

RASTREAMENTO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS PRÉ-ESCOLARES NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Screening for mental health problems in preschoolers at primary health care settings

Raquel Godinho Hokama dos Santos^{a,*}, Eloisa Helena Rubelo Valler Celeri^o

RESUMO

Objetivo: Estudar a aplicabilidade do Questionário de Capacidades e Dificuldades – *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ 2,4-p) – como instrumento de rastreamento, na Atenção Básica à Saúde (ABS), de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares; caracterizar os problemas de saúde mental 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 especializado em saúde mental infantil. Resultados do SDQ e do CBCL foram comparados; 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 destacaram pela porcentagem de escores anormais (47,9%). A correlação entre SDQ e CBCL foi positiva em todas as escalas, exceto no comportamento pró-social.

Conclusões: Problemas de saúde mental clinicamente importantes foram encontrados em crianças pré-escolares. Variáveis do SDQ discriminam escores 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

Objective: To study the applicability of the *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ 2,4-p) as a screening tool for mental health problems in preschoolers, in the context of Primary Health Care; to evaluate the mental health problems of the sample, comparing data from SDQ (2,4-p) and from the *Child Behavior Check List* (CBCL 1½-5 years).

Methods: Cross-sectional observational study with a convenience sample of 31-50-month-old children, whose caretakers provided informational reports. In the first stage, professionals from the primary care health unit have applied the SDQ (2,4-p) during routine appointments. Subsequently, the CBCL (1½-5) was applied by a professional experienced in infant mental health. The SDQ and CBCL results were compared and the correlation between the scales was tested.

Results: Among 280 questionnaires available to the health professionals, 48 were filled out and the CBCL was applied to 40 of the participants. Among the problems found with the SDQ, 18 cases (37.6% out of 48) have shown abnormal score in the “Total Difficulties” and 38 (80.9% out of 48) have shown normal score in the “Impact of Difficulty”. Behavioral issues were highlighted by the percentage of abnormal scores (47.9%). The correlation between SDQ and CBCL was positive for all scales, except for the pro-social behavior.

Conclusions: Clinically important mental health problems were found in preschool children. Variables of the SDQ discriminate normal and abnormal scores according to the CBCL parameters, thus functioning as a good screening tool.

Keywords: Child, Preschool; Mental health; Primary health care.

*Autor correspondente. E-mail: raquel.ghsantos@gmail.com (R.G.H. Santos).

^oUniversidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

Recebido em 21 de novembro de 2016; aprovado em 24 de março de 2017; disponível em 29 de novembro de 2017.

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 em que as características inatas da criança e/ou as do ambiente no qual se dá o desenvolvimento.¹

Os problemas de saúde mental (PSMs) interferem na qualidade das experiências precoces e, portanto, no desenvolvimento das potencialidades das crianças. Acarretam prejuízos para a adaptação infantil às demandas ambientais, à aquisição de novas habilidades e capacidades, bem como ao funcionamento interpessoal, e para a relação pai-mãe-criança.² Podem não produzir sintomas estáveis, manifestando-se de formas distintas, de acordo com cada fase do desenvolvimento, o que torna difícil a sua identificação.³

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

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é um ponto privilegiado das Redes de Atenção à Saúde que compõem o sistema público de saúde brasileiro para a detecção dessa demanda infantil. Esse ambiente assistencial propicia o acompanhamento longitudinal da criança, promovendo cuidado integral à saúde e contextualizando fatores determinantes da qualidade de vida e saúde da criança, em relação à sua comunidade.⁷⁻⁹ Paradoxalmente, muitos profissionais que atuam na ABS não se sentem aptos e confortáveis para identificar e encaminhar possíveis PSMs infantis.¹⁰ A utilização de instrumentos padronizados de rastreamento de PSM em crianças pequenas pode ser uma estratégia para esses desafios. Especialmente na ABS, podem auxiliar a identificação de casos mais graves, que necessitam de acompanhamento estreito e/ou especializado, contribuindo para a elaboração de projetos terapêuticos efetivos.¹¹

Considerando a escassez de estudos sobre estratégias de qualificação da detecção precoce de PSM na ABS brasileira, esta pesquisa objetivou: estudar a aplicabilidade 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 PSMs 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 em Pesquisa da Faculdade de Ciências 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 escolha da UBS onde ocorreu a pesquisa se deu via estratificação e os critérios de seleção englobaram:

- Territórios com população mais numerosa de crianças entre zero e quatro anos, excluindo-se aqueles em que a vulnerabilidade socioeconômica da população era a condição predominante;
- 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 atendidas no período de setembro de 2015 a junho de 2016, sem critérios de exclusão. Os dados foram coletados por meio de relato dos cuidadores primários.

Foram utilizados os seguintes instrumentos de medida:

- Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB);
- Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*); e
- Inventário de Comportamentos para Crianças entre 1 ½ e 5 anos (*Child Behavior Check List – CBCL 1 ½-5*).

O CCEB foi 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 E.¹²

O SDQ é um instrumento de rastreamento de PSM criado por Robert Goodman na década de 1990.¹³ Desde então, tem sido amplamente utilizado na pesquisa científica e no contexto

clínico para identificar PSM em crianças e adolescentes e para avaliar a gravidade dos sintomas e/ou do impacto de psicopatologia.¹⁴ A sua ampla utilização deve-se a fatores como boa aceitação pelos informantes, facilidade na pontuação das escalas, efetividade na detecção dos PSMs e consideração das competências da criança.¹⁵ 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 anos. No Brasil, a tradução e a validação desse instrumento foram realizadas por Fleitlich-Bylik et al., em 2000.¹⁵

A estrutura do SDQ é composta por três agrupamentos, denominados “atributos psicológicos”, “suplemento de impacto” e “follow-up”. Os “atributos psicológicos” contêm 25 itens que avaliam cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com pares e comportamento pró-social.¹³ Entre as cinco subescalas, quatro rastreiam comportamentos associados a problemas e, juntas, fornecem o “total de dificuldades da criança”. a quinta trata de uma competência, o “comportamento pró-social”. Para cada avaliação, apresenta-se a classificação “normal”, “limítrofe” ou “anormal”.¹³ 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.¹³

Neste trabalho foram usados o “atributos psicológicos” e o “suplemento de impacto”, da versão dois a quatro anos para pais (SDQ 2,4-p), disponível para uso livre.¹⁶ 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 CBCL é um instrumento de avaliação de problemas socioemocionais e de comportamento criado por Thomas Achenbach na década de 1960. Tal instrumento é parte de um conjunto de inventários denominado Sistema ASEBA (*The Achenbach System of Empirically Based Assessment*).¹⁷ A versão para crianças de idades entre 1½ a 5 anos é composta por 99 itens a serem respondidos pelos cuidadores primários das crianças avaliadas. Os itens avaliam sete “escalas síndromes”:

1. “Reatividade emocional”;
2. “Ansiedade-depressão”;
3. “Queixas somáticas”;
4. “Retraimento”;
5. “Problemas com sono”;
6. “Problemas de atenção-hiperatividade”;
7. “Comportamento agressivo”.

As quatro primeiras escalas síndromes agrupam-se constituindo o “total de problemas internalizantes”, as duas últimas

formam 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 (DSM-IV).¹⁷

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, com base na conclusão de que o instrumento captura patamares de problemas socioemocionais e de comportamento relatados por pais com experiências culturais bastante diversificadas.¹⁸ O CBCL é vastamente usado em pesquisas para a avaliação socioemocional e de comportamento infantojuvenil, destacando-se pela sua efetividade.¹¹ No Brasil, é distribuído pela equipe do ASEBA Brasil, sendo necessária a compra dos exemplares e do *software* de sistematização e pontuação dos dados.

Previamente à coleta dos dados, foram organizadas reuniões com profissionais de saúde da UBS, a fim de apresentar a pesquisa e o questionário SDQ, elencar interessados em colaborar com a pesquisa e elaborar estratégias para a coleta, adequando os procedimentos da pesquisa à rotina de consultas dos profissionais. Os procedimentos consistiram em duas etapas com intervalo inferior a 30 dias. Na primeira, o SDQ foi aplicado por profissional da UBS, durante consulta. No período da coleta, o questionário foi disponibilizado em todos os atendimentos das crianças cujos perfis eram compatíveis com a inserção na pesquisa. A Figura 1 ilustra a forma como os questionários foram distribuídos aos profissionais.

Os dados da coleta foram sistematizados com o *Statistical Analysis System*¹⁹ (*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.²⁰

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 por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de Dunn para localizar as diferenças entre os grupos, quando necessário.

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

RESULTADOS

No período do estudo, 280 questionários SDQ estiveram à disposição dos profissionais da UBS. Desses, 48 foram preenchidos, representando uma taxa de retorno de 17,1%. O CBCL foi aplicado em 40 dos 48 participantes (83,3%); entre as perdas, uma se deu por desistência e sete decorreram de dados cadastrais desatualizados nos prontuários.

Dos 48 participantes, 26 eram do sexo feminino (54,2%). As idades variaram de 31 (n=3) a 50 meses (n=1), sendo a média de 40 e a mediana de 39 meses. Predominaram 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) e 7 (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 E: 56,9±8,3; classe B: 53,4±4,0; e classe C: 50,4±1,5 (p=0,004).

A Tabela 1 apresenta a pontuação das subescalas do SDQ. Escores normais aparecem em maior frequência na subescala

“comportamento pró-social” e no item “impacto da dificuldade”. “Problemas de conduta”, “sintomas emocionais” e “problemas de relacionamento com pares” têm maior prevalência de escores anormais, entre as cinco subescalas consideradas. O item “total de dificuldades” exibe escores anormais em 18 casos (37,5%) e limítrofes em 7 (14,6%), indicando que mais da metade das crianças estudadas apresentam risco para o desenvolvimento de PSM.

A Tabela 2 mostra a pontuação das escalas síndromes do CBCL. “Reatividade emocional” e “comportamento agressivo” são as escalas síndromes que mais expressam escores clínicos e que apresentam maior porcentagem de escores clínicos e limítrofes, quando 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” chega a 15%.

A Tabela 3 mostra as correlações estatisticamente significativas e de intensidades moderada a forte entre as variáveis dos

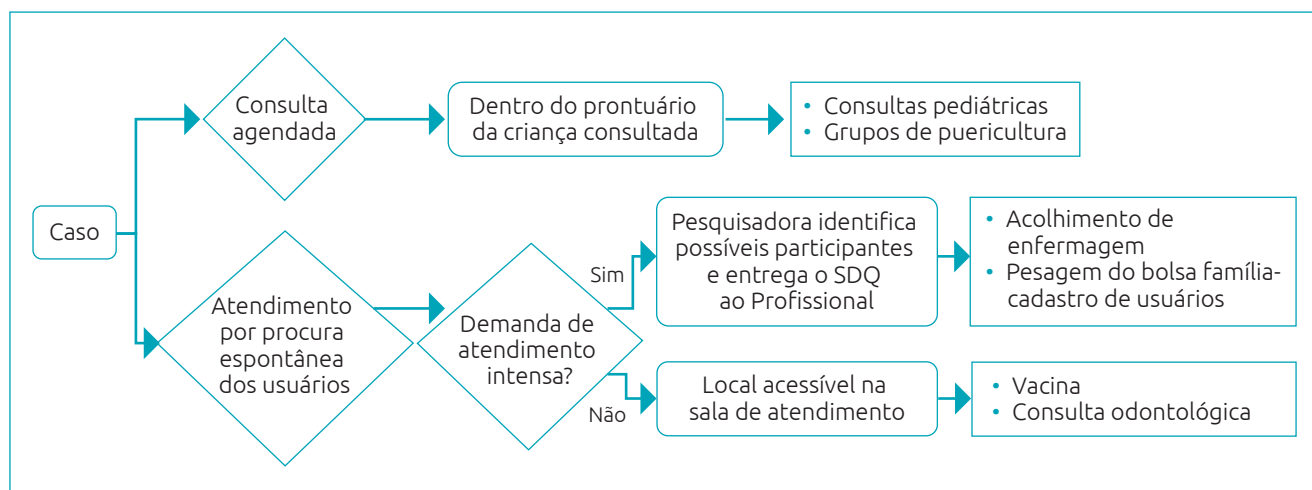


Figura 1 Fluxograma de distribuição do SDQ nas consultas.

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

Subescalas	M	DP	MD	NL	LIM	ANL
			(mín.–máx.)	n (%)	n (%)	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 (50,0)	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 (47,9)	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; NL: normal; LIM: limítrofe ANL: anormal.

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”: 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” mostraram correlações significativas e de intensidades fraca com “reatividade emocional” e moderada com “total de problemas internalizantes” e “total de problemas emocionais e de comportamento”. Os “problemas de conduta” apresentaram correlações significativas e de intensidade moderada a forte com “comportamento agressivo”, “total de problemas externalizantes” e “total de problemas emocionais e de comportamento”.

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 grande 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”.

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo refere-se à capacidade do SDQ discriminar os grupos de crianças da amostra, com escores normais e anormais, em comparação à avaliação obtida pelo CBCL. Ademais, as escalas dos instrumentos mostraram correlações significativas e positivas, podendo sugerir a interdependência entre os diferentes aspectos do desenvolvimento socioemocional na criança pequena.

“Comportamento agressivo” e “total de problemas externalizantes” foram as variáveis com maior prevalência de escore clínico na amostra desta pesquisa. Tais resultados são semelhantes aos observados em estudos internacionais e nacionais com crianças pré-escolares.²¹⁻²⁴ Matijasevich et al. encontraram em crianças brasileiras, pré-escolares, em um período de 11 anos, um aumento de 25% em “total de problemas externalizantes” e de 23,3% em “comportamento agressivo”.²⁴

No presente estudo, a escala síndrome “comportamento agressivo” apresenta correlação negativa com a subescala “comportamento pró-social”, sendo que esta última apresenta 83,3% de escores normais. É possível compreender que, na amostra estudada, a competência infantil “comportamento pró-social” pode funcionar como importante fator protetor, apoiando a resiliência ou mesmo amenizando o impacto do problema comportamental da criança sobre seu ambiente.

A diferença entre a variável sexo e os PSMs não foi significativa nesta pesquisa, assim como em estudo conduzido por Bao.²⁵ O “problema de sono” teve maior escore nas classes D e E, o que pode relacionar-se a características do domicílio das famílias que compuseram a amostra, como a existência de apenas um dormitório para todos os membros, possivelmente prejudicando a rotina de sono da criança.²⁶

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

	M	DP	MD	NL	LIM	CLI
			(mín.–máx.)	n (%)	n (%)	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	48,5	±10	48 (28–69)	34 (85%)	4 (10)	2 (5)

M: média; DP: desvio padrão; MD: mediana; mín.: valor mínimo; máx.: valor máximo; n: número de sujeitos; NL: normal; LIM: limítrofe; CLI: clínico.

As características psicométricas da versão do SDQ para crianças pré-escolares têm sido examinadas em pesquisas internacionais, evidenciando a maior sensibilidade do instrumento em relação a sua especificidade.^{27,28} Essa característica se expressa no presente estudo pela capacidade discriminativa, especialmente dos escores “normal” e “anormal”, e pela compatibilidade entre SDQ e CBCL,

principalmente na identificação de problemas “anormais – clínicos”. Compatibilidade reforçada nos casos em que “total de dificuldades” e “impacto da dificuldade” apresentam escores altos.²⁸

O SDQ, assim com outros instrumentos padronizados de rastreamento de PSMs infantis, é de fácil e rápida aplicação e pontuação, havendo flexibilidade no modo como esse emprego

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

Variáveis SDQ	Variáveis CBCL	r _s	p-valor
Sintomas emocionais	Ansiedade/depressão	0,480	0,002
	Total de problemas internalizantes	0,503	0,001
	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 internalizantes	0,501	0,001
	Comportamento agressivo	0,600	<0,001
	Atenção/hiperatividade	0,489	0,001
	Total de problemas externalizantes	0,675	<0,001
	Problema de estresse	0,637	<0,001
	Total de problemas EC	0,664	<0,001
Problema de hiperatividade	Atenção/hiperatividade	0,586	<0,001
	Problema de estresse	0,466	0,002
	Total de problemas	0,401	0,010
Problema de relacionamento com pares	Ansiedade/depressão	0,468	0,002
	Reatividade emocional	0,422	0,007
	Total de problemas internalizantes	0,474	0,002
	Total de problemas EC	0,440	0,004
Comportamento pró-social	Comportamento agressivo	-0,340	0,030
	Retraimento	-0,330	0,036
Total de dificuldade	Atenção/hiperatividade	0,606	<0,001
	Comportamento agressivo	0,486	0,001
	Total de problemas externalizantes	0,595	<0,001
	Ansiedade/depressão	0,579	0,001
	Reatividade emocional	0,486	0,002
	Total de problemas internalizantes	0,596	<0,001
	Problema de estresse	0,669	<0,001
	Total de problemas EC	0,641	0,001
Impacto da dificuldade	Comportamento agressivo	0,540	<0,001
	Total de problemas EC externalizantes	0,522	<0,001
	Total de problemas	0,467	0,003

SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*; CBCL: *Child Behavior Check List*; r_s: coeficiente de correlação de Spearman; EC: emocionais e comportamentais.

pode ser feito (pessoalmente, por telefone ou outro), além de sua aquisição ser gratuita.²⁹ Esses fatores favoreceram a utilização do SDQ como instrumento de medida nesta pesquisa.

A utilização de instrumentos padronizados no rastreamento de PSM em crianças pré-escolares pode facilitar o relato dos

cuidadores, uma vez que muitos têm dificuldades em comunicar suas preocupações ou seus medos, mesmo quando as dificuldades socioemocionais e comportamentais das crianças são clinicamente relevantes.³⁰ Quando os cuidadores reportam suas preocupações a um profissional, por meio de entrevista não estruturada,

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

CBCL	SDQ	SDQ - ANL n, média, DP	SDQ - LIM n, média, DP	SDQ - NL n, média, DP	p-valor	Localização da diferença
Reatividade emocional	Total de dificuldades	14; 59,9; 8,7	5; 59,0; 9,6	21; 53,2; 4,4	0,022	ANL e NL
	Relacionamento com pares	11; 60,9; 8,1	5; 53,2; 2,7	24; 54,8; 7,0	0,046	ANL e NL
Ansiedade-depressão	Total de dificuldades	14; 58,9; 6,5	5; 54,2; 3,4	21; 51,7; 3,2	0,007	ANL e NL
	Emocional	13; 58,9; 6,5	7; 53,4; 4,6	20; 52,1; 3,5	0,010	ANL e NL
	Conduta	17; 57,4; 5,6	9; 52,9; 4,7	14; 52,2; 5,0	0,009	ANL e NL
	Relacionamento com pares	11; 57,8; 5,4	5; 52,8; 3,6	24; 53,4; 5,7	0,039	ANL e NL
Retraimento	Comportamento pró-social	3; 54,7; 3,5	2; 51,0; 0,0	35; 51,9; 4,1	0,450	–
Total internalizantes	Total de dificuldades	14; 56,6; 6,4	5; 49,6; 12,8	21; 45,6; 8,7	0,003	ANL e NL
	Emocional	13; 56,3; 8,4	7; 48,6; 12,6	20; 46,3; 7,6	0,008	ANL e NL
	Conduta	17; 55,6; 6,4	9; 46,6; 11,1	14; 45,1; 9,2	0,004	ANL e NL
	Relacionamento com pares	11; 55,5; 6,5	5; 47,2; 6,5	24; 47,9; 10,7	0,025	ANL e NL
Atenção-hiperatividade	Total de dificuldades	14; 58,0; 7,1	5; 54,0; 4,6	21; 52,0; 4,0	0,003	ANL e NL
	Emocional	13; 57,5; 7,0	7; 52,1; 4,1	20; 53,2; 4,9	0,020	ANL e NL
	Conduta	17; 56,6; 6,7	9; 52,8; 4,0	14; 52,7; 5,3	0,015	ANL e NL
	Hiperatividade	5; 58,4; 7,4	9; 57,7; 7,4	26; 52,5; 4,1	0,016	LIM e NL
Comportamento agressivo	Total de dificuldades	14; 58,7; 8,9	5; 52,6; 3,7	21; 53,9; 5,6	0,160	–
	Conduta	17; 59,9; 8,1	9; 53,1; 5,4	14; 51,4; 2,3	0,002	ANL e NL
	Comportamento pró-social	3; 59,7; 9,3	2; 62,5; 14,8	35; 54,6; 6,4	0,180	–
	Impacto da dificuldade	4; 61,5; 7,7	3; 68,3; 8,1	32; 53,4; 5,3	0,0027	ANL e NL
Total de externalizantes	Total de dificuldades	14; 57,8; 10,1	5; 46,4; 11,7	21; 47,6; 11,1	0,034	ANL e NL
	Conduta	17; 55,5; 9,1	9; 48,7; 10,4	14; 43,1; 9,7	<0,001	ANL e NL
	Impacto da dificuldade	4; 62,5; 9,5	3; 65,3; 7,2	32; 48,0; 10,6	0,043	ANL e NL
Problema de estresse	Total de dificuldades	14; 59,4; 5,6	5; 52,8; 2,7	21; 53,0; 4,1	0,006	ANL e NL
	Emocional	13; 59,9; 5,5	7; 54,7; 4,9	20; 52,3; 3,0	0,003	ANL e NL
	Conduta	17; 59,4; 5,0	9; 53,0; 4,1	14; 51,5; 2,5	<0,001	ANL e NL; ANL e LIM
	Hiperatividade	5; 59,2; 5,9	9; 57,9; 5,9	26; 53,5; 4,3	0,066	–
Total de problemas	Emocional	13; 55,1; 8,1	7; 46,4; 10,5	20; 44,9; 9,2	0,015	ANL e NL
	Conduta	17; 55,5; 7,7	9; 45,8; 9,5	14; 41,7; 7,3	<0,001	ANL e NL
	Hiperatividade	5; 53,8; 10,9	9; 53,9; 11,8	26; 45,6; 8,2	0,032	LIM e NL
	Relacionamento com pares	11; 55,5; 8,7	5; 44,0; 5,4	24; 46,2; 9,9	0,018	ANL e NL; ANL e LIM
	Impacto da dificuldade	4; 54,8; 6,2	3; 63,0; 6,0	32; 46,0; 9,2	0,008	LIM e NL

CBCL: *Child Behavior Check List*; SDQ: *Strengths and Difficulties Questionnaire*; n: número de sujeitos; M: média; DP: desvio padrão; a: teste de Kruskal-Wallis; b: teste de Dunn; ANL: anormal; LIM: limítrofe; NL: normal.

comumente têm sua queixa minimizada.²⁹ 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 eram cuidadores primários das crianças. As principais vantagens dessa qualidade de informantes são a apropriação sobre o desenvolvimento da criança, o contexto e a história de seu comportamento e temperamento, podendo descrever como a dificuldade surge, manifesta-se e muda ao longo do tempo.²⁹ Simultaneamente, é preciso considerar que pode haver dissenso entre a percepção de diferentes cuidadores sobre as dificuldades e potencialidades da criança, as expectativas acerca do seu desempenho e as suas características constitucionais.³¹ Essa divergência no ambiente relacional pode exteriorizar-se sob a forma de relatos de queixas dos cuidadores a respeito da criança.

Uma vez que esses fatores 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 socioemocional pleno e assinalam a necessidade de investigação do PSM em relação ao contexto ecológico do desenvolvimento infantil. Evita-se, assim, uma abordagem medicalizante e potencialmente iatrogênica para o sofrimento da criança pequena e de sua família.

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, bem como aquela

com escore “anormal-clínico”, poderia ser acompanhada mais atentamente pelas equipes na ABS. A pontuação limítrofe pode funcionar como um marcador de que esforços terapêuticos precisam ser empreendidos junto à criança e sua família para prevenir agravo dos sintomas e promover o desenvolvimento infantil saudável. No contexto brasileiro da ABS, esses esforços podem se dar pela articulação da rede de cuidado intra e inter-setorial, pela discussão de caso em reuniões de apoio matricial e/ou pelo encaminhamento implicado, quando necessário.⁹

O tamanho amostral foi o principal limitador da abrangência desta pesquisa, possivelmente em resposta à baixa adesão dos profissionais da UBS, ocorrida apesar de os procedimentos adotados priorizarem não sobrecarregar o processo de trabalho. Porém, os achados encorajam e sinalizam a necessidade de exploração do campo da intervenção precoce para PSM na interface com a saúde pública brasileira.

Pode-se concluir que crianças pré-escolares podem apresentar PSMs 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.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

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. Thomas JM, Gean M, Luby JL, Minde K, Turner S, Wright HH, et al. Practice parameters for the psychiatric assessment of infant and toddler (0-36 months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;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. In: DelCarmen-Wiggings R, Carter A, editors. *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 141-60.
4. Basten M, Tiemeier H, Althoff R, Schoot RV, Jaddoe VW, 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 SM. Are infant-toddler social-emotional and behavior problems transiente. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:849-58.
6. Skovgaard AM. Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood: an epidemiological study. *Dan Med Bull*. 2010;57:B4193.
7. Eickmann SH, Emond AM, Lima M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *J Pediatr (Rio J)*. 2016;92(Suppl 1):S71-83.
8. 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 Pediatr*. 2014;35:334-43.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Vogels AG, Jacobusse GW, Hoekstra F, Brugman E, Crone M, Reijneveld AS. Identification of children with psychosocial problems differed between preventive child health care professionals. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:1144-51.

11. Bordin IA, Duarte CS. Instrumentos de avaliação. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(Suppl 2):55-8.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016 [homepage on the Internet]. São Paulo: ABEP [cited May 2016]. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
13. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997;38:581-6.
14. Vostanis P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Curr Opin Psychiatry.* 2006;19:367-72.
15. Fleitlich-Bilyk B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc.* 2000;8:44-50.
16. Youth in Mind. SDQ Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaire [homepage on the Internet]. London: Youth in Mind [cited March 2016]. Available from: <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b0.py>
17. Rocha MM, Pereira RF, Arantes MC, Silvares EF. Mental Health Practitioners' Guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). 7ª ed. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families; 2010.
18. Ivanova MY, Achenbach TM, Rescorla LA, Harder VS, Bilenberg N, Bjarnadottir G, et al. Preschool psychopathology reported by parents in 23 societies: testing the seven-syndrome model of the child behavior checklist for ages 1.5-5. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49:1215-24.
19. Statistical Analysis System. SAS System for Windows version 9.4. New York: SAS Institute Inc.; 2012.
20. Conover WJ. *Practical Nonparametric Statistics.* 3rd ed. Nova York: Wiley; 1999.
21. Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE. DSM-IV symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40:1383-92.
22. Lavigne JV, Gibsons RD, Christoffel KK, Arend R, Rosebaum D, Binns H, et al. Prevalence rates and correlates of psychiatric disorders among preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35:204-14.
23. Santos LM, Queirós FC, Barreto ML, Santos DN. Prevalence of behavior problems and associated factors in preschool children from the city of Salvador, state of Bahia, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;38:46-52.
24. Matijasevich A, Murray E, Stein A, Anselmi L, Menezes AM, Santos IS, et al. Increase in child behavior problems among urban Brazilian 4-year olds: 1993 and 2004 Pelotas birth cohorts. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014;55:1125-34.
25. 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;16:1-10.
26. Bates JE, Goodnight JA, Fite JE, Staples AD. Behavior regulation as a product of temperament and environment. In: Olson SL, Sameroff AJ, editors. *Biopsychosocial regulatory process in the development of childhood behavior problems.* Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 116-43.
27. Croft S, Stride C, Maughan B, Rowe R. Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool aged children. *Pediatrics.* 2015;135:e1210-19.
28. Theunissen MH, Vogels AG, Wolff MS, Reijneveld SA. Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool children. *Pediatrics.* 2013;131:e446-54.
29. 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. p. 233-65.
30. Briggs-Gowan MJ, Carter A. Social-emotional screening status in early childhood predicts elementary school outcomes. *Pediatrics.* 2008;121:957-62.
31. 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;66:95-106.