

NAOMAR MONTEIRO DE ALMEIDA FILHO

DESENVOLVIMENTO DO
QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE
PSIQUIÁTRICA INFANTIL



IFBA
IT
2, NM

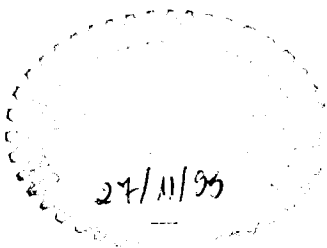
SALVADOR - BAHIA

1977

NAOMAR MONTEIRO DE ALMEIDA FILHO

DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE MORBIDADE
PSIQUIÁTRICA INFANTIL

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Comunitária da Universidade Federal da Bahia como parte das exigências para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.



Salvador - Bahia
1977

A Lourdes - minha mãe
A Naomar - meu pai
A Márcia - minha mulher
A Camille - minha filha

"O problema

não está nos instrumentos"

BASAGLIA (7)

AGRADECIMENTOS

O ponto de partida para este estudo foi uma proposta do Dr. Luiz Umberto Ferraz Pinheiro no sentido de realizarmos, durante o segundo semestre de 1976, um estudo de prevalência dos transtornos mentais como parte das atividades preliminares do Programa de Saúde Mental do Departamento de Neuropsiquiatria da FMUFBA, cabendo-me a pesquisa referente a morbidade psiquiátrica infantil. É um prazer registrar o meu débito para com o Dr. Pinheiro, que com o seu exemplo e orientação influenciou positivamente na minha formação, por ter exercido uma crítica constante, rigorosa e produtiva durante toda a realização do estudo.

O Prof. Jairnilson Silva Paim, orientador desta dissertação, foi outro crítico severo, portanto responsável por muitos dos pontos positivos deste trabalho. O Prof. Álvaro Rubim de Pinho leu o manuscrito e fez comentários valiosos. O Prof. Stephen J. Plank tem sido sempre um incentivador do meu trabalho. O Prof. Sebastião Loureiro da Silva apoiou a minha decisão de iniciar o trabalho desta dissertação um tanto precocemente; o seu encorajamento e a sua amizade foram de grande valia.

As constantes discussões com a Dra. Vilma Souza Santana, que realizava simultaneamente um trabalho semelhante (ela era a responsável pela pesquisa de morbidade psiquiátrica de adultos, desenvolvida pelo Programa de Saúde Mental), muito contribuíram para o enriquecimento do estudo; compartilhamos as dúvidas e tensões que normalmente emergem dos trabalhos de pesquisa.

Afortunadamente pude contar com a consultoria do Prof. Arnaldo Torrents para a parte de análise estatística. O Prof. Luiz Fernando Pinto ofereceu sugestões valiosas, principalmente na construção do instrumento.

Aos diretores das instituições onde o QMPI foi testado, agradeço a permissão e a cooperação concedidas. A Enfa. Maria Helena Rivas prestou inestimável ajuda, praticamente coordenando a coleta de dados do teste de campo.

A bibliotecária Thereza Carvalho, da BIREME-Ba., organizou as referências bibliográficas e Conceição Figueiredo Brasil, secretária do Programa de Saúde Mental, gentilmente datilografou os manuscritos.

Finalmente, gostaria de expressar os meus agradecimentos a todos que colaboraram direta ou indiretamente para a realização do estudo, especialmente às mães das crianças que pacientemente concordaram em participar.

Salvador, agosto de 1977

N.M.A.F.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. REVISÃO DA LITERATURA
 - 2.1. Técnicas de Identificação de Caso
 - 2.2. Questionários de Detecção de Caso Psiquiátrico Infantil
3. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS
4. MATERIAL E MÉTODOS
 - 4.1. Definição de Termos
 - 4.2. Construção do Questionário
 - 4.3. Calibração
 - 4.4. Avaliação da Confiabilidade
 - 4.5. Análise Estatística
5. RESULTADOS
 - 5.1. Validade
 - 5.2. Confiabilidade
6. DISCUSSÃO
 - 6.1. Construção do Instrumento
 - 6.2. Avaliação do Questionário
 - 6.3. Usos e Limitações
7. CONCLUSÕES

RESUMO

SUMMARY

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

A concepção da saúde como um direito natural de todas as pessoas foi um dos princípios básicos da Medicina Social, desde o seu início durante o século XIX (78). Os pressupostos teóricos dessa doutrina encorajavam uma atitude otimista em relação ao problema da Saúde Mental que, principalmente após a Primeira Grande Guerra, provocou o aparecimento de ligas e comitês de higiene mental em quase todos os países do mundo ocidental (18). Entre estas podemos citar a American Orthopsychiatric Association, fundada em 1920 nos Estados Unidos (66) e a Liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923 no Rio de Janeiro (18).

A doutrina psicanalítica, já então muito difundida, apresentava a idéia de que as doenças mentais se estruturam na infância. Assim, a atenção dos higienistas mentais voltou-se para as crianças, com a intenção de localizar e controlar os distúrbios mentais da infância, tentando atuar preventivamente sobre a morbidade psiquiátrica dos adultos. Bennet e Simon, Burt e Lewis ensaiavam então os primeiros estudos da prevalência do retardo mental (105), alvo primário dos eugenistas.

Durante a década de 20, surgiram nos Estados Unidos as Child Guidance Clinics, que tratavam qualquer criança com problemas emocionais, como assinala MUSTO (66, p.56), "com uma nova divisão de trabalho especializado similar não somente à da Clínica Mayo como também à da linha de montagem de Henry Ford". As clínicas deviam tratar a doença mental do mesmo modo como os profissionais da Saúde Pública haviam lutado, com relativo sucesso, contra as doenças infecciosas, usando métodos de identificação precoce e tratamento imediato. Acreditavam que a aplicação extensa dos princípios de higiene mental às crianças aperfeiçoaria a sociedade, reduzindo

o crime e a pobreza, contando certamente com a ajuda de reformas no sistema educacional, no sistema jurídico e em outras instituições (66).

Nesse período, propunha-se um entendimento multicausal da doença psiquiátrica, exibia-se um otimismo quanto ao seu tratamento e ensaiava-se a transferência da psiquiatria dos asilos para os ambulatórios na comunidade. Assim, é possível que o tratamento das desordens mentais infantis seja pioneiro na efetivação de uma psiquiatria comunitária (66,78).

Durante a Segunda Guerra Mundial, quando se verificou um significativo contingente da população impedido de compor os exércitos por causa de distúrbios emocionais, o Estado iniciou uma maior participação no planejamento e fornecimento de serviços de saúde mental. Necessitava-se de tratamentos cada vez mais eficientes, afim de que os soldados emocionalmente incapacitados pudessem retornar rapidamente à frente de combate (23).

Além desses fatores histórico-sociais, deve-se destacar o advento da psicofarmacoterapia, que auxiliou o tratamento de pacientes fora dos asilos. O resultado foi então uma nova abordagem da psiquiatria, agora estendendo os seus serviços à população buscando racionalizar cada vez mais a sua atuação na comunidade, enfatizando a integração da saúde mental em programas de saúde geral (69). A idéia de que as doenças mentais responderiam melhor ao tratamento precoce foi então reforçada, acentuando-se o desenvolvimento de métodos para a sua detecção precoce.

A psiquiatria infantil, já dispondo nessa época de um arsenal diagnóstico e terapêutico mais aperfeiçoado, retomava a sua importância entre as novas iniciativas de assistência às comunidades.

A magnitude do problema psiquiátrico infantil, conheci

da somente através de investigações em hospitais, clínicas e outros serviços, começou a ser estudada em populações. Estudos de prevalência dos transtornos emocionais da infância surgiram então, principalmente na Inglaterra (10, 33, 36, 82, 86, 87) e nos Estados Unidos (27, 52, 53, 54).

Esses inquéritos obtiveram taxas globais de prevalência variando desde 5 por cento (33) até 28 por cento (85). A extrema variedade de métodos de identificação de caso tem sido sugerida como responsável pela maior parte dessas diferenças (47, 83), sem descartar a suposição de que variações regionais possam alterar as estimativas de prevalência (24).

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 - *Técnicas de identificação de caso*

As estimativas de prevalência de doenças mentais através de registros hospitalares sofrem uma série de objeções, baseadas principalmente no fato de que "os pesquisadores não tem nenhum controle sobre o processo de identificação do caso, sobre a manutenção dos registros, ou mesmo sobre o diagnóstico" (29, p.127). Tais restrições são ainda mais acentuadas quando se trata da epidemiologia de transtornos emocionais que normalmente não são atendidos em hospitais (93, 95).

Por esses motivos, recentes tentativas de estudar a prevalência de doenças mentais tem se baseado preferencialmente em inquéritos de morbidade na comunidade e em serviços de assistência médica geral (9, 48, 59). Várias técnicas para a identificação de caso em estudos desse tipo vem sendo empregadas.

A entrevista psiquiátrica tradicional, considerada por GOLDBERG (31, p.5) como "o método final para a identificação de caso", sofre uma série de influências que comprometem a sua confiabilidade, desde as definições diagnósticas até as variações temporais, tanto no quadro psicopatológico do paciente como na percepção do psiquiatra. KREITMAN (50), SPITZER et alii (1967) TEMERLIN (104), KATZ et alii (45), KENDEL (43), EASTWOOD & ROSS (26), WING (107) e outros têm estudado as fontes e a extensão da discordância no diagnóstico da entrevista psiquiátrica clássica, existindo quase um consenso quanto à sua baixa confiabilidade.

Face a esses problemas, alguns autores (28, 73, 97,108) propuseram a padronização da entrevista, possibilitando o controle de pelo menos uma fonte de discordância: a condução da entrevista.

Surgiram vários modelos experimentais, com maior ou menor grau de estruturação, como por exemplo o M.P.I. - Maudsley Personality Inventory (28), o M.S.S. - Mental Status Schedule (97), o C.M.I.-Cornell Medical Inventory (73), o P.S.E. - Present State Examination (108), o G.H.Q. - General Health Questionnaire (31) e outros. Na América Latina, podemos mencionar os modelos desenvolvidos pelo Grupo de Cali (14, 37, 57) e o I.S.P. - Inventário de Sintomas Psiquiátricos (30).

RUTTER & GRAHAM (83), GRAHAM & RUTTER (35) desenvolveram e testaram dois modelos de entrevista semi-estruturada para a identificação de transtorno psiquiátrico em crianças. O primeiro utilizava os pais como informantes enquanto que o outro era aplicado à própria criança. Esses instrumentos tem sido empregados como identificação de caso psiquiátrico em numerosos estudos de distúrbios mentais na infância (34, 82, 85, 86, 110).

LANGNER et alii (52) elaboraram um questionário estruturado composto de 221 itens, organizados em 18 escalas de comportamento, para ser usado em indivíduos com menos de 18 anos de idade.

Alguns desses instrumentos foram aplicados por técnicos não-psiquiatras em inquéritos de prevalência na comunidade, proporcionando, dessa forma, uma alternativa mais operacional para a identificação de caso em pesquisas extensas. SROLE et alii (99), durante a clássica pesquisa de Manhattan Midtown, usaram uma entrevista longa, com um alto nível de estruturação, aplicada por profissionais de serviço social, que ^{era} depois revisada e diagnosticada por dois psiquiatras. O Estudo de Stirling County (55) empregou também uma forma estruturada de entrevista, aplicada por assistentes de pesquisa, que foi revisada em conjunto por equipes de 4 médicos, incluindo alguns psiquiatras.

Uma técnica apropriada para o estudo de pequenas comunidades é a que emprega informantes-chave como modo de detecção de casos para entrevistas diagnósticas. STOLLER (100, p.121) aconselha-o para "países subdesenvolvidos, onde a detecção de psicoses francas e retardo mental severo pode ser realizada, desde quando não ocorre a hospitalização sistemática de casos desse tipo". Em contrapartida, KAPUR (44), conduzindo uma pesquisa de campo na Índia, conclui ser essa uma técnica muito inadequada para descobrir as reais taxas de prevalência de doença mental.

O levantamento de dados de pacientes atendidos em clínica geral tem sido utilizado para estudos da ocorrência de doenças mentais. KLEMPERER é citado por GOLDBERG (31) como o criador dessa técnica de investigação em Munique, na década de trinta. COOPER, BROWN & KALTON (17), ABRAHAMSON (1), GOLDBERG & BLACKWELL,(32) SHEPHERD (93) e outros desenvolveram estudos de morbidade psiquiá-trica utilizando dados de clínica geral. As taxas de prevalência determinadas por esse método, entretanto, tendem a sub-estimar a prevalência real na população visto que um grande contingente de casos não chega ao alcance do generalista. Além disso, o conceito de caso varia muito entre os médicos, ou qualquer tipo de informante-chave, definindo uma baixa confiabilidade nesses resultados.

Questionários simplificados para a detecção de casos potenciais a serem examinados mais acuradamente foram também desenvolvidos. Alguns deles eram adaptados de outras funções, como o C.M.I. (Cornell Medical Inventory), originalmente destinado a selecionar recrutas durante a última guerra (31), ou o M.H.Q. (Middlesex Health Questionnaire), desenvolvido por CROWN & CRISP (22) para pesquisas específicas no campo do diagnóstico, prognóstico e da terapêutica. Outros resultaram da simplificação de entrevistas longas, como o "22-item Screening Test" (51) ou o G.H.Q. (General Health

Questionnaire) 60-item (31). Outros ainda tem sido construídos especialmente com a finalidade de triagem para instrumentos mais precisos, possibilitando investigações em duas etapas para a identificação de distúrbio psiquiátrico (67). Os estudos mais recentes (11, 34, 62, 82, 85, 86) de morbidade psiquiátrica infantil são exemplos dessa metodologia, conforme se verá adiante. No Brasil, pode-se mencionar o questionário empregado por COUTINHO (19) na área do Maciel, Salvador-Ba., e o questionário de detecção de morbidade psiquiátrica de adultos utilizado em Amaralina-Ba. (88).

No caso específico dos instrumentos de detecção, o problema da confiabilidade não se situa na questão da precisão diagnóstica, ou da invariabilidade na avaliação do paciente ou mesmo da estrita concordância entre examinadores. O estudo de populações extensas admite uma margem de erro, na medida em que exige muitos técnicos e/ou muito tempo para a coleta de dados propiciando, conseqüentemente, variações temporal e interpessoal.

KRAMER (48), SCOTT (90), KREITMAN (50), BLUM (9), MANIS et alii (59), DOHRENWEND & DOHRENWEND (24), SHEPHERD & COOPER (94), GOLDBERG (31), STOLLER (100) SEILER & SUMMERS (91) e outros autores tem sucessivamente discutido a validade dos métodos de identificação de casos psiquiátricos. A maior parte dessas revisões conclui que nenhum desses modelos se mostra realmente satisfatório, que poucos tem levado em consideração os diversos "bias" envolvidos e que, geralmente, os estudos de validade e confiabilidade relatados deixam dúvidas metodológicas.

2.2 - *Questionários para a detecção de casos psiquiátricos na infância*

A maior parte dos questionários de detecção de transtornos mentais da infância destina-se a dois tipos de informantes: pais e professores. A eleição de um ou outro modelo depende principalmente da extensão e das condições do levantamento, dos objetivos específicos da pesquisa e da intenção e experiência do pesquisador.

Inicialmente serão destacados os instrumentos de detecção de doença mental da infância que utilizam os professores como informantes.

WICKMAN (106), em Nova Iorque, foi o primeiro a testar uma abordagem objetiva e sistemática do comportamento infantil por meio de uma escala aplicada a professores. Posteriormente, uma revisão realizada por HAGGERTY (39) demonstrou que a escala de Wickman possuía razoável confiabilidade e validade.

Mais recentemente, EISENBERG et alii (27), MULLIGAN et alii (65) e ROSS et alii (79) desenvolveram modelos de questionários aplicáveis a professores. A respeito desses instrumentos, RUTTER (81, p.1) comenta que "apesar de excelentes sob muitos aspectos, todas essas escalas tem sérias desvantagens, como por exemplo, falta de distinção diagnóstica dentro do contexto geral de desajustamento, falta de validação recente, são por demais longas para serem completadas por um professor a respeito de toda uma classe, inadequadas para pré-adolescentes, etc."

O questionário para professores que tem sido mais adotado em pesquisas de morbidade psiquiátrica infantil (11, 34, 62, 82, 85, 86) foi descrito por Michael RUTTER em 1967. Trata-se de uma lista de 26 descrições breves de comportamentos infantis que

devem ser avaliados pelas professoras em uma escala de 3 pontos (não se aplica = 0; aplica-se parcialmente = 1; aplica-se completamente = 2). Este questionário mostrou-se capaz de discriminar entre crianças em tratamento e um grupo controle (81).

Outros instrumentos utilizam familiares como informantes, principalmente as mães das crianças.

MACFARLANE et alii (58), na Califórnia, desenvolveram uma escala padrão com a finalidade de estudar problemas comportamentais de crianças sadias. Havia uma série de desvantagens nessa escala: Nenhum procedimento de entrevista era padronizado, permitindo diferenças nos resultados a depender do tempo de aplicação e do desempenho do entrevistador; os sintomas não possuíam um critério único de anormalidade, sendo essa atribuição arbitrariamente designada pelo entrevistador; não existia uniformidade entre as queixas listadas, algumas delas indicando anormalidade em ambos os extremos da resposta, como por exemplo, transtornos de apetite, enquanto que outras eram referidas positivamente como sintomas; por último, muitas das suas definições podiam conduzir o informante e o entrevistador a um julgamento (109).

Mesmo assim foi posteriormente adotada por GRANT (36), BRANDON (10) e RYLE et alii (87) em estudos de morbidade psiquiátrica, com modificações introduzidas na escala original, tencionando melhorar a sua validade e confiabilidade. GRANT (36) uniformizou os critérios de respostas para as queixas e adotou um escore de cinco pontos numa escala contínua. BRANDON (10), testando a validade de uma versão modificada da escala de MacFarlane utilizada no Estudo de 1000 Famílias em Newcastle, achou que os sintomas "anormais" eram significativamente mais frequentes em crianças desajustadas do que em um grupo controle. RYLE et alii (87) acrescentaram uma série de sintomas psicossomáticos, ausentes do modelo original,

e uma avaliação de gravidade numa escala de quatro pontos.

WOLFF (109), em Edimburgo, comparando crianças referidas a um serviço psiquiátrico e um grupo controle de escolares, introduziu profundas modificações no questionário de MacFarlane. Cada escala foi complementada com outras questões e exemplos foram apresentados para ilustrar os comportamentos considerados mais "subjetivos" pelo autor. Além disso, algumas queixas foram acrescentadas e outras omitidas, resultando numa escala adaptada que continha 62 itens. A análise de validade e confiabilidade realizada naquele estudo, no entanto, esteve insuficiente devido à pequena amostra utilizada.

LAPOUSE & MONK (53, 54), com a finalidade de realizar um estudo epidemiológico do comportamento infantil em Buffalo-EUA. desenvolveram um questionário de ajustamento composto por uma série de 34 descrições e uma escala de cinco pontos como escore de resposta. Esses autores já levantavam algumas questões referentes à validade e à confiabilidade do seu instrumento de pesquisa. Primeiro, re-entrevistaram uma sub-amostra de mães, e acharam uma concordância re-teste variando de 0,98 para gagueira a 0,54 para hiperatividade. Depois compararam as respostas de um grupo de mães e as de seus filhos através de uma análise de correlação linear (por eles chamada de validade), com a concordância variando de 0,84 para enurese até 0,46 para "quantidade de alimento ingerido".

PETERSON et alii (68), durante um estudo de ajustamento infantil e atitude dos pais, também utilizaram uma análise de correlação linear para o estudo comparativo das respostas de pais e mães, só que a chamaram de análise de confiabilidade. Seus resultados definiram índices de correlação de + 0,40 para desordens de personalidade e de + 0,83 para transtornos da conduta.

Para o Estudo da Ilha de Wight (82), considerado por

KOLVIN (47) como "o mais elegante" em termos metodológicos, foram desenvolvidos dois instrumentos de detecção: um questionário aplicado a professores, há pouco mencionado, e um questionário para pais (82). Ambos possuíam 18 itens em comum, sendo o questionário de pais mais extenso que o de professores, completando um total de 31 itens. A confiabilidade re-teste da informação das mães, com um intervalo de 3 meses, foi de $r = + 0,74$, ao tempo em que foi demonstrada uma correlação entre os escores das mães e dos pais de $r = + 0,64$. Este questionário mostrou-se capaz de discriminar entre crianças em tratamento e um grupo controle.

LANGNER et alii (52), selecionaram 7 componentes dentre as 18 escalas do seu questionário de 221 itens (vide seção anterior), que exibiram maior capacidade discriminatória, para formar um inventário de sintomas para "screening" em estudos de populações extensas. Entretanto, até o momento ainda não reportaram análises de validade e confiabilidade desse novo instrumento de detecção de psicopatologia infantil; sabe-se apenas que se destina ao grupo etário de 6 a 18 anos.

Alguns instrumentos com características semelhantes tem sido desenvolvidos, porém empregados para finalidades mais específicas.

RICHMAN (75), estudando pré-escolares residentes em apartamentos, utilizou uma escala para a detecção de distúrbios de comportamento que havia sido previamente testada quanto à sua capacidade de selecionar crianças referidas a uma clínica psiquiátrica.

BEATTY (8) analisou um instrumento de "screening" para desordens no aprendizado utilizando uma técnica de análise fatorial para a avaliação de validade e confiabilidade. Esse instrumento possui 80 itens, subdivididos em 8 escalas, utiliza respostas bimodais e deve ser preenchido por professores.

PRIOR & BENCE (70) relatam uma tentativa de validação do Questionário Diagnóstico de Rimland, desenhado para discriminar crianças autistas daquelas com outros tipos de psicose infantil. Esse instrumento possui 79 itens, a maior parte deles referente à conduta da criança abaixo de 5 anos.

Os estudos de epidemiologia psiquiátrica realizados na América Latina (41, 56, 64, 80, 103) não tem concedido maior atenção aos transtornos mentais da infância. CLIMENT (1976), em comunicação pessoal, revelou que provavelmente não existe nenhum instrumento de detecção das desordens psiquiátricas da infância e adolescência em língua espanhola que tenha sido convenientemente desenvolvido e testado.

No Brasil, ANDRADE & RIBEIRO (5) realizaram um estudo psicométrico em adolescentes empregando traduções da escala F de Adorno para comportamento social e do teste de Eysenck. Além de trabalharem com uma amostra limitada e selecionada, os autores não reportaram nenhuma tentativa de validação local dos instrumentos utilizados.

O Estudo de Morbidade do Maciel, realizado em 1973 na Cidade do Salvador-Ba. (19), empregou um questionário de psicopatologia para crianças de 5 a 14 anos, composto por 13 itens. RAMOS (71), em São Paulo, utilizou uma lista de 29 sintomas psiquiátricos para ser aplicada a crianças de 5 a 12 anos, adaptada de um questionário empregado por RUTTER (82). Nenhum dos dois procedeu a uma avaliação da validade e confiabilidade do instrumento empregado.

3. JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

A relação entre o número de crianças atendidas e o total de necessitadas de assistência psiquiátrica, baseada na situação da Inglaterra, foi estimada em 1/10 (47, 109).

No Brasil, face à insuficiência de serviços gerais e especializados aptos a fornecer assistência psiquiátrica à população infantil, é possível que essa carência seja ainda mais acentuada. A real extensão dos problemas emocionais da população infantil brasileira permanece desconhecida pela inexistência de estudos de prevalência na comunidade.

Justifica-se, portanto, desenvolver uma metodologia adaptada a essa realidade carente de recursos técnicos e humanos para estudos nessa área, com a intenção de propiciar um melhor conhecimento do processo saúde/doença mental, além de fornecer dados indispensáveis ao planejamento de serviços de assistência à saúde mental da infância.

O objetivo deste trabalho é desenvolver e testar um instrumento de detecção de transtornos mentais na infância para estudos epidemiológicos que preencha os necessários requisitos de validade e confiabilidade, seja de fácil aplicação e possa adaptar-se a diferentes técnicas de investigação.

4. MATERIAL E MÉTODOS

A construção do instrumento levou em consideração os requisitos de aplicabilidade e adaptabilidade enunciados nos objetivos. A sua avaliação foi realizada em duas etapas: a) Pré-teste; b) Teste de campo. Para melhor entendimento dos procedimentos metodológicos empregados, torna-se necessário definir previamente alguns termos:

4.1 - *Definição de Termos*

- 4.1.1 - QMPI (Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil) - designação do instrumento de detecção de transtorno mental na infância apresentado neste trabalho.
- 4.1.2 - MCE (Modelo de Construção de Escore) - modo de calcular o escore final do questionário mediante a combinação entre os pesos das perguntas e as escalas das respostas.
- 4.1.3 - Escore de Corte - ponto na escala de escores finais a baixo do qual a criança será considerada não-suspeita e igual ou acima dele ela será considerada suspeita.
- 4.1.4 - Escala de Likert - escala somatória de 4 pontos em intensidade ou frequência, que foi utilizada como opção de resposta para dois dos MCE do questionário. JAHODA et alii (43) classificam-na como uma escala ordinal que define a situação relativa de indivíduos frente a uma característica, apesar de não indicar a distância entre as posições por eles ocupadas na escala.
- 4.1.5 - Validade - "de um instrumento de medida pode ser definida como a extensão em que as diferenças de resul-

tados obtidos refletem diferenças reais entre os indivíduos, grupos ou situações, quanto a características que procura" (92, p.175). Isto é, a capacidade do instrumento de realmente medir o que se propõe.

No presente trabalho, é o poder do questionário de discriminar indivíduos de um grupo previamente definido como doente e um grupo considerado como não-doente.

4.1.6 - Validade de conteúdo - ou validade interna, é a propriedade de um instrumento conter itens de comprovado poder de discriminação. Esse atributo pode ser medido por Coeficientes de Discriminação (C.D.), calculados de acordo com a fórmula: $C.D. = P_a/P_b$; onde P_a é a proporção de pontos obtidos pelo grupo de casos em cada questão e P_b é a proporção de pontos do grupo de comparação no mesmo item.

4.1.7 - Validade concorrente - expressão da validade operacional instantânea, referindo-se unicamente ao momento da testagem (63). Possui dois componentes básicos:

a) Sensibilidade (Sens.) - capacidade de um instrumento de reconhecer os verdadeiros positivos, sendo calculada com a seguinte fórmula: $Sens. = VP/P$; onde VP é o número de verdadeiros positivos e P é o total de casos (72).

b) Especificidade (Esp.) - capacidade de um instrumento de reconhecer os verdadeiros negativos, sendo calculada com a fórmula: $Esp. = VN/N$; onde VN é o número de verdadeiros negativos e N é o total de sadios (72).

4.1.8 - Validade Preditiva - expressão da validade operacional referente ao desempenho futuro do instrumento; encon-

tra-se relacionada com a prevalência da condição pesquisada (63). Também apresenta dois componentes principais:

- a) Valor preditivo - probabilidade de um caso considerado suspeito pelo questionário ser um verdadeiro positivo (31).
- b) Previsão de erro - probabilidade de que a classificação realizada pelo instrumento esteja incorreta (31).

4.1.9 - Confiabilidade - é a capacidade de um instrumento de não variar em seus resultados (2). Corresponde ao termo inglês "reliability", que tem sido traduzido como precisão, comparabilidade e fidedignidade.

4.1.10- Confiabilidade Re-teste - é a confiabilidade de um instrumento utilizado em distintos momentos no tempo. Corresponde ao conceito de estabilidade de CRONBACH (21).

4.1.11- Confiabilidade da Aplicação - é a equivalência dos resultados de uma mesma aplicação do instrumento por diferentes entrevistadores.

4.1.12- Confiabilidade da Avaliação - é a equivalência do julgamento das informações do questionário por dois ou mais psiquiatras. Corresponde à "inter-rater reliability" dos autores ingleses e americanos.

4.2 - *A Construção do Questionário*

O instrumento foi inicialmente esboçado sobre a classificação de distúrbios emocionais da infância de RUTTER et alii (84), devido à sua simplicidade e possibilidade de padronização diagnóstica para investigações internacionais. Estudos locais (3,20) pro

piciaram a formulação das questões de modo compreensível e adaptado às condições sócio-culturais da população. Em seguida, procurou-se entrar em contato com profissionais locais que atuavam no atendimento de crianças em ambulatórios de saúde mental, afim de discutir o conteúdo da lista-base de queixas e aperfeiçoar a formulação de algumas questões. Cerca de 12 versões provisórias foram elaboradas nesse período, sendo que a mais longa continha 42 itens.

A forma final do questionário possui 35 itens, de modo a cobrir cinco grupos sindrômicos, definidos conforme RUTTER et alii (84):

- a) Transtorno do desenvolvimento (9 itens), significando atraso ou anormalidade no desenvolvimento relacionado com maturação biológica, não sendo secundária a nenhuma outra síndrome psiquiátrica.
- b) Distúrbios do comportamento (11 itens), aplicado a comportamentos anormais que alcançam níveis de desaprovação social e que não são parte de nenhuma outra síndrome psiquiátrica nem estão associadas ao item c.
- c) Desordens neuróticas e/ou psicossomáticas (22 itens), deve ser usado para anormalidades de emoções sem perda do senso de realidade (como em psicoses) e para desordens somáticas onde fatores psicológicos podem ser responsabilizados pela sua etiologia.
- d) Organicidade cerebral (4 itens), onde devem ser classificados os casos neurológicos, paralisias, epilepsias e outras desordens envolvendo o sistema nervoso.
- e) Retardo mental (3 itens), como subnormalidade de nível intelectual de qualquer natureza.

É importante observar que alguns itens são comuns a duas categorias diagnósticas.

Para cada uma das questões foi atribuído um peso a partir de critérios estatísticos (utilizando os coeficientes de discriminação) ou clínicos (uma média dos pesos concedidos a cada sintoma, em uma escala de 0 a 5, por 10 profissionais que atendiam crianças com problemas psiquiátricos), no caso das queixas que apresentaram baixa frequência na amostra estudada.

As respostas podiam ser dadas numa escala de Likert de 4 pontos em intensidade ou frequência (não/nunca=0; pouco/raramente = 1; mais ou menos/às vezes = 2; muito/sempre = 3) aqui chamada de resposta Tipo A. Entretanto, uma outra opção de resposta (sim=1; não=0) foi alternativamente testada quanto a sua capacidade discriminatória, tendo sido denominada de Tipo B. A conversão entre as duas opções de resposta, para fins de análise, foi feita com a seguinte equivalência, segundo o "método de escore GHQ" de Goldberg (31):

	Não/ nunca	Pouco/ raramente	Mais ou menos/ às vezes	Muito/ sempre
Escala de Likert	0	1	2	3
Resposta sim/não	0	0	1	1

A forma final do QMPI encontra-se no Anexo 1.

4.3 - Calibração

4.3.1 - Pré-teste

Foi realizado um teste prévio do QMPI em três ambulatorios de saúde mental que atendem a uma população de condições sócio-econômicas similares às da área de Amaralina, onde se desenvolveria o estudo de campo. Trinta e três crianças sob tratamento, com idades entre 5 e 14 anos, compunham o grupo de casos. Essas crianças, incluídas no estudo por ordem de comparecimento à consulta, foram selecionadas de acordo com o diagnóstico, de modo que todas as cinco categorias diagnósticas cobertas pelo questionário estivessem representadas no grupo. Previa-se um número mínimo de 30 crianças para formar o grupo, tendo mais que cinco casos em pelo menos quatro das categorias diagnósticas, afim de permitir a aplicação de testes estatísticos. A composição desse grupo segundo o diagnóstico foi a seguinte: transtornos do desenvolvimento (4 casos), distúrbios do comportamento (6 casos), desordens neuróticas/psicossomáticas (10 casos), organicidade cerebral (6 casos) e retardo mental (7 casos).

Questionário foram aplicados às mães, que informavam também sobre as outras crianças da mesma faixa etária que moravam na mesma casa e preenchiam as seguintes condições: a) Nunca haviam sido referidas a serviços psiquiátricos ou recebido qualquer tipo de tratamento psiquiátrico; b) Eram por elas (acompanhantes) consideradas normais. Essas crianças, em número de 35, formaram o grupo de comparação.

Os grupos foram comparáveis quanto à idade ($\bar{X}_1 = 10,2 \pm 2,7$ anos para o grupo de casos e $\bar{X}_2 = 10,7 \pm 2,9$ anos para o de comparação; $p > 0,05$) e o sexo ($\chi^2 = 0,503$; $p > 0,05$).

Para a análise comparativa do desempenho do questionário

rio aplicado a esses grupos, utilizou-se quatro Modelos de Construção de Escore (MCE), como segue:

MCE-1 - Todas as queixas com peso igual e respostas do Tipo B(0-1).

MCE-2 - Todas as queixas com peso igual e respostas do Tipo A(0-1-2-3).

MCE-3 - Cada queixa com um peso próprio e respostas do Tipo B(0-1).

MCE-4 - Cada queixa com um peso próprio e respostas do Tipo A(0-1-2-3).

Cada um deles foi analisado em termos da sua validade concorrente, empregando pontos de corte escolhidos em função das melhores taxas de sensibilidade, especificidade e de classificação incorreta.

4.3.2 - Teste de Campo

Após a eleição do modelo de escore mais adequado aos propósitos do estudo de campo elaborou-se uma versão adaptada do questionário para a realização do estudo-piloto, tendo sido aplicada a 150 crianças. A calibração resultante do pré-teste definiu um escore de corte que separava agora a população na faixa etária prescrita em dois grupos: a) suspeitos e b) não-suspeitos.

As crianças foram examinadas às cegas por 2 psiquiatras infantis por meio de uma entrevista diagnóstica não-estruturada com duração média de 30 minutos, realizada, na quase totalidade dos casos, com as crianças e seus familiares. Todos os casos identificados como suspeitos pelo questionário (à exceção de duas crianças cujas mães recusaram-se a colaborar) foram entrevistados, enquanto que os não-suspeitos foram selecionados para a entrevista por meio de uma amostragem aleatória simples.

O psiquiatra A graduou-se em Buenos Aires em 1970, tendo seu diploma revalidado em universidade brasileira. Fez residência em psiquiatria clínica e infantil durante 2 anos. Possui expe

riência em atendimento psicopedagógico e psiquiátrico de crianças e adolescentes, tendo trabalhado em hospitais, ambulatórios e em clínica privada. Domina perfeitamente a língua portuguesa.

O psiquiatra B diplomou-se em Salvador-Ba., em 1971, tendo realizado 2 anos de estágio em psiquiatria clínica em hospital universitário. Concluiu o Mestrado em Medicina em 1974. Trabalha com crianças e adolescentes há mais de 2 anos em atendimento ambulatorial do hospital universitário e há mais de um ano em um centro de saúde.

Os psiquiatras e o autor haviam se reunido previamente afim de padronizar os critérios diagnósticos. Durante toda a fase de realização das entrevistas, nenhum dos psiquiatras teve conhecimento dos escores obtidos pela amostra em estudo. Também os entrevistados e os seus familiares ignoravam os escores registrados, reforçando o caráter duplo-cego do estudo. Além disso, não foi permitida a comunicação mútua entre os psiquiatras a respeito dos exames porque simultaneamente era conduzido um estudo de confiabilidade do diagnóstico dos dois psiquiatras envolvidos na presente investigação (4).

4.4 - *Avaliação da Confiabilidade*

4.4.1 - A confiabilidade de aplicação do questionário -

Foi testada aplicando-se o instrumento a 33 crianças (17 do grupo controle e 15 do grupo teste) do total de 68 participantes do preteste, com o autor e um estudante de medicina revezando-se nas posições de entrevistador e observador, ambos anotando as respostas. O entrevistador lia a questão até três vezes caso o informante não a compreendesse, só então poderia explicá-la com suas próprias palavras. Antes do início da série de entrevistas foram realizadas reuniões entre os envolvidos nessa fase do estudo, com a finalidade

de de padronizar o preenchimento do questionário, porém, uma vez iniciada a aplicação, não houve comunicação mútua a respeito.

4.4.2 - A confiabilidade de avaliação do questionário -

Foi examinada comparando-se a revisão dos 68 questionários do pré teste pelos dois psiquiatras que trabalharam no teste de campo a respeito de: a) atribuição de desordem psiquiátrica; b) nível de gravidade e c) diagnóstico sindrômico. Apenas os dados de idade e sexo acompanhavam as folhas dos questionários onde a lista-base de queixas não trazia indicação do peso de cada item. Também aqui não foi permitido o contato entre os revisores a respeito dos dados examinados.

A atribuição de desordem psiquiátrica referia-se a presença de anormalidade em comportamento, emoções, relacionamento e desenvolvimento, não envolvendo conceito restrito de doença ou enfermidade mental (83). A gravidade do caso, subjetivamente avaliada pelo psiquiatra, era expressa por meio de uma escala de 4 pontos (sadio=0; leve/duvidosa=1; moderada=2; severa=3). O diagnóstico sindrômico foi definido de acordo com a supra-citada classificação de desordens mentais na infância.

4.4.3 - A confiabilidade re-teste. Foi examinada durante o estudo-piloto e a coleta definitiva na comunidade por meio de reaplicação do questionário a uma sub-amostra da população. O intervalo entre os preenchimentos variou de 2 a 4 semanas para o estudo-piloto, e de 6 a 12 semanas, para a coleta definitiva, tendo sido consideradas apenas as entrevistas realizadas com o mesmo informante. O entrevistador da segunda série ignorava dados tais como escore obtido anteriormente, atribuição de suspeição, gravidade ou qualquer outra indicação do exame psiquiátrico acaso reali-

zado.

4.5 - *Análise Estatística*

4.5.1 - Da Validação - Para a análise de validade do QMPI, utilizou-se o seguinte instrumental:

4.5.1.1 - Teste da diferença entre médias, usando a fórmula:

$$Z = \bar{X}_1 - \bar{X}_2 / \sqrt{(S_1^2/n_1 + S_2^2/n_2)}$$

onde $\bar{X}_1 - \bar{X}_2$ é a diferença entre as médias, S^2 é o desvio padrão estimado, n_1 é o número de elementos do grupo 1 e n_2 é o número de elementos do grupo 2 (6).

4.5.1.2 - Teste do qui-quadrado, segundo a fórmula geral:

$$\chi^2 = \sum (O-E)^2 / E$$

onde O corresponde ao valor observado e E ao valor esperado para aquela casa da tabela (96).

4.5.1.3 - Taxa de Classificação Incorreta - TCI ("Misclassification Rate"), com a seguinte fórmula:

$$TCI = (FP + FN) / T$$

onde FP é o número de falsos positivos, FN é o número de falsos negativos e T é o total de observações (31).

4.5.1.4 - Índice de Poder Relativo - PR ("Relative Liability"), de acordo com a fórmula:

$$PR = (VP/T + 0,5) (VN/T + 0,5) (FP/T + 0,5) (FN/T + 0,5)$$

onde VP é o número de verdadeiros positivos, VN é o número de verdadeiros negativos, FP é o número de falsos positivos, FN é o número

mero de falsos negativos e T é o total de observações (2).

4.5.1.5 - TCI corrigida ("Overall Misclassification Rate"), com a fórmula:

$$TCIc = Ps (100-esp) + Pd(100-sens)$$

onde Ps é a proporção de sadios na população, Pd é a proporção de doentes na população, $esp.$ é a especificidade e $sens$ é a sensibilidade do teste (31).

4.5.1.6 - Taxa de Valor Preditivo - VPr ("Hits Positive Rate"), calculada como segue:

$$VPr = Pd. sens / Pd. sens + Ps. Pfp$$

onde Pfp é a taxa de falsos positivos pelo teste e os outros termos seguem as definições constantes em 4.5.1.5 (31).

4.5.2 - Do Estudo de Confiabilidade

As medidas de confiabilidade mais usadas em estudos dessa ordem são índices de concordância e coeficientes de correlação de Pearson (60), que foram empregados nas análises da confiabilidade de aplicação e da confiabilidade re-teste. O estudo da confiabilidade de avaliação do QMPI, no entanto, necessitou de um índice de concordância nominal. Escolheu-se o Kappa ponderado (K_w), devido às suas propriedades de correção para concordância parcial e possibilidades de testar a sua significância, conforme descrito por SPITZER et alii (98) e desenvolvido por COHEN (15). Foram utilizadas as seguintes fórmulas:

4.5.2.1 - Índice de concordância: $Conc = 1 - D_c / D_t$; onde D_c é o número de pontos discordantes e D_t é o total possível de

discordâncias.

4.5.2.2 - Coeficiente de correlação de Pearson:

$$r = (n \cdot \sum xy - \sum x \cdot \sum y) / \sqrt{[n \cdot \sum x^2 - (\sum x)^2]} \sqrt{[n \cdot \sum y^2 - (\sum y)^2]}$$

onde n é o número de pares e x e y são as observações correspondentes a cada par (96).

4.5.2.3 - Kappa ponderado:

$$K_w = 1 - \frac{\sum (W_i \cdot P_{oi})}{\sum (w_i \cdot P_{ci})}$$

onde W_i é o peso assinalado para a diferença entre cada par discordante, P_{oi} é a concordância observada e P_{ci} é a concordância casual teórica. Este índice tem o valor de 1,0 se a concordância for perfeita, aproximando-se de zero se esta deve ao acaso (98).

5 - RESULTADOS

Os dados da testagem do QMPI serão apresentados em dois itens separados: a) o estudo de validação e b) o estudo da confiabilidade do instrumento.

5.1 - *Validade*

5.1.1 - Pré-teste

A Tabela I mostra que a maior parte dos itens que compõem o questionário possui alto poder de discriminação; para aqueles sintomas assinalados com um asterisco foi impossível o cálculo dos coeficientes por causa da baixa frequência na amostra.

Enurese foi a condição de mais baixo poder discriminatório (c.D.= 1,09) enquanto que retardo mental obteve o melhor coeficiente (c.D.= 8,56). Observa-se que as duas queixas referentes a agressividade (em casa e na rua) apresentam padrões discriminatórios distintos (c.D.= 5,79 e c.D.= 2,72, respectivamente). O coeficiente médio, isto é, o poder discriminatório global do teste, foi em torno de 3.

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual dos escores finais do MCE-1 (queixas sem peso e respostas sim/não), com o ponto de corte em 6. Pode-se verificar a interpenetração das curvas de ambos os grupos. Essa distribuição definiu taxas de sensibilidade de 88 por cento e de especificidade de 83 por cento.

O MCE-2, perguntas sem peso e respostas em escalas de Likert, é estudado pelo Gráfico 2. Observa-se que o ponto máximo da curva do grupo de comparação encontra-se muito próximo do escore de corte. As taxas de sensibilidade e de especificidade desse MCE, com escore de corte em 17, foram respectivamente de 94 e 77

TABELA I - Coeficientes de discriminação dos itens do QMPI no pré-teste. Salvador, 1977.

ITENS	COEFICIENTES
01. Dificuldade na deambulação	2,86
02. Dificuldade de fala	3,04
03. Hipercinesia	1,41
04. Gagueira	3,97
05. Enurese	1,09
06. Encoprese *	-
07. Tiques *	-
08. Chupar dedos*	-
09. Onicofagia	2,19
10. Compulsão	3,61
11. Mentira	1,71
12. Roubo*	-
13. Nervosismo	2,48
14. Irritabilidade	2,32
15. Agressividade em casa	5,79
16. Agressividade na rua	2,72
17. Crueldade	1,84
18. Tristeza	3,33
19. Medo	3,83
20. Fobias	3,61
21. Dificuldade no sono	6,10
22. Pesadelos	1,61
23. Timidez	2,21
24. Sentir-se pouco estimado	3,50
25. Preocupação	1,30
26. Choro fácil	1,98
27. Crises de birra	3,96
28. Queixas psicossomáticas*	-
29. Cefaléias	1,96
30. Desmaios	6,75
31. Crises convulsivas*	-
32. Falta de concentração, esquecimento	2,13
33. Dificuldade no aprendizado	2,67
34. Retardo mental	8,56
COEFICIENTE GLOBAL	3,16

* Coeficientes não calculados devido à baixa frequência dos sintomas na amostra estudada.

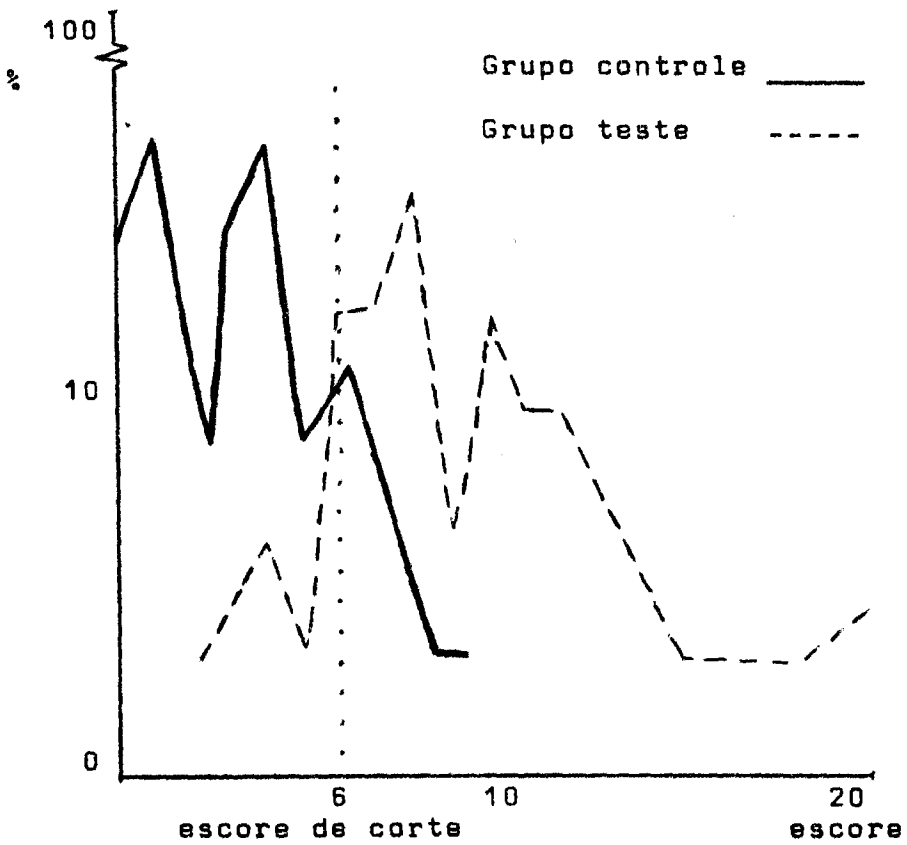


GRÁFICO 1 - Distribuição percentual dos escores finais do MCE-1

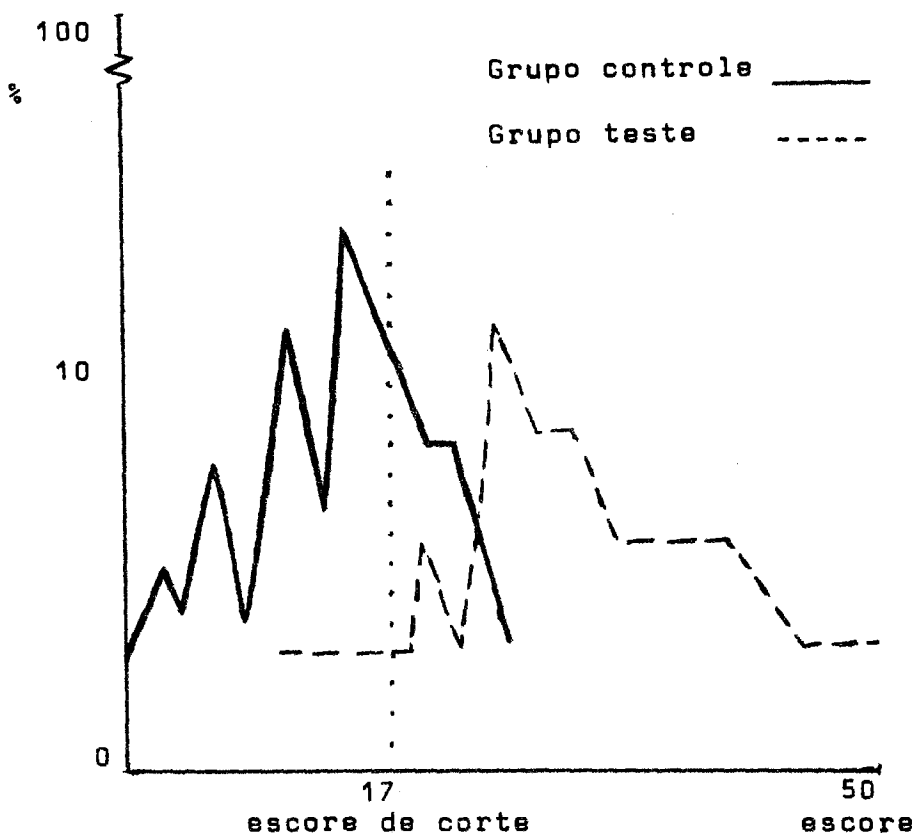


GRÁFICO 2 - Distribuição percentual dos escores finais do MCE-2.

por cento.

Os Gráficos 3 e 4 mostram respectivamente o MCE-3 (questões com peso e respostas sim/não) e o MCE-4 (perguntas com peso e respostas em escalas de Likert). O primeiro utiliza o escore 11 como ponto de corte, enquanto que o segundo define suspeição somente acima do escore 46, alcançando taxas de sensibilidade de 97 e 91 por cento e taxas de especificidade de 77 e 89 por cento, respectivamente.

O desempenho dos modelos de construção da escala, usando uma classificação dicotômica (suspeito/não-suspeito) em função dos escores de corte, é apresentado conjuntamente na Tabela II.

TABELA II - Distribuição dos grupos de casos e de comparação segundo os modelos de construção do escore do QMPI no Pré-teste. Salvador, 1977.

Modelos de Construção do Escore	Suspeição	Grupo de Casos (N = 33)	Grupo de Comparação (N = 35)	Total (N = 68)
MCE-1	Sim	29	6	35
	Não	4	29	33
MCE-2	Sim	31	8	39
	Não	2	27	29
MCE-3	Sim	32	8	40
	Não	1	27	28
MCE-4	Sim	30	4	34
	Não	3	31	34

A Tabela III mostra diferentes indicadores de validade obtidos pelos quatro modelos de escore do questionário. O MCE-3 apresenta a melhor taxa de sensibilidade (97 por cento) enquanto que o MCE-4 mostra-se o mais específico (89 por cento). As taxas de especificidade dos MCE-2 e MCE-3 são idênticas, 77 por cento.

Os MCE-1 e MCE-2 exibem iguais taxas de falha na classificação (TCI), aproximadamente 15 por cento. Os MCE-3 e MCE-4 mostram um melhor desempenho nesse sentido, 13 e 10 por cento, respectivamente.

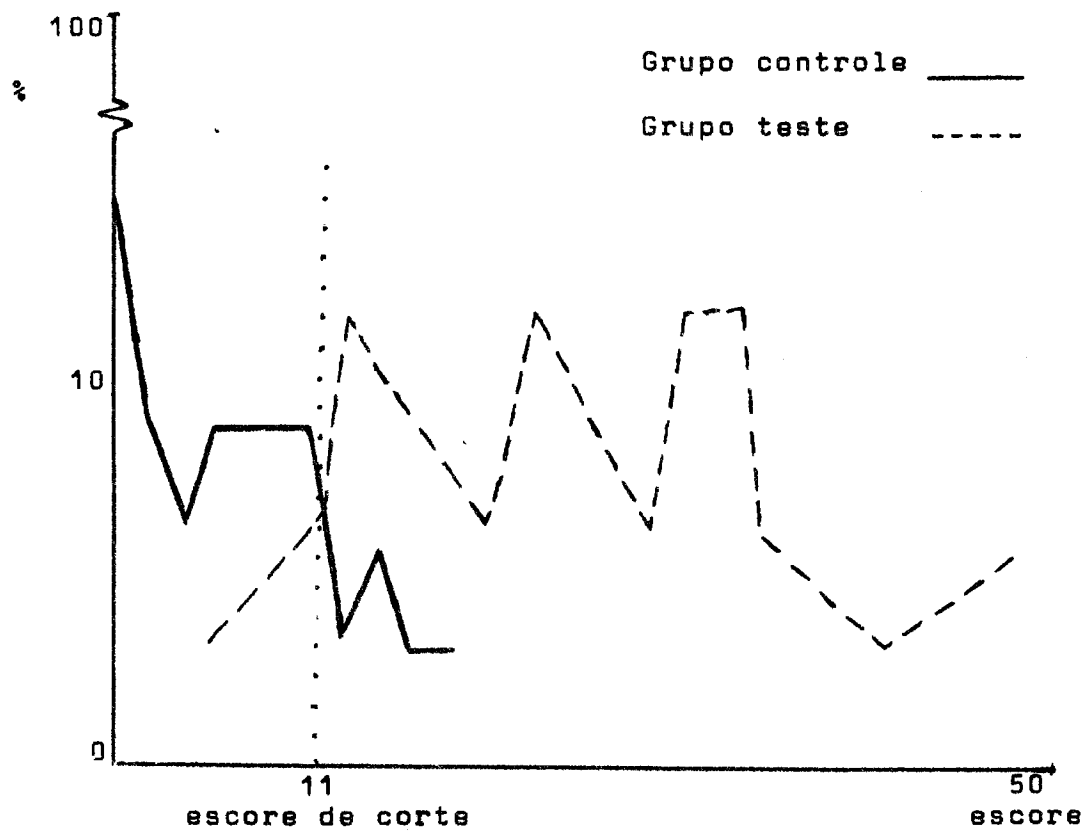


GRÁFICO 3 - Distribuição percentual dos escores finais do MCE-3

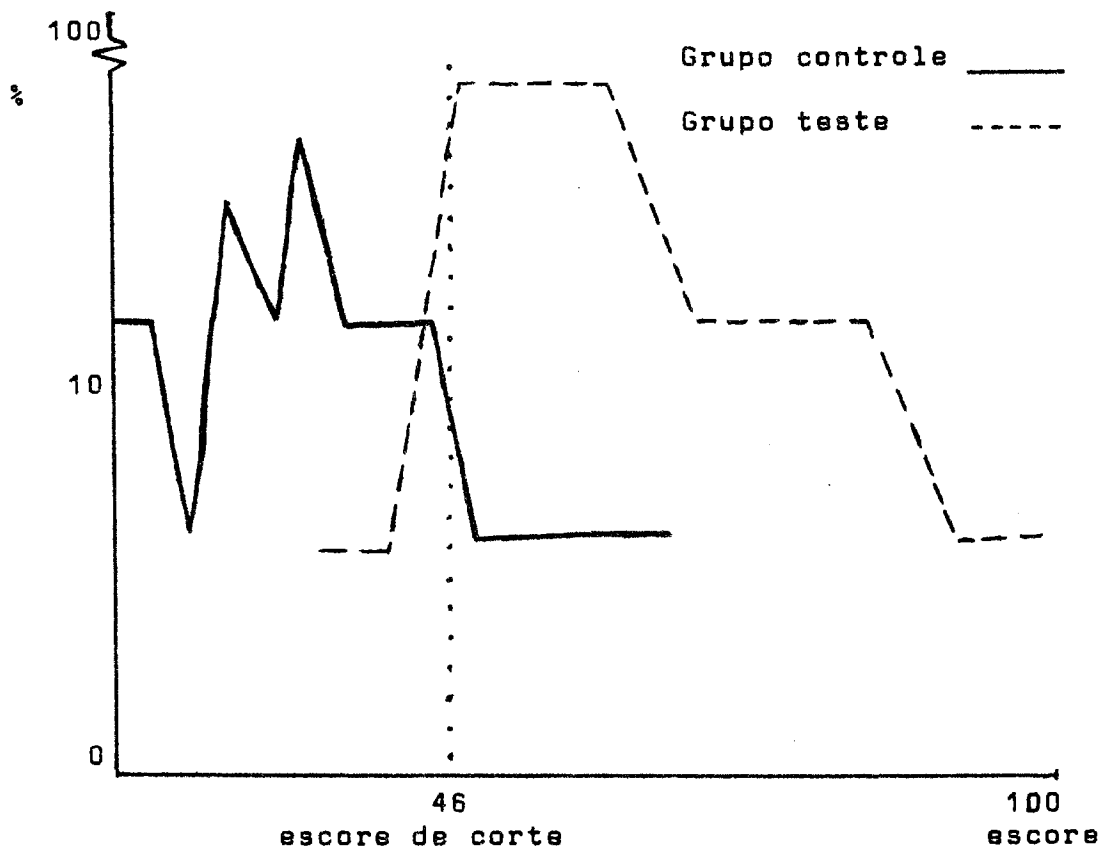


GRÁFICO 4 - Distribuição percentual dos escores finais do MCE-4.

TABELA III - Indicadores de validade dos modelos de construção do escore do QMPI no pré-teste. Salvador, 1977

MCE	Escore de corte	Sens %	Esp %	TCI %	Índice de Poder Relativo
-1	6	87,9	82,9	14,7	2,62
-2	17	93,9	77,1	14,7	2,63
-3	11	97,0	77,1	13,2	2,76
-4	46	90,9	88,6	10,3	3,23

O índice de poder relativo é um indicador da validade global de cada modelo de escore, pois considera em seu cálculo os outros componentes da validade operacional do QMPI. Os tipos de escala que utilizam questões ponderadas apresentam melhores índices (2,76 para o MCE-3 e 3,23 para o MCE-4) que aqueles mais simples (ambos em torno de 2,6).

O desempenho do QMPI em relação à prevalência de transtorno mental infantil na população é analisado por meio de dois indicadores da validade preditiva: a) Taxa de valor preditivo e b) TCI corrigida para a prevalência (overall misclassification rate).

O Gráfico 5 apresenta as curvas de valor preditivo dos quatro MCE para todas as prevalências. Observa-se a superioridade do MCE-4, principalmente na faixa de 10 a 30 por cento, e a convergência das curvas após o limite de 50 por cento de prevalência.

As curvas das TCI corrigidas para a prevalência de todos os MCE aparecem no Gráfico 6. Novamente o MCE-4 evidencia melhor desempenho que os outros modelos. O MCE-2 revela as maiores taxas de erro até a prevalência de aproximadamente 50 por cento. Os percentuais no ponto da prevalência zero correspondem à especificidade, enquanto que no ponto 100 equivalem à sensibilidade do teste.

Valor Preditivo (%)

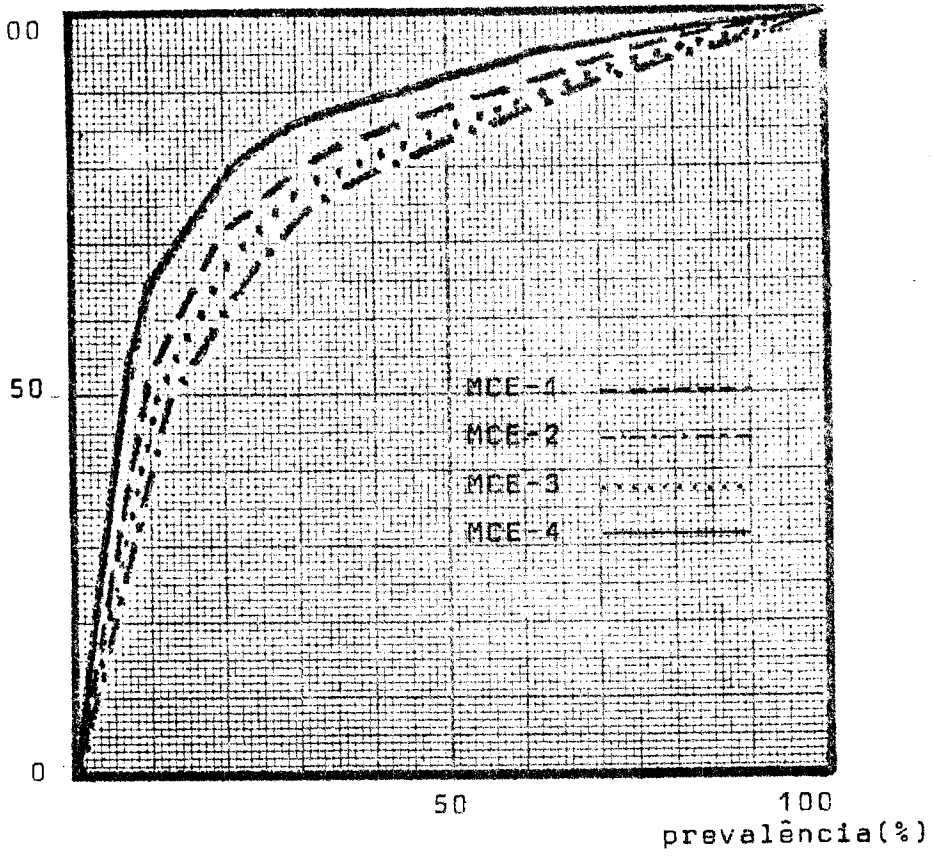


GRÁFICO 5 - Valor Preditivo do QMPI em função da prevalência

TCI (%)

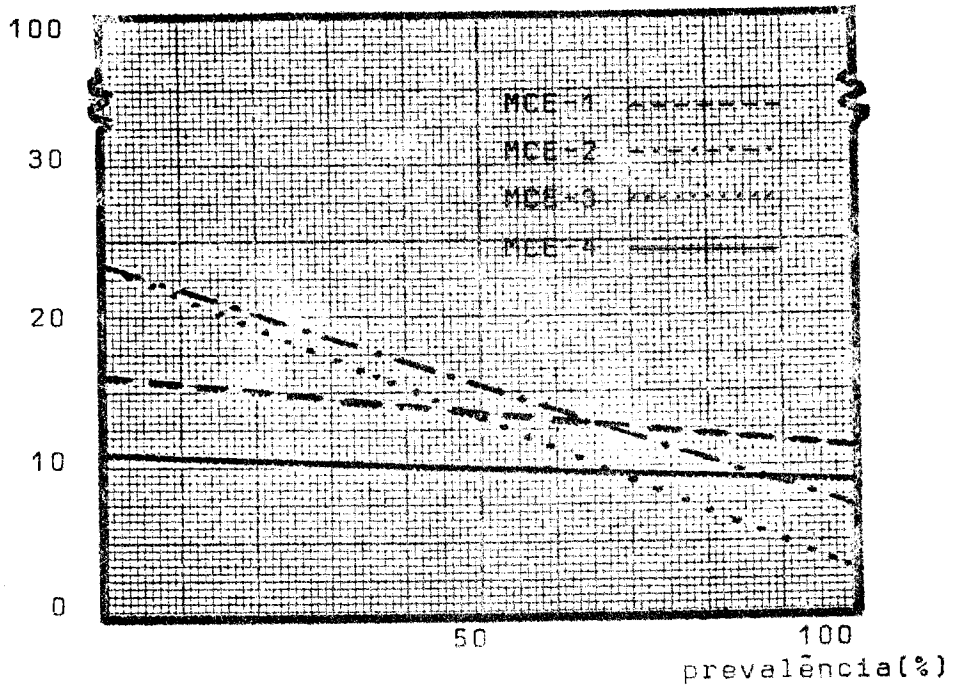


GRÁFICO 6 - Taxa de Classificação Incorreta do QMPI corrigida para a prevalência.

Dessa forma, a inclinação da curva da TCI corrigida indica a diferença entre a sensibilidade e a especificidade do instrumento, como acontece nesse Gráfico com os MCE-2 e MCE-3.

5.1.2 - Teste de Campo

O MCE-3 (perguntas ponderadas e respostas bimotoais) foi selecionado para o teste de campo por causa da sua simplicidade de aplicação e análise e sua melhor sensibilidade, portanto adequado para inquéritos de morbidade que utilizam uma segunda etapa para confirmação diagnóstica (vide anexo 2). A Tabela IV mostra a distribuição de frequências das crianças examinadas por psiquiatras de acordo com a classificação realizada por esse modelo de construção do escore, mantendo a calibração do pré-teste.

TABELA IV - Desempenho do MCE-3 do QMPI no teste de campo.
Salvador, 1977

Classificação do MCE-3	Classificação de referência*		Total
	Casos	Normais	
Suspeitos	25	4	29
Não-suspeitos	2	16	18
Total	27	20	47

* Classificação de referência: diagnóstico da entrevista psiquiátrica.

Os indicadores de validade extraídos da Tabela IV permitem uma análise comparativa do desempenho do MCE-3 no pré-teste e no teste de campo. Conforme a Tabela V, houve um declínio de 4 pontos no percentual de sensibilidade e uma melhoria de 3 pontos na taxa de especificidade. Pode-se constatar também um leve aumento

da capacidade do instrumento classificar corretamente as crianças entrevistadas. O índice de poder relativo do questionário, utilizando o MCE-3, permaneceu praticamente o mesmo em ambos os testes.

TABELA V - Indicadores de validade do MCE-3 do QMPI no pré-teste e no teste de campo. Salvador, 1977

	Sens %	Esp %	TCI %	Índice de Poder Relativo
Pré-teste	97,0	77,1	13,2	2,76
Teste de Campo	92,9	80,0	12,8	2,70

5.2 - Confiabilidade

5.2.1 - Confiabilidade da Aplicação

A Tabela VI mostra os coeficientes de concordância entre dois observadores, em uma mesma entrevista, para cada item do questionário. Duas queixas, encoprese e crise convulsiva, não deixaram dúvidas quanto ao registro de resposta, pois alcançaram o valor máximo do coeficiente (Conc = 1,00). O coeficiente mais baixo, obtido pela questão sobre agressividade dirigida aos membros da família, revelou-se estatisticamente significativa. A concordância global do estudo, expressa pelo coeficiente médio, foi de 0,94.

TABELA VI - Coeficientes de concordância dos itens do QMPI.

Salvador, 1977. (N = 33)

ITENS	COEFICIENTES
01. Dificuldade de deambulação	0,97
02. Dificuldade na fala	0,92
03. Hipercinesia	0,96
04. Gagueira	0,96
05. Enurese	0,98
06. Encoprese	1,00
07. Tiques	0,98
08. Chupar dedos	0,99
09. Onicofagia	0,97
10. Compulsão	0,92
11. Mentira	0,90
12. Roubo	0,92
13. Nervosismo	0,91
14. Irritabilidade	0,95
15. Agressividade na família	0,86 *
16. Agressividade na rua	0,98
17. Crueldade	0,98
18. Tristeza	0,97
19. Medo	0,91
20. Fobias	0,88
21. Dificuldade no sono	0,93
22. Pesadelos	0,90
23. Timidez	0,92
24. Sentir-se pouco estimado	0,96
25. Preocupação	0,95
26. Choro fácil	0,91
27. Crises de birra	0,97
28. Queixas psicossomáticas	0,94 **
29. Cefaléias	0,89
30. Desmaios	0,99
31. Crises convulsivas	1,00
32. Falta de concentração, esquecimento	0,93
33. Dificuldade no aprendizado	0,99
34. Retardo mental	0,97
COEFICIENTE GLOBAL	0,94

* T = 5,9603; 32 g.l.; p < 0,005

** Coeficiente médio dos itens 28 e 29 do questionário.

A Tabela VII apresenta os coeficientes de correlação de Pearson (r) para os escores finais dos dois entrevistadores, de acordo com o tipo de resposta analisado. O Tipo A (escala de Likert de 4 pontos) demonstra uma confiabilidade superior à resposta Tipo B. Todos os coeficientes de correlação calculados nessa Tabela foram significantes ao nível de 0,5 por cento.

TABELA VII - Correlação entre escores finais registrados por dois observadores na mesma entrevista segundo tipo de resposta do QMPI. Salvador, 1977. (N = 33)

Tipo de Resposta	r (Pearson)
A (0-1-2-3)	+ 0,974
B (0-1)	+ 0,945

5.2.2 - Confiabilidade da Avaliação

Os índices de concordância da revisão do QMPI por dois psiquiatras são mostrados na Tabela VIII. O julgamento mais simples, reconhecimento de anormalidade, alcança o melhor índice ($\kappa_{\omega} = 0,74$) enquanto que a definição diagnóstica é a informação de menor confiabilidade de avaliação ($\kappa_{\omega} = 0,20$), ainda assim alcançando níveis de significância estatística ($p < 0,05$). A atribuição de gravidade, que obteve o índice Kappa $_{\omega}$ intermediário (0,60), exibe o mais baixo coeficiente de concordância absoluta (Conc = 0,56).

TABELA VIII - Indicadores de confiabilidade da avaliação do QMPI por dois psiquiatras. Salvador, 1977. (N = 68)

Julgamento dos Psiquiatras	Conc	Kappa $_{\omega}$	Grau de Significância do Kappa $_{\omega}$
Anormalidade	0,86	0,74	$p < 0,005$
Gravidade	0,56	0,60	$p < 0,005$
Diagnóstico	0,60	0,20	$p < 0,05$

TABELA IX - Coeficientes de concordância dos itens do QMPI para re-teste com intervalos diferentes. Salvador, 1977.

I T E N S	Primeiro re-teste (N = 26)	Segundo re-teste (N = 30)	Diferença entre os coeficientes
01. Dificuldade de deambulação	0,81	0,63 NS	0,18
02. Dificuldade na fala	0,69	0,74	-0,05
03. Hipercinesia	0,87	0,79	0,08
04. Gagueira	0,88	0,80	0,08
05. Enurese	1,00	0,80	0,20 +
06. Encoprese	1,00	0,84	0,16 +
07. Tiques	0,94	0,94	0,00
08. Chupar dedos	1,00	0,84	0,16 +
09. Onicofagia	0,93	0,74	0,19 +
10. Compulsão	0,94	0,68	0,26 +
11. Mentira	0,68	0,84	-0,16
12. Roubo	0,94	1,00	-0,16
13. Nervosismo	0,93	0,68	0,25 +
14. Irritabilidade	0,75	0,58 NS	0,17
15. Agressividade na família	1,00	0,80	0,20 +
16. Agressividade na rua	0,93	0,79	0,14
17. Crueldade	0,93	0,83	0,10
18. Tristeza	0,88	0,89	-0,01
19. Medo	0,75	0,74	0,01
20. Fobias	0,68	0,47 NS	0,21 +
21. Dificuldade no sono	1,00	0,74	0,26 +
22. Pesadelos	0,75	0,84	-0,09
23. Timidez	0,87	0,73	0,14
24. Sentir-se pouco estimado	0,75	0,83	-0,08
25. Preocupação	0,81	0,89	-0,08
26. Choro fácil	0,56 NS	0,65 NS	-0,07
27. Crises de birra	0,81	0,68	0,13
28. Queixas psicossomáticas	0,97	0,92	0,05
29. Cefaléias	0,81	0,80	0,01
30. Desmaios	0,94	1,00	-0,06
31. Crises convulsivas	1,00	1,00	0,00
32. Falta de concentração, esquecimento	0,62 NS	0,68	-0,06
33. Dificuldade no aprendizado	0,81	0,69	0,12
34. Retardo mental	1,00	1,00	0,00
COEFICIENTE GLOBAL	0,86	0,79	0,07

NS Coeficiente não-significante a nível de 5 por cento

+ Diferença estatisticamente significativa a nível de 5 por cento

5.2.3 - Confiabilidade Re-teste

A estabilidade do QMPI foi avaliada de acordo com dois intervalos entre as entrevistas. Para o re-teste com intervalo de um mês foram considerados 26 questionários, e para o intervalo de três meses foram selecionados 30 questionários, segundo o critério de um mesmo informante para ambas as aplicações.

A Tabela IX mostra os coeficientes de concordância para cada item do instrumento. Verifica-se que a maior parte das questões apresentou melhores coeficientes para o re-teste com intervalo mais curto, sendo que apenas nove delas apresentaram diferenças significantes entre os re-testes ($p < 0,05$). Seis itens (Tiques, tristeza, medo, cefaléia, crise convulsiva e retardo mental) revelaram coeficientes praticamente idênticos em ambos os re-testes enquanto que nove outros (hipercinesia, mentira, roubo, dificuldades no sono, sentir-se pouco estimado, preocupação, choro fácil, desmaios e dificuldade de concentração) exibem coeficientes mais altos para o re-teste com intervalo maior, sem no entanto atingir níveis de significância estatística ($p > 0,05$).

Deve-se ainda destacar que apenas duas queixas (choro fácil e dificuldade de concentração) no primeiro re-teste e quatro queixas (dificuldade na deambulação, irritabilidade, fobias e choro fácil) no re-teste com intervalo maior, apresentaram coeficientes não-significantes ($p > 0,05$). O item "choro fácil" revelou uma baixa confiabilidade em ambos os re-testes. Os coeficientes globais foram de 0,86 e 0,79 para os re-testes de um e três meses, respectivamente.

O coeficiente de Pearson para a correlação entre os escores totais do re-teste com intervalo de um mês foi de + 0,815; enquanto que para o re-teste com intervalo de três meses foi de + 0,778. Ambas as medidas foram estatisticamente significantes a nível de 1,0 por cento.

6. DISCUSSÃO

6.1 - A construção do QMPI

A proposta inicial de desenvolver um instrumento epidemiológico para a detecção de transtornos mentais na infância, adaptado à realidade brasileira, implica em preencher determinados requisitos de padronização de dados, facilidade de aplicação, flexibilidade de análise, confiabilidade e validade.

Quanto à padronização de resultados, alguns autores (9, 31, 50, 93) admitem que o valor dos dados epidemiológicos obtidos por instrumentos desse tipo está na dependência da sua comparabilidade com estudos similares. E para que essa comparação seja possível, é necessário que os resultados sejam expressos dentro de um sistema classificatório padronizado (49, 50).

O Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI) baseou-se na Classificação Tri-axial de Distúrbios Emocionais da Infância, elaborada por um grupo de estudos da O.M.S.(84) que, segundo COOPER & MORGAN (16), "permite o registro independente de fenômenos clínicos e fatores causais, de uma maneira impossível para as formas tradicionais de classificação". Os itens referentes à psico-patologia infantil da Classificação Internacional de Doenças (13), talvez aceitáveis para propósitos clínicos, não se revelaram apropriados para a utilidade fundamentalmente epidemiológica proposta para o QMPI, devido ao fato de que, nessa classificação, "algumas categorias são baseadas em fenomenologia, outras em fatores causais", além das "descrições do glossário serem, para propósitos práticos, indistinguíveis" (16).

O requisito de operacionalidade deve ser considerado tanto no sentido da fácil aplicação quanto no da simplicidade de apuração. Por isso, propôs-se um questionário completamente es-

truturado, curto e simples, testando-se modos alternativos de analisar os seus resultados.

A maneira de formular as questões tem sido preconizada como a principal medida para se reduzir o "bias" associado ao informante (63, 92). GOLDBERG (31) sugere "uma análise que permita assinalar pesos para cada sintoma, proporcionais ao seu poder discriminatório", com a finalidade de diminuir o erro da "tendência afirmativa geral". O QMPI emprega essa técnica em dois dos seus modelos de escore, o MCE-3 e o MCE-4.

As opções de resposta do QMPI também foram planejadas de modo a contribuir com a redução do erro constante do entrevistado. GUILFORD (38) descreveu o "erro da tendência central", associado a respostas com número ímpar de opções, onde os informantes tenderiam a escolher a posição média da escala. A resposta tipo A do QMPI é uma escala de Likert de 4 pontos e o tipo B é uma resposta bimodal, ambas com um número par de opções de resposta.

A resposta tipo A possui as seguintes vantagens: eliminação do "bias" associado a respostas bimodais, redução do erro devido à "tendência afirmativa geral" e à "tendência negativa geral", possibilidade de "respostas parciais" e, como visto acima, eliminação do "erro da tendência central" (31).

GOLDBERG (31) descreve o "método de escore GHQ", bastante similar ao da resposta tipo B do QMPI, e aponta as seguintes vantagens no seu uso: redução do "bias" associado a escala de Likert e a escalas bimodais, ao "erro da tendência central" e às "tendências gerais". Como desvantagem pode-se assinalar a perda de informação potencial que seria valiosa para a pesquisa proposta.

6.2 - Avaliação do Instrumento

6.2.1 - Validade

O QMPI foi avaliado em relação a três aspectos da validação operacional (de conteúdo, concorrente e preditiva) de acordo com as especificações de MOSER & KALTON (63).

A validade de conteúdo do instrumento foi demonstrada na medida em que a maior parte das suas questões revelou satisfatório poder de discriminação. Apenas oito dos 34 itens obtiveram coeficientes de discriminação abaixo de 2,00. As queixas que apresentaram menor poder discriminatório, como por exemplo enurese (C.D. = 1,09); foram mantidas no questionário pela sua importância para a composição de quadros psicopatológicos básicos.

Muitos estudos que visam avaliar instrumentos de detecção em epidemiologia psiquiátrica não tem concedido a devida importância à validade interna. Por outro lado, alguns trabalhos com essa intenção têm examinado aspectos da validade de conteúdo mediante o emprego de técnicas sofisticadas, como por exemplo a análise multifatorial (8, 31, 52) ou a "critical ratio" (81).

A validade concorrente, ou eficácia, como preferem COOPER & MORGAN (16), do QMPI foi analisada com o auxílio dos seguintes indicadores: taxas de sensibilidade e especificidade, TCI e índice de poder relativo.

As taxas de sensibilidade dos quatro MCE variaram de 87,8% a 97,0%, enquanto que as suas taxas de especificidade variaram de 79,5% a 88,2%. A partir dos dados de RUTTER (81) referentes ao seu questionário para professores pode-se calcular taxas de sensibilidade entre 50,0% e 87,7% e de especificidade entre 89,1% e 96,8%. O "22-Item Screening Test" de LANGNER (51) apresentou uma sensibilidade de 60% baseada no reconhecimento de pacientes tratados e de 73,5% ao ser validado contra um tipo específico de entrevista psiquiátrica estruturada, o "Overall Mental Health Rating".

O "Health Opinion Survey" de Macmillan, conforme cálculos realizados por GOLDBERG (31), obteve taxas de sensibilidade de 75 e 84% e de especificidade de 54 e 68%. O próprio GOLDBERG apresenta os resultados da validação de duas versões do "General Health Questionnaire": Uma composta por 60 itens, com sensibilidade de 95,7% e especificidade de 87,8%, e outra de 30 itens, com sensibilidade de 85,0% e especificidade de 79,5% (31).

O QMPI classificou incorretamente do 10 a 15 por cento da amostra estudada, de acordo com o MCE empregado. Os dados de RUTTER (81) permitem calcular uma TCI de 17,3%, enquanto que os achados de RICHMAN (73) indicam uma TCI de, no mínimo, 23 por cento. As taxas referentes ao "Screening Test" de LANGNER (51) conduzem a uma TCI estimada em 22 por cento. As taxas de classificação incorreta do GHQ de Goldberg situam-se entre 11,3 e 14,6% para a versão de 60 itens. HARDING (40), revalidando o GHQ na Jamaica, considerou uma TCI de vinte por cento como limite aceitável de eficácia.

O índice de poder relativo, que variou de 2,62 a 3,23 entre os MCE do QMPI, foi descrito recentemente por ABRAMSON (2), não tendo sido empregado por nenhum dos estudos considerados na revisão de literatura do presente trabalho. Não obstante, foi possível o cálculo desse indicador a partir dos dados apresentados por algumas daquelas investigações. O "22-item Screening Test", por exemplo, apresentou um índice de poder relativo da ordem de 2,10, enquanto que o GHQ, na sua versão de 60 itens, revelou um índice de 3,07. O questionário de RUTTER (81) para detecção de caso psiquiátrico infantil alcançou um índice de poder relativo de 2,55.

Entretanto, conforme assinala McKEOWN (61), as medidas de erro dos procedimentos de "screening" precisam levar em consideração a prevalência da condição investigada. GOLDBERG (31) utilizou a "overall misclassification rate" computada para uma preva-

lência de 25%, com essa finalidade. Um sumário da análise comparativa de GOLDBERG, ao qual foram acrescentadas as Taxas de Classificação Incorreta corrigidas para a prevalência padrão referente a dois modelos do QMPI, é apresentada na Tabela X.

TABELA X - Comparação do desempenho do QMPI com outros instrumentos segundo a TCI corrigida quanto a prevalência.

INSTRUMENTO	T C Ic "Overall Misclassification Rate" (prevalência padrão de 25%) %
MCE-3 do QMPI	17,9
MCE-4 do QMPI	10,8
60-item GHQ ⁺	10,3
30-item GHQ ⁺	19,1
36-item SCL ⁺	28,0
22-item Screening Test ⁺	17,8
HOS (Macmillan) ⁺	22-40

⁺Fonte: GOLDBERG (31, p.98)

Com o conhecimento da prevalência de transtornos mentais da infância numa dada população, pode-se calcular a probabilidade de uma criança que alcançou escore alto no QMPI ser realmente um caso psiquiátrico, o que foi demonstrado no Gráfico 5.

A análise do valor preditivo também pode indicar a faixa de prevalência onde o instrumento atua com mais eficácia. Tomando-se o valor preditivo de 50 por cento como um ponto arbitrário de referência, verifica-se que o MCE-4 é mais eficaz em populações com prevalência de desordens mentais da infância entre 7 e 50 por cento, enquanto que os outros modelos de escore o são na faixa de 10 a 50 por cento. Para taxas acima de 50 por cento a probabilidade

de um suspeito ser um caso positivo pode ser creditada mais à própria alta prevalência que ao valor preditivo do instrumento.

Todos os resultados discutidos até o momento dizem respeito ao desempenho do questionário em um pré-teste realizado com população ambulatorial e um grupo de comparação. Qual seria o comportamento do QMPI em um teste de campo que reproduzisse as condições de um verdadeiro estudo de morbidade?

O desempenho do questionário no teste de campo, na sua versão MCE-3, foi equivalente ao demonstrado no pré-teste. As taxas referentes às duas validações não revelaram diferenças estatisticamente significantes.

6.2.2 - Confiabilidade

O QMPI foi avaliado de acordo com três tipos de confiabilidade (re-teste, da aplicação e da avaliação).

A confiabilidade da aplicação refere-se à concordância entre dois aplicadores do questionário entrevistando um mesmo informante no mesmo momento, avaliando se as respostas desencadeadas pelas questões do instrumento podem ser percebidos e registradas com razoável equivalência. As perguntas que compõem a lista-base do QMPI são, na sua maior parte, descrições sucintas de comportamentos que WOLFF (109) classificaria como sintomas "objetivos". A referência positiva ou negativa a uma questão desse tipo deixa margem a poucas dúvidas por parte do entrevistador sobre qual é a resposta fornecida.

A questão da discordância no registro das respostas pode ser aclarada com os dados da Tabela 8, onde se observa que a resposta tipo A (escala de Likert de 4 pontos) obteve melhor coeficiente que o tipo B (resposta bimodal). Tais dados sugerem que a inexistência de alternativas parciais para respostas escalonadas poderia

ser uma das fontes de discordância no registro.

De qualquer modo, os índices de confiabilidade da aplicação alcançados pelo QMPI devem ser considerados excelentes. Tais resultados podem ser atribuídos à extrema estruturação da lista-base de queixas e ao treinamento prévio dos entrevistadores.

Não foi possível encontrar estudos de confiabilidade de aplicação de instrumentos similares cujos resultados pudessem ser comparados com os obtidos pelo QMPI. Alguns desses trabalhos avaliam a concordância entre diferentes informantes e não entre diferentes entrevistadores. PETERSON et alii (68), por exemplo, testaram a concordância de uma escala de ajustamento da criança aplicada a pais e mães, e relatam coeficientes de correlação de + 0,40 para "problemas de personalidade" e de + 0,83 para "problemas de comportamento". RUTTER & GRAHAM (82) reportam um coeficiente de +0,64 para o questionário de "screening" aplicado a pais e mães de crianças com 10 e 11 anos de idade.

O estudo da confiabilidade de avaliação do QMPI teve a intenção de examinar a possibilidade de uso do instrumento em pesquisas de prevalência mais simples, onde a segunda etapa poderia ser uma revisão dos questionários por vários psiquiatras. Ademais, conforme acentua KREITMAN (50), uma análise dessa ordem reforça o conhecimento da validade interna do instrumento, pois os aspectos de validade e confiabilidade encontram-se estreitamente ligados.

O índice K_{w} , apesar de ter se mostrado adequado para o presente trabalho, não tem sido empregado por estudos de confiabilidade de instrumentos similares.

Os resultados indicam que a atribuição de anormalidade ($K_{\text{w}} = 0,74$) é o dado mais confiável a ser obtida da sua avaliação, seguido pela determinação de gravidade ($K_{\text{w}} = 0,60$). Portanto, seria recomendável que qualquer estudo de morbidade psiquiátrica in

fantil a ser realizado segundo o desenho simplificado sugerido, de veria se basear somente no reconhecimento global de transtorno men tal e na avaliação da sua gravidade. A definição diagnóstica atra vés da simples revisão do questionário não é recomendada devido a sua baixa confiabilidade ($K_w = 0,20$).

Tanto no estudo da confiabilidade re-teste com intervalo de um mes quanto no re-teste com três meses de intervalo, o QMPI mostrou índices de correlação significantes, se bem que o intervalo mais longo determinasse um menor coeficiente que o mais curto (+0,778 contra +0,815), confirmando as sugestões de outros autores (26, 35, 50). Em adição a esses achados, a análise por item do questionário revelou que cerca de 20 questões obtiveram maiores índices de concordância no primeiro re-teste. Os itens que não experimentaram variação entre os dois estudos, em sua maioria, correspondiam a queixas mais "objetivas" ou a condições mais estáveis e definitivas (tiques, retardo mental, crise convulsiva, etc.).

Os resultados da avaliação do QMPI estão de acordo com a análise das sub-escalas de Mac Farlane realizada por WOLFF (109), que indicou um Tau de 0,83 para itens "objetivos" e de 0,62 para itens "subjetivos". PETERSON et alii (68) haviam anteriormente descrito "comportamentos abertos", que propiciariam informações mais confiáveis, em oposição a "dificuldades internalizadas", com referências de baixa confiabilidade.

RICHMAN (74), utilizando o coeficiente de correlação de Pearson em um re-teste com intervalo de 13 semanas, encontrou um r de + 0,85 em uma amostra de 91 casos. Deve-se acentuar que este resultado foi conseguido com um grupo de crianças epilêpticas em uma escola especial, e não com uma amostra da população geral.

Um questionário de "screening" aplicado a pais foi avaliado por RUTTER & GRAHAM (82) quanto à sua confiabilidade re-teste.

A correlação de + 0,74 foi obtida com um intervalo de três meses entre as aplicações do instrumento. Os autores não reportaram outros dados a respeito dessa avaliação.

O questionário de professores descrito por RUTTER em 1967 conseguiu um coeficiente de +0,89 com um intervalo de dois meses. O mesmo autor refere uma correlação de +0,72 para uma avaliação mista de confiabilidade "inter-rater" e re-teste, quando diferentes professores responderam questionários sobre a mesma criança com um intervalo de dois a três meses (81).

6.3 - Usos e Limitações

O QMPI foi desenvolvido especialmente para estudos epidemiológicos do transtorno mental na população infantil. O seu pré-teste havia sido planejado de modo a permitir uma avaliação simultânea de quatro alternativas de construção do escore, denominadas MCE, com características particulares que as tornam adequadas a diferentes desenhos de pesquisas.

Recomenda-se o MCE-3 para investigações que utilizam uma segunda etapa destinada ao descarte dos falsos-positivos, devido à sua alta sensibilidade. O MCE-4, por ser o mais específico e possuir a melhor validade preditiva, pode ser empregado em pesquisas simplificadas, quiçá dispensando a etapa de confirmação diagnóstica. Em compensação, o MCE-1 é o modelo de mais fácil aplicação e apuração de resultados, indicado portanto para inquéritos mais extensos.

Além da flexibilidade concedida por essa possibilidade de se utilizar a mesma lista-base de queixas de quatro maneiras distintas, é possível recalibrar cada um dos MCE individualmente. Para isso, basta deslocar o seu ponto de corte, modificando as taxas

de eficácia a depender das necessidades do estudo proposto.

O QMPI poderia ser alternativamente utilizado em outras situações de pesquisa, necessitando apenas de um teste do seu desempenho sob as novas condições.

O emprego desse questionário como medida de comportamento em testes de medicamentos (que usualmente utilizam escalas não testadas localmente) ou de outros procedimentos terapêuticos, dependeria de uma avaliação da sua capacidade de detectar modificações na conduta das crianças. Nesse aspecto, RUTTER (81) relata que o seu questionário de comportamento infantil aplicado a professores já vem sendo correntemente empregado em vários ensaios terapêuticos, apesar de não demonstrada a sua validade em relação a mudanças de comportamento.

Estudos longitudinais de psicopatologia infantil e pesquisas de relações entre morbidade mental e física na população infantil poderiam também utilizar o QMPI, naturalmente que submetendo-o a testagens específicas, a depender dos objetivos, tipo e desenho do estudo.

No entanto, algumas limitações ao uso do QMPI precisam ser enfatizadas.

Primeiro, não é sensível a certos tipos de desordens psiquiátricas menos comuns. Segundo, empregando-se os modos de determinação de escore aqui testados, não é eficaz na detecção de condições mono-sintomáticas, por maior que seja a gravidade do caso. Terceiro, assinala apenas sintomas de conhecimento do informante, no caso circunscritos ao ambiente familiar. Quarto, usa uma lista de queixas muito resumida, ditada pela proposta de ser um instrumento curto e simples, fornecendo uma descrição pobre do comportamento da criança. Tais limitações restringiriam o seu uso com objetivos clínicos, a não ser como coadjuvante a uma consulta pediátrica tradi-

cional, ou ao cuidado primário prestado por um clínico geral, ou mesmo auxiliando uma entrevista psiquiátrica, sempre no ambiente hospitalar ou ambulatorial. De modo semelhante, GOLDBERG (31) sugere essa utilização alternativa para o seu General Health Questionnaire, recomendando-o até como procedimento de rotina para exames em clínica geral.

Finalmente, deve-se lembrar a inconveniência do uso do QMPI em programas de localização de casos na população, com a finalidade de fornecer tratamento médico-psiquiátrico, conforme tem sido preconizado pelo movimento da Psiquiatria Preventiva (12). Essa contra-indicação justifica-se por dois motivos: Primeiro, a eficácia do tratamento das desordens mentais infantis é discutível (76, 77, 111). Segundo, existe a possibilidade de atuação iatrogênica do processo de "busca de suspeitos" (12) para detecção precoce e tratamento da doença mental infantil (42, 89, 101, 102).

7. CONCLUSÕES

- A metodologia empregada para a construção e a testagem do Questionário de Morbidade Psiquiátrica Infantil (QMPI) revelou-se satisfatória, alcançando os objetivos propostos.

- O QMPI baseou-se inicialmente na Classificação Tri-axial de Distúrbios Emocionais na Infância, e tem a forma final de um questionário completamente estruturado, curto (35 itens), simples, de fácil aplicação e apuração de resultados.

- Todos os itens do QMPI revelaram alto poder de discriminação, indicando satisfatória validade de conteúdo do instrumento.

- Quatro Modelos de Construção do Escore (MCE) foram de desenvolvidos e testados quanto à validade concorrente e à validade preditiva, demonstrando desempenhos satisfatórios frente aos requisitos de sensibilidade, especificidade, poder relativo, previsão de erro e valor preditivo.

- O desempenho do QMPI no teste de campo, usando a versão MCE-3, foi equivalente ao alcançado no pré-teste.

- O QMPI alcançou altos índices de confiabilidade da aplicação, enquanto que a análise da sua confiabilidade da avaliação revelou a atribuição de anormalidade como o dado mais confiável, seguido pela determinação de gravidade. Também mostrou satisfatória confiabilidade re-teste.

- O QMPI foi desenvolvido especialmente para estudos epi

demiológicos. Recomenda-se a versão MCE-3 para investigações que utilizam uma segunda etapa destinada ao descarte dos falsos positivos; o MCE-4 pode ser empregado em pesquisas simplificadas; o MCE-I é a versão de mais fácil aplicação e apuração de resultados, indicado portanto para inquéritos mais extensos.

- O QMPI pode ser alternativamente usado em outras situações de pesquisa, apenas necessitando de uma testagem prévia sob as novas condições.

- As limitações do questionário não recomendam o seu uso com objetivos clínicos, a não ser auxiliando a situações de exame pediátrico ou psiquiátrico, sempre em ambiente hospitalar ou ambulatorial.

RESUMO

Um instrumento para estudos epidemiológicos das desordens mentais da infância foi desenvolvido e testado, quanto aos requisitos de validade e confiabilidade, em duas etapas (pré-teste e teste de campo).

O pré-teste foi realizado com 33 crianças sob tratamento psiquiátrico como grupo teste e com 35 outras sem antecedentes de distúrbios mentais como grupo de comparação, todas na faixa etária de 5 a 14 anos. Foram avaliados quatro Modelos de Construção do Escore (MCE) que demonstraram desempenhos satisfatórios frente aos requisitos de sensibilidade, especificidade, poder relativo, previsão de erro e valor preditivo. O teste de campo foi realizado com o MCE-3 durante a fase piloto de uma pesquisa de prevalência em uma área urbana de Salvador-Ba, tendo sido aplicado a 150 crianças que, de acordo com o escore obtido, foram classificadas em dois grupos: suspeitos e não-suspeitos. Psiquiatras infantis examinaram às cegas todos os suspeitos e uma amostra dos não-suspeitos, for necendo uma classificação de referência para a validação do QMPI que, nessa fase, revelou um desempenho equivalente ao alcançado no pré-teste.

A confiabilidade de aplicação do QMPI foi testada com dois aplicadores simultaneamente entrevistando as mães de 33 crianças do pré-teste; a confiabilidade da avaliação foi examinada comparando-se a revisão dos 68 questionários do pré-teste por dois psiquiatras a respeito de atribuição de desordem, nível de gravidade e diagnóstico sindrômico; a confiabilidade re-teste foi examinada re-aplicando-se o QMPI a uma sub-amostra do teste de campo, com um intervalo de um mês e outro de três meses. O instrumento alcançou satisfatória confiabilidade re-teste e de aplicação, enquanto

que a análise da confiabilidade da avaliação revelou a atribuição de anormalidade como o dado mais confiável, seguido pela determinação de gravidade.

Discutem-se os usos e limitações do QMPI nas diferentes versões testadas. Comenta-se a não-indicação do seu emprego com objetivos clínicos, acentuando-se o seu caráter de instrumento desenvolvido especialmente para estudos epidemiológicos.

SUMMARY

An instrument for epidemiological studies of mental disorders in children was developed and tested for on validity and reliability by means of a two-step study (pre-test and field test).

The pre-test was carried out with a test-group of 33 children aged 5 to 14 under psychiatric treatment and a control-group of 35 children without psychiatric background. Four ways of building a score were assessed. They showed high sensitivity, specificity, relative liability, overall misclassification rate and predictive value. The field test was conducted during the pilot phase of a prevalence survey in an urban area of Salvador-BA; according to the score obtained, 150 children were classified into two groups: suspected and non-suspected. Child psychiatrists interviewed all of the suspected children and a sample of the non-suspected blindly, allowing another validation test for the QMPI that yielded a performance equivalent to the pre-test.

Re-test reliability was examined by re-applying the questionnaire to a sub-sample from the field test after one and two month intervals; application reliability was tested with two interviewers, both of whom interviewed the mothers of 33 children from the pre-test; inter-rater reliability was examined by comparing the rating of the 68 pre-test questionnaires by two psychiatrists for recognition of abnormality, level of severity and syndrome diagnosis. The instrument reached high re-test and application reliability coefficients, while the inter-rater reliability study showed recognition of abnormality as the most reliable information, followed by level of severity.

Uses and limitations of the different versions of the QMPI are discussed. Its use for clinical purposes is then discouraged, emphasizing its character as an instrument especially designed for epidemiological studies.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ABRAHAMSON, D. Untreated psychiatric morbidity; a general practice Study. Soc. Psychiatr., 4:5-11,1969.
02. ABRAMSON, J.H. Survey methods in community medicine. London, Churchill Livingstone, 1974. 183 p.
03. ALMEIDA FILHO, N.de Avaliação do atendimento infantil em um Centro Comunitário de Saúde Mental. R.Baiana Saúde Públ., 1977. (No prelo).
04. _____; D'ALMEIDA, G & FONSECA, S. Uma investigação acerca da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico na infância e adolescência. Salvador, 1977. (Comunicação ao Forum Panamericano para o Estudo da Adolescência, 4. Salvador,1977).
05. ANDRADE, L.D. & RIBEIRO, C.M. Estudo psicométrico de atitudes sociais de adolescentes. J.Bras.Psiq., 19; 153-62, 1970.
06. ARMITAGE, P. Statistical methods in medical research. Oxford, Blackwell, 1973. 504 p.
07. BASAGLIA, F. Apuntes de psiquiatria institucional. In: GARCIA, R. Psiquiatria o ideologia de la locura? Barcelona, Anagrama, 1972. p.19-45.
08. BEATTY, J.R. The analysis of an instrument for screening learning disabilities. J.Learn.Disab., 8;180-6, 1975.
09. BLUM, R.H. Case identification in psychiatric epidemiology, methods and problems. Milbank Mem.Fund.Q. 40:253-86, 1962.
10. BRANDON, S. An epidemiological study of maladjustment in childhood. Durham, 1960. (Apud RYLE, A. et alii., 1965).
11. CANTWELL, D.P. Prevalence of psychiatric disorder in a pediatric clinic for military dependent children. J.Pediatr., 85: 711-1, 1974.
12. CAPLAN, G. Principles of preventive psychiatry. London, Tavistock, 1966. 304p.
13. CLASSIFICAÇÃO internacional de doenças; revisão 1965. Washington, OPAS, 1969. p.145-60.
14. CLIMENT, C. & PLUTCHIK, R. Reliability, validity and item sensitivity of a patients symptom self-report scale. Cali-Colômbia, 1975. mimeogr.
15. COHEN, J. Weighted kappa; nominal scale agreement with provision for degrees of disagreement. (Apud KENDELL, R. et alii, 1968).
16. COOPER, B & MORGAN, H.G. Epidemiological psychiatry. New York, American Lecture Series, 1973. 211 p.

17. COOPER,B; BROWN,A.C. & KALTON,G. A pilot study of psychiatric morbidity in general practice. J.Coll.Gen.Pract.,5:590-602, 1962.
18. COSTA,J.F. História da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Ed.Documentário, 1976. 135p.
19. COUTINHO,D.M. Prevalência de doenças mentais em uma comunidade marginal; um estudo do Maciel. Salvador, 1976. (Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia).
20. _____; REHEM,R.; LEAL,M.C. & ALMEIDA FILHO,N. de.Diagnóstico de saúde de uma comunidade marginal. Salvador, 1974. mimeo grafada. (Documentos FPACB).
21. CRONBACH,L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 16:297-334, 1951.
22. CROWN,S. & CRISP, A.H. A short clinical diagnostic self-rating scale for psychoneurotic patients. Brit.J.Psychiatr., 112: 917-23, 1966.
23. CUMMING,E. & CUMMING,J. Some questions on community care. Canada's Ment.Hlth., 13:7-12, 1965
24. DOHRENWEND,B.P. & DOHRENWEND,B.S. The problem of validity in field studies of psychological disorder. J.Abnorm.Psychol., 70:52-69, 1965.
25. EASTWOOD,M.R. Screening for psychiatric disorder. Psychol.Med., 1:197-208, 1971.
26. _____ & ROSS,H. The reliability of the psychiatric anamnesis Brit.J.Psychiatr., 124:357-8, 1974.
27. EISENBERG,L.; LANDOWNE,E.; WILNER,D.M. & IMBER,S.D. The use of teacher ratings in a mental health study: a method for measuring the effectiveness of a therapeutic nursery programme. Amer.J.Publ.Hlth., 52:18-28, 1962.
28. EYSENCK,H. Manual of the Maudsley personality inventory. London, 1959, (Apud GOLDBERG, 1972).
29. FELIX,R.H. & BOWERS,R.V. Mental hygiene and socio-environmental factors. Milbank Mem.Fund.Q., 26:127, 1948. (Apud GOLDBERG, 1972).
30. FREITAS JR., O & WANDERLEY,N.S. Um inventário de sintomas psiquiátricos (ISP). J.Bras.Psiq. 21:55-80, 1972.
31. GOLDBERG,D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London, Oxford University Press, 1972. 152 p.
32. _____ & BLACKWELL,B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. Brit.Med.J., 2:439-43, 1970.

33. GRÃ-BRETANHA. Ministry of Education. Report of the Committee on Maladjusted Children. Underwood report. London, HMSO, 1955. (Apud KOLVIN, 1973)
34. GRAHAM,P. & RUTTER,M. Organic brain disfunction and child psychiatric disorder. Brit.Med.J., 3:695-700, 1968.
35. _____. The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child, II. Interview with the parent. Brit. J.Psychiatr., 114:581-92, 1968.
36. GRANT,Q.A. Age and sex trends in the symptomatology of disturbed children. London, 1958. (Apud WOLFF, 1967).
37. GROOT & ARÉVOLO,W. Validez de un instrumento para detectar en fermedad mental. Cali-Colombia. Universidade del Valle,s.d.
38. GUILFORD,J.P. Psychometric methods. New york, McGraw-Hill,1936.
39. HAGGERTY,M. The incidence of undesirable behavior in public school children. J.Educ.Res.12:102-22, 1952. (Apud RUTTER, 1967).
40. HARDING,T.W. Validating a method of psychiatric case identification in Jamaica. B.World. Hlth. Org., 54:225-31, 1976.
41. HORWITZ,J. & MARCONI,J. Estudios epidemiológicos y sociológicos acerca de la salud mental en Chile. Acta Psiq.Psic.Amer. Lat., 13:52-8, 1967.
42. ILLICH,I. A expropriação da saúde. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976. 196 p.
43. JAHODA,M.; DEUTSCH,M. & COOK,S. Research methods in social relations. New York, Dryden. 1951. 586 p.
44. KAPUR,R.L. Factors affecting the reporting of mental disorders in others. Soc.Psychiatr., 10:87-95, 1975.
45. KATZ, M.M. Studies of the diagnosis process. The influence of symptom perception, past experience, and ethnic background on diagnostic decisions. Amer.J.Psychiatr., 125:7, 1969.
46. KENDELL,R.E. Psychiatric diagnosis; a study of how they are made. Brit.J.Psychiatr., 122:437-55, 1973
47. KOLVIN, I. Evaluation of psychiatric services for children in England and Wales. In: WING,J.K. & HAFNER,H., ed Roots of evaluation; the epidemiological basis for planning psychiatric services. London, Oxford University, 1973. p.131-62
48. KRAMER,M. A discussion of the concepts of incidence and prevalence as related to epidemiologic studies of mental disorders. Amer.J.Publ.Hlth., 47:826-40, 1957.
49. _____. Some perspectives on the role of biostatistics and epidemiology in the prevention and control of mental disorders. Millbank Mem.Fund.Q., 53:279-336, 1957.

50. KREITMAN, N.; SAINSBURY, P.; MORRISSEY, J.; TOWERS, J. & SCRIVENER, J. The reliability of psychiatric assessment; an analysis. J.Ment.Sci. 107:887-908, 1961.
51. LANGNER, T.S. A 22-item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. J.Hlth Human Behav., 3:269-76, 1962.
52. _____; GERSTEN, J.C. & EISENBERG, J.G. Approaches to measurement and definition in the epidemiology of behavior disorders; ethnic background and child behavior. Int.J.Hlth.Serv. 4:483-501, 1974.
53. LAPOUSE, R. & MONK, M.A. An epidemiologic study of behavior characteristics in children. Amer.J.Publ.Hlth., 48:1134-44, 1958.
54. _____. Fears and worries in a representative sample of children. Amer.J.Orthopsychiatr., 29:803-18, 1959.
55. LEIGHTON, D.C.; HARDING, J.S.; MACKLIN, D.B.; MACMILLAN, A.M. & LEIGHTON, A.H. The character of danger; psychiatric symptoms in selected communities. New York, Basic Books, 1963. (Apud STOLLER, 1974).
56. LEON, C.A. Prevalencia de trastornos mentales en un sector urbano de Cali. Cali. 1966. (Trabajo presentado al Congreso Nacional de Psiquiatria, 1. Pasto, diciembre, 1966).
57. _____. & CLIMENT, C.E. Assessment of instruments for studying the prevalence of mental disorder. Soc.Psychiatr., 5:212-5, 1970.
58. MACFARLANE, J.W.; ALLEN, L. & HONZIG, M.P. Behavior problems of normal children. Berkeley, University of California, 1954. (Apud LAPOUSE & MONK, 1958).
59. MANIS, J.G.; BRAWER, M.; HUNT, C. & KERCHER, L.C. Estimating the prevalence of mental illness. Amer.Social.R., 29:84-9, 1964
60. MCCOLLOUGH, C. & VAN ATTA, L. Statistical concepts. New York, McGraw-Hill, 1963, 367 p.
61. MCKEOWN, T. Validation of screening procedures. In: SCREENING in medical care. London. Oxford University, 1968. p.1-14.
62. MINDE, K.K. Psychological problems in Ugandan school children: a controlled evaluation. J.Child Psychol.Psychiatr., 16:49-59, 1975.
63. MOSER, C.A. & KALTON, G. Survey methods in social investigation. New York, Basic Books, 1972. 549 p.
64. MOYA, L.; MARCONI, J.; HORWITZ, J.; MUÑOZ, L.; BAHAMONDIS, A. & SAINT JEAN, H. Estudio de prevalencia de desórdenes mentales en el área de Norte de Santiago de Chile: Comparación de poblaciones de tres niveles socio-económicos. s.n.t. p.137-47
65. MULLIGAN, G.; DOUGLAS, J.W.; HAMMOND, W.A. & TIZARD, J. Delinquency and symptoms of maladjustment: the findings of a longitudi-

- nal study. Proc.Royal Soc. Med., 56:1083-6, 1963
66. MUSTO, D. Whatever happened to "community mental health" New York, The Public Interest, s.d.
 67. OVERALL, J.E. & GORHAM, D.R. The brief psychiatric rating scale. Psychol.Rep., 10:799-812, 1962.
 68. PETERSON, D.R.; BECKER, W.; HELLMER, L.A.; SHOEMAKER, D.J. & QUAY, H.C. Parental attitudes and child adjustment. Child Develop. 30:119-30, 1959.
 69. PINHEIRO, L.U.F.; PAIM, J.S. & SANTANA, V.S. Algumas questões sobre a psiquiatria comunitária. Salvador, 1977. (Relatório apresentado ao seminário "Medicina Comunitária e Ensino Médico". São Paulo, Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, maio de 1977).
 70. PRIOR, M. & BENCE, R. A note on the validity of the Rimland Diagnostic Checklist. J.Clin.Psychol., 13:510-3, 1975.
 71. RAMOS, U.S. Morbidade psiquiátrica; linhas gerais para sua determinação. São Paulo, Universidade, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, Programa de Saúde Mental, 1975. mimeogr.
 72. REID, D.D. Los métodos epidemiológicos en el estudio de los trastornos mentales. Genebra, OMS, 1964. (Cuadernos de Salud Pública).
 73. RICHMAN, A.; SLADE, H.C. & GORDON, G. Symptom questionnaire validity in assessing the need for psychiatrist care. Brit.J. Psychiatr., 112:549-55. 1966.
 74. RICHMAN, N. The prevalence of psychiatric disturbance in a hospital school for epileptics. London, University of London, 1964. (Apud RUTTER, 1967).
 75. _____. The effects of housing on pre-school children and their mothers. Develop.Med.Child Neurol., 16:53-8, 1974.
 76. ROBINS, L.N. Follow-up studies investigation childhood disorders. In: HARE, E. & WING, J., ed. Psychiatric epidemiology. London, Oxford University, 1970. p.29-69.
 77. _____. Evaluation of psychiatric services for children in the United States. In: Wing, J.; & HAFNER, H., ed. Roots of evaluation. London, Oxford University, 1973, p.101-30.
 78. ROSEN, G. Locura y sociedad. Madrid, Alianza Ed., 1974, 387 p.
 79. ROSS, A.D.; LACEY, H.M. & PARTON, D.A. The development of a behavior checklist for boys. Child Develop., 36:1013-27, 1965. (Apud RUTTER, 1967).
 80. RUIZ, F.; MONTECINOS, G.; JARAMILLO, M.; ROMO, V.; SAAVEDRA, P.; VIL LARDEL, L.; GUAJARDO, J.; HERRERA, M. & PALACIOS, H. Prevalencia de desórdenes mentales en Chiloé. Acta Psiquic.Psic.Amer.Lat., 13:59-67, 1967.

81. RUTTER, M. A children's behaviour questionnaire for completion by teachers; preliminary findings. J. Child Psychol. Psychiatr., 8:1-11, 1967.
82. _____ & GRAHAM, P. Psychiatric disorder in 10 and 11 years-old children. Proc. Royal Soc. Med., 59: 382-7, 1966.
83. _____. The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child, I. Interview with the child. Brit. Psychiatr., 114:563-79, 1968.
84. _____; LEOVICI, S.; EISENBERG, L.; SNEZNEVSKIJ, A.; SADOUN, R.; BROOKE, E. & LIN, T. A tri-axial classification of mental disorders in childhood. An international study. J. Child Psychol. Psychiatr., 10:41-61, 1969.
85. _____; YULE, W.; BERGER, M.; YULE, B.; MORTON, J. & BAGLEY, C. Children of West Indian immigrants, I. Rates of behavioural deviance and of psychiatric disorder. J. Child Psychol. Psychiatr., 15:241-62, 1974.
86. _____; COX, A., TUPLING, C.; BERGER, M & YULE, W. Attainment and adjustment in two geographical areas, I. The prevalence of psychiatric disorders. Brit. J. Psychiatr., 126:493-509, 1975.
87. RYLE, A.; POND, D.A. & HAMILTON, M. The prevalence and pattern of psychological disturbance in children of primary age. J. Child Psychol. Psychiatr., 6:101-13, 1965.
88. SANTANA, V. Morbidade psiquiátrica em um bairro de Salvador; A maralina. Salvador, 1977. (Dissertação para obter o grau de Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia. Em conclusão).
89. SCHEFF, T. Being mentally ill; a sociological theory. Chicago, Aldine, 1974. 209 p.
90. SCOTT, W.A. Research definitions of mental health and mental illness. Psychol. Bull., 55(1) 1958.
91. SEILER, L. & SUMMERS, G. Toward an interpretation of items used in field studies of mental illness. Soc. Sci. Med., 8:459-69, 1974.
92. SELTZ, C.; JAHODA, M.; DEUTSCH, M. & COOK, S. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo, Herder, 1972. 687 p.
93. SHEPHERD, M. The prevalence and distribution of psychiatric illness in general practice. J. Royal Coll. Pract., 23 (supl.2), 1973.
94. _____ & COOPER, B. Epidemiology and mental disorder; a review. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr., 22:88-114, 1964.
95. _____; BROWN, A. & KALTON, G.W. Minor mental illness in London; some aspects of a general practice survey. Brit. Med. J., 2:1-12, 1964.
96. SNEDECOR, G. & COCHRAN, W.G. Statistical methods. 6 ed. Ames, -

Iowa State University, 1972. 593 p.

97. SPITZER,R.L.; FLEISS,J.L.; BURDOCK, E. & HARDESTY, A. The men-
tal status schedule; rationale, reliability and validity.
Comprehen.Psychiatr., 5:384-95, 1964.
98. _____; COHEN,J.; FLEISS,J. & ENDICOTT, J. Quantification of
agreement in psychiatric diagnosis. Arch.Gen.Psychiatr.,
17:83-7, 1967.
99. SROLE,L.; LANGNER,T.; MICHAEL,S.; OPLER,M.K. & RENNIE,T. Men-
tal health in the metropolis; the Midtown Manhattan study.
New York, 1962.
100. STOLLER,A. Methodological problems in mental illness epidemio-
logy. Int.J.Epidemiol. 3:119-24, 1974.
101. SZASZ,T. Ideology and insanity. London, Calder Boyers, 1973.
264p..
102. _____. A fabricação da loucura. Rio de Janeiro, Zahar,1976.
408 p..
103. TARNOPOLSKY, A.; LUBCHANSKY,I. & MIRENSKY,A. Enfermedad men-
tal e incapacitación social. B.Ofic.Sanit.Panamer.,74:187
-98, 1973.
104. TEMERLIN,M.K. Suggestion effects in psychiatric diagnosis.
J.Nerv.Ment.Dis., 147:349-53, 1968.
105. TIZARD,J. Epidemiology of mental retardation. In: CRAVIOTO,
J. ed. Early malnutrition and mental development. Uppsala,
Almqvist & Wiksel, 1974. p.27-38.
106. WICKMAN,E.K. Children's behaviour and teacher's attitudes.
New York, Commonwealth Fund, 1928. (Apud RUTTER, 1967).
107. WING,J.K. As variações internacionais do diagnóstico em psi-
quiatria. Triângulo, 12:31-6, 1974.
108. _____; BIRLEY,J.; COOPER,J.E. & ISAACS,A. Reliability of a pro-
cedure for measuring and classifying "Present Psychiatric
State". Brit.J.Psychiatr.,113:499, 1967.
109. WOLFF,S. Behavioural characteristics of primary school children
referred to a Psychiatric Department. Brit.J.Psychiatr.,
113:885-93, 1967.
110. WOLKIND, S.N. Sex differences in the aetiology of antisocial
disorders in children in long term residential care. Brit.
J.Psychiatr., 125:125-30, 1974.
111. ZUSMAN,J. Community psychiatry secondary prevention. In:
FREEDMAN,A. et alii, ed. Comprehensive textbook of psychia-
try. 2.ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1975. p.2332-9.

A N E X O S

- 1 - Modelo do QMPI empregado no pré-teste.
- 2 - MCE - 3, modelo do QMPI empregado no teste de campo.

