionais e Comportamentais”<sup>41</sup>.

Assim como a versão do SDQ para crianças pré-escolares, o CBCL 1 ½ - 5 anos pode ter como informantes os cuidadores primários das crianças ou os professores<sup>41</sup>.

### **3.4 Procedimentos**

Feita a seleção do Centro de Saúde São Domingos como o local da coleta de dados, a pesquisadora participou de duas reuniões com os profissionais de saúde do serviço, a fim de identificar as possibilidades de inserção da pesquisa na rotina de trabalho do CS.

A primeira participação se deu em uma reunião que ocorria periodicamente no CS e que tinha por objetivo, discutir intervenções na área infanto-juvenil. Estavam presentes os profissionais da equipe de saúde mental (um psicólogo e uma terapeuta ocupacional), duas médicas pediatras e uma enfermeira. Nesta reunião as duas pediatras se voluntariaram a participar da pesquisa, abrindo a possibilidade de aplicarem o SDQ durante as consultas de rotina.

A segunda participação aconteceu em uma Reunião de Equipe de Referência, em que estavam presentes agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, pediatra, dentista, enfermeira e coordenadora da unidade. A equipe destacou novas possibilidades de atendimentos em que poderiam fazer a triagem de problemas de saúde mental nas crianças, usando o SDQ: puericultura, pesagem do bolsa família, visitas domiciliares para cadastro de famílias, vacinação e atendimentos odontológicos. Outros profissionais se voluntariaram a participar da pesquisa e nos dois encontros, os grupos puderam estudar o SDQ, capacitando-se a usar o

questionário, apesar de não ser necessário um treinamento prévio para a aplicação do mesmo.

Diante dos caminhos e voluntários diversos destacados pela equipe de saúde, os procedimentos da coleta se adequaram à rotina de cada tipo de atendimento. Para maior assertividade na organização da coleta de dados e respeitando a lógica de funcionamento dos trabalhos na Unidade, antes mesmo da distribuição dos questionários SDQ para a equipe, o cotidiano do CS foi observado, sendo assimilado o sistema de cadastro dos usuários, de organização dos prontuários familiares, de agendamento das consultas, de demanda de atendimentos, etc. A partir disso, a aplicação do SDQ pelos profissionais do CS ocorreu da seguinte maneira:

- Atendimentos de puericultura: ocorrem grupos de puericultura diariamente; a presença dos usuários é previamente agendada e são atendidas crianças de até um ano e seis meses, acompanhadas de suas mães. Considerando essa organização, os questionários SDQ foram disponibilizados no prontuário da criança que tinha algum irmão com 30 a 50 meses, para que, no encerramento do grupo o profissional pudesse facilmente usá-lo para entrevistar a mãe.
- Atendimentos de pediatria: os agendamentos das crianças a passarem por esse atendimento são feitos por diferentes meios, seja por encaminhamento de casos discutidos em reunião de equipe, seja pelas próprias pediatras ou também podem ser feitos pela equipe de enfermagem. Por isso, os questionários SDQ foram reservados no prontuários de cada criança de 30 a 50 meses agendada ou nos de irmãos.
- Vacinação: a sala de vacina permanece aberta para procura espontânea da população, durante todo o período de funcionamento da unidade, sendo que auxiliares de enfermagem são os responsáveis pelo procedimento. Tendo em vista essa

característica do atendimento sem um horário previamente agendado com os usuários, exemplares do SDQ foram deixados em um local de fácil acesso para os profissionais. Ao atenderem uma criança de 30 a 50 meses ou familiar de uma criança de 30 a 50 meses, eles poderiam aplicar o SDQ.

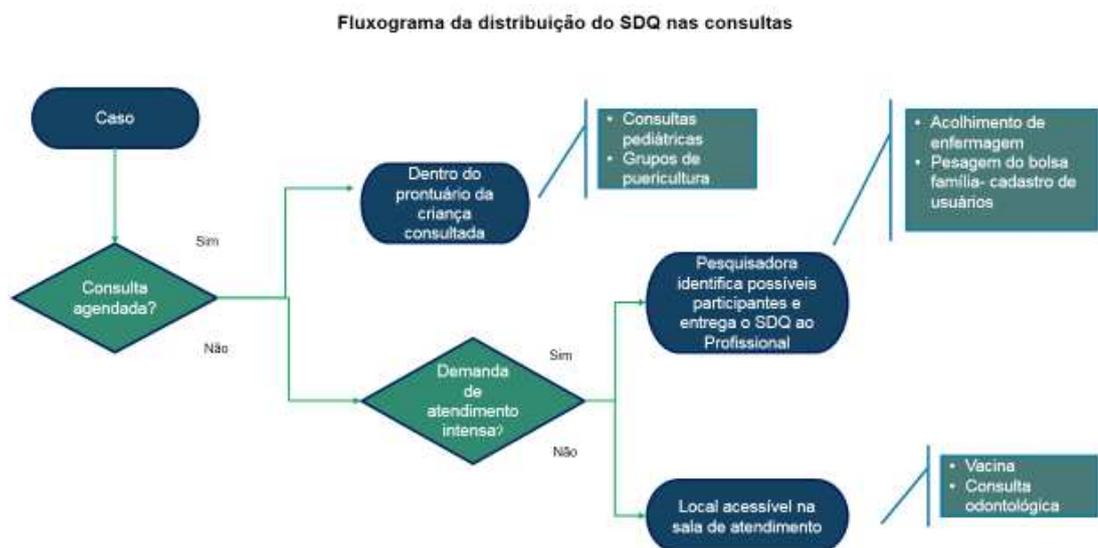
- Acolhimentos de enfermagem: ocorrem diariamente, no início da manhã e no início da tarde; são realizados a cada período, por dois a três profissionais da equipe de enfermagem. O acesso dos usuários ao acolhimento é por procura espontânea e organizado através de distribuição de senhas para atendimento. A função do acolhimento no CS é basicamente a de triar as necessidades de saúde dos usuários que o acessam, solucionando o que for possível naquele mesmo momento, ou fazendo os agendamentos avaliados como necessários. Por ser um atendimento breve e geralmente ter uma fila numerosa de pessoas aguardando, o acolhimento foi apontado pela equipe como não sendo um momento possível para a aplicação do SDQ. Entretanto, abriram a possibilidade para alguns atendimentos quando havia uma criança de 30 a 50 meses presente na unidade, convidada pela pesquisadora, a participar da pesquisa.

- Atendimentos odontológicos: diariamente é distribuído um número limitado de senhas para o atendimento odontológico a ocorrer no mesmo dia, ou seja, não são feitos agendamentos para atendimentos futuros. Conforme esse funcionamento, foram disponibilizados à equipe de saúde bucal exemplares do SDQ para aplicarem quando do atendimento de um usuário que preenchia os critérios de inserção na pesquisa.

- Pesagem do bolsa família e cadastro de famílias: duas vezes ao ano, famílias atendidas pelo programa federal de transferência de renda “Bolsa Família”, são convocadas à unidade para a pesagem das crianças. Também nesse período,

usuários que migraram para o território do CS recentemente podem comparecer para serem cadastrados. Essa atividade é realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), que atendem a população por ordem de chegada. Tendo sido destacado pela equipe que o volume de atendimentos poderia ser grande, a pesquisadora esteve com os ACSs em alguns períodos da atividade, auxiliando-os a identificarem participantes e fornecendo o SDQ.

No período de Setembro de 2015 a Junho de 2016, 280 questionários SDQ estiveram à disposição da equipe de saúde conforme esses critérios descritos e ilustrados na figura 2.



Após a etapa da aplicação do SDQ pelos profissionais da equipe de saúde, seguiu-se a etapa em que a pesquisadora (experiente em avaliação de saúde mental infantil e treinada para aplicação de inventários do sistema Achenbach) contactava as famílias participantes para o agendamento da entrevista com o CBCL. Todas as entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora.

A partir do contato inicial com o participante era estabelecido se a entrevista seria feita pela pesquisadora no próprio CS ou se no domicílio do mesmo. Dessa forma

ocorreram doze entrevistas no CS e vinte e duas no domicílio das famílias. Em situações onde o participante não podia comparecer à Unidade e tampouco sua residência fora encontrada, a entrevista foi realizada por telefone (seis).

O questionário sócio econômico, CCEB, foi aplicado no mesmo momento da entrevista do CBCL.

As entrevistas duraram em média, 50 minutos, independentemente da forma como ocorreram (pessoalmente ou por telefone).

Os dados da coleta foram sistematizados com o “*Statistical Analysis System*” (*SAS System for Windows, 9.4*)<sup>42</sup>. A amostra foi caracterizada por análise descritiva, com medidas de frequência para variáveis qualitativas e de posição e dispersão para quantitativas. Os escores limítrofes, compreendidos como “risco para o desenvolvimento de PSM”, foram somados aos clínicos com o objetivo de aumentar a sensibilidade do instrumento.

A associação linear entre as variáveis do SDQ e do CBCL foi verificada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman, que varia de -1 a 1. Valores negativos indicam correlação negativa, acima de 0, positiva e próximos a 0, não indicam correlação<sup>43</sup>. A intensidade da correlação foi interpretada conforme os valores: 0,0 a 0,39 intensidade fraca; 0,4 a 0,59, moderada; 0,6 a 1,0, forte.

Para analisar a capacidade discriminativa do SDQ, resultados dos grupos “normal”, “limítrofe” e “anormal” das subescalas, foram comparados com os escores T (pontos de corte) das escalas síndromes do CBCL, utilizando-se o teste de Kruskal Wallis, seguido pelo teste de Dunn para a localização da diferença, quando pertinente.

As variáveis sexo, idade e classe socioeconômica, foram comparadas às do SDQ e do CBCL pelo teste de Qui-quadrado (comparação de proporções) e exato de Fisher.

O nível de significância adotado nos testes foi 5%.

### 3.5 Aspectos éticos

Essa pesquisa respeitou as exigências da Resolução 466-2012 do Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, segundo processo nº: 47843315.1.0000.5404. Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 4. RESULTADOS

**Artigo:** Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares, no contexto da Atenção Básica à Saúde. (submetido)

*“Screening for mental health problems in pre-school children at Primary Health Care settings”*

**Título abreviado:** Problemas de saúde mental em crianças pré-escolares.

*“Mental health problems in pre-school children”*

**Autores:**

1 Raquel Godinho Hokama dos Santos. Mestranda em Ciências, área de concentração de Saúde da Criança e do Adolescente – Universidade Estadual Campinas - SP, Brasil.

raquel.ghsantos@gmail.com

[lattes.cnpq.br/6991875049354767](http://lattes.cnpq.br/6991875049354767)

2 Eloisa Helena Rubelo Valler Celeri. Doutora em Saúde Mental – Universidade Estadual de Campinas. Professora Assistente Doutora do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – SP, Brasil.  
evaller@fcm.unicamp.br  
lattes.cnpq.br/3239631273846906

**Instituição onde o trabalho está vinculado:** o trabalho faz parte da dissertação de mestrado de Raquel G. Hokama dos Santos, junto ao Programa de pós – graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

**Contribuições:** Raquel foi a pesquisadora responsável pela coleta dos dados e redação do texto. A análise e interpretação dos resultados foi feita pelas duas autoras. Eloisa orientou o delineamento da investigação e a revisão bibliográfica, além de realizar a revisão do texto.

**Financiamento:** a pesquisa não recebeu financiamento.

**Conflitos de Interesse:** nada a declarar.

**Número total** de palavras do texto: 2865; total de palavras do resumo: 250; total de palavras do “*abstract*”: 256. Número de tabelas: quatro. Número de figuras: uma.

**Autor para correspondência:**

1 Nome: Raquel G. Hokama dos Santos.

2 Endereço: Rua Tessália Vieira de Cmargo, 126; CEP: 1383-887 Campinas – SP.

3 Endereço eletrônico: raquel.ghsantos@gmail.com ou raquel-hokama@outlook.com

4 Telefone: 55(19) 992791088.

**RESUMO:**

**Objetivos:** Verificar a eficácia do Questionário de Capacidades e Dificuldades – *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ 2,4-p) como instrumento de rastreamento de Problemas de Saúde Mental (PSM) em crianças pré-escolares, no contexto da Atenção Básica à Saúde; caracterizar os PSM da amostra, comparando dados do SDQ (2,4-p) e do Inventário de Comportamentos da Criança – *Child Behavior Check List* (CBCL 1½ -5 anos).

**Métodos:** estudo observacional transversal com amostra de conveniência composta por crianças de 31 a 50 meses, cujos responsáveis forneceram relato das informações. Na primeira etapa, profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS) aplicaram o SDQ (2,4-p), durante consultas de rotina. Na sequência, o CBCL (1½ -5) foi aplicado aos responsáveis, por profissional experiente em saúde mental infantil. Resultados do SDQ e do CBCL foram comparados e correlação entre as escalas, foi analisada.

**Resultados:** Dos 280 questionários disponibilizados aos profissionais da UBS, 48 foram preenchidos e houve aplicação do CBCL em 40 dos participantes. Entre os problemas rastreados com o SDQ, 18 casos (37,6% de 48) apresentam escore anormal no “Total de Dificuldades” e 38 (80,9% de 48), escore normal no “Impacto da Dificuldade”. Problemas de conduta se destacam pela porcentagem de escores anormais (47,9%). A correlação entre SDQ e CBCL é positiva em todas as escalas, exceto no comportamento pró-social.

**Conclusões:** PSM clinicamente importantes, são encontrados em crianças pré-escolares. Variáveis do SDQ discriminam predominantemente, PSM normais e anormais, conforme parâmetros do CBCL, funcionando como um bom instrumento de triagem.

**Palavras-Chave:** Pré-escolar, saúde mental, atenção primária à saúde.

**ABSTRACT:**

**Objectives:** Verify the effectiveness of the *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ 2,4-p) as a mean to track Mental Health Problems (MHP) in preschool children, in the context of Primary Health Care, characterize the Mental Health issues of the subject, comparing data from SDQ (2,4-p) and from the *Child Behavior Check List* (CBCL 1½ -5 years).

**Methods:** Cross-sectional observational study with convenient subjects consisting of children from 31 to 50 months old, whose caregivers have provided informational reports. On the first stage, health professionals from the primary care health unit (UBS) have applied SDQ (2,4-p), during routine consultations. Next, CBCL (1½ -5) was applied to the caregivers by a child mental health professional with experience. The results from SQN and CBCL were then compared and the correlation between scales was analyzed.

**Results:** Out of the 280 questionnaires available to the evaluators at UBS, 48 were filled and CBCL was applied to 40 of the participants. Among the issues tracked by SDQ, 18 cases (37,6% out of 48) have showed an abnormal score in the “Total Difficulties” and 38 (80,9% out of 48) have a normal score in the “Impact score”. Behavior issues stand out due to the high percentage of abnormal scores (47,9%). The correlation between SQD and CBCL is positive in all scales, except in the pro-social behavior.

**Conclusions:** clinically important Mental Health Problems are found in pre-school children. SDQ variables show predominantly normal and abnormal MHPs, according to CBCL parameters, fitting as a good screening tool.

**Keywords:** Child, Preschool; mental health; primary health care.

## INTRODUÇÃO:

Os anos iniciais da vida da criança são decisivos para seu desenvolvimento e sua saúde. Os circuitos neuronais estão rapidamente se estabelecendo e sofrendo influência das experiências precoces, que impactam na subjetividade infantil, na organização neuronal e no comportamento, na mesma proporção que as características inatas da criança e/ou as do ambiente onde se dá o desenvolvimento<sup>1</sup>.

Os Problemas de Saúde Mental (PSM) interferem na qualidade das experiências precoces e portanto, no desenvolvimento das potencialidades das crianças. Acarretam prejuízos para a adaptação infantil às demandas ambientais, a aquisição de novas habilidades e capacidades, o funcionamento interpessoal e para a relação pai-mãe-criança<sup>2</sup>. Podem não produzir sintomas estáveis, manifestando-se de formas distintas, de acordo com cada fase do desenvolvimento, o que torna difícil a sua identificação<sup>3</sup>.

A despeito da crença popular de que os PSM se resolvem com o crescimento da criança, eles são especialmente duradouros quando surgem nessa etapa<sup>4</sup>. A persistência, é mais comum se os PSM estiverem presentes em mais de um domínio do desenvolvimento, ou quando há queixa parental de impacto na rotina familiar<sup>5</sup>. Apesar disso, apenas um grupo reduzido de crianças com PSM de dimensão clínica são identificadas e tratadas nos serviços de saúde<sup>6</sup>.

A presença de preocupação parental com os PSM da criança parece não melhorar a detecção dos mesmos pelos pediatras, apesar de existirem descrições de associação positiva entre a preocupação e o perfil clínico da criança<sup>7</sup>. Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica à Saúde (ABS) estão em condição privilegiada para a detecção dessa demanda infantil, especialmente pela oportunidade do acompanhamento longitudinal da criança<sup>8,9</sup>. Muitos profissionais consideram os aspectos socioemocionais e comportamentais na avaliação integral do desenvolvimento infantil mas não se sentem aptos e confortáveis para identificar e encaminhar possíveis PSM. Quando há identificação, estas se baseiam mais nas características do profissional do que na criança ou em relatos parentais<sup>10</sup>.

A utilização de instrumentos padronizados de rastreamento de PSM em crianças pequenas pode ser uma estratégia para estes desafios. Especialmente na ABS, podem auxiliar a identificação de casos mais graves, que necessitam de acompanhamento estreito e/ou especializado<sup>11</sup>.

Considerando a escassez de estudos sobre estratégias de qualificação da detecção precoce de PSM, na ABS brasileira, essa pesquisa objetiva: estudar a eficácia do Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ(2-4,p) como instrumento de identificação de PSM em crianças pré-escolares, no contexto da ABS e caracterizar os PSM da amostra estudada, comparando dados do SDQ(2-4,p) e do Inventário de Comportamentos para Crianças de 1 ½ -5 anos.

### **MÉTODO:**

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Estadual de Campinas (nº: 47843315.1.0000.5404) e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado durante a primeira etapa da coleta.

Trata-se de um estudo observacional transversal. A amostra de conveniência foi composta por usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada em município de uma região metropolitana do interior do estado de São Paulo.

A seleção da UBS onde ocorreu a pesquisa se deu via estratificação e os critérios de inclusão englobaram territórios com população mais numerosa de crianças entre zero e quatro anos, excluindo-se aqueles predominantemente vulneráveis; UBS com equipe profissional mais completa e demanda por atendimento mais compatível com a possibilidade do serviço. A avaliação das UBSs foi feita por representante da equipe de gestão da administração municipal.

Dos usuários da UBS selecionada, foram considerados sujeitos da pesquisa, as crianças de 30 a 50 meses, sem critérios de exclusão entre estas. Os dados foram coletados por meio de relato dos cuidadores primários.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

### **Critério de Classificação Econômica Brasil - CCEB:**

Elaborado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para identificar o potencial de consumo das famílias no Brasil. Os itens avaliados são: posse de bens de consumo duráveis, tipo de sistema de abastecimento de água e de pavimentação na rua, número de residentes no domicílio, composição familiar e grau de instrução do chefe da família. Estratifica a população nas categorias: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D-E<sup>12</sup>.

### **Questionário de Capacidades e Dificuldades – *Strengths and Difficulties Questionnaire* – SDQ :**

Instrumento de rastreamento de PSM, criado por Robert Goodman na década de 1990<sup>13</sup>. Desde então, amplamente utilizado na pesquisa científica e no contexto clínico para a identificação de PSM em crianças e adolescentes, para avaliação da gravidade de sintomas e/ou para avaliação de impacto de psicopatologia<sup>14</sup>.

A ampla utilização deve-se a fatores como boa aceitação pelos informantes, facilidade na pontuação das escalas, efetividade na detecção dos PSM e consideração das competências da criança<sup>15</sup>.

Existem versões em diversos idiomas, para idades entre dois a 17 anos, aplicáveis a pais e professores, além de uma versão autoaplicável para os maiores de 11. No Brasil, a tradução e a validação desse instrumento foram realizadas por Fleitlich- Bylik, Cortazar e Goodman, em 2000<sup>15</sup>.

A estrutura do SDQ é composta por três agrupamentos, denominados " Atributos Psicológicos", " Suplemento de Impacto" e "Follow up".

Os "Atributos Psicológicos" contém 25 itens que avaliam cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com pares e comportamento pró-social<sup>13</sup>.

Entre as cinco subescalas, quatro rastreiam comportamentos associados a problemas e juntas fornecem o "Total de Dificuldades da Criança". A quinta, trata-se de uma competência que é o "Comportamento Pró-Social". Para cada avaliação, apresenta-se a classificação "normal", "límitrofe" ou "anormal"<sup>13</sup>.

O "Suplemento de Impacto" aponta a cronicidade dos sintomas e o impacto da dificuldade da criança no seu cotidiano e na vida familiar. Finalmente o "Follow up" identifica mudanças sintomáticas ao longo do tempo, em resposta às intervenções terapêuticas<sup>13</sup>.

Neste trabalho foram usados o "Atributos Psicológicos" e o "Suplemento de Impacto", da versão dois a quatro anos, para pais (*SDQ*<sup>2,4p</sup>), disponível para uso livre<sup>16</sup>. A classificação dos escores seguiu o padrão normativo do *SDQ*, diante da ausência de referencial de corte para a população brasileira de crianças pré-escolares.

**O Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ - 5 anos (*Child Behavior Check List – CBCL 1 ½ -5*):**

Instrumento de avaliação de problemas socioemocionais e de comportamento, criado por Thomas Achenbach na década de 1960 e que é parte de um conjunto de inventários denominado Sistema ASEBA (*The Achenbach System of Empirically Based Assessment*)<sup>17</sup>.

O CBCL 1 ½ -5 é composto por 99 itens a serem respondidos pelos cuidadores primários das crianças avaliadas. Os itens avaliam sete escalas síndromes: "Reatividade Emocional", "Ansiedade-Depressão", "Queixas Somáticas", "Retraimento", "Problemas com Sono", "Problemas de Atenção-Hiperatividade" e "Comportamento Agressivo". As quatro primeiras escalas síndromes agrupam-se constituindo o "Total de Problemas Internalizantes" e as duas últimas, o "Total de Problemas Externalizantes. As sete escalas síndromes juntas, expressam o "Total de Problemas Emocionais e Comportamentais" (TP). Cada avaliação é classificada como "normal", "limítrofe" ou "clínico". Além do resultado indicando as escalas síndromes, o CBCL também avalia "Problemas de Estresse" e gera perfis orientados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – IV<sup>17</sup>.

A adaptação do CBCL 1 ½ -5 para a cultura brasileira ainda não está validada. Entretanto, estudo de Ivanova aponta a possibilidade de generalização do modelo das sete escalas síndromes baseado na conclusão de que o instrumento captura patamares de problemas sócio emocionais e de comportamento, relatados por pais com experiências culturais bastante diversificadas<sup>18</sup>.

O CBCL é vastamente usado em pesquisas, para a avaliação socioemocional e de comportamento infanto-juvenil, destacando-se pela sua efetividade<sup>11</sup>. No Brasil, é distribuído pela

equipe do ASEBA – Brasil, sendo necessária a compra dos exemplares e do software de sistematização e pontuação dos dados.

### Procedimentos:

Consistiram em duas etapas com intervalo inferior a 30 dias. Na primeira, um profissional de saúde da UBS aplicou o SDQ durante consulta de rotina, orientando-se pelos critérios de inserção de sujeitos da pesquisa.

Na segunda, a pesquisadora, experiente em avaliação de saúde mental infantil, aplicou o CBCL e o CCEB. As entrevistas duraram em média 50 minutos, ocorreram no domicílio das famílias, na UBS e em situações específicas, por telefone (seis), conforme sugestão do informante.

Previamente à coleta dos dados, ocorreram reuniões com profissionais de saúde da UBS, a fim de apresentar a pesquisa, elaborar estratégias para a coleta e elencar interessados em colaborar com a pesquisa. Ademais, as reuniões foram oportunas para a apresentação do SDQ e capacitação dos profissionais para a aplicação do questionário.

Os procedimentos adequaram-se à rotina de consultas dos profissionais colaboradores. A figura 1 mostra a forma como os questionários foram disponibilizados a eles.

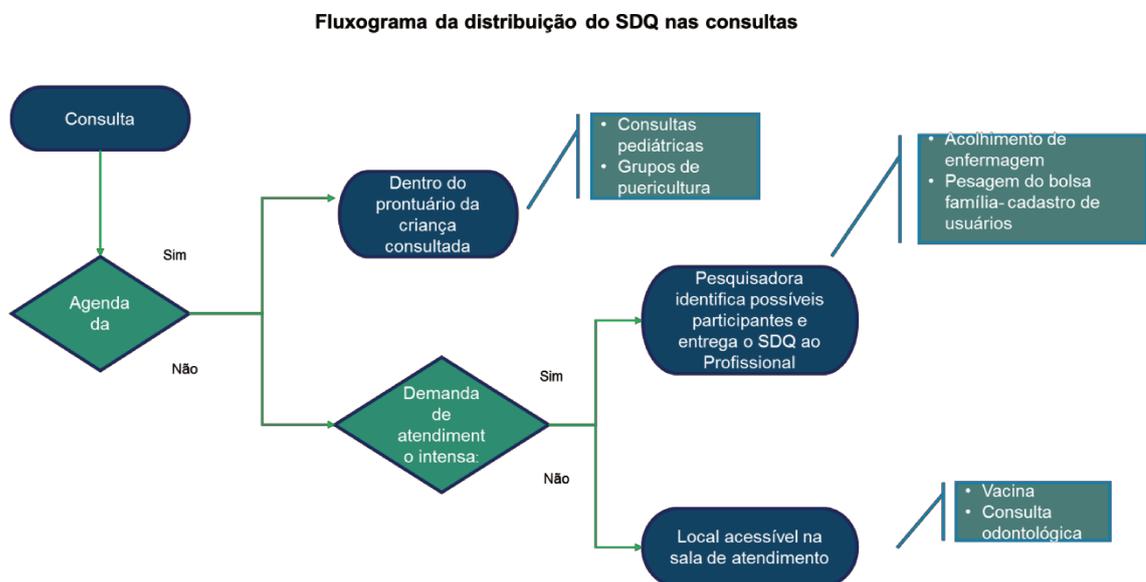


Figura 1: Fluxograma de distribuição do SDQ.

Os dados da coleta foram sistematizados com o “*Statistical Analysis System*”<sup>19</sup> (*SAS System for Windows, 9.4*). A amostra foi caracterizada por análise descritiva, com medidas de frequência para variáveis qualitativas e de posição e dispersão para quantitativas. Os escores limítrofes, compreendidos como “risco para o desenvolvimento de PSM”, foram somados aos clínicos.

A associação linear entre as variáveis do SDQ e do CBCL foi verificada pelo Coeficiente de Correlação de Spearman. A intensidade da correlação foi interpretada conforme os valores: 0,0 a 0,39 intensidade fraca; 0,4 a 0,59, moderada; 0,6 a 1,0, forte<sup>20</sup>.

Para analisar a capacidade discriminativa do SDQ, resultados dos grupos “normal”, “limítrofe” e “anormal” das subescalas, foram comparados com os escores T (pontos de corte) das escalas síndromes do CBCL, utilizando-se o teste de Kruskal Wallis, seguido pelo teste de Dunn para a localização da diferença entre os grupos, quando necessário.

As variáveis sexo, idade e classe socioeconômica, foram comparadas às do SDQ e do CBCL pelo teste de Qui-quadrado e exato de Fisher. O nível de significância adotado nos testes foi 5%.

## **RESULTADOS:**

No período de Setembro-2015 a Junho-2016, 280 questionários SDQ estiveram à disposição dos profissionais da UBS. Desses, 48 foram preenchidos, representando uma taxa de retorno de 17,143%. O CBCL foi aplicado em 40 dos 48 participantes (83,33%); entre as perdas, uma se deu por desistência e sete, por dados cadastrais desatualizados nos prontuários.

Dos 48 participantes, vinte e seis são do sexo feminino (54,2%). As idades variam de 31 (n=3) a 50 meses (n=1), sendo a média, 40 e a mediana 39 meses.

Predominam famílias com nível socioeconômico no estrato C (n = 22 – 55%), seguidas de 11 famílias (27,5%) em situação de vulnerabilidade social (estratos D-E) e sete (17,5%), no estrato B.

O estudo das variáveis sexo e nível socioeconômico encontrou diferença estatisticamente significativa apenas em “Problema de Sono”: classes D-E (56,9;+-8,3), classe B (53,4;+- 4,0) e classe C (50,4;+- 1,5),p=0,0045.

### Resultados do SDQ:

A tabela 1. apresenta a pontuação das subescalas do SDQ.

Escore normais são expressivamente encontrados na subescala “Comportamento Pró-Social” e no item “Impacto da Dificuldade”. Anormais, aparecem com mais frequência em “Problemas de Conduta”, “Sintomas Emocionais” e “Problemas de Relacionamento com Pares”.

O item “Total de Dificuldades” exhibe escores anormais em 37,5% (n=18) dos casos e Limítrofes, em 14,6% (n=7), indicando que mais da metade das crianças estudadas apresentam risco para o desenvolvimento de PSM.

Tabela 1. Pontuação das subescalas do Questionário de Capacidades e Dificuldades - SDO (n=48).

Subescalas	M	DP	Md (min-máx)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Anormal n (%)
Problemas de conduta	4,6	±2,5	4 (0-10)	15 (31,3)	10 (20,8)	23 (47,9)
Sintomas emocionais	2,9	±2,3	2,5 (0-9)	24 (50)	8 (16,7)	16 (33,3)
Problema de Relacionamento com pares	2,5	±1,9	2 (0-6)	27 (56,3)	7 (14,6)	14 (29,2)
Problema de hiperatividade	4,4	±3	5 (0-10)	29 (60,4)	13 (27,1)	6 (12,5)
Comportamento pró-social	8,5	±1,7	9 (4-10)	40 (83,3)	4 (8,3)	4 (8,3)
Total de dificuldades	14,4	±7,2	15 (2-27)	23 (47,90)	7 (14,6)	18 (37,5)
Impacto da dificuldade	0,4	±1	0 (0-5)	38 (80,9)	4 (8,5)	5 (10,6)

M, média; DP, desvio padrão; MD, mediana; Min, valor mínimo; Máx, valor máximo; n, número de sujeitos.

### Resultados do CBCL:

A tabela 2 apresenta a pontuação das escalas síndromes do CBCL.

Escore clínico são observados preponderantemente, nas escalas síndromes “Reatividade Emocional” e “Comportamento Agressivo”, com mesmo destaque ao serem considerados os escores clínicos e limítrofes, somados (17,5%).

O item “Total de Problemas Internalizantes” tem menor frequência de escores anormais do que o “Total de Problemas Externalizantes”, mesmo somando-se os escores clínicos e limítrofes: 15% e 20%, respectivamente. A alteração em “Total de Problemas” pode chegar a 15%.

Tabela 2. Pontuação das escalas síndromes do Inventário de Comportamentos da Crianças - CBCL 1 ½ -5

Escalas síndromes	M	DP	Md (min-máx)	Normal n (%)	Limítrofe n (%)	Clínico n (%)
Reatividade emocional	56,3	±7,4	52 (56-76)	33 (82,5)	3 (7,5)	4 (10)
Ansiedade/depressão	54,6	±5,7	52 (50-69)	38 (95)	2 (5)	0
Queixa somática	52,8	±4,1	51 (50-65)	39 (97,5)	1 (2,5)	0
Retraimento	52,1	±4,1	51 (50-69)	39 (97,5)	1 (2,5)	0
Total de problemas Internalizantes	49,9	±9,8	51 (28-69)	34 (85)	4 (10)	2 (5)
Comportamento agressivo	55,4	±7,1	52 (50-73)	33 (82,5)	4 (10)	3 (7,5)
Atenção/hiperatividade	54,4	±5,9	51 (50-69)	35 (87,5)	5 (12,5)	0
Total de problemas Externalizantes	51	±11,4	52,5 (28-75)	32 (80)	1 (2,5)	7 (17,5)
Problema de sono	52,6	±5,4	50 (50-71)	37 (92,5)	2 (5)	1 (2,5)
Problema de estresse	55,2	±5,4	53 (50-68)	39 (97,5)	1 (2,5)	0
Total de problemas EC	48,5	±10	48 (28-69)		4 (10)	2 (5)

M, média; DP, desvio padrão; MD, mediana; Min, valor mínimo; Máx, valor máximo; n, número de sujeitos; Total de problemas EC, total de problemas emocionais e comportamentais.

### **Correlação entre SDQ e CBCL:**

A tabela 3 mostra as correlações estatisticamente significativas e de intensidades moderada a forte, entre as variáveis dos instrumentos.

As correlações foram positivas entre todas as variáveis. Uma exceção se aplica ao “Comportamento Pró-Social”, por ter correlação estatisticamente significativa e negativa com “Retraimento” e “Comportamento Agressivo”. Dado relevante pois demonstra que quanto maior o escore do “Comportamento Pró-Social”, menor o do “Comportamento “Agressivo”, que é um dos problemas mais frequentes na amostra.

Entre outros problemas clínicos mais frequentemente encontrados, os “Sintomas Emocionais” não têm correlação estatisticamente significativa com a “Reatividade Emocional”, tendo com “Total de Problemas Internalizantes” e com “Total de Problemas Emocionais e de Comportamento”. Os “Problemas de Conduta” têm correlação positiva e de intensidade moderada a forte com “Comportamento Agressivo”, “Total de Problemas Externalizantes” e “Total de Problemas Emocionais e de Comportamento”.

Tabela 3. Correlações estatisticamente significantes, moderadas a fortes, entre os escores das variáveis do SDO e do CBCL (n=40)

Variáveis SDQ	Variáveis CBCL	$r_s$	p-valor
Sintomas emocionais	Ansiedade/depressão	0,48	0,002
	Total de problemas	0,503	0,001
	Internalizantes		
	Atenção/hiperatividade	0,412	0,008
	Problema de estresse	0,546	<0,001
	Total de problemas EC	0,437	0,005
	Ansiedade/depressão	0,437	0,005
Problemas de conduta	Total de problemas	0,501	0,001
	Internalizantes		
	Comportamento agressivo	0,6	<0,0001
	Atenção/hiperatividade	0,489	0,001
	Total de problemas	0,675	<0,0001
	Externalizantes		
	Problema de estresse	0,637	<0,0001
	Total de problemas EC	0,664	<0,001
Problema de Hiperatividade	Atenção/hiperatividade	0,586	<0,0001
	Problema de estresse	0,466	0,002
	Total de problemas	0,401	0,01
Problema de Relacionamento com pares	Ansiedade/depressão	0,468	0,002
	Reatividade emocional	0,422	0,007
	Total de problemas	0,474	0,002
	Internalizantes		
Comportamento pró-social	Total de problemas EC	0,44	0,004
	Comportamento agressivo	-0,34	0,03
Total de dificuldades	Retraimento	-0,33	0,036
	Atenção/hiperatividade	0,606	<0,001
	Comportamento agressivo	0,486	0,001
	Total de problemas	0,595	<0,001
	Externalizantes		
	Ansiedade/depressão	0,579	0,001
	Reatividade emocional	0,486	0,002
	Total de problemas	0,596	<0,001
	Internalizantes		
	Problema de estresse	0,669	<0,001
Total de problemas EC	0,641	0,001	
Impacto da dificuldade	Comportamento agressivo	0,54	<0,001
	Total de problemas	0,522	<0,001
	Externalizantes		
	Total de problemas EC	0,467	0,003

SDQ, *Strenths and Difficulties Questionnaire*; CBCL, *Child Behavior Check List*;  $r_s$ , coeficiente de correlação de Spearman; Total de problemas EC, total de problemas emocionais e comportamentais.

#### **Capacidade discriminativa das subescalas SDQ:**

A tabela 4 apresenta a comparação entre o escore T do CBCL e os grupos “normal”, “limítrofe” e “anormal” somente das variáveis do SDQ que apresentaram correlações moderadas a fortes com as do CBCL. Evidencia-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos “normal” e “anormal” de quase todas as subescalas do SDQ.

O item “Total de Dificuldades” não apresentou capacidade discriminativa entre “normal”, “limítrofe” e “anormal”, em comparação ao “Comportamento Agressivo” apesar de tê-la, em comparação às demais variáveis do CBCL. Outra variável com notável porcentagem de escores anormais, o “Relacionamento com Pares” distingue os grupos “normal e anormal”, “anormal e limítrofe”, comparada ao “Total de Problemas Emocionais e de Comportamento”, também diferenciando “normal e anormal” em relação à “Reatividade Emocional. O “Impacto da Dificuldade” consegue discriminar os grupos “normal e limítrofe”, em comparação ao “Total de Problemas”.

Tabela 4. Localização da diferença entre os grupos normal, limítrofe e anormal das variáveis do SDQ em comparação às variáveis do CBCL.

Variáveis do CBCL	Variáveis do SDQ	SDQ - Normal	SDQ - Limítrofe	SDQ - Anormal	p-valor <sup>a</sup>	Localização da diferença <sup>b</sup>
		n; M; DP	n; M; DP	n; M; DP		
Reatividade emocional	Relacionamento com pares	24; 54,8; ±7	5; 53,2; ±2,7	11; 60,9;±8,1	0,046	Normal e Anormal
	Total de dificuldades	21; 53,2; ±4,4	5; 59,0; ±9,6	14; 59,9;±8,7	0,022	Normal e Anormal
Ansiedade/depressão	Conduta	14; 52,2;±5	9; 52,9;±4,7	17; 57,4; ±5,6	0,009	Normal e Anormal
	Sintomas emocionais	20; 52,1; ±3,5	7; 53,4; ±4,6	13; 58,9; ±6,5	0,01	Normal e Anormal
	Relacionamento com pares	24; 53,4; ±5,7	5; 52,8; ±3,6	11; 57,8;±5,4	0,04	Normal e Anormal
	Total de dificuldades	21; 51,7;±3,2	5; 54,2; ±3,4	14; 58,9; ±6,5	0,007	Normal e Anormal
Retraimento	Comportamento pró-social	35; 51,9; ±4,1	2; 51; ±0	3; 54,7;±3,5	0,45	
<b>Total de problemas internalizantes</b>	Conduta	14; 45,1; ±9,2	9; 46,6; ±11,1	17; 55,6;±6,4	0,003	Normal e Anormal
	Sintomas emocionais	20; 46,3; ±7,6	7; 48,6; ±12,6	13; 56,3; ±8,4	0,008	Normal e Anormal
	Relacionamento com pares	24; 47,9; ±10,7	5; 47,2; ±6,5	11; 55,5; ±6,5	0,025	Normal e Anormal
	Total de dificuldades	21; 45,6; ±8,7	5; 49,6; ±12,8	14; 56,6; ±6,4	0,003	Normal e Anormal
Comportamento agressivo	Conduta	14; 51,4;±2,3	9; 53,1; ±5,4	17; 59,9; ±8,1	0,002	Normal e Anormal
	Comportamento pró-social	35; 54,6; ±6,4	2; 62,5; ±14,8	3; 59,7; ±9,3	0,2	
	Total de dificuldades	21; 53,9; ±5,6	5; 52,6; ±3,7	14; 58,7; ±8,9	0,2	
	Impacto da dificuldade	32; 53,4;±5,3	3; 68,3; ±8,1	4; 61,5; ±7,7	0,003	Normal e Anormal
Atenção/hiperatividade	Conduta	14; 52,7; ±5,3	9; 52,8; ±4	17; 56,6;±6,7	0,015	Normal e Anormal
	Sintomas emocionais	20; 53,2; ±4,9	7; 52,1; ±4,1	13; 57,5; ±7	0,02	Normal e Anormal
	Hiperatividade	26; 52,5; ±4,1	9; 57,7; ±7,4	5; 58,4; ±7,4	0,016	Limítrofe e Normal
	Total de dificuldades	21; 52; ±4	5; 54; ±4,6	14; 58; ±7,1	0,003	Normal e Anormal
<b>Total de problemas externalizantes</b>	Conduta	14; 43,1; ±9,7	9; 48,7; ±10,4	17; 55,5;±9,1	0,0004	Normal e Anormal
	Total de dificuldades	21; 47,6; ±11,1	5; 46,4; ±11,7	14; 57,8; ±10,1	0,03	Normal e Anormal
	Impacto da dificuldade	32; 48; ±10,6	3; 65,3; ±7,2	4; 62,5; ±9,5	0,043	Normal e Anormal
Problema de estresse	Conduta	14; 51,5;±2,5	9; 53; ±4,1	17; 59,4;±5	0,0001	Normal e Anormal Limítrofe e Anormal
	Sintomas emocionais	20; 52,3;±3	7; 54,7; ±4,9	13; 59,9; ±5,5	0,002	Normal e Anormal
	Hiperatividade	26; 53,5; ±4,3	9; 57,9;±5,9	5; 59,2; ±5,9	0,07	
	Total de dificuldades	21; 53; ±4,1	5; 52,8; ±2,7	14; 59,4; ±5,6	0,006	Normal e Anormal
<b>Total de problemas emocionais e de comportamento</b>	Conduta	14; 41,7; ±7,3	9; 45,8; ±9,5	17; 55,5; ±7,7	0,0003	Normal e Anormal
	Sintomas emocionais	20; 44,9;±9,2	7; 46,4; ±10,5	13; 55,1;±8,1	0,013	Normal e Anormal
	Relacionamento com pares	24; 46,2; ±9,9	5; 44; ±5,4	11; 55,5;±8,7	0,02	Normal e Anormal Limítrofe e Anormal
	Hiperatividade	26; 45,6; ±8,2	9; 53,9; ±11,8	5; 53,8; ±10,9	0,03	Limítrofe e Normal
	Total de dificuldades	21; 44,4; ±8,4	5; 46,6; ±11,7	14; 55,3; ±8,4	0,006	Normal e Anormal
	Impacto da dificuldade	32; 46; ±9,2	3; 63;±6	4; 54,8; ±6,2	0,008	Limítrofe e Normal

CBCL, *Child Behavior Check List*; SDQ, *Strenths and Difficulties Questionnaire*; n, número de sujeitos; M, média; DP, desvio padrão; a, teste de Kruskal Wallis; b, teste de Dunn.

## **DISCUSSÃO:**

A aplicação de instrumentos padronizados de rastreamento de PSM infantis é uma forma recorrente de coleta de dados em pesquisas. São fáceis e rápidos de aplicar e pontuar, havendo flexibilidade no modo como essa aplicação pode ser feita, seja pessoalmente, por telefone ou outro. Em geral, não apresentam ou tem um baixo custo de aquisição, como é o caso do SDQ<sup>21</sup>.

Na avaliação de PSM em crianças pré-escolares, os instrumentos podem facilitar o relato dos cuidadores, uma vez que muitos têm dificuldades em comunicar suas preocupações ou medos, mesmo quando as dificuldades socioemocionais e comportamentais das crianças são clinicamente relevantes<sup>22</sup>. Quando reportam suas preocupações a um profissional, por meio de entrevista não-estruturada, comumente têm sua queixa minimizada<sup>21</sup>. Isso reforça que também para o profissional de saúde, o instrumento padronizado pode auxiliar a identificação de problemas, reduzindo vieses.

Neste estudo, todos os informantes são cuidadores primários das crianças: mães, pais ou avós. As principais vantagens dessa qualidade de informantes são a apropriação sobre o desenvolvimento da criança, o contexto e a história do comportamento e do temperamento da mesma, podendo descrever como a dificuldade surge, se manifesta e como muda ao longo do tempo<sup>21</sup>.

Simultaneamente, é preciso considerar que pode haver desencontro entre a percepção dos cuidadores sobre a dinâmica da criança, as expectativas acerca do desempenho dela nas tarefas, as condições ofertadas ao desenvolvimento das potencialidades e as características constitucionais da mesma<sup>23</sup>. Desencontro que pode se expressar em sintomatologia socioemocional e comportamental, na criança pequena.

Uma vez que esses fatores extrínsecos à criança, não foram mensurados na presente pesquisa, os resultados “anormal – clínico” e “limítrofe”, não podem ser imediatamente interpretados como problemas inerentes à criança. Amplamente, tais resultados indicam que algo está afetando seu

desenvolvimento pleno, sendo manifestado por ela como um PSM. Esses escores assinalam a necessidade de investigação do PSM em relação ao contexto ecológico do desenvolvimento infantil.

Os escores limítrofes foram assumidos como um indicador de risco para o desenvolvimento de PSM, portanto destacados das pontuações “normais”. Não se objetiva com isso patologizar o mínimo desvio de uma trajetória de desenvolvimento típica, mas sim, frisar que a criança com esse escore poderia ser acompanhada mais atentamente pelas equipes na ABS, assim como deveriam, as crianças com escore “anormal-clínico”. A pontuação limítrofe pode funcionar como um marcador de que esforços terapêuticos precisam ser empreendidos junto à criança e sua família, para a prevenção de agravo dos sintomas e promoção do desenvolvimento infantil saudável.

As características psicométricas da versão do SDQ para crianças pré-escolares têm sido examinadas em pesquisas internacionais<sup>24,25</sup>. Essas, evidenciam a sensibilidade do instrumento sobre sua especificidade, o que relaciona-se à capacidade discriminativa especialmente dos grupos “normal” e “anormal” na amostra do presente estudo e à compatibilidade entre SDQ e CBCL, principalmente na identificação de problemas “anormais – clínicos”. Compatibilidade reforçada nos casos em que ambos, “Total de Dificuldades” e “Impacto da Dificuldade” apresentam escores altos<sup>25</sup>.

Os resultados de prevalência encontrados neste estudo foram semelhantemente observados em estudos internacionais com crianças pré-escolares, ao destacarem o “Comportamento Agressivo” e o “Total de Problemas Externalizantes”<sup>26,27</sup>. Dois estudos brasileiros com crianças pré-escolares avaliadas com o CBCL 6-18 anos, coadunam com essa prevalência e um deles salienta o aumento na prevalência de problemas de comportamento entre os anos 1993 e 2004, especialmente “Comportamento Agressivo”<sup>28,29</sup>. Retomando-se que o “Comportamento Agressivo” tem correlação negativa com o “Comportamento Pró-Social”, é possível compreender essa competência infantil como um importante fator protetor.

Nesta pesquisa, a variável sexo não mostrou diferença significativa entre os PSM, assim como em estudo conduzido por Bao<sup>30</sup>. A classe socioeconômica é um fator indireto na constituição do padrão de

sono da criança, apesar disso, o “Problema de Sono” teve maior impacto nas classes D-E. Estabeleceu, entretanto correlação fraca com o “Total de Dificuldade” e com o “Impacto da Dificuldade”.

**Limitações do estudo:**

O tamanho amostral e a adesão dos profissionais da UBS são os principais limitadores desta pesquisa, possivelmente em resposta aos procedimentos, que priorizaram não sobrecarregar o processo de trabalho da equipe. Estratégias de investigação precisam ser aprimoradas para a exploração da ABS enquanto campo de pesquisa em saúde mental infantil.

**Conclusões:**

Crianças pré-escolares podem apresentar PSM clinicamente importantes. O SDQ foi efetivo na identificação de problemas internalizantes e externalizantes, funcionando como um bom instrumento de triagem. Dada essa característica, pode auxiliar os profissionais de saúde da ABS a identificarem e monitorarem tais problemas, qualificando as decisões terapêuticas.

## REREFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Zeanah Jr CH, Zeanah PD. The scope of infant mental health. In: Zeanah Jr CH editor. Handbook of Infant Mental Health. 3rd. Ed. New York: The Guilford Press; 2009.p 5-21.
- 2- Thomas J, Gean M, Luby JL, Minde K, Turner S, Wright H. Practice parameters for the psychiatric assessment of infant and toddler (0-36 months). J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 1997 Oct; 36 (10 Suppl); 21S-36S.
- 3- Liberman AF, Barnard KE, Wieder S. Diagnosing infants, toddlers and preschoolers: the Zero to Three Diagnostic Classification Of Early Mental Health Disorders. DelCarmen-Wiggings R, Carter A, eds. Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment. New York: Oxford University Press; 2004.p 141-160.
- 4- Basten M, Tiemeier H, Althoff R, van der Schoot R, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. The stability of problem behavior across the preschool years: an empirical approach in the general population. J Abnorm Child Psychol. 2016; 44:393-409.
- 5- Briggs-Gowan MJ, Carter A, Bosson-Heenan J, Guyer AE, Horwitz S. Are infant-toddler social-emotional and behavior problems transiente. J Am Acad child Adolescent Psychiatry. 2006 July; 45:7: 849-58.
- 6- Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood: an epidemiological study. Danish Medical Bulletin. 2010: 2-30.
- 7- Tanaka OY, Laurindsen-Ribeiro E. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro). 2000 Set; 22(9):1845-53.
- 8- Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. J Pediatria (Rio de Janeiro). 2016; 92 (3 Suppl 1): S71-S83.
- 9- Gogoy L, Carter A, Silver RB, Dickstein S, Seifer R. Mental health screening and consultation in primary care: the role of child age and parental concerns. J Dev Behav Pediatric. 2014 June; 35(5): 334-43.
- 10- Vogels AGC, Jacobusse GW, Hoekstra F, Brugman E, Crone M, Reijneveld AS. Identification of children with psychosocial problems differed between preventive child health care professionals. J clinical Epidemiology. 2008; 61: 1144-51.
- 11- Bordin IAS, Duarte CS. Instrumentos de avaliação. Rev Bras Psiquiatria. 2000; 22 Suppl 2: 55-8.
- 12- ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. [cited 2016 May 29]. Available from: <http://www.abep.org>.
- 13- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child Psychol Psychiatry. 1997; 38(5): 581-86.
- 14- Vostanis P. [cited 2016 May 29]. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. Child and Adolescent Psychiatry. 2006: 367-72.
- 15- Fleitlich-Bilyk B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Infante-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência. 2000; 8(1): 44-50.
- 16- SDQ Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire. Youth in Mind [cited 2016 March 10]. Available from: <http://www.sdqinfo.com>.
- 17- ASEBA – Achenbach System of Empiracally Bases Assessment. [cited 2016 Abril 24] Available from: <http://www.aseba.org>.

- 18- Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Birmaher B, Jensen-Peterson M, et al. Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: testing the seven-symptom model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 December; 49(12): 1215-24.
- 19- SAS System for Windows (Statistical Analysis System) versão 9.4. SAS Institute Inc. 2002-2012; Cary-NY-USA.
- 20- Conover, WJ. *Practical Nonparametric Statistics*. 3<sup>rd</sup> ed. Nova Iorque. John Wiley & Sons Inc; 1999.
- 21- Carter A, Godoy L, Marakovitz SE, Briggs-Gowan MJ. Parent reports and infant-toddler mental health. In: Zeanah Jr CH editor. *Handbook of Infant Mental Health*. 3rd. Ed. New York: The Guilford Press; 2009. p233 – 65.
- 22- Briggs-Gowan MJ, Carter A. Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*. 2008; 121(5):957-62.
- 23- Eger HL, Emde RN. Developmentally-sensitive diagnostic criteria for mental health disorders in early childhood: DSM-IV, RDC-PA, and the revised DC:0-3. *Am Psychol*. 2011; 66(9): 95-106.
- 24- Croft S, Stride C, Maughan B, Row R. Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool aged children. *Pediatrics*. 2015 May; 135(5): e1210-19.
- 25- Theunissen MHC, Vogels AGC, de Wolff MS, Reijneveld SA. Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool children. *Pediatrics*. 2013 February; 131(2): e446-54.
- 26- Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE. DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40:12:1383-92.
- 27- Lavigne JV, Gibbons RD, Christoffel KK, Arendt R, Rosebaum D, Binns H, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; 35:2:204-14.
- 28- Dos Santos LM, Queirós FC, Barreto ML, dos Santos DN. Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, State of Bahia. *Rev Bras Psiquiatria*. 2015; 00(00): 1-7.
- 29- Matijasevich A, Murray E, Stein A, Anselmi L, Menezes NA, Santos IS. Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993 and 2004 Pelotas birth cohorts. *J Child Psychology and Psychiatry*. 2014; 55:10:1125-34.
- 30- Bao P, Jung J, Hu X, Liu B, Hu M. Trajectories and the influencing factors of behavior problems in preschool children: a longitudinal study in Guangzhou, China. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:178:1-10.

## 5. DISCUSSÃO GERAL

A identificação imprecisa de um PSM pode ter um efeito iatrogênico, que por incidir em momento tão precoce da vida da criança, pode ser devastador para o seu desenvolvimento biopsicossocial, possivelmente também impactando a dinâmica da RPMC e o bem-estar familiar.

Um resultado falso positivo para PSM pode causar ansiedade nos cuidadores, de tal modo que mesmo ao ser descartada a possibilidade do problema, os mesmos permanecem percebendo a criança como em risco<sup>20</sup>. O resultado falso negativo, por outro lado, também é danoso e tem implicações éticas ao ser dito para os cuidadores da criança que o desenvolvimento dela está compatível com o esperado, quando ela ou sua família mostram sinais de que não está<sup>20</sup>. Perde-se ainda a valiosa oportunidade de intervir precocemente.

Diante disso, é crucial que os profissionais de saúde estejam instrumentalizados para atuar nessa demanda de saúde infantil. A compatibilidade das subescalas do SDQ com as escalas síndromes do CBCL, especialmente no apontamento dos problemas clínicos mais frequentemente encontrados na amostra da presente pesquisa, assinala a viabilidade da utilização do questionário para a finalidade de rastrear tais demandas.

A variável do SDQ “Total de dificuldades” expressou significativa frequência de escores anormais (n=18; 37,5%), contrastando com a frequência de escores normais apresentados na variável “Impacto da dificuldade” (n=38; 83,3%). Uma análise possível para esse dado é que a presença de sintoma socioemocional e comportamental pode não afetar de modo significativo os domínios do funcionamento

infantil a ponto de serem reconhecidos pelos cuidadores primários como prejudiciais para a convivência e bem estar da criança e sua família.

Vostanis, evidencia que as pesquisas psicométricas e epidemiológicas que utilizam o SDQ pouco atentam-se a esse componente “Impacto da dificuldade”, priorizando a descrição sintomatológica em detrimento da interpretação da presença do sintoma em relação ao contexto mais abrangente do desenvolvimento da criança em seu ambiente<sup>25</sup>.

Outro fator possivelmente relacionado à diferença entre os resultados do “Total de dificuldades” e do “Impacto da dificuldade”, é a frequência de escores normais presentes na subescala de “Comportamento pró-social” (n=40; 83,3%). Essa competência do desenvolvimento infantil está associada à resiliência, que por sua vez, é um fator de proteção para a evolução de um PSM<sup>21</sup>.

A variável “Impacto da dificuldade” estabeleceu correlações mais significativas com os problemas externalizantes, identificados pelo CBCL. O “Total de dificuldades” da mesma maneira é mais sensível a identificação de problemas externalizantes do que internalizantes. O predomínio dos problemas externalizantes nessa faixa etária, pode ser compreendido em função do pouco domínio que a criança tem sobre a linguagem, fazendo com que a expressão de emoções conflituosas seja manifestada por comportamentos externalizantes<sup>19</sup>.

Em estudo espanhol de validação da versão pré-escolar do SDQ (3 a 4 anos), com amostra composta por 1.341 crianças de três anos de idade, foi encontrado que os problemas externalizantes são mais identificados por professores do que os problemas internalizantes. Essa identificação por sua vez, associa-se a maior percepção dos professores a respeito de prejuízos funcionais na criança, além de

disparar encaminhamentos a serviços de saúde mental<sup>44</sup>. Esse dado reafirma a importância da proposição de ofertas terapêuticas precoces, que auxiliem as famílias a estenderem sua rede de suporte social, assim como que estreitem as parcerias intersetoriais no atendimento da criança pequena e sua família, prevenindo outras complicações no desenvolvimento socioemocional.

A frequência de escores anormais obtida com o SDQ na presente pesquisa, foi maior do que a encontrada em outros estudos com crianças pré-escolares, que também utilizaram o SDQ para a mensuração dos problemas de saúde mental.

D´Souza et al, conduziram um estudo com 5.481 crianças de dois anos de idade, em que as mães das crianças forneceram o relato das informações. Obtiveram como resultado de frequência de escores anormais: 9,8% na variável “Total de dificuldades”, 12,3% na subescala “Problemas de conduta”, 9,2% em “Relacionamento com Pares”, 7,9% em “Problema de hiperatividade”, 7,1% em “Sintomas emocionais” e 7,0% na subescala de “Comportamento pro-social”<sup>45</sup>.

Outro estudo, de Fuchs et al, com amostra de 1.738 crianças entre três e cinco anos de idade, cujos informantes foram os cuidadores primários, apresenta uma distribuição de frequências de escores anormais distinta da citada no estudo de D´Souza<sup>46</sup>. Em Fuchs et al, os escores anormais foram somados aos escores limítrofes, destacando assim, as crianças da amostra que tiveram escore sintomático. Encontraram 16% de escores alterados (anormais + limítrofes) na variável “Total de dificuldades”, 18% de escores alterados na subescala de “Problema de hiperatividade”, 12,7% de alteração em “Problemas de Conduta”, 12% de alteração em “Sintomas emocionais”, 8,3% em “Problema de relacionamento com pares” e 3,5% de alteração em “Comportamento pro-social”<sup>46</sup>.

Algumas divergências entre esses achados acima ilustrados, entre si e em comparação aos da presente pesquisa merecem ser desenvolvidos. Uma delas relaciona-se a diferença da idade das crianças estudadas, que impõem diferenças entre as competências e dificuldades próprias da fase do desenvolvimento biopsicosocial: dois anos em D´Souza et al, três a cinco em Fuchs et al e dois a quatro nesta pesquisa.

Ademais, o reduzido tamanho amostral desta pesquisa, com amostragem não probabilística, pode ter interferido na apresentação das frequências de problemas de saúde mental, por meio do SDQ. Uma vez que esse instrumento tem como característica psicométrica ser mais sensível a identificação de PSM do que específico na determinação do tipo de PSM, seus resultados funcionam como uma “peneira grossa”. Espera-se que com uma amostragem maior, os dados do SDQ aproximem-se aos dos estudos já descritos.

O contexto de atendimento na unidade básica de saúde, em que o SDQ foi aplicado pode também ser uma variável que influenciou o relato parental. As características dos atendimentos eram diversificadas especialmente em relação ao tempo da consulta, ao vínculo e familiaridade do informante da pesquisa com o profissional que aplicou o SDQ, ao local do atendimento e à motivação da procura do CS pelo informante. É possível supor que em condições favoráveis de tempo, vínculo e disponibilidade do usuário/ informante, o seu relato seja mais compatível com a demanda socioemocional e comportamental da criança.

Outra consideração relevante baseia-se na frequência de escores anormais na subescala de “Problemas de hiperatividade”, encontrada em Fuchs et al, menos expressiva em D´Souza e na presente pesquisa (12,5%). Esse dado pode refletir a imaturidade das crianças de dois anos, em seu funcionamento auto-regulatório, que

pode ser expresso prioritariamente através de comportamentos hiperativos, ao invés de comportamentos internalizantes.

Nenhuma criança da amostra desta pesquisa apresentou escore clínico na escala síndrome “Atenção/Hiperatividade”, apesar de haver 12,5% de escores limítrofes, conforme a avaliação realizada com o CBCL. Tal variável estabeleceu, entretanto, correlação moderada com as subescalas do SDQ que apresentaram maior frequência de escores anormais, sejam elas os “Problemas de conduta” e os “Sintomas emocionais”. Além disso, a correlação foi forte entre “Atenção/Hiperatividade” e “Total de dificuldades”. Isso pode indicar que as queixas de atenção/hiperatividade podem ter sido pontuadas pelos informantes, nos itens que compõem as subescalas de “Problemas de conduta” e “Sintomas emocionais”, do SDQ.

A escala síndrome do CBCL, “Reatividade emocional” estabeleceu correlação de intensidade fraca com a subescala de “Sintomas emocionais” ( $r_s = 0,34$ ), o que pode representar que os constructos que compõem essa escala síndrome encontram pouca ressonância entre os que compõem os “Sintomas emocionais”, podendo estar mais relacionados a problemas de desregulação emocional<sup>12</sup>.

## **6. CONCLUSÕES:**

Por se tratar de um estudo brasileiro usando e comparando as versões pré-escolares tanto do SDQ quanto do CBCL, seus achados são inéditos. Considerando que o SDQ apresentou correlação positiva com quase todas as escalas síndromes do CBCL e que discriminou satisfatoriamente os grupos Anormal e Normal da amostra, é possível concluir que funcionou como um bom instrumento de triagem de problemas de saúde mental nas crianças pré-escolares.

É preciso destacar que todas as crianças avaliadas como apresentando um problema de saúde mental de relevância clínica, receberam algum tipo de atendimento na unidade básica de saúde, no período examinado. Isso reforça a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem e terem a sua disposição, instrumentos baseados em evidência, que aprimorem a identificação de problemas de saúde mental e que respaldem ações de cuidado efetivas junto à criança e seus cuidadores primários.

## 7. REFERÊNCIAS:

- 1- Zeanah Jr CH, Zeanah PD. The scope of infant mental health. In: Zeanah Jr CH editor. Handbook of Infant Mental Health. 3rd. Ed. New York: The Guilford Press; 2009.p 5-21.
- 2- Bagner DM, Rodríguez GM, Blake CA, Linares D, Carter AS. Assessment of behavioral and emotional problems in infancy: a systematic review. Clin Child Fam Psychol Ver. 2012; 15: 113-128.
- 3- Carter AS. The field of toddler /preschool mental health has arrived – on a global scale. J Am Acad child Adolescent Psychiatry.2010 December; 49 (12): 1181-2.
- 4- Lavigne JV, Gibsons RD, Christoffel KK, Arendt R, Rosebaum D, Binns H, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.1996; 35:2:204-14.
- 5- Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Bilmberg N, Bjarmadottir G, et al. Preschool psychopathology reported by parentes in 23 societies: testing the seven-sindrome modelo of the child behavior checklist for ages 1.5-5.J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 2010 December; 49(12): 1215-24.
- 6- Briggs-Gowan MJ, Carter A, Bosson-Heenan J, Guyer AE, Horwitz S. Are infant-toddler social-emotional and behavior problems transiente? J Am Acad Child Adolescent Psychiatry. 2006 July; 45:7: 849-58.
- 7- Mares S, Graeff-Martins AS. The clinical assessment of infants, preschoolers and their families. In: Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of child and adolescent mental health. Geneva: International association for child and adolescent psychiatry and allied professions 2012.
- 8- Brazelton T. O bebê: parceiro na interação. Brazelton T, Cramer B, Kreisler L, Schappi R, Soulé M. A dinâmica do bebê. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987. p9-23.
- 9- National Scientific Council on the Developing Child (2007). The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture: Working Paper #5. [cited 2015 January 9] Available from <http://www.developingchild.net>
- 10- Troller-Renfree S, Fox NA. Sensitive periods of development: implications for risk na resilience. In: Luby JL (ed). Handbook of preschool mental health: development, disorders and treatment. (2 ed): Guilford Press; 2017 [cited 2016 November 12] Available from: [www.guilford.com/p/luby](http://www.guilford.com/p/luby).
- 11- Christensen M, Emde R, Fleming C. Cultural perspective for assessing infants and Young children. In: Del Carmen-Wiggings R, Carter AS (ed). Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment.New York: Oxford University Press; 2004.p 7-23.
- 12- Calkins SD. Regulatory competence and early disruptive behavior problems: the role os physiological regulation. In: Olson SL, Sameroff AJ (ed). Biopsychosocial regulatory process in the development of childhood behavior problems (ebook).Cambridge University Press; 2009.p 86-115.
- 13- Liberman AF, Barnard KE, Wieder S. Diagnosing infants, toddlers and preschoolers: the Zero to Three Diagnostic Classification Of Early Mental Health Disorders. Del Carmen-Wiggings R, Carter A, eds. Handbook of Infant, Toddler,

and Preschool Mental Health Assessment. New York: Oxford University Press; 2004.p 141-160.

- 14- Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *J Child Psychol and Psychiatry*. 2004; 45: 109-34.
- 15- Fleitlich-Bilyk B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*. 2000; 8(1): 44-50.
- 16- National Center for Infant, Toddlers and Families. Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood, revised. Zero to Three;2005.
- 17- Briggs-Gowan MJ, Carter A. Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics*.2008; 121(5):957-62.
- 18- Thomas JM, Behan AL, Gean M, Luby J, Minde K, Zeanah C. Practice parameters for the psychiatric assessment of infant and toddlers (0-36 months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36 (10 Supp):21s-36s.
- 19- Basten M, Tiemeier H, Althoff R, van der Schoot R, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. The stability of problem behavior across the preschool years: an empirical approach in the general population. *J Abnorm Child Psychol*. 2016; 44:393-409.
- 20- Ozonoff S. Editorial: early detection of mental health and neurodevelopmental disorders: the ethical challenges of a field and its infancy. *J Child Psychol and Psychiatry*. 2015; 56 (9): 933-5.
- 21- Cabaj JL, Mc Donald SW, Tough SC. Early childhood risk and resilience factors for behavior and emotional problems in middle childhood. *BMC Pediatrics*. 2014; 14: 160: 1-11.
- 22- Sameroff AJ, Seifer R, McDonough S. Contextual contributors to the assessment of infant mental health. In: Del Carmen-Wiggins R, Carter AS (ed). *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press; 2004.p 61-76.
- 23- Heberle AC, Krill SC, Briggs-Gowan MJ, Carter AS. Predicting Externalizing and Internalizing Behavior in Kindergarten: Examining the Buffering Role of Early Social Support. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015; 44(4): 640-54.
- 24- Meisels SJ, Sally P. Screening and assessment: guidelines for identifying young disabled and developmentally vulnerable children and their families. National Center for Clinical Infant Programs. Washington DC; 1989.
- 25- Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Child and Adolescent Psychiatry*. 2006: 367-72.
- 26- Croft S, Stride C, Maughan B, Row R. Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool aged children. *Pediatrics*. 2015 May; 135(5): e 1210-19.

- 27- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília-DF;2012.
- 28- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília-DF, 2012.
- 29- Briggs R, Racine AD, Chinitz S. Preventive pediatric mental health care: a colocation model. *Infant Mental Health journal*. 2007; 28 (5):481-95
- 30- Paula C, Laurindsen-Ribeiro E, Wisson L, Bordin I, Evans-Lacko S. How to improve the mental health care of children and adolescents in Brazil: Actions needed in the public sector. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34:334-341.
- 31- Keren M, Fieldman R, Tyano S. Diagnoses and interactive patterns of infants referred to a community-based infant mental health clinic. *J Am Acad child Adolescent Psychiatry*. 2001 January; 40:1: 27-35.
- 32- Wiefferink CH, Reijneveld AS, Wijs J, Swagerman M, Campman D, Paulussen TGW. Screening for psychosocial problems in 5–6-year olds: a randomised controlled trial of routine health assessments. *Patient Education and Counseling*. 2006; 60: 57-67.
- 33- Atlas do desenvolvimento humano do Brasil. Available from: [www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/campinas\\_sp](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/campinas_sp). [cited 2016 May 22].
- 34- Sistemas de informações em saúde – Tabnet:Campinas. Available from [www.saude.campinas.sp.gov.br](http://www.saude.campinas.sp.gov.br). [cited 2016 may 23].
- 35- Censo 2010- IBGE. Available from: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php). [cited 2016 May 23].
- 36- Campos AR. Antecedentes da implementação do SUS – Sistema Único de Saúde – em Campinas – SP [dissertation]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
- 37- Secretaria Municipal de Saúde.SUS Campinas. [cited 2016 May 29]. Available from: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br>.
- 38- ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. [cited 2016 May 29]. Available from: <http://www.abep.org>.
- 39- Youth in Mind. Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire. [cited 2016 September 9]. Available from: <http://www.sdq.info.org>.
- 40- Fleitlich-Bilyk B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*. 2000; 8(1): 44-50.
- 41- ASEBA – Achenbach System of Empiracally Bases Assessment. [cited 2016 September 9] Available from: <http://www.aseba.org>.
- 42- SAS System for Windows (Statistical Analysis System) versão 9.4. SAS Institute Inc. 2002-2012; Cary-NY-USA.
- 43- Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics*. 3ªed. Nova Iorque. John Wiley & Sons Inc;1999.

- 44- Ezpeleta L, Granero R, Osa N, Penelo E, Domènich JM. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire<sup>3-4</sup> in 3-year-old preschoolers. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54:282-91.
- 45- D´Souza Stephanie, Waldie KE, Peterson ER, Underwood L, Morton SMB. . Psychometric properties and normative data for the preschool Strengths and Difficulties Questionnaire in two-year-old children. *J Abnorm Child Psychol*. 2017; 45:345-57.
- Fuchs S, Klein AM, Otto Y, Klitzing KV. Prevalence of emotional and behavioral symptoms and their impact on daily life activities in a community sample of 3 to 5-year-old children. *Child Psychia*

## Apêndice 1.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa: “O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) como instrumento para rastrear crianças com problemas de saúde mental: estudo de viabilidade em Unidade Básica de Saúde”**

**Responsáveis: Raquel Godinho H. dos Santos; Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eloisa Helena R. Valler Celeri**

**CAAE: 47843315.1.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar do estudo “O ‘Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) como instrumento para rastrear crianças com problemas de saúde mental: estudo de viabilidade em Unidade Básica de Saúde”.

Antes de consentir com a sua participação nesse estudo, é importante que você leia com atenção as informações a seguir e caso tenha dúvidas, as esclareça com o profissional que está te entregando esse documento. Esse profissional é um colaborador treinado para essa pesquisa e saberá te orientar e responder suas dúvidas. Caso queira ter mais esclarecimentos você também poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável: Raquel Godinho Hokama dos Santos (19-992791088, esse número aceita ligações a cobrar; Rua Sara Alvarado Bertanholi, 1034 - Valinhos).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é um documento que visa assegurar seus direitos como participante voluntário desse estudo. Ele é elaborado em 2 vias, sendo que uma deverá ficar com você e outra com a pesquisadora.

Estamos convidando 150 responsáveis legais de crianças de 3 anos para participar dessa pesquisa; todos são usuários de 2 Centros de Saúde da cidade de Campinas/SP.

O objetivo principal dessa pesquisa é identificar a quantidade de crianças de 3 anos, que apresentam algum problema de saúde mental, descrevendo inclusive, os tipos de problemas identificados nas crianças. Há ainda outros objetivos nessa pesquisa: o de conhecer a eficácia do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) quando usado pelos profissionais de equipes de saúde da família, e a comparação dos problemas de saúde mental identificados nas crianças, com as características sócio-econômicas em que elas vivem.

A coleta dos dados da pesquisa será realizada em 2 etapas:

1. **Rastreamento:** o profissional da equipe do Centro de Saúde aplicará o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Você será o convidado a responder com informações sobre a criança por quem é responsável. Essa fase acontecerá no Centro de Saúde que é referência para a criança. O SDQ será aplicado apenas uma vez e preferencialmente, durante uma consulta de rotina da criança.
2. **Confirmação:** todos os responsáveis legais das crianças que participaram da fase de rastreamento serão novamente convidados a participar da fase de confirmação. Nessa fase, a pesquisadora responsável realizará uma avaliação de saúde mental da criança através de um questionário chamado Child Behavior Checklist (CBCL) e também fará uma entrevista sobre as condições sócio-econômicas da criança/família (como se têm irmãos e quantos; se freqüente a escola; se os pais trabalham e qual sua profissão, etc). A “Confirmação” também acontecerá preferencialmente no Centro de Saúde, mas também poderá ocorrer por meio de visita domiciliar da pesquisadora. Essas duas maneiras serão discutidas previamente com você, a fim de que você possa escolher o que prefere.

Em nenhuma das duas etapas da pesquisa descritas acima, haverá a necessidade de submeter a criança e/ou o responsável legal a exames laboratoriais ou de imagem.

São garantidos a confidencialidade das informações dos participantes (das crianças e de seus responsáveis legais) e o sigilo de identidade dos mesmos. Durante a coleta e tratamento estatístico dos dados, os participantes serão identificados por números. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome e o da criança não serão citados. Os dados dessa pesquisa serão usados e

publicados apenas em meio científico. Sempre que quiser, você poderá ter acesso a informações sobre o estudo, mas não poderá ter conhecimento das informações dos outros participantes.

A participação na pesquisa pode eventualmente implicar em riscos para a criança e/ou seus cuidadores, como: constrangimento moral, psicológico, social e cultural. Por outro lado, poderá trazer um benefício indireto a você e à criança por quem é responsável, na medida em que os resultados desse estudo poderão contribuir para a melhoria da qualidade da assistência pública em saúde oferecida às crianças pequenas. Isso poderá acontecer especialmente pelo aprimoramento da capacidade dos profissionais dos Centros de Saúde na detecção precoce de problemas de saúde mental na criança.

Poderá haver um benefício direto pela participação da criança e seu responsável na pesquisa, que é: caso a criança apresente algum problema de saúde mental, a participação na pesquisa proporcionará a ela e aos seus responsáveis a possibilidade de uma investigação cuidadosa desse suposto problema. Caso algum problema se confirme através das avaliações, que são os procedimentos de coleta de dados dessa pesquisa, a pesquisadora responsável e a orientadora farão os encaminhamentos terapêuticos necessários.

Não é obrigatória a participação nessa pesquisa e a recusa não trará qualquer prejuízo na relação da criança/família com os Centros de Saúde de referência. Também fica assegurada a possibilidade de você desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem precisar justificar a desistência.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

**Consentimento livre e esclarecido:**

Eu \_\_\_\_\_, responsável por

\_\_\_\_\_ (DN:), fui esclarecido sobre a pesquisa “O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) como instrumento para rastrear crianças com problemas de saúde mental: estudo de viabilidade em Unidade Básica de Saúde” e:

- Autorizo a utilização dos meus dados e dos dados da criança pela qual sou responsável legal.  
SIM.....NÃO.....
- Consinto com a participação na fase de Rastreamento. SIM.....NÃO.....
- Consinto com a participação na fase de Confirmação.  
SIM .....NÃO.....
- Autorizo a publicação dos resultados das avaliações feitas nas fases de Rastreamento e de Confirmação, pelas pesquisadoras. SIM.....NÃO.....

Estou ciente de que esses dados colhidos na pesquisa serão de extremo sigilo das pesquisadoras, que serão publicados de maneira anônima e que terei liberdade para desistir da participação, conforme eu desejar.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

.....

**Responsabilidade do Pesquisador:**

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para publicação em ambientes científicos.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

## Anexo 1

## Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa<sup>2-4</sup>

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

Nome da Criança .....

Masculino/Feminino

Data de Nascimento .....

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

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

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

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

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (em letra de forma) ..... Data .....

Mãe/pai/outro (especifique):

**Muito obrigado pela sua colaboração**

## Anexo 2:

21/11/2016

ScholarOne Manuscripts

 Revista Paulista de Pediatria

[# Home](#)
[/ Author](#)

## Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

**Submitted to**  
Revista Paulista de Pediatria

**Manuscript ID**  
RPP-2016-0121

**Title**  
Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares, no contexto da Atenção Básica à Saúde.

**Authors**  
Holtana dos Santos, Raquel  
Celeni, Eloisa

**Date Submitted**  
21-Nov-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2016. All Rights Reserved.  
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.  
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.  
[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

## Anexo 3

COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA DA UNICAMP -  
CAMPUS CAMPINAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ) COMO INSTRUMENTO PARA RASTREAR CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL: ESTUDO DE VIABILIDADE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.

**Pesquisador:** RAQUEL GODINHO HOKAMA DOS SANTOS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 47843315.1.0000.5404

**Instituição Proponente:** Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.209.270

#### Apresentação do Projeto:

Saúde mental de crianças pequenas refere-se a capacidade delas em colocarem-se a experimentações (a uma exploração ativa do ambiente que lhes cerca e ao aprendizado que decorre disto), a capacidade de regular e expressarem suas emoções e de estabelecerem relacionamentos íntimos e seguros, entre outros. Essas capacidades são a base para a posterior competência social (incluindo a resiliência) e emocional, para a maturidade escolar, para melhor desempenho acadêmico e para melhor performance social. É possível, então, afirmar que as manifestações sócioemocionais ou comportamentais problemáticas das crianças pequenas trazem prejuízos para a: adaptação delas às demandas ambientais, para a aquisição de novas capacidades e habilidades, para o relacionamento e funcionamento interpessoal. Detectando-se e intervindo o mais precocemente possível, promove-se saúde de forma mais eficaz do que tratando transtornos mentais nos anos subsequentes. Estratégias para a detecção precoce de problemas de saúde mental na primeira infância são escassas, no contexto da saúde pública brasileira. Essa pesquisa tem por objetivos: Rastrear demandas de saúde mental infantil em um grupo de crianças de 3 anos de idade, usuárias de dois Centros de Saúde (CS) em Campinas; estudar o Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ) como ferramenta de detecção de problemas de saúde mental infantil, para profissionais da Equipe de Saúde da Família

**Endereço:** Rua Tessália Vieira de Camargo, 126  
**Bairro:** Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887  
**UF:** SP **Município:** CAMPINAS  
**Telefone:** (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br