

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**Saúde Mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção**

Maria Fernanda Barboza Cid

**São Carlos**

**2011**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL

**Saúde Mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção**

Maria Fernanda Barboza Cid

**Orientadora:** Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Doutor em Educação Especial

**São Carlos**

**2011**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

C568sm

Cid, Maria Fernanda Barboza.

Saúde mental de escolares : um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção / Maria Fernanda Barboza Cid. -- São Carlos : UFSCar, 2011.

141 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2011.

1. Educação especial. 2. Estilos parentais. 3. Suporte social. I. Título.

CDD: 371.9 (20<sup>a</sup>)



Banca Examinadora da Tese de **Maria Fernanda Barboza Cid.**

Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura  
(UFSCar)

Ass. *Thelma Matsukura*

Profa. Dra. Ana Lúcia Rossito Aiello  
(UFSCar)

Ass. *Ana Lúcia Rossito Aiello*

Profa. Dra. Fabiana Cia  
(UFSCar)

Ass. *Fabiana Cia*

Profa. Dra. Edna Maria Marturano  
(USP)

Ass. *Edna Maria Marturano*

Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho  
(USP)

Ass. *Ana Maria Pimenta Carvalho*

**Para a Thelma...**

por me apresentar a saúde mental infantojuvenil e a pesquisa de uma forma tão afetiva e apaixonante...  
por tanto acreditar em mim  
por todo o suporte que me ofereceu e oferece...  
em homenagem aos 10 anos que trabalhamos juntas... para o bem que acreditamos.

**Para o Germano...**

com todo o meu amor...  
por ser sempre tão presente... todas as horas, de todos os jeitos e em todos os aspectos...

**Para os meus filhos Pedro e Júlia e sobrinho Gustavo...**

por serem meus atuais representantes da infância, minha paixão, motivação deste trabalho!  
por quem eu me esforço para ser cada dia melhor e melhor...  
por darem cor e emoção ao meu viver...

## Agradecimentos

À **Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura** por me orientar com tanto carinho, sinceridade e dedicação e por fazer parte da minha história de um jeito tão intenso e especial...

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - **CNPq**, pela concessão de bolsa de estudo.

Às **Profas. Dras. Lucia Cavalcanti de Albuquerque Williams, Fabiana Cia, Edna Maria Marturano e Ana Maria Pimenta de Carvalho**, que participaram da Banca do meu Exame de Qualificação e que contribuíram de maneira muito importante e especial para a melhoria deste estudo.

À **Secretaria Municipal de Educação e Cultura** da cidade de São Carlos e às **escolas** que aceitaram participar, por acreditarem na importância do estudo e autorizarem sua realização, viabilizando-o. Agradeço a receptividade, acolhida e disponibilidade que dispensaram a mim e à equipe de coleta de dados. Obrigada

Aos docentes e técnicos administrativos do **Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar**, centro da minha formação e onde, hoje, eu trabalho. Agradeço pelo crescimento profissional e pessoal que me proporcionou e proporciona... agradeço, também, toda compreensão e incentivo constantes que me ofereceram durante a execução deste trabalho. Um obrigada especial aos alunos que passaram e estão passando pela minha vida, tornando-a muito mais feliz... Muito obrigada!

Aos docentes, técnicos administrativos e colegas do **Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar (PPGEES)**, onde tive a oportunidade de realizar o mestrado e, agora, o doutorado. Muito obrigada pela formação em pesquisa a partir de um campo tão humano e especial...

Às minhas queridas alunas e ex-alunas (atuais colegas) que integraram a equipe de coleta de dados deste estudo: **Martha, Beatriz Ramalho, Amanda, Gabrielle, Ana Virgínia, Carol Toniolo, Vani, Juliana Circelli, Giovanna Bardi e Beatriz Prado**. Um agradecimento especial à Martha, Amanda e Bia Ramalho, pelo suporte e amizade que me ofereceram do início ao fim da coleta... Meninas, vocês todas são especiais e inesquecíveis!

Aos meus amigos e companheiros de estudo e trabalho: **Carol Squassoni, Cris Alves, Karina, Fer Rosa, Martha, Jú Archiza, Andressa, Alyne, Gerusa, Glá, Bel, Daniel...** pelo apoio e pelas trocas e incentivos constantes, que me impulsionam sempre!

Às minhas queridas amigas que também estão vivendo e compartilhando comigo a experiência da maternidade em meio a tantos outros papéis... **Monika, Glá, Bel, Marilu, Helen, Ariesa, Karina**, talvez vocês não tenham noção do quanto nossas conversas me fazem bem e o quanto fizeram a diferença nas reflexões deste trabalho!! Um agradecimento especial à Zefa... uma mãe muito especial e batalhadora... que divide sua atenção entre sua família e a minha, entre seu filho

e a minha filha... em quem eu posso confiar muito e, por isso, permite que eu consiga trabalhar para o que eu gosto e acredito com a certeza de que ela está do meu lado!

Aos meus primos-anjos **Vitor e Marina**, que vi crescer... e que foram fundamentais no processo deste trabalho... me ajudando no tratamento dos dados e, principalmente, tornando as minhas ausências de casa muito mais leves e felizes para os meus filhos... vocês encheram a nossa casa de alegria e afeto... obrigada, do fundo do meu coração!!!

Aos meus **pais**, Angélica e Nivaldo, **irmãos** Cecília e Marcelo e **avós** Eloy e Teresinha que sempre estão comigo, independente de qualquer coisa... que sempre respeitaram e acreditaram nos meus objetivos e vibraram com cada conquista minha, incentivando-me na realização dos meus sonhos! Vocês fazem parte de mim e de tudo o que eu faço... Muito obrigada por tudo.

A **toda minha família** - vó Iselda, Gu (meu sobrinho querido), tios, tias, Dete (cujos papéis que desempenha na minha vida são muitos e se confundem), Tera (meu modelo de mulher, profissional...sempre tão presente); meus primos-irmãos (todos, sem exceção... riquezas que eu guardo no meu coração) - que me oferecem o chão, o colo e tudo o que eu preciso...

Ao **Germano**, meu amor... companheiro de todas as horas... Agradeço por toda dedicação, paciência, compreensão, respeito, carinho e amor que você dedicou a mim durante todos os dias do planejamento, realização e conclusão deste trabalho. Sem dúvida eu tirei a sorte grande por ter você ao meu lado!

Ao **Pedro** e à **Júlia**, razões do meu viver, por quem eu tenho amor infinito, incondicional... Agradeço por me realizarem, por me tornarem mais corajosa, mais produtiva, por iluminarem tanto a minha vida... Por, mesmo tão pequenos, demonstrarem, pela troca de gestos e olhares, tanto amor, verdade, afeto e cumplicidade...

Aos **participantes do presente estudo**, por compartilharem parte das vivências familiares, afetivas e sociais suas e de suas crianças; por acreditarem, de alguma forma, que isso seria positivo e pelo ensinamento que cada um, de maneira única e especial, proporcionou a mim e à equipe do estudo.

## RESUMO

A literatura aponta que a identificação de problemas relativos à saúde mental infantil e dos processos que envolvem sua ocorrência é importante pois possibilita uma maior compreensão da realidade dessa população no que se refere a essa condição especial, bem como dá elementos para reflexões, planejamento e implementação de políticas públicas em saúde, educação e assistência social que visem a promoção da saúde mental infantil e que possam atender à demanda apresentada de forma mais efetiva. Além disso, estudos têm indicado que os fatores de risco presentes no ambiente em que a criança vive, tais como situação socioeconômica da família, estrutura familiar, saúde mental dos pais, estilos parentais, dentre outros, são os mais influentes no desenvolvimento de problemas relativos à saúde mental infantil. Nessa direção, o presente estudo objetivou estimar a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental e os fatores de risco e proteção representados pelas variáveis – suporte social do responsável, práticas e estilos parentais, saúde mental do responsável e variáveis relativas à estrutura e contexto familiar a eles associados. Foram participantes 321 responsáveis por crianças estudantes do primeiro ao quinto ano de cinco escolas do primeiro ciclo do ensino fundamental da rede municipal da cidade de São Carlos. Os instrumentos de medida utilizados foram: Questionário de Atividades Cotidianas (QAC); Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB); Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ); Questionário de Suporte Social (SSQ); Inventário de Estilos Parentais (IEP) e Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Os dados foram analisados a partir das planilhas de cálculo de cada instrumento e de estudos estatísticos descritivos, comparativos e correlacionais. Os resultados encontrados indicaram uma taxa de prevalência de problemas de saúde mental infantil de 43% e 63% dos responsáveis possuem pelo menos um transtorno mental avaliado pelo MINI. Em relação aos potenciais fatores de risco identificados no presente estudo, observou-se que a saúde mental infantil esteve significativamente relacionada às variáveis: práticas e estilos de risco, responsável apresentando pelo menos um transtorno mental e existência de brigas na família. Em relação aos fatores de proteção, a variável “existência, na família, de responsabilidades e regras que todos os membros conhecem e cumprem” se relacionou ao comportamento pró-social do SDQ na amostra geral. Além disso, nos grupos de famílias que vivenciam dois ou três dos fatores de risco identificados neste estudo, a satisfação do responsável com o suporte social percebido por ele foi identificado como um potencial fator de proteção para a saúde mental das crianças. Os resultados foram discutidos à luz da teoria dos fatores e mecanismos de risco e proteção à saúde mental infantil. Aponta-se que os achados desta investigação contribuem para a maior compreensão da situação da saúde mental de crianças em idade escolar, bem como sinalizam fatores de risco e proteção, indicando importantes questões a serem consideradas pelas políticas públicas de saúde, educação, assistência social e outras que possam lidar de forma mais efetiva com essa realidade.

**Palavras-chave:** saúde mental infantil; fatores de risco; mecanismo de risco; fatores de proteção; prevalência.



## ABSTRACT

The literature points that the identification of problems related to infant mental health and the processes involved in its occurrence is important because it enables a better understanding of this population's reality regarding this special condition, as well as it supplies elements for reflections, planning and implementing public health policies, education, and social assistance which aim infant mental health promotion and can supply the presented demand in a more effective way. Additionally, studies have indicated that the risk factors present in the environment in which the child lives at, as well as the family's social-economical situation, family's structure, parents' mental health, parenting styles, among others, are the most influential in the development of problems related to infant mental health. In this direction, the present study has as objective to assess the prevalence of mental health problems in students of the first cycle of the primary education, and the risk and protection factors represented by the variables – social support of the responsible person, parenting practices and styles, mental health of the responsible person, and variables related to the family's structure and the context associated to them. There have been 321 participants who were responsible for children studying from the first to the fifth grade of elementary schools of the municipal network of the city of São Carlos. The measuring instruments were: Activities of Daily Living Questionnaire (ADLQ); Brazil Economic Classification criteria (CCEB); Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ); Social Support Questionnaire (SSQ); Parenting Styles Inventory (PSI) and Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The collected data was analyzed from the spreadsheets of each instrument and the descriptive, comparative and correlational statistical studies. The results found indicated a rate of infant mental health prevalence of 43%, and that 63% of the responsible people have at least one mental disorder assessed by the MINI. Regarding the potential risk factors identified in the present study, it has been observed that infant mental health has been significantly related to the variables: risk practices and styles, responsible person presenting at least one mental disorder, and the existence of fights within the family. Regarding the protection factors, the variable “existence, in the family, of responsibilities and rules that all members acknowledge and comply” has been associated to the pro-social behavior of the SDQ in the general sample. Besides that, in the family groups that experience two or three risk factors identified in this study, the satisfaction of the responsible person with the perceived social service has been identified as a potential factor of protection for the children's mental health. The results were discussed under the light of the factors theory and mechanisms of risk and protection of infant mental health. It is pointed out that the findings of this investigation contribute for a better understanding of the mental health situation of school-age children, as well as it signals factors of risk and protection, indicating important matters to be considered by the public policies of health, education, social assistance, and other ones which can deal in a more effective way with this reality.

**Key words:** infant mental health; risk factors; risk mechanisms; protection factors; prevalence.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos responsáveis pelas crianças.....	44
Tabela 2 - Amostra prevista e atingida no processo de coleta de dados .....	58
Tabela 3 - Caracterização das crianças envolvidas no estudo .....	61
Tabela 4 - Caracterização dos responsáveis pelas crianças II.....	62
Tabela 5 - Prevalência de Problemas de Saúde Mental Infantil identificados pelo SDQ .....	64
Tabela 6 - Prevalência de Problemas de Saúde Mental em todos os responsáveis e nas mães.....	66
Tabela 7 - Comorbidades de transtornos mentais apresentados pelos responsáveis .....	67
Tabela 8 - Resultados descritivos no Inventário de Estilos Parentais .....	68
Tabela 9 - Estilos Parentais adotados pelos responsáveis .....	69
Tabela 10 - Resultados descritivos do Questionário de Suporte Social .....	69
Tabela 11 - Atividades de lazer da criança e da família.....	70
Tabela 12 - Práticas de cuidado dos responsáveis com as crianças.....	71
Tabela 13 - Religião, Rotina e Existência de Regras e Responsabilidades na Família.....	72
Tabela 14 - Ocorrência de “brigas” no ambiente familiar.....	73
Tabela 15 - Comparações das médias do SDQ quando o responsável apresenta ou não pelo menos um transtorno mental .....	76
Tabela 16 - Correlação entre SDQ e Comorbidades do MINI .....	77
Tabela 17 - Correlação entre SDQ e IEP.....	78
Tabela 18 - Comparações das médias do SDQ quando os pais vivem e não vivem juntos .....	81
Tabela 19 - Comparações das médias do SDQ quando, na família, há regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem e quando não há.....	82
Tabela 20 - Comparações das médias do SDQ quando há brigas na família e quando não há.....	82
Tabela 21 - Correlação entre SDQ e desempenho da criança na escola.....	83
Tabela 22 - Comparações entre as médias do SDQ quando a criança já repetiu de ano e quando nunca repetiu de ano .....	84
Tabela 23 - Comparações entre as médias do SDQ quando o responsável conversa com a criança sobre assuntos do interesse dela e quando relata não ter essa prática .....	85
Tabela 24 - Resumo das diferenças e correlações significativas existentes entre os escores do SDQ e as variáveis do IEP, SSQ e do Questionário.....	86
Tabela 25 - Comparações entre as médias do IEP quando os responsáveis apresentam pelo menos um transtorno mental e quando não apresentam .....	87
Tabela 26 - Comparações das médias do SSQ quando os responsáveis apresentam pelo menos um transtorno mental e quando não apresentam.....	88

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Saúde Mental Infantil: aspectos conceituais e epidemiológicos .....	11
1.2 Fatores de Risco e Proteção à Saúde Mental Infantil .....	23
1.2.1 Práticas e Estilos parentais .....	31
1.2.2 A influência da saúde mental materna nos estilos parentais e na saúde mental dos filhos .....	37
1.3 Objetivos.....	42
1.4 Hipóteses .....	43
CAPÍTULO 2: MÉTODO .....	44
2.1 Participantes .....	44
2.2 Instrumentos de Medida .....	45
2.3 Procedimentos .....	51
CAPÍTULO 3: RESULTADOS .....	60
3.1 Caracterização das crianças e dos responsáveis .....	60
3.2 Prevalência de problemas de saúde mental nas crianças e nos responsáveis .....	63
3.3 As práticas e estilos parentais, o suporte social recebido e percebido pelos responsáveis e variáveis do contexto familiar .....	68
3.4 Resultados das análises de correlação e comparação entre as variáveis: saúde mental infantil, saúde mental materna, práticas parentais, suporte social e variáveis do contexto familiar .....	75
3.5. Identificação dos Fatores de Proteção à saúde mental infantil no contexto familiar .....	90
CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO .....	94
4.1 Prevalência de problemas de saúde mental das crianças e de seus responsáveis .....	94
4.2 Saúde mental das crianças e variáveis de risco e proteção.....	101
4.3. Considerações Finais .....	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	115
APÊNDICES .....	124
ANEXOS .....	140

## **APRESENTAÇÃO**

A presente pesquisa aborda a temática da saúde mental infantil a partir do estudo da prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental de escolas públicas municipais da cidade de São Carlos, bem como da identificação de potenciais fatores de risco e proteção do contexto familiar a eles relacionados.

Nessa direção, buscando contextualizar esse campo de investigação, bem como apresentar os principais conceitos envolvidos e fundamentar a justificativa do presente estudo, organizou-se o primeiro capítulo da seguinte forma: na primeira seção serão abordados os aspectos conceituais e epidemiológicos referentes à saúde mental infantil e na segunda seção, os conceitos de risco e proteção ao desenvolvimento, bem como os caminhos trilhados por estudos anteriores que já se propuseram a investigar variáveis ambientais envolvidas na problemática em questão.

No segundo capítulo serão apresentados os métodos utilizados pelo estudo, a partir de uma descrição cuidadosa do caminho traçado pela pesquisadora na busca de responder aos objetivos propostos.

Os resultados obtidos serão apresentados no terceiro capítulo, que será dividido em cinco seções, visando tornar a leitura mais didática e compreensível. Primeiramente serão apresentados os resultados descritivos, em seguida, as taxas de prevalência de problemas de saúde mental infantil encontradas, bem como as taxas relativas aos transtornos mentais dos responsáveis; posteriormente, apresenta-se uma seção com as análises estatísticas que avaliaram relações entre as variáveis estudadas, buscando a identificação de potenciais fatores de risco e proteção e, por fim, uma seção que trata do estudo dos fatores de proteção encontrados no presente estudo.

No quarto capítulo, a discussão dos achados será apresentada, bem como as considerações finais relativas ao processo de realização da presente investigação.

## CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

### 1.1 Saúde Mental Infantil: aspectos conceituais e epidemiológicos

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001a, p. 3), o conceito de saúde mental abrange, dentre outros aspectos: “(...) o bem estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa”. Ainda de acordo com esse documento, a Saúde Mental é determinante do bem estar geral dos indivíduos, não podendo ser compreendida unicamente como a ausência de transtornos mentais. Além disso, as diferenças sócio-culturais e as diferenças de classes e gêneros devem ser consideradas quando se busca uma definição universal para a Saúde Mental.

Nessa direção, a OMS (2001b) propôs uma definição buscando universalizar o termo, mas permitindo sua interpretação nas diferentes culturas. Nessa perspectiva, saúde mental é: “(...) um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas capacidades, pode lidar com o stress normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de contribuir positivamente para sua comunidade” (OMS, 2001b, p. 1).

No que se refere à saúde mental infantil, que pode ser compreendida como um elenco de habilidades adaptativas que envolvem aspectos emocionais, comportamentais e sociais, autores têm apontado que aspectos presentes no ambiente em que a criança vive são os mais envolvidos na determinação da saúde mental infantil (AMSTALDEN et al., 2010; CID, MATSUKURA, 2010; SANTOS; MARTURANO; 1999; SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

Sobre os transtornos mentais da infância e adolescência, a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID- 10) identifica dois grandes grupos: os **transtornos do desenvolvimento psicológico**, que se caracterizam por problemas no desenvolvimento de funções como fala e linguagem (dislexia, por exemplo) ou por transtornos globais do desenvolvimento, como o autismo e os **transtornos de comportamento ou emocionais**, que incluem os problemas externalizantes, caracterizados pelos transtornos de conduta, transtornos hiper-cinéticos, comportamentos antissociais e os problemas internalizantes, que se referem à depressão, ansiedade, retraimento social e queixas somáticas (AMSTALDEN et al., 2010; ASSIS et al., 2009; PAULA et al, 2010).

Sá e colaboradores (2010) apontam que, a partir do ano 2000, estudos epidemiológicos na área de saúde mental da infância e adolescência começaram a ser realizados em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil e outros países da América Latina. Tais estudos têm encontrado taxas de prevalência semelhantes às de países desenvolvidos, cujas estimativas atuais sinalizam que uma entre quatro ou cinco crianças no mundo sofre algum transtorno mental.

A identificação de problemas relativos à saúde mental infantil e dos processos que envolvem sua ocorrência é fundamental para os campos da saúde e educação, na medida em que permitem o desenvolvimento de políticas de intervenção direcionadas à prevenção e/ou promoção da saúde mental de crianças (OMS, 2001b; SÁ et al., 2010).

Pesquisas internacionais baseadas em estudos longitudinais indicam que existe uma continuidade entre problemas de saúde mental na infância, na adolescência e vida adulta, sendo que a maioria das pessoas diagnosticadas tardiamente já apresentavam sintomas precoces, o que justifica a importância dos estudos epidemiológicos voltados para a identificação de problemas relativos à saúde mental infantil, considerando que os mesmos causam um estresse duradouro na vida dos indivíduos e demais atores envolvidos - família, escola, comunidade (DUARTE et al, 2003, OMS, 2001; RUTTER et al., 2006).

Ainda sobre os prejuízos no desenvolvimento, no que se refere ao campo da educação, estudos têm demonstrado que crianças e adolescentes com dificuldades socioemocionais apresentam maiores riscos para desenvolver dificuldades acadêmicas. Aponta-se que o desempenho acadêmico está intimamente ligado à situação emocional das crianças (BASTOS; ALMEIDA-FILHO,1988; D´AVILA-BACARJI et al., 2005). Jacob e Loureiro (2004) consideram que no processo do aprender, as condições relativas ao indivíduo, referentes ao seu potencial intelectual e à condição de sua saúde mental são tão importantes quanto as questões ligadas ao ambiente.

D´Abreu e Marturano (2010) fizeram uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais que investigaram associações entre problemas de comportamento externalizantes e baixo desempenho escolar no ensino fundamental, no período de 1990 a 2006. Encontraram dezoito publicações que foram classificadas em quatro categorias, a saber: 1. estudos com amostras clínicas; 2. estudos comparativos; 3. estudos que buscam testar modelos de trajetória de

desenvolvimento e 4. estudos sobre precursores da associação entre problemas de comportamento e baixo desempenho escolar.

As autoras apontam que a análise dos estudos evidencia que a coocorrência de baixo desempenho escolar e problemas externalizantes indica a influência de variáveis antecedentes, tais como condições adversas na família e condições socioeconômicas desfavoráveis. Além disso, tal associação, segundo a análise feita pelas autoras, pode ocasionar desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, comportamento antissocial e continuação dos problemas acadêmicos nos anos seguintes (D'ABREU; MARTURANO, 2010).

No Brasil, existem alguns estudos que buscaram investigar aspectos relacionados à saúde mental infantil, tanto no que se refere às questões epidemiológicas, quanto em relação aos fatores que podem ou não estar relacionados à presença e/ou ausência de problemas emocionais em crianças, tais como os fatores de risco e proteção presentes nas esferas individual, familiar e extrafamiliar (CID; MATSUKURA, 2010; FLEITLICH; GOODMAN, 2000; FERRIOLI et al., 2007).

No que tange à epidemiologia na área da saúde mental infantil, Fleitlich e Goodman (2000) apontam que ela investiga as taxas de transtornos mentais na infância em amostras representativas da população geral e também os fatores associados à manifestação desses transtornos. Os autores alertam para a importância do desenvolvimento de estudos dessa natureza, na medida em que eles apresentam resultados importantes para o direcionamento de políticas públicas voltadas à saúde mental infantil, de forma que conhecer a prevalência de transtornos mentais na população infantil auxilia no planejamento e na implementação dos serviços de saúde oferecidos à comunidade.

Além disso, de acordo com Faleiros (2006), existem fases específicas para o desenvolvimento de um ciclo de pesquisas voltadas à prevenção e à intervenção de problemas relacionados aos aspectos socioemocionais. Primeiramente, deve-se identificar o problema e estimar sua prevalência e, em um segundo momento, determinar sua relação com os fatores de risco e proteção que o envolvem.

Em relação aos estudos epidemiológicos que investigam problemas de saúde mental em crianças e adolescentes no mundo, existe uma grande variação nas taxas de prevalência encontradas (de aproximadamente de 10% a 50%), no entanto, os dados permitem

estimar que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo sofre de algum transtorno mental (ASSIS et al., 2009; PATEL et al., 2007).

Em 1998, Roberts, Attiksson e Rosenblatt desenvolveram um estudo com o objetivo de atualizar e ampliar as informações dadas em análises, recentes na época, a respeito da epidemiologia dos transtornos mentais infantis, fornecer uma crítica mais sistemática das pesquisas anteriores e, frente a isso, sinalizar possíveis estratégias para futuras pesquisas epidemiológicas na área da saúde mental infantil. Nessa direção, realizaram uma pesquisa bibliográfica e encontraram cinquenta e dois estudos epidemiológicos desenvolvidos nas décadas de 1960, 1970, 1980 e 1990. Os autores encontraram muita diversidade no que se refere ao tamanho das amostras dos estudos, que variaram de 58 a 8462 participantes. As pesquisas foram realizadas em mais de vinte países, com maior frequência nos Estados Unidos e no Reino Unido. A idade dos participantes variou de um a 18 anos e o Inventário de Rutter foi o mais frequentemente utilizado para a avaliação da saúde mental infantil. As estimativas de prevalência de psicopatologia variou de 1% a 51%, sendo que em média, os estudos encontraram uma taxa de 15,8% de problemas relativos à saúde mental nas crianças. Os autores apontam que não foi possível encontrar uma evidência a partir dos estudos encontrados, por conta dos inúmeros problemas envolvidos nas pesquisas sobre os transtornos mentais em crianças e adolescentes, tais como os relativos à amostragem, instrumentos utilizados, coleta de dados e análises realizadas que muitas vezes desconsideraram as condições sócio-econômico-culturais envolvidas, bem como as especificidades de cada fase do desenvolvimento. Segundo os autores, a compreensão da epidemiologia dos problemas de saúde mental das crianças iria depender em grande parte de pesquisas futuras que deveriam superar os problemas identificados por aquela revisão realizada no final da década de 1990 (ROBERTS et al., 1998).

Tamsin Ford e colaboradores (2003), com o objetivo de estimar a prevalência de transtornos do DSM IV em uma população de crianças e adolescentes britânicos, desenvolveram um estudo de corte transversal, com 10.438 crianças que foram avaliadas a partir do Development and Well-Being Assessment (DAWBA). Os resultados encontrados mostraram que a prevalência global de transtornos do DSM-IV foi de 9,5%, ou seja, cerca de uma em cada dez crianças apresentou pelo menos um transtorno do DSM-IV, que envolve um nível de sofrimento ou prejuízo social que justificam o tratamento especializado.



Almqvist e colaboradores (1999) desenvolveram um estudo multicêntrico sobre sintomas psiquiátricos entre 6017 crianças de oito e nove anos de idade na Finlândia. Os resultados foram obtidos a partir de três questionários: a Escala de Rutter para Pais, a Escala de Rutter para Professores e o Inventário de Depressão Infantil (CDI). As taxas de prevalência encontradas foram 11,2% segundo a avaliação dos pais, 13,9% segundo a avaliação dos professores e 6,9% para o CDI. Vinte e quatro por cento dos sujeitos pontuaram acima do ponto de corte em pelo menos um dos questionários. Além dos dados epidemiológicos, os autores encontraram que o baixo status social da família e relações familiares conturbadas estão fortemente correlacionadas com taxas elevadas de sintomas emocionais nas crianças.

Com o objetivo de levantar e analisar os estudos populacionais de saúde mental infantil e do adolescente realizados na América Latina no período de 1980 a 1999 e buscando compreender como a demanda das crianças e adolescentes que apresentam problemas de saúde mental na região é atendida, Duarte e colaboradores (2003) encontraram dez estudos de seis países diferentes que empregaram algum tipo de método de amostragem aleatória e utilizaram instrumentos padronizados de avaliação. Em geral foi encontrado um padrão semelhante de prevalência e fatores de risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes nos países latino-americanos. As taxas encontradas variaram de 15% a 21%. Os autores discutem estratégias de prevenção e tratamento frente às particularidades da prestação de serviços de saúde mental para crianças e adolescentes nesses países e apontam que pesquisas futuras devem se centrar na compreensão da resiliência e na avaliação dos sistemas de saúde mental e prestação de cuidados disponíveis em diferentes países latino-americanos (DUARTE et al., 2003).

No que se refere às investigações que buscaram estimar a prevalência de transtornos emocionais na infância no Brasil, Bordin e Paula (2006) fizeram um estudo de revisão sobre as pesquisas epidemiológicas de cunho populacional desenvolvidas no país, no período de 1980 a 2006, que respondessem a critérios como: apresentar resultados baseados em amostras probabilísticas com perda inferior a 40%, indicar estimativas de prevalência para problemas de saúde mental geral e utilizar instrumentos de avaliação estruturados, desenvolvidos especificamente para avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes.

As autoras encontraram nove estudos conduzidos em sete municípios, que serão brevemente apresentados a seguir (a partir de suas publicações originais), e dentre os quais se encontra o estudo pioneiro desenvolvido por Almeida-Filho (1981) que realizou um questionário

de rastreamento para pais e o aplicou junto a 829 crianças entre cinco e 14 anos que residiam em Salvador. Os resultados indicaram que 15% da população estudada apresentava problemas relativos à saúde mental (ALMEIDA-FILHO, 1981).

Fleitlich e Goodman (2001) estimaram a prevalência de problemas de saúde mental de crianças e adolescentes na faixa etária de sete a 14 anos, residentes no município de Campos do Jordão, do Estado de São Paulo, provenientes de três áreas distintas: uma favela com casas improvisadas, sem saneamento e instaladas ilegalmente; uma comunidade urbana bem estabelecida e uma comunidade rural. Nestas três áreas, todos os estudantes de sete a 14 anos foram identificados a partir das escolas. Foram avaliados 898 estudantes, sendo 488 da favela, 346 da comunidade urbana estável e 64 da comunidade rural. No total, 15% dos estudantes apresentaram problemas de saúde mental, segundo o SDQ, sendo observada maior taxa de problemas entre crianças e adolescentes da favela (22%) que entre crianças e adolescentes das comunidades urbana (12%) e rural (12%).

Cury e Golfeto (2003) realizaram um estudo transversal em uma escola pública da cidade de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, com o objetivo de verificar a prevalência de problemas de saúde mental em 108 estudantes das quatro primeiras séries do ensino fundamental. Os pais e professores dessas crianças responderam ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) e foram encontradas taxas de prevalência de problemas de saúde mental infantil de 18,7% na avaliação dos pais e de 8,3% na avaliação de professores.

Fleitlich e Goodman (2004) conduziram um estudo no qual avaliaram a saúde mental de uma amostra probabilística de 1.251 escolares das oito séries do ensino fundamental do município de Taubaté, interior de São Paulo, no qual pais/responsáveis, adolescentes de 11 a 14 anos e professores responderam ao instrumento *Levantamento sobre o Desenvolvimento e Bem Estar de Crianças e Adolescentes* (DAWBA) que fornece diagnósticos psiquiátricos com base nos critérios do DSM-IV e CID-10 OMS, 1992. Foi encontrada uma prevalência de 12,7% de transtornos mentais nessa população.

Vitolo et al. (2005) utilizaram parte do banco de dados do estudo epidemiológico de Fleitlich, Goodman (2004) visando reunir evidências que pudessem balizar o desenvolvimento de programas preventivos e de intervenção precoce nas escolas, na área de saúde mental. Assim, avaliaram uma amostra representativa de escolares das primeiras três séries do ensino fundamental da cidade, incluindo 454 crianças de sete a 11 anos, de todas as classes sociais. O

instrumento utilizado foi o SDQ, aplicado junto a pais/responsáveis. O estudo encontrou uma prevalência de 35,2% de problemas de saúde mental, sendo 22,7% em nível clínico e 12,5% em nível limítrofe.

Em estudo de corte transversal, Goodman e colaboradores (2005) avaliaram a saúde mental de crianças e adolescentes com idade entre cinco e 14 anos, na Ilha de Maré, Bahia, a partir de uma amostra probabilística de 519 participantes, sendo 430 em idade escolar (7-14 anos). O SDQ foi aplicado a todos os pais, 95% dos professores e 94% dos adolescentes (11-14 anos). Em seguida, o instrumento diagnóstico DAWBA foi aplicado a todos os casos positivos no SDQ com idade entre 7 e 14 anos (N=42) e a 58 casos negativos no SDQ na mesma faixa etária, selecionados aleatoriamente. Todos os pais, 98% dos professores e 97% dos adolescentes responderam ao instrumento de diagnóstico psiquiátrico DAWBA.

Goodman e colaboradores (2005) verificaram, a partir do SDQ, que as taxas de prevalência para o total de problemas de saúde mental variaram de acordo com o informante. Na amostra total (cinco-14 anos), essas taxas foram de 15,1% segundo os pais, 10,3% segundo os professores e 13,1% segundo os adolescentes. Entre as crianças (cinco-10 anos), essas taxas foram de 15,9% (pais) e 12,0% (professores) para os meninos e de 15,7% (pais) e 9,9% (professores) para as meninas. Entre os adolescentes (11-14 anos), essas taxas foram de 14,0% (pais), 10,2% (professores) e 12,2% (adolescentes) para os meninos e de 14,3% (pais), 8,2% (professores) e 14,1% (adolescentes) para as meninas.

A partir deste estudo, de Goodman e colaboradores (2005), observam-se diferenças nas avaliações dos pais e professores em relação à saúde mental das crianças e nas avaliações dos pais, professores e autoavaliações dos adolescentes no que se refere à saúde mental dos adolescentes, indicando que a depender do enfoque, a questão da saúde mental é compreendida de uma maneira, o que deve ser considerado para a melhor compreensão das relações e processos e contextos envolvidos nessa questão.

Além disso, a amostra do estudo de Goodman e colaboradores (2005) abarca uma faixa etária bastante extensa do ponto de vista do desenvolvimento infantil, o que pode dificultar o entendimento das especificidades de cada fase do desenvolvimento no que se refere ao aspecto socioemocional, na medida em que a análise, a princípio, é realizada de forma geral. Tal fato também acontece em outros estudos nacionais e internacionais (FLEITLICH; GOODMAN,

2001; FLEITLICH; GOODMAN, 2004; PAULA et al., 2007; TAMSIN FORD et al., 2003), sinalizando uma lacuna a ser superada por estudos posteriores.

Benvegnú e colaboradores (2005) realizaram um estudo que envolveu 3.139 crianças e adolescentes de baixa renda com idade entre 10 e 17 anos, residentes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul. Para avaliar a saúde mental das crianças e jovens, foi aplicado o Child Behavior Checklist (CBCL) ou Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência junto aos pais ou responsáveis. Foi encontrada uma prevalência de 13,5% de casos clínicos para problemas de saúde mental.

Paula e colaboradores (2007) identificaram a prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de comunidade urbana de baixa renda do município de Embu, Estado de São Paulo, utilizando amostra probabilística de conglomerados incluindo todos os domicílios elegíveis. Foram participantes 479 crianças/adolescentes de seis a 17 anos. Os instrumentos utilizados foram: CBCL (*Child Behavior-Checklist*) e/ou Youth Self-Report (ACHENBACH 1991b, ACHENBACH 2001). Foi encontrada uma taxa de prevalência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de 24,6%. Mais uma vez se observa uma amostra que, embora seja probabilística, considera em um mesmo grupo diferentes fases do desenvolvimento infantil e do adolescente, impossibilitando uma análise mais focalizada nas particularidades de cada período e uma maior compreensão dos processos envolvidos na saúde mental desses indivíduos. Ressalta-se que esse estudo foi abordado na revisão de literatura de Bordin e Paula (2006), no entanto, sua publicação efetiva aconteceu posteriormente, bem como o estudo de Paula e colaboradores (2008), que será apresentado a seguir.

Paula e colaboradores (2008) determinaram a taxa de prevalência de problemas de saúde mental em adolescentes que frequentam a 6ª série do ensino fundamental de todas as escolas do município de Barretos, bem como analisaram os fatores de risco envolvidos na saúde mental dos participantes. O estudo foi de corte transversal e teve amostra probabilística de 327 estudantes entre 11 e 15 anos de idade. Os adolescentes responderam a versão autoaplicável do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Os autores identificaram uma taxa de prevalência de 12,5% de problemas de saúde mental nessa amostra de estudantes. No que se refere aos fatores de risco e proteção, os autores encontraram que a exposição à violência familiar e urbana esteve associada à presença de problemas de saúde mental, sendo importantes fatores de risco para o desenvolvimento emocional.

Visando atualizar a revisão de literatura a respeito dos estudos epidemiológicos nacionais relativos à saúde mental infantil, Paula e colaboradores (2010) publicaram um capítulo de livro contendo os estudos publicados entre 2007 e 2009. Nesta nova publicação, os autores apresentam mais cinco estudos, sendo três transversais (ANSELMÍ, et al., 2009; BORDIN, et al., 2009; CUCCHIARO et al., 2007) e dois longitudinais (ANSELMÍ, et al., 2008; GOODMAN et al., 2007), que serão apresentados a seguir, a partir de suas publicações originais.

Cucchiaro e colaboradores (2007) desenvolveram um estudo com escolares estudantes da quinta à oitava série do ensino fundamental da cidade de Campinas, selecionados de duas regiões urbanas com características socioeconômicas bem distintas. Assim, foram incluídos no estudo, estudantes de duas escolas da região central e de duas escolas da região periférica e mais pobre da cidade. Ao todo, participaram 765 escolares, de dez a dezesseis anos e, a taxa estimada a partir do SDQ, que foi aplicado junto aos escolares, foi de 10,1%, sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto, os adolescentes do sexo masculino estudantes das escolas da periferia apresentavam mais problemas de conduta do que aqueles estudantes da região central. De qualquer forma, os autores apontam que nesse estudo, viver na periferia não se relacionou à saúde mental.

Em um estudo conduzido em Pelotas, no Estado do Rio Grande do Sul, Anselmi e colaboradores (2009) avaliaram uma amostra de 4.452 pré-adolescentes de onze e doze anos de idade, em duas fases. Na primeira, todos os adolescentes e seus pais responderam ao SDQ e na segunda fase, todos os adolescentes avaliados com problemas de saúde mental no SDQ (122 adolescentes) e uma parte daqueles avaliados como não apresentando tais problemas (158 adolescentes) passaram por uma nova avaliação a partir do DAWBA (Development and Well-Being Assessment) e, então, combinando as respostas dos pais e dos adolescentes, os autores identificaram uma taxa de 10,8% de transtornos psiquiátricos nos pré-adolescentes.

A partir dos treze estudos brevemente descritos acima é possível observar que aqueles que utilizaram instrumentos de rastreamento de problemas de saúde mental infantil obtiveram taxas de prevalência variando de 12% a 24,6%. As três investigações que utilizaram de instrumentos de diagnóstico (DAWBA) obtiveram taxas de 7% a 12,7%.

No que se refere aos dois estudos longitudinais desenvolvidos no Brasil e incluídos na revisão de Paula e colaboradores (2010), tem-se a investigação de Anselmi e colaboradores (2008) que, além de estimarem a prevalência de problemas de a saúde mental de adolescentes

(ANSELMÍ et al., 2009) como já descrito, desenvolveram um estudo de segmento de 601 crianças, aos quatro e aos doze anos de idade, no qual objetivavam verificar o curso de problemas emocionais e comportamentais exibidos aos quatro anos. O instrumento utilizado foi o CBCL aplicado junto às mães em ambas as fases do estudo. Os resultados mostraram que, no que se refere às médias dos escores do total de problemas e de problemas internalizantes, houve um decréscimo com o passar do tempo. No entanto, as médias dos escores da escala de problemas externalizantes se mantiveram estáveis ao longo do tempo.

Foi possível observar, também, que do total de crianças que apresentavam problemas de saúde mental segundo o CBCL aos 4 anos, 31% permaneceram aos 12 anos. Os autores destacam que parece haver, com o passar do tempo, uma diminuição importante nos sintomas relativos à saúde mental em parte das crianças identificadas precocemente como tendo problemas de comportamento ou emocionais. Por outro lado, no que se refere aos problemas externalizantes, parece haver uma maior continuidade com o passar do tempo, de forma que sintomas como violação de regras, comportamento agressivo ou dificuldades no comportamento social identificados aos quatro anos foram preditores de problemas de saúde mental global aos 12 anos (ANSELMÍ et al., 2008).

O outro estudo longitudinal brasileiro foi desenvolvido por Goodman e colaboradores (2007) e avaliou fatores de risco individuais, familiares e ambientais para problemas de saúde mental infantojuvenil, onde 760 crianças e adolescentes foram avaliadas duas vezes em um período de 3 anos, a partir do SDQ. O DAWBA e questionários estruturados, incluindo quarenta fatores de risco, foram utilizados apenas na primeira fase do estudo. Os autores encontraram três fatores preditores de problemas de saúde mental nas crianças e adolescentes três anos depois: menor idade da criança, menor QI da criança e menor escolaridade da mãe. Os autores apontam que características individuais das crianças/adolescentes e fatores do ambiente onde vivem estão relacionadas à evolução dos problemas, justificando a necessidade de intervenções que abarquem uma multiplicidade de fatores (GOODMAN et al., 2007).

No que se refere aos estudos que investigaram especificamente associações entre o desenvolvimento de problemas na saúde mental infantil e os fatores de risco e proteção envolvidos nesse processo, tem-se o estudo de Ferrioli, Marturano e Puntel (2007) que objetivou identificar crianças em risco para transtornos emocionais nos usuários de um Núcleo de Atenção Primária do Programa de Atenção Primária e Saúde da Família. Participaram 100 crianças de 6 a

12 anos de idade. A autora encontrou associações entre a presença de transtornos emocionais nas crianças e a presença de situações adversas nos contextos familiar e escolar e também de dificuldades escolares.

Sá e colaboradores (2010) desenvolveram a fase piloto do Estudo Brasileiro de Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente, vinculado à pesquisa multicêntrica internacional World Studies of Abuse in the Family Environment (WorldSAFE), com o objetivo de identificar fatores associados a problemas de saúde mental em crianças e adolescentes em amostra probabilística de 67 crianças e adolescentes e suas mães residentes em dois conglomerados do município de Embú. Os instrumentos utilizados foram: CBCL, para avaliar problemas de saúde mental, o WorldSAFE Core Questionnaire (CORE), desenvolvido pelo comitê de pesquisadores de todos os países participantes do WorldSAFE para investigar dados demográficos, violência doméstica, embriaguez do pai/padrasto e o Self-Report Questionnaire (SRQ-20) para investigar problemas de saúde mental maternos e ideação suicida. Foram encontradas associações entre problemas de saúde mental infantil e as seguintes variáveis: a criança ser do gênero masculino, sofrer punição física grave, ideação suicida da mãe, violência conjugal física contra a mãe e embriaguez do pai/padrasto.

Cid e Matsukura (2010), com o objetivo de identificar os estilos parentais e os níveis de suporte social de mães com transtorno de humor e correlações com níveis de desenvolvimento emocional de seus filhos, desenvolveram um estudo exploratório comparativo. Os resultados apontaram indicativos de que as mães com transtorno de humor são menos satisfeitas com o suporte social que recebem, punem mais de forma inconsistente seus filhos que as mães do grupo controle e possuem Estilo Parental considerado de Risco. Quanto ao desenvolvimento emocional dos filhos, os resultados não mostraram diferenças significativas entre os grupos, de forma que o transtorno de humor materno parece não influenciar diretamente no desenvolvimento socioemocional dos filhos; porém, identificou-se uma associação entre estilo parental de risco e comportamentos antissociais nas crianças. Considerando que a amostra deste estudo foi pequena, os resultados apenas foram considerados como indicativos de associações entre as variáveis estudadas. Nessa direção, as autoras apontam que estudos envolvendo amostras mais amplas e representativas devem ser implementados para aprofundar a avaliação dessas associações inicialmente identificadas.

A partir do exposto acima observa-se, de maneira geral, que as taxas de prevalência encontradas nos estudos internacionais que investigaram a ocorrência de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes variam de 9,5% a 21%, sendo a média encontrada de aproximadamente 16% de crianças e adolescentes com transtornos mentais (ASSIS et al., 2009; PATEL et al., 2007). No Brasil, os resultados são semelhantes, na medida em que as taxas encontradas nos estudos variam de 7% a 25% de crianças e adolescentes com problemas relativos à saúde mental (PAULA et al., 2010).

No entanto, embora os dados referentes à epidemiologia dos problemas de saúde mental infantil encontrados pelos estudos internacionais e nacionais levem à conclusão de que eles são semelhantes e dessa forma possibilitam estimativas mundiais referentes a essa problemática, é interessante apontar algumas questões envolvidas na realização desses estudos, no sentido de sinalizar possíveis lacunas existentes que podem estar relacionadas a esses resultados, bem como podem apontar questões importantes para futuras investigações.

Nessa direção, observou-se que a grande parte dos estudos de prevalência internacionais e nacionais trata tanto da saúde mental infantil quanto do adolescente, ou seja, considera as diferentes fases da infância e da adolescência em um mesmo grupo, impedindo análises mais focadas nas especificidades de cada período do desenvolvimento. Pode-se verificar também que as taxas de prevalência, embora sejam muitas vezes identificadas a partir da avaliação de diferentes atores (crianças, pais, professores) que parecem perceber essa realidade de forma distinta entre si, resultam em diferentes escores e isso não tem sido considerado na estimativa geral apontada.

Outro aspecto se refere à diversidade de instrumentos utilizados para avaliar a saúde mental da criança, na medida em que alguns se caracterizam por rastrear demandas, sintomas e sinalizar a existência de problemas de saúde mental e outros buscam diagnosticar transtornos mentais específicos. Isso parece possibilitar diferentes análises e discussões, principalmente relativas às demandas para as políticas de intervenção a serem indicadas para a população.

Uma outra questão importante se refere à investigação dos fatores de risco e proteção envolvidos nos problemas de saúde mental infantil. Foi possível observar, em todos os estudos apresentados, o interesse pelos fatores de risco. De acordo com Paula e colaboradores (2010), alguns fatores de risco já podem ser considerados bem estabelecidos, já que foram



confirmados em três ou mais estudos epidemiológicos, a saber: crianças e jovens vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis, vítimas de violência física e filhas de mães com transtornos mentais. No entanto, os autores apontam para a necessidade de estudos que considerem os fatores de proteção, já que há falta de informação sobre esse importante aspecto relacionado à saúde mental infantojuvenil (PAULA et al., 2010, PAULA et al., 2008).

Assim, há consenso na área sobre a importância da realização de estudos epidemiológicos que considerem especificidades socioculturais e econômicas, diferentes avaliadores e especificação de fases do desenvolvimento, pois eles permitem o levantamento de dados empíricos que podem ser usados como disparadores para a reflexão, planejamento e implementação de políticas de intervenção que atendam à demanda da população de crianças e adolescentes com transtornos mentais, visando a prevenção e promoção da saúde mental, bem como o tratamento mais efetivo das condições já colocadas.

Nessa direção, visando uma maior compreensão da realidade de crianças e adolescentes que apresentam problemas relacionados à saúde mental, bem como potencializar a contribuição desses estudos para o desenvolvimento de políticas interventivas mais efetivas, as pesquisas mais recentes têm buscado investigar de forma mais veemente os fatores relacionados à manifestação ou não dos problemas de saúde mental nessa população, ou seja, os fatores de risco e proteção. Considerando que, como já apontado, o principal enfoque tem sido dado aos fatores de risco, observa-se que aqueles desenvolvidos junto ao contexto e ambiente familiar têm sido mais explorados, como por exemplo, renda familiar, escolaridade dos pais, estrutura familiar, situação conjugal dos pais, práticas parentais, presença de transtornos psiquiátricos nos pais, recursos presentes no ambiente familiar, existência de violência intrafamiliar, dentre outros (CID; MATSUKURA, 2010; FERRIOLI et al., 2007; PAULA et al., 2008; SÁ et al., 2010).

A seguir, apresenta-se a seção que trata dos Fatores de Risco e Proteção à Saúde Mental Infantil.

## **1.2 Fatores de Risco e Proteção à Saúde Mental Infantil**

Estudos indicam que o desenvolvimento infantil é influenciado por aspectos genéticos, biológicos e ambientais que, quando associados a consequências negativas para o desenvolvimento, são chamados de *fatores de risco*, que podem comprometer a saúde, o bem-estar ou o desempenho social do indivíduo (WEBSTER-STRATTON, 1997).

Hutz (2005) aponta que os fatores de risco estão relacionados a todo tipo de eventos negativos de vida e que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais.

De acordo com Halpern e Figueiras (2004), o desenvolvimento infantil é determinado por características pessoais, físicas e mentais do indivíduo e pelo ambiente social em que ele vive, de forma que ameaças diretas ao desenvolvimento podem ocorrer como consequência de problemas genéticos e biológicos adquiridos e também pela presença de adversidades ambientais. Assim, a manifestação dos fatores de risco em relação ao desenvolvimento infantil pode estar associada às questões biológicas, à continuidade direta ou indireta de adversidades ambientais e a processos cognitivos. Portanto, os resultados negativos no desenvolvimento são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais, geralmente envolvendo interações complexas entre eles.

Dentre os fatores de risco, estão certas características familiares que podem colocar as crianças em maior risco para o desenvolvimento saudável. Tais características englobam: baixa renda, baixa escolaridade dos pais, altos níveis de estresse familiar, baixos níveis de suporte social, altos níveis de discórdia marital, depressão e doença psiquiátrica dos pais (FLEITLICH; GOODMAN, 2000; GURALNICK, 1997; HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Segundo Coie e colaboradores (1993), os fatores de risco são variáveis associadas a uma alta probabilidade de desenvolver nos indivíduos a eles expostos, problemas de saúde mental em diferentes níveis de severidade. Os autores apontam que a probabilidade de adoecimento pode aumentar em função do número, da duração e da “toxicidade” dos fatores de risco.

Greenberg e colaboradores (2001) citam sete domínios individuais e ambientais que podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de psicopatologias em crianças. São eles:

- *1. Incapacidades constitucionais*, que podem ser derivadas de complicações perinatais, desequilíbrio neurológico, doenças orgânicas e doenças sensoriais;
- *2. Atraso no desenvolvimento*, caracterizados por dificuldade de aprendizagem, incompetência social, déficits de atenção, dificuldades na linguagem, etc;
- *3. Dificuldades emocionais*, tais como apatia, imaturidade, baixa autoestima e desequilíbrio emocional;

- 4. *Circunstâncias familiares*, relacionadas a baixo status socioeconômico, doença mental na família, número de pessoas na família, abuso infantil, eventos de vida estressantes, desorganização familiar, comunicação familiar pobre, conflitos familiares e vínculo parental pobre;
- 5. *Problemas interpessoais*, caracterizados por rejeição pelos pares, alienação e isolamento;
- 6. *Problemas escolares*, tais como fracasso escolar;
- 7. *Riscos ecológicos*, como desorganização da vizinhança, pobreza extrema, injustiça racial e desemprego.

Os autores também apontam que o desenvolvimento não é determinado por um simples fator de risco, mas multideterminado por relações complexas entre variáveis biológicas e ambientais, de forma que seria errôneo pensar que somente um fator de risco poderia ocasionar problemas a um determinado indivíduo.

Poletto e colaboradores (2004) consideram que a exposição a fatores de risco pode fortalecer a condição de vulnerabilidade, contribuindo para a compreensão do que ocorre ao indivíduo em situação de risco. Todos aqueles elementos que potencializam situações de risco ou impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao estresse podem remeter à vulnerabilidade, que pode ser compreendida como a predisposição individual para o desenvolvimento de doenças ou comportamentos ineficazes em situação de crise ou na presença de risco (POLETTO et al, 2004). Yunes e Szymanski (2001) apontam ainda que a vulnerabilidade pode estar relacionada tanto a fatores internos ao indivíduo, tais como predisposição genética, baixa autoestima e traços da personalidade, quanto a condições externas, como por exemplo: práticas educativas parentais ineficazes podem deixar crianças mais vulneráveis.

Desenvolvimentistas contemporâneos acreditam que as adversidades não costumam estar isoladas ou independentes, já que fazem parte do contexto social, envolvem fatores políticos, socioeconômicos, ambientais, culturais, familiares e genéticos. Dessa forma, os fatores de risco, como variáveis com alta probabilidade de causar ou relacionar-se ao desencadeamento de um evento indesejado, quando em associação interativa, constituem-se em mecanismos de risco, aumentando a probabilidade ou desencadeando um desfecho desenvolvimental negativo para o indivíduo (RUTTER, 1999).

Sobre as adversidades ambientais que podem determinar condições negativas, Rutter (2005) aponta que embora vários estudos indiquem algumas características familiares e ambientais enquanto fatores de risco determinantes para o desenvolvimento socioemocional de crianças e adolescentes, pesquisas mais recentes têm se preocupado em determinar com mais precisão quando as consequências da exposição a um determinado fator de risco ambiental são de fato produtos deste ou são resultados de uma influência inversa dos efeitos que as características do indivíduo atingido exercem sobre o ambiente ou, ainda, da influência de fatores genéticos mediando a relação ambiente-efeito indesejado.

Ainda sobre os fatores de risco ambientais, Rutter (2005) sinaliza três aspectos que devem ser considerados na determinação dessas variáveis: 1. a necessidade de se considerar a diferença entre indicador de risco (um único fator determinando um efeito negativo) e mecanismo de risco (uma associação de riscos que emergem em um efeito negativo) ; 2. a diferença entre risco proximal (aquele que acontece a partir da relação direta entre a variável de risco e o indivíduo) e risco distal (aquele que acontece a partir da relação indireta entre a variável de risco e o indivíduo), sendo que este último aumenta a probabilidade de ocorrência do risco proximal (exemplo: risco distal: pobreza; risco proximal: aspectos do relacionamento pai-filho); 3. a heterogeneidade da variável de risco a ser observada, na medida em que um mesmo fator pode operar como risco ou como proteção, a depender das características envolvidas no processo.

O autor aponta a necessidade de desenvolvimento de estudos metodologicamente rigorosos para a maior compreensão a respeito dos processos envolvidos na relação indivíduo-ambiente.

Na busca de compreender os processos envolvidos na determinação de condições negativas, Collins e colaboradores (2000) sinalizam que isso pode ser feito a partir do embasamento teórico apresentado pela Teoria Bioecológica do Desenvolvimento, de Bronfenbrenner. Apresentam-se a seguir considerações acerca dessa teoria e aponta-se o entendimento de que a mesma pode contribuir para a compreensão tanto dos processos envolvidos em condições negativas quanto positivas, ampliando a consideração apresentada por Collins e colaboradores (2000).

De acordo com essa teoria, o desenvolvimento deve ser estudado a partir da interação de quatro núcleos: o Processo, a Pessoa, o Contexto e o Tempo (KOLLER, 2004). O núcleo *processo* é definido em termos da relação do ambiente com as características da pessoa

em desenvolvimento. Os chamados *Processos Proximais* ganham destaque nesse constructo, pois são formas particulares de interação entre o organismo e o ambiente em que acontecem ao longo do tempo, sendo os principais motores do desenvolvimento. Vale apontar que a maneira pela qual os processos proximais ocorrem e os tipos de efeitos que eles geram variam de acordo com as características da pessoa em desenvolvimento, do ambiente em que ela está inserida, das mudanças e continuidades sociais ao longo do tempo e do período histórico em que a pessoa vive (KOLLER, 2004).

Sobre o *contexto*, de acordo com a teoria, refere-se à interação de quatro níveis ambientais, que estão articulados na forma de estruturas concêntricas inseridas uma na outra, formando o meio ambiente ecológico (KOLLER, 2004). São eles: *Microsistema* (contexto no qual a pessoa em desenvolvimento vivencia atividades e relações interpessoais diretamente); *Mesosistema* (conjunto de microsistemas que uma pessoa frequenta); *Exossistema* (referente a ambientes que a pessoa não frequenta como participante ativo, mas que influenciam indiretamente seu desenvolvimento) e *Macrossistema* (composto pelo conjunto de ideologias, valores e crenças, religiões e formas de governo presentes no cotidiano das pessoas e que influenciam seu desenvolvimento) (KOLLER, 2004).

Os dois outros núcleos são o *pessoa*, que envolve as características determinadas biopsicologicamente e aquelas que foram construídas a partir da interação com o ambiente e o *tempo*, através do qual podem ser examinados os efeitos que continuidades e descontinuidades que ocorrem ao longo do ciclo da vida têm no desenvolvimento (KOLLER, 2004).

Portanto, a partir do modelo bioecológico, pode-se compreender que o desenvolvimento é influenciado pelas características do ambiente e de suas relações com o processo, a pessoa e o tempo.

De qualquer forma, a literatura aponta que quando muitas situações de risco se associam, dificultam o cumprimento da agenda desenvolvimental (desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas e socioemocionais, desempenho de papéis sociais, etc.), por isso a importância em se prever fatores de risco não está tanto relacionada ao prognóstico ruim, mas principalmente em demonstrar a necessidade de ser capaz de intervir quando for preciso (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Kohn e colaboradores (2001), em revisão de literatura sobre os fatores de risco demográficos que se relacionam com a presença de transtornos emocionais e de conduta em

crianças, apontam que vários fatores advindos do ambiente familiar podem aumentar o risco de uma criança apresentar problemas emocionais, tais como a presença de conflitos entre os pais e a falta de interação entre pais e filhos. Os autores destacam, ainda, que a presença de um transtorno psiquiátrico em um dos pais interfere significativamente no desenvolvimento emocional dos filhos.

Ferrioli e colaboradoras (2007) realizaram um estudo transversal com 100 crianças e suas mães assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Ribeirão Preto, no qual avaliaram problemas emocionais na criança e variáveis do contexto familiar (nível socioeconômico, eventos de vida, estresse materno, depressão materna e recursos do ambiente familiar). As autoras encontraram associações entre o estresse materno e problemas de saúde mental na criança, tais como ansiedade e depressão.

Nota-se que a saúde mental materna tem sido apontada como importante fator na determinação do desenvolvimento socioemocional de crianças, de forma que quando a mãe apresenta problemas relativos à sua saúde emocional, torna-se um fator de risco importante para o desenvolvimento de prejuízos emocionais nos filhos (FERRIOLI et al., 2007;; KOHN et al., 2001; SAMEROFF et al., 1987).

Paralelamente aos fatores de risco a que estão submetidas as crianças, têm-se os fatores de proteção, que podem ser entendidos como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco (GREENBERG et al., 2001). Os fatores de proteção podem atuar favorecendo o desenvolvimento humano, quando este está sendo ameaçado pela exposição ao risco e podem ser identificados e ativados na situação de risco. Podem não ter efeito na ausência de um estressor, pois sua função é modificar a resposta do indivíduo em situações adversas, mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento (COIE et al., 1993; DEKOVIC, 1999; GREENBERG et al., 2001; MONDIM, 2005).

De acordo com Rutter (1987), os mecanismos de risco diferem dos processos de proteção e vulnerabilidade pelo fato de que o risco leva o indivíduo a apresentar desordens de diversos níveis, enquanto a proteção atua indiretamente com seus efeitos, apenas quando existir a interação com os fatores de risco.

Segundo este mesmo autor, são quatro os principais mecanismos que colaboram para a ocorrência de processos de proteção, a saber: 1. Redução do impacto dos riscos; 2. Redução das reações negativas em cadeia que seguem a exposição ao risco; 3. Estabelecer e

manter a autoestima e autoeficácia a partir da presença de relações afetivas seguras e do cumprimento das tarefas desenvolvimentais com sucesso; 4. Criar oportunidades que possam mudar o curso de vida da pessoa exposta a fatores de risco para resultados mais positivos em seu desenvolvimento (RUTTER, 1987).

Yunes e Szymanski (2001) colocam que o produto final do processo de proteção é a resiliência, que pode ser entendida como a habilidade de um indivíduo, grupo ou organização social de superar crises e adversidades, cujas bases são tanto intrínsecas ao indivíduo quanto ambientais. Destaca-se que a resiliência se altera de acordo com a situação.

Ainda com relação aos fatores de proteção, Coie e colaboradores (1993) classificaram-nos em dois grupos: características individuais e recursos do ambiente. Os fatores pessoais evidenciam-se pelas condições biológicas, através da saúde física e do temperamento, e se relacionam às experiências com o ambiente social através da autoestima e das relações de confiança. O poder aquisitivo ou o suporte social oferecido pela comunidade e a afetividade oportunizada pela família, pelos amigos e pelos demais membros significativos do contexto ecológico são considerados aspectos ligados aos recursos do ambiente.

O suporte social tem sido considerado como um importante fator de proteção para o desenvolvimento. Matsukura e colaboradores (2002) destacam o suporte social como um metaconstruto com três componentes conceituais distintos, a saber: recursos de rede de suporte, comportamento suportivo e as avaliações subjetivas de suporte. Sendo que, de acordo com um enfoque ecológico, os recursos das redes sociais podem ser desenvolvidos, mantidos e estimulados ou deteriorados, negligenciados e, até, destruídos, em função de variáveis como características dos indivíduos que compõem a rede, fatores ambientais ou culturais e interações entre essas variáveis (MATSUKURA et al., 2002).

De acordo com Dessen e Braz (2000, p. 222):

Os suportes sociais recebidos e percebidos pelas pessoas são fundamentais para a manutenção da saúde mental; para o enfrentamento de situações estressantes, como tornar-se pai ou cuidar de alguém doente por muito tempo; para o alívio dos estresses físico e mental; e para a promoção de efeitos benéficos nos processos fisiológicos relacionados aos sistemas cardiovascular, endócrino e imunológico.

O estudo de Hashima e Amato (1994) investigou associações entre pobreza, suporte social e comportamento parental a partir do Levantamento Nacional de Famílias e Atividades Domésticas (NSFH). Esses autores encontraram uma relação significativa entre suporte social percebido, renda familiar e comportamentos parentais punitivos. Nesse estudo, o suporte social foi negativamente associado com relatos de comportamentos punitivos dos genitores em relação aos filhos, principalmente em famílias de baixa renda. O auxílio recebido da rede também foi negativamente correlacionado com relatos dos genitores de emissão de comportamentos de não apoiar os filhos. Os autores concluem que o suporte social diminui a possibilidade de ocorrência de comportamentos negativos (punitivos e/ou não-apoiadores) em famílias de diferentes níveis socioeconômicos, sendo especialmente benéfico para genitores provenientes de classes sociais menos favorecidas.

Ceballo e McLoyd (2002) desenvolveram um estudo no qual investigaram a influência de vizinhanças perigosas – enquanto uma condição de estresse ambiental – na relação entre suporte social de mães americanas e práticas parentais. A pesquisa foi conduzida a partir de entrevistas com 282 mães americanas afrodescendentes solteiras e suas crianças. Os resultados indicaram que as condições da vizinhança atuam como moderadoras na relação entre suporte social e práticas parentais, sendo que quando as condições da vizinhança são melhores a relação negativa encontrada entre suporte social recebido e comportamentos parentais punitivos ficou mais fortalecida. As autoras concluem que o suporte social influencia de forma positiva as práticas parentais, além de atenuar os efeitos da pobreza e da vizinhança ameaçadora.

Sobre a relação entre suporte social dos pais e a saúde mental dos filhos, Armstrong e colaboradores (2005) sinalizam para a importância do desenvolvimento de estudos e intervenções que valorizem o bem estar das famílias de crianças com transtornos mentais, estimulando o fortalecimento de suas redes de suporte e a construção e manutenção de relações positivas e saudáveis.

Observa-se, assim, que os estudos internacionais apontam que o suporte social constitui-se em um importante fator de proteção, atuando tanto no bem estar de adultos/pais quanto no desenvolvimento das crianças.

Dekovic (1999) objetivou examinar a importância dos fatores de risco e dos fatores protetivos no desenvolvimento de problemas de comportamento em adolescentes e determinar quais são mais influentes nesse processo. A autora considerou os fatores de risco e



proteção em três domínios: 1. *Atributos individuais*: nos quais considerou motivação, autoestima, estratégias de coping e desempenho escolar; 2. *Atributos familiares*: relativos à severidade e monitoria parental, vínculo familiar e suporte parental e 3. *Atributos extrafamiliares*: que são relativos ao envolvimento e vínculo com pares de comportamento desviante. Participaram 508 famílias que foram investigadas a partir de diferentes medidas (medidas de problemas externalizantes e internalizantes, medidas de fatores de risco e fatores de proteção nos domínios individual, familiar e extrafamiliar). Os resultados indicaram que os atributos ambientais, tanto familiares quanto extrafamiliares estão relacionados ao desenvolvimento de problemas de conduta em crianças, principalmente no que se refere aos problemas externalizantes.

Outras investigações voltadas às práticas e estilos parentais enquanto fatores de risco e proteção para a saúde mental infantil têm sido desenvolvidas, e seus resultados têm apresentado o importante papel dessas variáveis na determinação da saúde mental dos filhos (CECCONELLO; KOLLER, 2003; DWAIRY et al., 2006; GOMIDE, 2006; SALVO et al., 2005; VITOLLO, FLEITLICH-BILYK et al., 2005; YU et al., 2010).

Para compreender melhor esse processo, apresentam-se algumas considerações sobre práticas e estilos parentais na seção a seguir.

### **1.2.1 Práticas e Estilos parentais**

Autores apontam que no dia a dia familiar os pais buscam guiar o comportamento dos filhos a fim de que os mesmos sigam princípios morais e aprendam comportamentos que garantam a independência, a autonomia e responsabilidade e, assim, possam exercer adequadamente o papel social quando jovens e adultos (COSTA et al., 2000; GOMIDE, 2003; OLIVEIRA et al., 2002).

Para isso, os pais utilizam diversas estratégias e técnicas para orientar o comportamento dos filhos no cotidiano e promover sua independência e socialização. Tais estratégias e técnicas utilizadas pelos pais na educação dos filhos são denominadas práticas educativas parentais (CECCONELLO et al., 2003; GOMIDE, 2003; OLIVEIRA et al., 2002).

O resultado do uso de um conjunto de Práticas Educativas Parentais é denominado *Estilo Parental* (GOMIDE, 2003; OLIVEIRA et al., 2002; SALVO et al., 2005), que pode ser entendido como a maneira que os pais lidam com as questões de poder, hierarquia e apoio emocional na relação com os filhos. Cecconello (2003) aponta que o Estilo Parental é o

padrão global de características da interação dos pais com os filhos em diversas situações, gerando um clima emocional.

Dishion e McMahon (1998) consideram o estilo parental como um processo complexo que abrange: responsividade, qualidade das relações pais-filho, colocação de limites, reforço positivo, solução de problemas e envolvimento parental na vida dos filhos. Esse processo varia de acordo com a idade da criança e com a dinâmica de atividades e relações que ela vivencia nos diversos ambientes que frequenta nas diferentes fases de seu desenvolvimento. Os autores colocam que os estilos parentais constituem em uma conexão dinâmica com um sistema de tarefas e interações entre pais e filhos que são mutuamente dependentes e definidas hierarquicamente. A qualidade desta relação se baseia na motivação parental, compreendida como a crença dos pais no sistema de valores, normas e objetivos familiares, no monitoramento dos pais com relação à vida dos filhos e no controle do comportamento dos filhos, que pode ocorrer através de reforços positivos, incentivo, colocação de limites, negociação, dentre outros.

Baumrind (1966) – pioneira no estudo da influência das práticas e estilos parentais no desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes propôs que a variação do nível do controle parental, aliada a outros aspectos da interação pais-filho, como comunicação e afeto, produz três estilos parentais diferentes: Estilo Autoritativo, Estilo Autoritário e Estilo Permissivo.

Costa e colaboradores (2000) apontam que o modelo de Baumrind (1966) foi reformulado por Maccoby e Martim em 1983, que propuseram duas dimensões nas práticas educativas dos pais, denominadas: exigência e responsividade. Sendo que a exigência é caracterizada por comportamentos parentais que buscam supervisão e disciplina e a responsividade se refere a comportamentos parentais de apoio, compreensão e comunicação, visando favorecer o desenvolvimento da autonomia e autoafirmação dos filhos. A combinação dessas duas dimensões resulta em 4 estilos parentais propostos por Maccoby e Martim (COSTA et al., 2000), são eles:

Estilo autoritativo: Combinação entre exigência e responsividade em altos níveis. Caracteriza-se por regras claras, monitoramento da conduta dos filhos a partir de correção e gratificação, comunicação clara e aberta, presença do afeto seguro e responsividade às necessidades dos filhos.

Estilo autoritário: Caracteriza-se pelos altos níveis de exigência e controle e baixa responsividade. A obediência é buscada a partir do respeito à autoridade e à ordem. Há o uso da punição como forma de controle, o diálogo não é valorizado e há baixa responsividade e afeto.

Estilo Indulgente: este estilo parental se relaciona a baixo controle e alta responsividade. Suas principais características são: ausência de regras e limites claros; poucas demandas de responsabilidade e maturidade; excesso de tolerância e presença de afeto e comunicação.

Estilo Negligente: os pais que se caracterizam por este estilo parental combinam baixo controle e baixa responsividade ao lidarem com seus filhos. Além disso, não há monitoramento do comportamento do filho, os pais não se envolvem com as atividades dos filhos, de forma que os pais são centrados em interesses próprios.

Estudos referentes aos estilos parentais têm apontado que o Estilo parental autoritativo é o mais fortemente relacionado ao desenvolvimento de maturidade psicossocial, competência, desempenho escolar, autoestima, baixos índices de problemas de comportamento e problemas emocionais. Os outros estilos estão mais relacionados com resultados negativos no desenvolvimento (COSTA et al., 2000; GOMIDE, 2003; TEIXEIRA et al., 2004).

Gomide (2006) relaciona as práticas educativas parentais ao desenvolvimento ou inibição do comportamento antissocial dos filhos e as classifica em dois grandes grupos:

- As Práticas Educativas Parentais Positivas, que desenvolvem comportamentos pró-sociais;
- As Práticas Educativas Parentais Negativas, que desenvolvem comportamentos antissociais.

Os comportamentos pró e antissociais desenvolvidos dependem da intensidade e frequência com que os pais utilizam determinadas estratégias. A autora selecionou oito práticas parentais para estudar os estilos parentais que tratam do resultado do uso do conjunto de práticas. Seis delas estão vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial e duas se relacionam à promoção do comportamento pró-social. A seguir, apresenta-se um breve detalhamento sobre cada prática educativa, conforme apontado por Gomide (2006).

As práticas educativas consideradas positivas são:

*Monitoria Positiva*

Conjunto de comportamentos parentais de atenção às atividades e à adaptação dos filhos. É caracterizada pela presença equilibrada da atenção, estabelecimento de regras claras, expressão segura do afeto, acompanhamento e supervisão das atividades.

#### *Comportamento Moral*

Refere-se ao desenvolvimento da empatia, do senso de justiça, da responsabilidade, do trabalho, generosidade e do conhecimento do certo e do errado, sempre seguindo o exemplo dos pais.

#### As práticas Educativas Negativas são:

##### *Abuso físico e psicológico*

O abuso físico se caracteriza pela disciplina a partir de práticas corporais negativas; é o resultado potencial da punição corporal, caracterizado pelo socar, espancar, chutar ou machucar a criança. Ressalta-se que práticas parentais violentas são consideradas um fator de risco para o desenvolvimento de problemas sociais e psicológicos (condutas antissociais e distúrbios psiquiátricos).

O abuso psicológico se caracteriza principalmente pela ameaça, chantagem de abandono e humilhação da criança. Pode ser o mais frequente dos tipos de abuso infantil, no entanto é mais sutil e difícil de mensurar. Dificulta o desenvolvimento da autonomia e das relações sociais, podendo causar baixa autoestima e depressão.

##### *Disciplina Relaxada*

Trata-se do relaxamento das regras estabelecidas. Os pais estabelecem regras, ameaçam, e quando se deparam com comportamentos de oposição dos filhos, abrem mão de seu papel educativo. Considerada um fator de risco para os problemas de conduta e delinquência.

##### *Monitoria Negativa*

Caracteriza-se pelo excesso de instruções e regras, independentemente do seu cumprimento. Torna o ambiente familiar hostil e pode ser denominada também de Supervisão Estressante.

##### *Negligência*

Ausência de atenção e afeto. Os pais negligentes se caracterizam pela não responsividade, retiram-se de situações difíceis, ignoram a maioria dos comportamentos e atividades das crianças. A negligência desencadeia sentimentos de insegurança, vulnerabilidade e dificuldade nos relacionamentos sociais.

### *Punição Inconsistente*

Pais que se utilizam dessa prática se orientam pelo seu humor no momento de punir ou reforçar e não pelo ato praticado pela criança. Esse tipo de punição interfere, sobretudo, na percepção que a criança desenvolve sobre si.

Ressalta-se que a utilização, pelos pais, de várias práticas parentais consideradas negativas, por exemplo: negligência, punição inconsistente e abuso físico, em detrimento das positivas, caracteriza um estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos antissociais pelas crianças. Ao contrário, o uso das práticas consideradas positivas – comportamento moral e monitoria positiva – em detrimento das negativas, caracteriza um estilo parental ótimo (GOMIDE, 2006).

Encontram-se na literatura nacional dois instrumentos para a avaliação de Estilos parentais, são eles:

1. Inventário de Estilos Parentais (IEP) – elaborado por Gomide (2003) a fim de identificar famílias em que haja alta probabilidade de desenvolvimento de comportamentos antissociais ou pró-sociais em pelo menos um de seus membros. Foi desenvolvido a partir de oito práticas parentais selecionadas pela autora.

2. Escalas de Responsividade e Exigência Parental (LAMBORN et al, 1991) – traduzidas e adaptadas por Costa, Teixeira e Gomes (2000): avaliam as dimensões de responsividade e exigência parental a partir de questões abordadas junto a adolescentes, caracterizando quatro estilos parentais, a saber: negligente, autoritário, autoritativo e indulgente.

No presente estudo, optou-se pela utilização do Inventário de Estilos Parentais (GOMIDE, 2003), que avalia o estilo parental adotado pelos pais a partir de oito práticas parentais, permitindo, assim, não só a identificação/avaliação do estilo parental, mas também das diferentes práticas (positivas e negativas) adotadas pelos pais de forma isolada.

As estratégias utilizadas pelos pais na educação de seus filhos e também os estilos parentais originados a partir de tais estratégias têm sido objeto de investigação de estudiosos há, aproximadamente, quarenta anos, na busca de identificar os fatores nos quais os pais se apóiam para educar seus filhos e de que maneira esse processo influencia na saúde mental das crianças e adolescentes (COSTA et al., 2000; TEIXEIRA et al., 2004).

Com o objetivo de investigar crianças com risco para o desenvolvimento de problemas de conduta, bem como a influência das variáveis: práticas parentais e uso do tempo livre no desenvolvimento de tais problemas, Yu e colaboradores (2010) avaliaram 4.936 crianças australianas de quatro e cinco anos de idade. Os resultados encontrados revelaram que 29% das crianças foram identificadas como sendo com risco para o desenvolvimento de problemas de conduta, sendo que as principais variáveis relacionadas a tal resultado foram a utilização, pelos responsáveis, de práticas parentais pouco consistentes e hostis na educação das crianças. As autoras discutem esse resultado, apontando que práticas parentais dessa natureza podem gerar estresse e medo nas crianças, interferindo na regulação do humor das mesmas e as levando a apresentarem reações imaturas e impulsivas. Assim, intervenções em saúde e educação centradas na família, especificamente nas relações pais-criança seriam as mais efetivas para prevenir o desenvolvimento de transtornos emocionais e comportamentais futuros.

Salvo e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo com o objetivo de levantar quais práticas parentais avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais de Gomide (2003) poderiam ser preditoras de problemas de comportamento identificados pelo Child Behavior Check List (CBCL). Foram participantes, trinta crianças, com idades entre onze e treze anos, da rede pública de ensino, e um de seus pais. Os resultados revelaram que as práticas parentais monitoria positiva e comportamento moral são variáveis preditoras de comportamentos pró-sociais, e sua falta somada às práticas negativas são preditoras de distúrbios do comportamento. Os autores apontam que pesquisas como essa são fundamentais para o direcionamento de intervenções preventivas no campo da saúde mental infantil, no entanto, sinalizam que mais estudos, com maior número de participantes e que busquem compreender os aspectos envolvidos na relação entre pais e filhos são importantes.

Assim, observa-se que embora estudos internacionais e nacionais já indiquem a importância das práticas e estilos parentais na determinação da saúde mental infantil, existe a necessidade de mais investigações que busquem compreender de forma mais aprofundada essa questão, buscando relacioná-la com outras características também presentes na relação pai/mãe-criança e no ambiente familiar tais como pobreza, violência intrafamiliar, presença de um transtorno mental, estresse, dentre outras. Acredita-se que tais estudos possam contribuir de forma mais efetiva com o planejamento e implementação de intervenções preventivas voltadas a famílias que vivenciam processos advindos de mecanismos de risco.

### **1.2.2 A influência da saúde mental materna nos estilos parentais e na saúde mental dos filhos**

A presente seção se propõe a apresentar alguns estudos que investigaram a influência do transtorno mental em mães, nas práticas e estilos parentais adotados por elas no cotidiano com os filhos e na saúde mental dos mesmos.

Nesta seção, optou-se por abordar os estudos que investigaram especificamente **mães** que apresentam transtornos mentais e o impacto dessa condição nas práticas e estilos parentais adotadas por elas no cotidiano com os filhos, bem como no desenvolvimento socioemocional das crianças. Tal escolha se deu por dois motivos: o primeiro consiste no fato de que a grande maioria dos estudos que investigam relações entre saúde mental dos pais e saúde mental das crianças, fazem-no ou agrupando pais e mães em uma mesma categoria (BRENNAN et al, 2002) ou investigando apenas as mães; e o segundo se refere à questão de que a maioria dos responsáveis participantes do presente estudo são as mães das crianças (84%). De qualquer forma, aponta-se para a necessidade do desenvolvimento de investigações que considerem a importância do pai no desenvolvimento dos filhos (CIA et al, 2005), bem como que busquem compreender os efeitos da presença de um transtorno psiquiátrico nos pais na saúde mental das crianças.

Sobre os transtornos mentais, Filizola e Pavarini (2003) apontam que eles promovem alterações tanto orgânicas como psíquicas e sociais. As autoras classificam os transtornos psicóticos como sendo os quadros mais graves de sofrimento psíquico, dentre os quais se encontra a esquizofrenia que é caracterizada pela presença de alucinações, delírios, perturbações do pensamento, da afetividade e da personalidade, dificuldades na adaptação e relação social e alteração no contato com a realidade. Já os transtornos afetivos são definidos como uma desordem afetiva caracterizada por severos distúrbios do humor – excitação ou depressão, e são considerados menos graves que a esquizofrenia. Por fim, os transtornos neuróticos são considerados os menos graves, caracterizados por conflitos intrapsíquicos que inibem as relações sociais.

Observa-se que os transtornos mentais que mais acometem a população adulta, principalmente as mulheres, afetando significativamente a rotina e a saúde mental dos indivíduos são os transtornos de humor (ARAÚJO et al., 2005; LIMA, 1999). Segundo a CID – 10 (OMS,

1993), os transtornos de humor são aqueles nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma extrema excitação. No geral, a alteração do humor é acompanhada de uma modificação na dinâmica de atividades e relações dos indivíduos. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e a ocorrência dos episódios individuais pode frequentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes.

De acordo com Andrade e colaboradoras (2006), os transtornos mentais são responsáveis por 12% da incapacitação causada por doenças, percentual que aumenta para 23% em países desenvolvidos, sendo que das dez principais causas de incapacitação, cinco são transtornos mentais e a depressão é a principal causa. As autoras apontam ainda que a depressão é a principal causa de incapacitação em mulheres em todo o mundo.

Nessa mesma direção, Schmidt e colaboradores (2011) publicaram um estudo que aponta as doenças crônicas não transmissíveis como sendo as principais causadoras de morte no Brasil, sendo a depressão, a esquizofrenia e o abuso de álcool as que mais contribuem nesse sentido. Os autores destacam a importância de políticas preventivas intersetoriais que favoreçam ambientes propícios a escolhas saudáveis de estilo de vida.

Alguns estudos têm investigado a influência da depressão materna nas práticas e estilos parentais e na saúde mental dos filhos. Eles apontam que a depressão ou outro transtorno mental materno influencia negativamente o estilo parental das mães e conseqüentemente traz prejuízos socioemocionais para as crianças (LEIFERMAN et al., 2005; MANNING, GREGOIRE, 2008; MENDES et al., 2008; OYSERMAN et al., 2002; OYSERMAN et al., 2000).

Leiferman e colaboradores (2005) examinaram se o estresse materno afeta as práticas parentais relacionadas à monitoria de atividades dos filhos (rotina diária e atividades estimuladoras – ler para o filho, ouvir sons, cantar com a criança, passear, etc.), em uma amostra de 1638 mães americanas, cujos filhos tinham de 0 a 3 anos de idade. O estresse materno foi identificado a partir do Mental Health Index (MHI-5) e as práticas parentais foram examinadas a partir do National Survey of Early Childhood Health (NSECH). Os autores encontraram que aproximadamente 14% das mães reportaram altos níveis de estresse mental e 25% do total de mães relataram que não se engajam em atividades estimuladoras com os filhos, além de não interagir consistentemente com a criança em sua rotina diária. Eles encontraram, ainda, uma



relação significativa entre o estresse mental materno e o não engajamento positivo dessas mães na rotina diária de seus filhos, mas não encontraram relações entre o estresse materno e o engajamento das mães em atividades estimuladoras com suas crianças.

Oyserman e colaboradores (2000) realizaram um estudo de revisão sobre a relação entre transtorno mental em mães e desenvolvimento infantil. Os autores examinaram estudos americanos, publicados no período de janeiro de 1980 a janeiro de 1999, que relacionavam as práticas parentais maternas em diferentes fases do desenvolvimento da criança e o diagnóstico de transtorno mental nas mães. Encontraram algumas pesquisas que indicaram que a presença de um transtorno mental nas mães diminui sua capacidade de estabelecer uma sincronia na interação com suas crianças. Além disso, em sua revisão, observaram que estudos apontam que as mães com transtorno mental (não importando o tipo de transtorno) se apresentam mais ansiosas, inseguras e negativas, envolvem-se pouco em situações de brincadeira e interação com suas crianças, têm dificuldades em identificar as necessidades dos filhos e são menos disponíveis e afetivas.

Oyserman e colaboradores (2002) investigaram associações entre problemas na saúde mental de mães brancas americanas – diagnosticadas com depressão, transtorno bipolar ou esquizofrenia – com os estilos parentais e o desempenho acadêmico dos filhos e encontraram que há uma associação significativa entre problemas na saúde mental materna, estilos parentais permissivos – caracterizados por prejuízos no monitoramento parental, na colocação de limites e por hostilidade verbal – e baixo desempenho escolar dos filhos.

Lesesne e colaboradores (2003) investigaram relações entre o estado de saúde mental materna e a presença de déficits de atenção e hiperatividade (TDAH) nos filhos com idade entre 4 a 17 anos a partir dos dados do NHIS (National Health Interview Survey), que consiste em uma pesquisa anual conduzida pelo Centro de Controle de Doenças e Prevenção, com uma amostra representativa da população que vive nos Estados Unidos. Assim, participaram do estudo 9529 díades mãe-criança. Um exame estatístico de regressão revelou uma associação entre a presença de depressão e ansiedade em mães e o TDAH em seus filhos. As autoras concluíram que há uma correlação significativa entre a saúde mental materna e a presença de TDAH nos filhos em idade escolar, o que indica uma forte ligação entre a presença de transtorno mental em mães e problemas de comportamento nos filhos.

Assim, estudos internacionais têm sinalizado que o transtorno mental materno pode afetar o estilo parental adotado pelas mães ao lidarem com seus filhos nas diferentes situações cotidianas e, por sua vez, o estilo parental adotado pode influenciar significativamente o desenvolvimento da criança, em suas várias esferas, seja ela emocional, social e escolar. No entanto, observa-se que a idade das crianças participantes em alguns desses estudos ou não é especificada ou os autores incluem em sua amostra uma faixa etária bastante extensa, o que pode afetar a possibilidade de análises mais precisas e focalizadas, considerando as diferentes características presentes nas fases de desenvolvimento presentes na infância e adolescência.

Alguns estudos brasileiros também focalizam a problemática do transtorno mental materno enquanto possível fator de risco para a saúde mental dos filhos (CAVAGLIERI; MATSUKURA, 2005; CID; MATSUKURA, 2010; FERRIOLI, et al., 2007; GUTT, 2005; MIAN et al, 2009; PETRESCO et al, 2009; RUZZI-PEREIRA, 2007).

Gutt (2005), em sua dissertação de mestrado, avaliou o perfil comportamental e a competência social de crianças e adolescentes filhos de mães com diagnóstico de esquizofrenia, comparando-os com crianças da mesma faixa etária e sexo filhos de mulheres sem transtorno mental grave. Para isso, utilizou, com 242 participantes, o Inventário de Comportamentos para Infância e Adolescência (Child Behavior Checklist- CBCL) e o Inventário de Comportamentos Auto-Referidos para Adolescentes (Youth Self Report- YSR). A autora encontrou que os filhos de mulheres com esquizofrenia apresentaram maior proporção de problemas de internalização e de problemas com o pensamento, quando comparados a crianças e adolescentes do grupo comparativo com mães sem transtornos mentais.

Cavaglieri e Matsukura (2005), no estudo qualitativo que objetivou avaliar o desenvolvimento de adolescentes filhos de mães com transtornos de humor, encontraram que esses adolescentes, a despeito de relatarem algumas dificuldades no que se refere à convivência com a genitora, parecem ter encontrado formas de adaptação positivas às alterações de comportamento da mãe, referentes ao transtorno mental. As autoras observaram, ainda, que a despeito de as mães possuírem um transtorno de humor, os filhos não apresentaram problemas de saúde mental. Dessa forma, apontam para a necessidade de continuidade de estudos que contribuam na compreensão sobre os aspectos que podem mediar resultados de desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivenciam essa realidade.

O estudo de Ruzzi-Pereira (2007) teve por objetivo identificar associações entre práticas parentais de mães com transtornos mentais, suporte social e condições sócio-econômicas. Participaram 41 mães com transtornos de humor e de ansiedade, bem como mães sem transtornos mentais, que constituíram um grupo de comparação. Todas as mães possuíam filhos com idade entre 12 e 18 anos. Os resultados encontrados apontaram que as mães com transtorno mental são menos satisfeitas com o suporte social recebido e menos exigentes e responsivas com relação aos filhos. A autora conclui que as ações de cuidado materno são influenciadas negativamente pela doença mental, pela pouca satisfação com o suporte social recebido e por situações financeiras precárias.

Buscando avaliar a presença de psicopatologia em crianças de 6 a 18 anos, filhos de mães com transtorno bipolar, comparando com dois grupos controles (filhos de mães com transtornos psiquiátricos leves e moderados e outro composto por filhos de mães sem histórico de transtorno mental), a partir do CBCL e do Youth Self-Report, Petresco e colaboradores (2009) encontraram que os filhos das mães com transtorno bipolar tiveram duas vezes mais chances de ter depressão e 2,8 vezes maior risco de ter transtornos de ansiedade do que os filhos de mulheres sem transtorno mental.

Mian e colaboradores (2009), considerando a depressão materna enquanto uma condição de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil, realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi comparar o perfil comportamental, as percepções e os eventos de vida de escolares filhos de mães com depressão aos daqueles que convivem com mães sem história psiquiátrica. Para isso, 40 crianças, de 7 a 12 anos, foram avaliadas por meio do Teste Raven, da Escala Infantil Piers-Harris de Autoconceito e da Entrevista de Eventos Vitais. As mães foram avaliadas pela Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV para a confirmação diagnóstica, e responderam a Escala Comportamental Infantil de Rutter. A depressão materna mostrou-se associada a problemas comportamentais das crianças, segundo o relato das mães e a percepção das crianças.

O consenso entre os autores nacionais aponta a necessidade de novos estudos que busquem ampliar a compreensão sobre as implicações do transtorno mental nos pais para a saúde mental infantil, utilizando amostras maiores, a identificação de variáveis de risco e proteção que possam atuar como mediadores nesse processo e outras fontes de informações externas à família. Além disso, indica o impacto negativo do transtorno mental materno no desenvolvimento socioemocional das crianças, sinalizando para a necessidade de intervenções em saúde e educação

que busquem promover mecanismos de proteção ao desenvolvimento infantil (CAVAGLIERI; MATSUKURA, CID; MATSUKURA, 2010; FERRIOLI, et al., 2007; 2005; GUTT, 2005; MIAN et al, 2009; PETRESCO et al, 2009; RUZZI-PEREIRA, 2007).

A partir do exposto nas seções anteriores, aponta-se para a importância da continuidade da realização de estudos epidemiológicos brasileiros que investiguem a prevalência de problemas de saúde mental em crianças, nas diferentes fases do desenvolvimento, em diferentes contextos e considerando diferentes informantes, na busca de compreender a realidade dessa população no que se refere a essa condição especial. Objetivando aprofundar reflexões, planejamento e implementação de políticas públicas em saúde, educação e assistência social que visem a promoção da saúde mental infantil e que possam atender à demanda apresentada de forma mais efetiva.

Nessa mesma direção, identificar aspectos que possam favorecer ou proteger a saúde mental de crianças também é fundamental, pois permite a criação e/ou potencialização de políticas de intervenção que considerem essa realidade de forma mais abrangente.

O presente estudo se propõe a contribuir nesse sentido, na medida em que envolve a questão epidemiológica relativa à saúde mental infantil e a investigação de fatores de risco e proteção relacionados à manifestação de problemas de saúde mental em crianças.

Acredita-se que o desenvolvimento dessa investigação no campo da Educação Especial se justifica, na medida em que focaliza o estudo do desenvolvimento humano, no que se refere aos aspectos envolvidos nesse processo, dando atenção específica ao diagnóstico de condições especiais (seja de risco ou de proteção) e contribuindo para a reflexão e planejamento de políticas e diretrizes públicas para essa problemática.

### **1.3 Objetivos**

Objetivo geral: Estimar a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental e os fatores de risco e proteção – representados pelas variáveis – suporte social do responsável, estilos parentais, saúde mental do responsável e variáveis relativas à estrutura e contexto familiar – a eles relacionados.

Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de transtornos mentais nos responsáveis pelas crianças foco do estudo;
- Comparar a saúde mental de crianças cujos responsáveis apresentam transtornos mentais com a de crianças cujos responsáveis não apresentam nenhum transtorno mental;
- Comparar as práticas e estilos parentais e o suporte social de responsáveis que apresentam transtornos mentais com o de responsáveis que não apresentam nenhum transtorno mental;
- Identificar relações entre saúde mental infantil, estilos parentais, suporte social e variáveis do contexto familiar.

#### **1.4 Hipóteses**

O presente estudo buscou investigar as seguintes hipóteses:

- A taxa de prevalência de problemas na saúde mental infantil na população de crianças de seis a dez anos estudantes da cidade de São Carlos é semelhante às taxas já encontradas em estudos nacionais prévios (10-25%);
- A presença de problemas na saúde mental infantil está relacionada à exposição da criança a fatores de risco e proteção presentes nos ambientes aos quais ela pertence.

## CAPÍTULO 2: MÉTODO

O presente estudo é de corte transversal, de caráter epidemiológico e correlacional e utilizou amostra probabilística.

### 2.1 Participantes

Foram participantes do presente estudo 321 responsáveis por crianças estudantes do primeiro ao quinto ano do ensino fundamental de cinco escolas da rede municipal de ensino da cidade de São Carlos, interior do Estado de São Paulo. Os responsáveis foram tanto participantes quanto informantes, na medida em que responderam a questões referentes a si mesmos e à criança foco do estudo.

Apresentam-se na Tabela 1 as principais características dos participantes.

**Tabela 1 - Caracterização dos responsáveis pelas crianças**

Variável	n	%
<b>Idade (anos)</b>		
18 a 25	25	8
26 a 35	155	48
36 a 45	92	29
46 a 59	40	12
Acima de 60	9	3
<b>Escolaridade</b>		
Não foi alfabetizado	15	5
Primário incompleto	66	21
Primário completo	34	11
Ginásio incompleto	67	21
Ginásio completo	36	11
Colegial incompleto	28	9
Colegial completo	67	21
Ensino superior incompleto	6	2
<b>Renda familiar declarada<sup>1</sup></b>		
Sem rendimento	16	5
Até 2 salários mínimos	206	64
De 2 a 5 salários mínimos	93	29
De 5 a 10 salários mínimos	5	2

<sup>1</sup> O salário mínimo em vigor no período de realização da coleta de dados correspondia a R\$ 465,00

Observa-se na Tabela 1 que 48% dos responsáveis possuem idade de 26 a 35 anos; em relação à escolaridade, observa-se que 5% dos responsáveis não foram alfabetizados, e 21% apresentam primário incompleto. Também 21% dos responsáveis possuem ginásio incompleto e outros 21% colegial completo. No que se refere à renda familiar declarada pelo responsável, verifica-se que a maioria (206 famílias) possui renda de até 2 salários mínimos (até R\$ 930,00).

## **2.2 Instrumentos de Medida**

### **2.2.1 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**

Para avaliar e classificar economicamente as famílias dos participantes, utilizou-se CCEB - comumente tratado como Critério Brasil, que calcula o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, classificando-os por classes econômicas ao invés do critério de classes sociais. A versão utilizada nesta pesquisa é a mais recente, em vigor em 2009, tendo como base o LSE-levantamento econômico - de 2006 e 2007 (ABEP –Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2009).

O CCEB é composto por dois grupos de investigação, primeiramente o entrevistado responde sobre a posse e a quantidade de itens apresentados que possui em sua residência, em seguida sobre o grau de instrução do chefe da família. Cada item tem um valor que varia conforme a quantidade. O valor do grau de instrução do chefe da família é determinado de acordo com a escolaridade. Por fim a classe econômica é determinada através da soma dos pontos. As classes existentes no Critério Brasil são: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D, E (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2009).

### **2.2.2 Questionário de Atividades cotidianas - QAC (APÊNDICE A)**

Para a identificação dos dados gerais da família e das atividades cotidianas presentes no dia-a-dia das crianças foi construído pelas pesquisadoras um questionário com 42 questões abertas e fechadas, que abordaram aspectos referentes à identificação geral da criança, situação familiar, escolaridade dos pais e responsáveis, vivência de atividades de lazer pela criança e família, se a família segue alguma religião e qual, se o responsável apresenta algum problema de saúde, se na família existem regras e responsabilidades que os membros devem cumprir, se existem brigas/discussões no ambiente familiar, dentre outras.

A sequência das questões foi organizada por temas, na seguinte ordem: dados gerais das crianças, dados gerais da família (renda, composição, número de pessoas), informações sobre o responsável, informações sobre os pais, atividades de lazer e do cotidiano da família.

Aponta-se que o questionário foi elaborado a partir de apontamentos da literatura referente aos fatores de risco e proteção que possivelmente estão envolvidos na determinação da saúde mental infantil.

### **2.2.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ):**

O SDQ (GOODMAN, 2001) foi utilizado para avaliar problemas de saúde mental infantil. É composto por 25 itens, subdivididos em 5 subescalas que avaliam: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Ressalta-se que esse instrumento investiga sintomas e avalia o impacto dos mesmos na criança/adolescente, em sua vivência familiar e escolar, através de três versões, a saber: para pais, professores e crianças ou adolescentes. No presente estudo foi utilizada a versão para pais, que foi apresentada aos responsáveis pelas crianças.

As 5 subescalas do SDQ possuem 5 itens cada. Os resultados são gerados a partir da pontuação das 5 escalas primeiramente e, em seguida, calcula-se o Total de Dificuldades.

Assim, a opção *Mais ou menos verdadeiro* é calculada como 1, enquanto as alternativas *Falso* e *Verdadeiro* variam conforme o item, podendo ser calculadas como 0 ou 2.

A pontuação do Total de Dificuldades é gerada pela soma dos resultados de todas as escalas exceto a escala de sociabilidade, cujo escore indica capacidades da criança com relação ao comportamento pró-social e não dificuldades.

Três são as possibilidades de resultados indicadas pelo instrumento para todas as 5 subescalas e para o total de dificuldades:

- “Normal” (tratado neste estudo como *Saudável*): indica que a criança não apresenta dificuldades relativas ao que está sendo avaliado;
- “Limítrofe”: indica que a criança já apresenta alguma dificuldade que, se não for devidamente cuidada, pode se agravar e prejudicar seu desenvolvimento;
- “Anormal” (tratado neste estudo como *Clínico*): indica que a criança possui dificuldades importantes relativas ao que está sendo avaliado, necessitando de intervenção especializada.



Além das escalas, o SDQ possui, também, uma seção denominada “Suplemento de Impacto”, que avalia o impacto das dificuldades apresentadas no cotidiano de atividades e relações da criança. Possui 5 questões, sendo que a primeira investiga se o respondente considera que seu filho (na versão para os pais) ou se ele mesmo (na versão para a criança) possui alguma dificuldade emocional ou de comportamento. Se a resposta dessa primeira questão for **não**, os participantes não terão que responder às questões sobre estresse ou interferência das dificuldades no dia-a-dia e a pontuação do impacto será considerada 0. Se a resposta for **sim**, as outras questões deverão ser respondidas e posteriormente calculadas, sendo que quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2 será considerado clínico, o resultado 1 é limítrofe e o resultado 0 é saudável.

Esse questionário tem sido traduzido e validado para mais de quarenta países, apresentando tradução, também, para o português (CURY, GOLFETO, 2003; FLEITLICH, GOODMAN, 2000).

A versão brasileira do SDQ foi elaborada e validada por Bacy Fleitlich-Bilyk (FLEITLICH, 2002) e esse instrumento tem sido utilizado por vários autores devido às vantagens que ele apresenta em relação aos dois outros questionários de avaliação da saúde mental infantil – o questionário de Rutter e os de Achenbach (CBCL) (FERRIOLLI, MARTURANO, PUNTEL, 2007; SAUD, TONELOTTO, 2005).

O SDQ é um questionário organizado para fornecer hipóteses diagnósticas compatíveis com os sistemas de classificação de doenças. É de acesso livre, validado no Brasil a partir de estudos epidemiológicos no Estado de São Paulo. Além de investigar os sintomas, avalia o impacto dos mesmos nos ambientes familiar e escolar. Pode ser usado para avaliação de intervenções, de forma que é sensível às mudanças de quadro da criança; avalia o impacto dos sintomas apresentados na própria criança e nos ambientes familiar e escolar; é de fácil aplicação; é compacto e possui questões sobre as capacidades das crianças e não apenas sobre suas dificuldades (CURY, GOLFETO, 2003; FLEITLICH, GOODMAN, 2000).

#### **2.2.4 Questionário de Suporte Social (SSQ)**

Para a medida de suporte social dos responsáveis, foi utilizado o “Questionário de Suporte Social” (SSQ) de autoria de Saranson, Levine, Bashan e Saranson, que apresenta estudos de adequação do instrumento para sua versão em português (MATSUKURA; MARTURANO;

OISHI, 2002), no qual os resultados indicaram uma fidedignidade teste-reteste aceitável e um alto nível de consistência interna, sendo que os coeficientes alpha de Cronbach obtidos foram, para a Escala N (SSQ-N), 0,93 no teste e de 0,96 no reteste. Para a Escala S (SSQ-S), 0,94 no teste e 0,96 no reteste.

O SSQ é composto por 27 questões, sendo que cada questão solicita duas partes de respostas. Na primeira parte, relaciona-se o número de pessoas que o respondente percebe como fontes de suporte social, podendo listar até nove possibilidades (ou a opção “ninguém”), fornecendo o escore SSQ-N que é um índice calculado a partir da divisão do total de pessoas citadas em todas as questões do instrumento pelo número de questões; na segunda parte o indivíduo informa sobre sua satisfação com esse suporte, fazendo uma opção dentre as oferecidas em uma escala de 6 pontos (de muito satisfeito a muito insatisfeito), fornecendo o escore SSQ-S, no qual considera-se o valor atribuído a cada possibilidade de satisfação, por exemplo, a alternativa “muito satisfeito” equivale ao número 6, a opção “muito insatisfeito” ao número 1. Dessa forma, somam-se os valores correspondentes aos níveis de satisfação indicados em todas as questões e divide-se o total por 27 (total de questões).

Assim, o instrumento fornece dois escores, o primeiro, relativo ao número de pessoas percebidas como fontes de suporte (SSQ-N) e, o segundo, relativo à satisfação com o suporte social (SSQ-S). Além disso, o instrumento pode fornecer dados relativos aos membros que compõem a rede social do indivíduo (SSQ-F) se, durante a aplicação, for solicitado ao respondente que caracterize sua relação com a pessoa que fornece apoio, como por exemplo: marido, amigo, vizinho, dentre outros (MATSUKURA et al, 2002).

### **2.2.5 Inventário de Estilos Parentais (IEP)**

Para a avaliação dos estilos parentais dos responsáveis participantes foi utilizado o IEP, que foi elaborado a fim de identificar famílias em que haja alta probabilidade de desenvolvimento de comportamentos anti-sociais em pelo menos um de seus membros (GOMIDE, 2003). O inventário foi desenvolvido a partir de práticas educativas selecionadas pela autora, a saber: monitoria positiva, comportamento moral, negligência, abuso físico, abuso psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa. Contém 42 questões abordando práticas educativas positivas e negativas e pode ser respondido tanto pelos pais (que

respondem sobre como utilizam as práticas educativas com seus filhos), quanto pelos filhos (que respondem sobre as práticas educativas do pai e da mãe separadamente).

No presente estudo, utilizou-se apenas a versão para os pais, que foi respondida pelo responsável.

Ressalta-se que esse instrumento apresenta estudos de validação no Brasil (GOMIDE, 2006), sendo que os resultados para avaliar o estilo parental materno revelaram coeficientes razoáveis de consistência interna, variando de 0,47 (monitoria negativa) a 0,82 (abuso físico).

A tabulação dos dados obtidos por meio do IEP é feita utilizando a folha de resposta que contém as sete práticas educativas do instrumento. Cada resposta NUNCA recebe a pontuação 0; ÀS VEZES, pontuação 1; SEMPRE, pontuação 2. Dessa forma, cada prática educativa pode ter a pontuação máxima de 12 e a mínima de zero, na medida em que cada prática parental é avaliada a partir de seis questões (GOMIDE, 2006).

O cálculo do índice de Estilo Parental (IEP) é feito subtraindo-se a soma das práticas negativas (Punição Inconsistente, Negligência, Disciplina Relaxada, Monitoria Negativa e Abuso Físico) da soma das práticas positivas (Monitoria positiva, Comportamento moral). Assim, quando o resultado é negativo, indica um estilo parental negativo e se o resultado é positivo, indica um estilo parental também positivo.

Os escores do IEP revelam o Estilo Parental adotado pelos Pais (pai e mãe separadamente) que pode ser:

1. Estilo parental ótimo: com presença importante das práticas parentais positivas (Monitoria Positiva e Comportamento Moral) e ausência das práticas negativas (Punição Inconsistente, Monitoria Negativa, Disciplina Relaxada, Abuso Físico, Abuso Psicológico);
2. Estilo parental regular acima da média, trata-se de um estilo bom, mas a autora aconselha leitura de livros de orientação para pais, na busca de um aprimoramento das práticas parentais;
3. Estilo parental regular abaixo da média, indica que seria importante os pais participarem de grupos de treinamento de pais;
4. Estilo parental de risco, indica que os filhos estão em risco importante para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais. A autora aconselha a

participação em programas de intervenção terapêutica para pais.

### **2.2.6 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI):**

O MINI (AMORIM, 2000) foi utilizado para identificar a presença ou não de transtorno mental nos responsáveis. Trata-se de uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM -III/IV e da CID-10, que visa a avaliação de pacientes com possíveis transtornos psiquiátricos.

O MINI permite a identificação dos seguintes transtornos mentais:

- Episódio Depressivo Maior (EDM) Atual e Passado
- EDM com características melancólicas
- Distímia
- Risco de suicídio
- Episódio (HIPO) Maníaco
- Transtorno de Pânico
- Agorafobia
- Fobia Social
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo
- Transtorno de Estresse Pós-Traumático
- Dependência/Abuso de álcool
- Dependência/Abuso de substâncias (não alcoólicas)
- Síndrome Psicótica
- Anorexia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Transtorno de ansiedade generalizada
- Transtorno da personalidade antissocial

Cada transtorno mental é avaliado de forma independente.

No presente estudo, em função do tempo e do número de questionários a serem aplicados junto aos responsáveis, bem como das especificidades dos transtornos mentais, não foram utilizados os roteiros referentes aos seguintes transtornos: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno de Personalidade Antissocial, optando-se por avaliar junto aos responsáveis

os roteiros referentes aos transtornos de humor, psicóticos, de ansiedade e de abuso de substâncias, que são os transtornos mais prevalentes na população adulta (BROMET et al, 2011).

Observa-se que esse instrumento já foi traduzido para o português, além de apresentar estudo de validação no Brasil, o qual comparou o MINI com outros dois questionários padronizados e amplamente utilizados em estudos internacionais. Os resultados encontrados foram globalmente satisfatórios com relação à confiabilidade e à validade do MINI (AMORIM, 2000).

## **2.3 Procedimentos**

### **2.3.1 Construção e validação do QAC e Aplicação - Teste**

Conforme apontado no item 4.2.2, foi construído um questionário visando a identificação dos dados gerais da criança e de sua família, bem como das atividades cotidianas presentes na rotina familiar. Assim, após uma revisão de literatura da área, houve um planejamento das questões para que estas atingissem os objetivos pretendidos, possibilitando coletar todas as informações necessárias. A escolha da linguagem e vocabulário foram devidamente analisados para que pudessem ser compreendidos pela população alvo. As questões foram formuladas e agrupadas por temas com sequência lógica e coerente para facilitar não só o entrevistador na finalização de cada conceito, como também para a compreensão do entrevistado.

Para validação do questionário, o roteiro foi submetido à apreciação de 5 juízes especialistas da área de saúde mental infantil e estudiosos dos fatores de risco e proteção ao desenvolvimento infantil, que avaliaram a pertinência das questões colocadas ao que se pretendia verificar com o questionário e emitiram sugestões que balisaram a reformulação e aplicação do instrumento (MANZINI, 2003).

Após a revisão do Questionário de Atividades Cotidianas, conforme sugestões recebidas dos juízes, todos os instrumentos foram submetidos a aplicações-teste realizadas pelos membros da equipe do estudo<sup>2</sup> junto a responsáveis por crianças estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental da cidade de São Carlos que não fariam parte da amostra do estudo. O

---

<sup>2</sup> Verificar esclarecimentos na seção 2.3.2.3.

objetivo da aplicação teste foi o aperfeiçoamento da forma de aplicação dos instrumentos de medida, a avaliação da clareza dos mesmos pelos participantes, a verificação do tempo necessário com cada participante para a realização da coleta de dados e o treino da equipe de pesquisadores. Aponta-se que as pessoas participantes dessa fase, antes de serem entrevistadas, foram convidadas a participar, bem como foram apresentados os objetivos do estudo e, quando aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A partir desse procedimento, o Questionário de Atividades Cotidianas foi finalizado e foi definida a ordem de aplicação dos instrumentos, a saber: 1. Questionário de Atividades Cotidianas; 2. CCEB; 3. SDQ; 4. IEP; 5. SSQ e 6. MINI.

### **2.3.2 Identificação e localização dos participantes**

Para a identificação e localização dos participantes, primeiramente contatou-se a Secretaria da Educação do município na busca de conhecer quais escolas do primeiro ciclo do ensino fundamental pertenciam à rede municipal de ensino da cidade de São Carlos, interior do Estado de São Paulo, buscando verificar quantas dessas escolas existem e onde elas se localizam, sendo que a perspectiva da pesquisadora era a de que todas as escolas municipais participassem de modo a obter a prevalência de problemas de saúde mental infantil das crianças estudantes das escolas municipais da cidade de São Carlos.

Após o conhecimento das escolas, visitou-se cada uma, com o intuito de apresentar o estudo e solicitar autorização para a realização do mesmo, considerando que, embora existisse a aprovação da Secretaria Municipal de Educação e do Comitê de Ética, cada escola tem autonomia para aceitar ou não participar<sup>3</sup>.

Das oito escolas municipais existentes, uma não aceitou participar, o que trouxe como consequência a impossibilidade de o estudo ser representativo do universo de escolas municipais da cidade de São Carlos.

Buscou-se, então, em parceria com a direção das sete escolas que aceitaram, totalizar o número de crianças matriculadas no 1º, 2º, 3º, 4º e 5º anos do ensino fundamental para

---

<sup>3</sup> A Secretaria Municipal de Educação da cidade de São Carlos avalia todas as propostas e solicitações de pesquisadores que possuem o interesse em desenvolver estudos junto às escolas, professores e alunos vinculados à rede municipal de ensino, aprovando ou não tais propostas, segundo seus critérios. No entanto, ainda que a pesquisa seja aprovada pela Secretaria, a mesma dá autonomia às escolas para que avaliem as propostas e decidam se irão ou não aprovar a realização dos estudos em suas dependências.

que a amostra fosse composta. Identificou-se um total de 4546 crianças regularmente matriculadas.

### **2.3.2.1 Composição da amostra probabilística**

A partir do número de crianças matriculadas nas sete escolas participantes (número total de alunos por escola e por série), foram realizados, por meio de assessoria estatística obtida a partir da Empresa STATSOL<sup>4</sup>, os procedimentos para identificação do número de participantes necessários para o desenvolvimento do estudo e para a composição da amostra probabilística. O método estatístico aplicado para a seleção das crianças matriculadas nas escolas municipais utilizou um plano amostral probabilístico, visando atingir resultados precisos e confiáveis. Para determinação do plano adequado, foram analisadas as características da população a ser estudada, que é composta pelas crianças das sete escolas participantes. Após verificação das características populacionais e levando-se em consideração as questões a serem levantadas, foi feita a opção por um plano de amostragem probabilístico estratificado, com probabilidades proporcionais que é adequado para fornecer os resultados com a precisão e grau de confiança pré-determinados para os resultados deste projeto. Observa-se que o plano amostral adotado considerou as possibilidades de resposta do SDQ (Clínico, Limítrofe e Saudável), por conta da proposta de estudo da prevalência de problemas de saúde mental infantil.

Considerando-se nos cálculos uma margem de erro de 5%, chegou-se a um total de 511 participantes e, definido o tamanho, foi usada a metodologia de amostragem estratificada, considerando as escolas, os estratos, na medida em que os 511 participantes deveriam estar distribuídos de forma proporcional pelas 7 escolas. Assim, para cada escola foi calculado o tamanho da amostra proporcional ao total de alunos em cada escola. Assim, dentro de cada escola foi calculado o número de amostras para cada série (1º ano, 2º ano...). Para o sorteio dos alunos, foram utilizados números em ordem crescente, de forma que, para selecionar os mesmos, buscou-se o valor sorteado referente à ordem dos nomes dos alunos nas listas de chamada de cada classe.

---

<sup>4</sup> STATSOL: há mais de nove anos em atuação, é uma empresa constituída por profissionais especializados, formada por mestres e doutores em estatística, além de um corpo multidisciplinar de profissionais nas áreas de sociologia, psicologia e informática, possibilitando a elaboração de metodologias amostrais precisas e confiáveis – [www.statsol.com.br](http://www.statsol.com.br)

Por exemplo, o número 14 do primeiro ano A da escola 1 foi sorteado. Para identificá-lo, checava-se na lista de chamada desta série qual criança correspondia ao número 14.

Ressalta-se que além da amostra “principal” calculada e sorteada, foi composta, também, uma amostra de substituição, para os casos de impossibilidade de realização da coleta de dados com aqueles da primeira amostra.

### **2.3.2.2 Identificação dos participantes do estudo pelas escolas**

Definida a amostra, um novo contato foi realizado com a direção das escolas participantes, visando, nesse momento, apresentar o número de alunos sorteados por série de cada escola e discutir sobre qual seria a melhor forma de realizar o processo de identificação desses alunos, bem como o melhor procedimento para o encontro com os pais, para que a coleta de dados pudesse ser iniciada.

Das sete escolas participantes, seis preferiram colaborar com a identificação das crianças, disponibilizando para a pesquisadora os dados das crianças sorteadas, para que o contato e os procedimentos de coleta de dados fossem realizados sem onerar os funcionários e professores da escola. Uma única escola preferiu que seus próprios funcionários identificassem os alunos sorteados e que a pesquisadora realizasse uma apresentação da pesquisa em encontro pré-agendado com os responsáveis.

Nas seis escolas que optaram pelo mesmo procedimento de identificação dos alunos, aproximadamente 760 alunos foram identificados e seus contatos coletados, sendo 447 da amostra principal e 313 da amostra de substituição.

Foi confeccionada uma carta-convite para os pais (APÊNDICE B) de todos os alunos sorteados informando sobre o estudo e sobre o fato de que um membro da equipe do estudo entraria em contato por telefone ou diretamente na residência, para convidá-los pessoalmente para a participação no estudo. Essa carta foi enviada pelas professoras das crianças.

Após o envio das cartas, o contato com os responsáveis iniciou-se tanto por telefone quanto a partir de visitas domiciliares e mais uma vez os objetivos do estudo foram explicados e o convite realizado. Para aqueles que aceitavam participar, um encontro era agendado, no qual solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Feito isso, os instrumentos de coleta de dados eram aplicados.



A escola que optou por não disponibilizar os dados das crianças exigiu que as próprias funcionárias da escola identificassem as crianças sorteadas a partir dos números das listas de chamada e solicitou que a pesquisadora agendasse com os responsáveis uma reunião para o período da manhã e outra para o período da tarde a fim de apresentar a pesquisa e convidá-los pessoalmente para participação. Assim, a pesquisadora enviou, pela escola, para cada responsável, um convite para essa reunião (APÊNDICE D). No entanto, de 110 pais convidados a participar (64 da amostra original e 44 da amostra de substituição), apenas 30 compareceram, sendo que, dentre eles, pais de crianças que não haviam sido sorteadas mas ouviram falar da reunião e se interessaram em participar, o que comprometeria a confiabilidade da amostra. Dessa forma, 24 entrevistas foram realizadas nesta escola, mas apenas 19 puderam ser consideradas, por se referirem a crianças sorteadas. Considerando que o número de entrevistas realizadas foi inferior a 50% da amostra prevista (critério estabelecido pelo estatístico para que as análises não fossem prejudicadas), essa escola precisou ser descartada do estudo, pois comprometeria a confiabilidade do resultado referente ao conjunto de escolas.

### **2.3.2.3 Treinamento da equipe de coleta**

Concomitantemente ao processo de composição da amostra e identificação dos participantes e considerando que o número de entrevistas a serem realizadas era bastante extenso, a pesquisadora reuniu uma equipe para a realização da coleta de dados. Essa equipe foi formada por 5 alunas do curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, com as quais foi realizado um treinamento em relação à aplicação dos instrumentos, contato com os participantes, preparação para o campo, dentre outras providências. Durante todo o período de coleta de dados, a pesquisadora se encontrava com a equipe. Nesses encontros eram feitos balanços da coleta, avaliação do processo de coleta, agendamento de entrevistas por telefone, dúvidas eram esclarecidas e, além disso, eram realizados momentos de discussão/reflexão a respeito das vivências que as entrevistas estavam proporcionando às alunas, no que se refere ao contato com pessoas/famílias advindas, em sua maioria, de camadas mais vulneráveis da população, com diferentes queixas, dificuldades e potencialidades. Além disso, o contato com temas relativos à saúde mental, ao suporte social, aos estilos parentais, aos fatores de risco e proteção, dentre outros, que despertavam curiosidade nas alunas, foram refletidos, discutidos e aprofundados

nesses encontros, proporcionando uma experiência rica, na formação profissional e pessoal, nas participantes, segundo a avaliação das mesmas.

### **2.3.3. Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa referente ao presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Para isso, o Secretário Municipal de Educação da cidade de São Carlos teria que autorizar a realização do estudo a partir das escolas municipais e assinar a folha de rosto a ser submetida ao Comitê de Ética. Dessa forma, a Secretaria foi contatada, o projeto de pesquisa foi apresentado para os Coordenadores do Ensino Fundamental do município, que autorizaram a realização do estudo, e a folha de rosto foi, então, assinada pela secretária de educação. Após a aprovação do estudo pelo comitê de Ética - CAAE: 4677.0.000.135-08. (ANEXO A) - iniciaram-se os procedimentos para a coleta de dados, que serão detalhados na próxima seção.

Destaca-se que, embora as famílias já tivessem sido informadas a respeito da pesquisa, no momento da coleta de dados junto aos responsáveis, os objetivos eram novamente explicados, bem como os benefícios e riscos envolvidos na participação no estudo. O convite era feito e, no caso de o responsável aceitar participar, lhe era solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que, então, os instrumentos de coleta de dados fossem apresentados pelo pesquisador sob a forma de entrevista.

Ressalta-se que, durante o processo da coleta de dados, se fosse identificada alguma demanda relativa à saúde mental do responsável ou da criança participante que não estava sendo assistida por nenhum serviço de saúde até então, isso era imediatamente identificado pelo pesquisador, que informava o participante sobre os serviços de saúde existentes no município e o orientava a procurar aqueles que atendem pessoas com problemas relativos à saúde mental. Nos casos mais críticos, o próprio pesquisador fazia o contato com o serviço de saúde com o intuito de agendar uma consulta ou triagem. Assim, foram encaminhados casos para as Unidades de Saúde da Família, para o Centro de Atenção Psicossocial e para a Unidade Saúde e Escola da UFSCar.

Ainda no que se refere às considerações éticas, observa-se que após os procedimentos de coleta de dados e de análise dos resultados do presente estudo, organizou-se um seminário com o objetivo de apresentar e debater os principais resultados obtidos junto aos

professores, coordenadores e diretores das escolas e demais profissionais ligados à Secretaria Municipal de Educação da cidade de São Carlos, estendendo-se o convite às Secretarias da Saúde, da Cidadania e Assistência Social e Especial da Infância e Juventude, bem como a alunos da graduação dos cursos da área da saúde da UFSCar. Além da apresentação dos resultados da pesquisa, realizou-se um debate com os representantes das Secretarias onde a discussão e reflexão acerca da situação atual da Saúde Mental Infantojuvenil no município e sobre possíveis estratégias para lidar com a situação nos diferentes setores municipais e acadêmicos foi implementado. (APÊNDICE E).

#### **2.3.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2009 a maio de 2010.

Houve até três tentativas de contato em dias, horários e de formas diferentes com os participantes que não eram encontrados. Aqueles que não aceitaram participar ou com os quais o contato não foi possível nas três tentativas eram substituídos por outros que compunham a amostra reserva, composta para esse fim e, então, o mesmo procedimento era realizado, ou seja, três tentativas de contato. Nos casos em que também não foi possível realizar a coleta de dados com a pessoa identificada na amostra reserva, a partir de orientação da assessoria estatística, a pesquisadora voltava para a lista de chamada e buscava o contato dos responsáveis pela criança, cujo número era o seguinte daquele sorteado para a amostra principal. Por exemplo: o número sorteado foi o 14, no entanto, não foi possível realizar a coleta com seus responsáveis, bem como não foi possível realizar a coleta com os responsáveis da criança identificada na amostra reserva, portanto, buscava-se, então, o contato da criança representada na lista de chamada pelo número 15.

Quando o convite para a participação na pesquisa era aceito e preenchido o TCLE, os instrumentos eram, então, apresentados sob a forma de entrevista. A duração da coleta de dados com cada participante variou de uma hora a uma hora e trinta minutos.

A seguir, apresenta-se a Tabela 2 que informa sobre o que foi inicialmente previsto em termos da amostra do estudo a ser atingida em cada escola e o que foi alcançado no período de coleta de dados:

**Tabela 2 - Amostra prevista e atingida no processo de coleta de dados**

Escola	Amostra prevista	Amostra atingida	Percentagem de amostra atingida
1	70	18	26%
2	100	72	72%
3	145	123	85%
4	50	46	92%
5	43	41	95%
6	39	39	100%
7	64	19	30%
<b>TOTAL</b>	<b>511</b>	<b>358</b>	<b>70%</b>

Observa-se que não foi possível atingir 50% das amostras das escolas 1 e 7. Os motivos pelos quais isso aconteceu na escola 7 já foram apresentados. Em relação à escola 1, aponta-se que não foi possível atingir o mínimo de participantes, no período estipulado para a coleta de dados, por dificuldades de agendamento com os responsáveis, não aceitação em participar do estudo, desistência na participação, dentre outras dificuldades. Dessa forma, a fim de manter o rigor desejado na composição da amostra e não prejudicar as análises e a confiabilidade dos resultados advindos das amostras que foram alcançadas nas outras cinco escolas, optou-se por descartar do estudo as escolas 1 e 7. Esse fato trouxe como consequências duas limitações, a saber: 1. a diminuição do nível de confiabilidade considerado na composição da amostra, que era de 5% e passou para 7%; 2. o fato de que o estudo será representativo da população de cinco escolas municipais específicas e não mais de sete.

### 2.3.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram todos de natureza quantitativa, sendo que os referentes aos instrumentos padronizados utilizados: SDQ, IEP, SSQ, CCEB e MINI foram tratados a partir das planilhas de cálculo de cada um deles. Os dados advindos do QAC foram categorizados e tabulados.

Planilhas no Microsoft Excel foram criadas para receber os dados de cada instrumento e todos os dados foram tabulados e analisados estatisticamente a partir de métodos descritivos, tais como de Medida de Tendência Central, Medida de Dispersão e de Frequência Relativa.

Uma outra análise realizada no presente estudo se refere à fidedignidade das medidas quantitativas dos instrumentos utilizados em relação à população estudada. Para isso,

verificou-se a consistência interna, a partir do cálculo do Alpha de Cronbach, para cada instrumento padronizado utilizado (COZBY, 2006). Observa-se que o coeficiente Alpha pode variar de 0 a 1, de forma que quanto maior o escore, mais confiável é a escala gerada, sendo que 0,7 é considerado um índice aceitável. Os valores de Alpha obtidos no presente estudo foram: 0,72 para o SDQ, 0,71 para o IEP, 0,77 para o MINI e 0,8 para o SSQ.

Para as análises estatísticas de correlação e de comparação entre grupos, foram utilizados testes não paramétricos, considerando que, embora a amostra tenha sido composta de forma probabilística, as variáveis estudadas não apresentaram uma distribuição normal na população estudada, o que impediu a realização de testes paramétricos.

Dessa forma, para as análises de correlação, foram utilizados os testes de Spearman (para dados numéricos contínuos) e de Kendall (para dados ordinais). Para as análises de comparação entre grupos, foram utilizados os testes de Mann-Whitney (para comparar dois grupos de variáveis) e o de Kruskal-Wallis para três ou mais grupos de variáveis. Observa-se que os testes foram considerados com resultado significativo quando o p-valor associado à estatística que o descreve era menor do que 0,05, admitindo-se como probabilidade de erro o valor de 5%.

Para a realização das análises estatísticas, utilizou-se o Software Estatística 7.

## **CAPÍTULO 3: RESULTADOS**

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no presente estudo, que estarão organizados da seguinte forma: primeiramente, na seção 3.1. serão apresentados os dados gerais de caracterização das crianças e dos responsáveis, na seção 3.2. serão apresentados os dados de prevalência de problemas de saúde mental infantil, identificados pelo SDQ e de saúde mental dos responsáveis, identificados pelo MINI. Posteriormente, na seção 3.3, serão apresentados os dados descritivos dos instrumentos: IEP, SSQ e QAC, em seguida, na seção 3.4, as análises estatísticas de correlação e de comparação e na seção 3.5., as análises relativas ao estudo dos fatores protetivos.

### **3.1 Caracterização das crianças e dos responsáveis**

Apresenta-se na Tabela 3 a caracterização das crianças foco do presente estudo.

**Tabela 3 - Caracterização das crianças envolvidas no estudo**

Variável	N	%
<b>Gênero</b>		
Masculino	157	49
Feminino	164	51
<b>Idade (anos)</b>		
6-8	124	39
9-10	137	43
acima de 10	59	18
<b>Desempenho escolar das crianças na visão do responsável</b>		
Muito bem	62	19
Bem	158	49
Mais ou menos	74	23
Mal	15	5
Muito mal	12	4
<b>Se a criança já repetiu de ano</b>		
Sim	62	19
Não	259	81
<b>Situação conjugal dos pais</b>		
Vivem juntos	210	65
Não vivem juntos	111	35
<b>Quantos irmãos a criança possui</b>		
Nenhum	37	12
Um	111	35
Dois	79	25
Três	47	15
Quatro ou mais	47	15
<b>Relação do responsável com a criança</b>		
Mãe	270	84
Pai	23	7
Avó ou Avô	17	5
Outros	11	3

Observa-se um equilíbrio entre os gêneros das crianças participantes. Em relação à idade, a maioria possui 9 ou 10 anos. No que se refere ao desempenho escolar das crianças, na visão dos responsáveis, verifica-se que a maioria aponta que as crianças vão bem na escola, sendo que 19% das crianças já repetiram de ano pelo menos uma vez.

Em relação à composição familiar, observa-se que 65% dos pais das crianças vivem juntos, 12% são filhos únicos e 15% têm quatro ou mais irmãos.

Os dados de caracterização dos responsáveis, referentes à Classificação econômica da família, ao trabalho e ao estado de saúde, estão apresentados na tabela a seguir.

**Tabela 4 - Caracterização dos responsáveis pelas crianças II**

<b>Classificação econômica da família</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>A1</b>	15	5
<b>A2</b>	14	4
<b>B1</b>	18	6
<b>B2</b>	63	20
<b>C1</b>	90	28
<b>C2</b>	85	26
<b>D</b>	35	11
<b>E</b>	1	0
<b>Trabalho Remunerado</b>		
Sim	126	39
Não	195	61
<b>Se não possui trabalho remunerado, qual é a ocupação atual</b>		
É dona de casa	148	76
Está desempregado (a)	28	14
É aposentado (a)	8	4
Outros	11	6
<b>Se tem algum problema de saúde</b>		
Sim	117	36
Não	204	64
<b>Se tem algum problema de saúde, qual é?</b>		
Problemas no funcionamento de órgãos específicos	14	12
Problemas crônicos de saúde (hipertensão, diabetes)	58	50
Comorbidades	31	26
Problemas de Saúde Mental	4	3
Outros	10	9

Observa-se que 74% das famílias encontram-se entre as classes econômicas B2 e C2 (238 famílias). Sobre a situação de trabalho, observa-se que 61% não têm trabalho remunerado, sendo, a maioria, “donas de casa”.



Sobre o estado de saúde do responsável, 34% declaram que possuem problemas de saúde, sendo que desses, a maioria 50% relata problemas crônicos, tais como hipertensão e diabetes. Apenas 4 pessoas relatam apresentar problemas relacionados à saúde mental.

### **3.2 Prevalência de problemas de saúde mental nas crianças e nos responsáveis**

Apresentam-se na Tabela 5 os resultados da prevalência de problemas de saúde mental infantil advindos da aplicação do SDQ.

Observa-se que a prevalência é calculada a partir da razão entre o número de pessoas que apresentam a condição investigada pelo total de pessoas avaliadas. O índice é apresentado por meio do percentual de pessoas acometidas (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

**Tabela 5 - Prevalência de Problemas de Saúde Mental Infantil identificados pelo SDQ**

Subescalas	Classificação do SDQ							
	Saudável		Limítrofe		Clínico		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Problemas emocionais	113	35%	38	12%	170	53%	321	100%
Problemas de Conduta	147	46%	48	15%	126	39%	321	100%
Hiperatividade	186	58%	33	10%	102	32%	321	100%
Problemas de relacionamento	174	54%	46	14%	101	31%	321	100%
Comportamento pró-social	293	91%	10	3%	18	6%	321	100%
<b>Total de dificuldades</b>	<b>137</b>	<b>43%</b>	<b>45</b>	<b>14%</b>	<b>139</b>	<b>43%</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>
Suplemento de impacto	223	69%	37	12%	61	19%	321	100%

Observa-se na Tabela 5 a taxa de prevalência de problemas de saúde mental infantil encontrada no presente estudo, expressa pelo Total de Dificuldades, que representa a pontuação geral do SDQ, no qual 43% das crianças participantes, segundo a percepção de seus responsáveis, apresentam escore “Clínico” para a saúde mental, indicando que necessitam de intervenção especializada. 14% apresentam escore “Limítrofe” e 43% não apresentam problemas de saúde mental.

Em relação à subescala “Suplemento de Impacto”, observa-se uma prevalência de 19% das crianças pontuadas como “Clínico”, o que significa que 19% dos responsáveis

identificam que as crianças têm um problema e que este impacta negativamente no cotidiano familiar e escolar e 69% avaliam que isso não acontece.

Além do escore geral, é possível verificar na Tabela 5 as prevalências de cada subescala avaliada pelo instrumento. A subescala “Problemas Emocionais” é a mais pontuada pelas crianças, segundo seus responsáveis (52%), seguida pelos “Problemas de Conduta”; “Hiperatividade”; “Problemas de Relacionamento” e “Comportamento Pró-Social”. Esta última subescala é a que menos apresenta crianças avaliadas como “Clínico” (6%), estando 91% “Saudáveis” em relação a esse aspecto, ou seja, a grande maioria das crianças, segundo seus responsáveis, possuem a habilidade de se comportar de forma pró-social.

Em relação à saúde mental dos responsáveis e especificamente das mães, observa-se, na Tabela 6 a seguir, a prevalência de diagnósticos identificados pelo MINI, a partir de cada transtorno avaliado pelo instrumento e do total de responsáveis (no geral) e de mães que apresentaram pelo menos um transtorno avaliado. Observa-se que o MINI identifica a presença ou a ausência do transtorno.

**Tabela 6 - Prevalência de Problemas de Saúde Mental em todos os responsáveis e nas mães**

	Transtorno Mental Avaliado			
	Todos os responsáveis		Mães	
	Número	%	Número	%
<b>Episódio depressivo maior atual</b>	<b>130</b>	<b>40</b>	<b>114</b>	<b>42</b>
Episódio depressivo maior passado	74	23	67	25
Episódio depressivo maior com características melancólicas atual	85	26	73	27
Transtorno distímico atual	3	1	3	1
Risco de suicídio atual	84	26	74	27
Episódio hipomaníaco atual	11	3	11	4
Episódio hipomaníaco passado	15	5	11	4
Episódio maníaco atual	16	5	16	6
Episódio maníaco passado	23	7	19	7
Transtorno de pânico sem agorafobia atual	21	7	19	7
Transtorno de pânico com agorafobia atual	25	8	20	7
Agorafobia sem transtorno de pânico	64	20	60	22
Fobia social atual	17	5	16	6
TOC atual	16	5	14	5
Transtorno de estresse pós-traumático atual	17	5	16	6
Dependência de álcool atual	2	1	2	1
Abuso de álcool atual	1	0	1	0
Dependência de substâncias químicas atual	2	1	2	1
Abuso de substâncias químicas atual	0	0	0	0
Síndrome psicótica atual	18	6	18	7
Síndrome psicótica vida inteira	15	5	15	6
Transtorno do humor com sintomas psicóticos atual	19	6	16	6
Transtorno do humor com sintomas psicóticos vida inteira	10	3	9	3
Transtorno de ansiedade generalizada	78	24	67	25
<b>Presença de pelo menos um transtorno</b>	<b>203</b>	<b>63</b>	<b>179</b>	<b>66</b>
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>	<b>270</b>	<b>84%</b>

Sobre os dados apresentados na Tabela 6, observa-se que a prevalência de Transtornos Mentais em responsáveis e mães é expressa pela percentagem de participantes que apresentaram pelo menos um transtorno mental avaliado pelo instrumento, isto é, 63% no caso de todos os responsáveis participantes e 66% quando apenas as mães (84% do total de participantes)

foram consideradas, ou seja, a maioria apresenta pelo menos um diagnóstico de transtorno mental, de acordo com o MINI.

Em relação aos diferentes transtornos avaliados, destacam-se, com maiores índices, os Episódios Depressivos (Maior Atual, Maior Passado e com Características Melancólicas); Risco de Suicídio Atual; Transtorno de Ansiedade Generalizada e Agorafobia. No entanto, quando agrupamos alguns transtornos mentais referentes a um grupo de diagnósticos do MINI, observamos que os Transtornos (Hipo) Maníacos Atuais e Passados apresentam um índice de 22% e o Transtorno de Pânico com ou sem Agorafobia, 15%.

Outro resultado proveniente das análises do MINI se refere às comorbidades encontradas, na medida em que o instrumento permite a identificação de mais de um transtorno mental na mesma pessoa.

A seguir, apresenta-se a tabela que ilustra essa realidade na população estudada:

**Tabela 7 - Comorbidades de transtornos mentais apresentados pelos responsáveis**

	Responsáveis		Mães	
	N	%	N	%
Nenhum transtorno mental	118	37	91	34
Um transtorno mental	49	15	42	16
Dois transtornos mentais	32	10	30	11
Três transtornos mentais	37	12	30	11
Quatro ou mais transtornos mentais	85	26	77	29

Observa-se que a maioria dos participantes que apresentam pelo menos um transtorno possui mais que quatro condições diferentes. No que se refere especificamente às mães, observa-se que 34% apresentam-se saudáveis nesse aspecto.

As Tabelas 5, 6 e 7 retrataram a situação da saúde mental de escolares e de seus responsáveis (em especial das mães, considerando que correspondiam à grande maioria dos respondentes) vinculados a 5 escolas municipais da cidade de São Carlos.

A seguir, apresentam-se os resultados das análises descritivas referentes aos instrumentos Inventário de Estilos Parentais (IEP) e Questionário de Suporte Social (SSQ).

### 3.3 As práticas e estilos parentais, o suporte social recebido e percebido pelos responsáveis e variáveis do contexto familiar

Nesta seção, apresentam-se as análises descritivas dos resultados obtidos a partir dos instrumentos: IEP, SSQ e QAC.

Observam-se na Tabela 8 os resultados obtidos com a aplicação do IEP, no qual os responsáveis pelas crianças avaliam suas práticas parentais. Destacam-se as médias obtidas em cada prática parental avaliada e também do índice de estilo parental.

**Tabela 8 - Resultados descritivos no Inventário de Estilos Parentais**

<b>IEP</b>			
	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de variação
Monitoria positiva	10,47	1,81	0,17
Comportamento			
Moral	10,38	1,93	5,38
Punição			
Inconsistente	3,26	2,31	1,41
Negligência	2,39	2,11	1,13
Disciplina Relaxada	3,88	2,69	1,45
Monitoria Negativa	6,53	2,15	3,03
Abuso Físico	2,41	2,11	1,14
<b>IEP</b>	<b>2,37</b>	<b>8,35</b>	<b>0,28</b>

Considerando que a pontuação de cada prática varia de 0 a 12, observa-se que as médias relativas às práticas positivas (Monitoria Positiva e Comportamento Moral) são altas em detrimento das negativas vistas individualmente. No entanto, ao observar a média do IEP, verifica-se um valor baixo, embora não negativo.

Na Tabela 9 abaixo se observa a situação dos Estilos Parentais adotados pelos responsáveis, segundo sua própria percepção e originados a partir da pontuação do IEP:

**Tabela 9 - Estilos Parentais adotados pelos responsáveis**

<b>Tipo de estilo parental</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Risco	110	34%
Regular abaixo da média	86	27%
Regular acima da média	84	26%
Ótimo	41	13%
<b>Total</b>	<b>321</b>	<b>100%</b>

Verifica-se que 34% possui Estilo Parental de Risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais, sinalizando para o predomínio das práticas parentais negativas dos responsáveis em suas interações cotidianas com as crianças.

Em relação ao Suporte Social, apresentam-se na Tabela 10 os resultados do Índice N (número de pessoas suportivas) e do Índice S (satisfação com o suporte recebido):

**Tabela 10 - Resultados descritivos do Questionário de Suporte Social**

<b>SSQ</b>		
	<b>SSQ-N</b>	<b>SSQ-S</b>
Média	<b>1,67</b>	<b>5,43</b>
Desvio padrão	0,86	0,82
Coefficiente de variação	0,52	0,15

A média do SSQ-N é 1,67. Considerando que o respondente tem a possibilidade de indicar até 9 pessoas consideradas suportivas em cada uma das 27 questões do instrumento, o índice obtido aponta que em média 1,67 pessoas são identificadas como suportivas na amostra estudada.

Em relação à satisfação verificada no SSQ-S, observa-se uma média alta, considerando que o índice de satisfação varia de 0 a 6 e a média obtida foi 5,43.

Nas tabelas a seguir, apresentam-se os dados descritivos referentes a variáveis investigadas por meio do QAC. Observa-se que para responder aos objetivos do presente estudo, apenas algumas variáveis desse questionário foram consideradas nas análises. Tais variáveis foram definidas a partir do que a literatura da área tem apontado sobre os fatores de risco e proteção á saúde mental infantil.

Apresentam-se na Tabela 11 os resultados referentes às atividades de lazer da criança e da família:

**Tabela 11 - Atividades de lazer da criança e da família**

Variável	N	%
<b>Atividades de lazer da criança</b>		
Sim	170	53
Não	151	47
<b>Atividades de lazer da família</b>		
Sim	100	31
Não	221	69

A partir dos dados apresentados na Tabela 11, observa-se um equilíbrio entre o número de crianças que possuem e não possuem atividades de lazer, o que não ocorre com as famílias, onde verifica-se que a maioria delas (69%) não tem atividades de lazer em seu cotidiano.

A seguir apresenta-se a Tabela 12 com os resultados referentes às práticas de cuidado dos responsáveis com as crianças:



**Tabela 12 - Práticas de cuidado dos responsáveis com as crianças**

Variável	N	%
<i>Responsável costuma "dar bronca" na criança mesmo sem motivo</i>		
Sim	157	49
Não	164	51
<i>Responsável costuma fazer carinho na criança</i>		
Sim	299	93
Não	22	7
<i>Responsável costuma conversar com a criança sobre assuntos da escola</i>		
Sim	311	97
Não	10	3
<i>Responsável costuma conversar com a criança sobre assuntos de rotina</i>		
Sim	247	77
Não	74	23
<i>Responsável costuma conversar com a criança sobre assuntos do interesse dela</i>		
Sim	270	84
Não	55	17
<i>Responsável brinca com a criança</i>		
Sim	241	75
Não	80	25

A Tabela 12 apresenta dados relacionados a algumas práticas de cuidado dos responsáveis com as crianças. Observa-se que metade dos responsáveis indicam que costumam dar “bronca” na criança mesmo sem a existência de um motivo. A grande maioria dos responsáveis (93%) relata que possui o hábito de fazer carinho nas crianças e 75% brincam com as mesmas. No que se refere ao diálogo/conversa estabelecida entre responsável e criança, verifica-se que a maioria dos responsáveis relata que conversa, sendo o assunto principal a escola.

Apresentam-se na tabela 13 os resultados sobre as práticas de Religião, Rotina e Existência de Regras e Responsabilidades na Família:

**Tabela 13 - Religião, Rotina e Existência de Regras e Responsabilidades na Família**

Variável	N	%
<i>Família segue alguma religião</i>		
Sim	270	84
Não	51	16
<i>Criança tem uma rotina de horários e atividades quando está em casa</i>		
Sim	177	55
Não	144	45
<i>Na família existem regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem</i>		
Sim	183	57
Não	138	43

Observa-se que a maioria dos responsáveis aponta que sua família segue alguma religião. Verifica-se também que 45% das crianças participantes não possuem uma rotina de atividades e horários quando está em casa e que em 43% das famílias não existem regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem.

Apresentam-se, na tabela a seguir, os resultados sobre a ocorrência de “brigas” no ambiente familiar.

**Tabela 14 - Ocorrência de “brigas” no ambiente familiar**

Variável	N	%
<i>Se há brigas na família</i>		
Sim	100	31
Não	218	68
<i>Se sim, de que tipo</i>		
Agressões físicas	1	1
Discussões	90	90
Agressões verbais	0	0
Discussões e agressões físicas	9	9
<i>Se sim, quem está envolvido</i>		
Mãe e pai	31	31
Mãe e padrasto	6	6
Pai e madrasta	1	1
Mãe e filhos	10	10
Pai e filhos	1	1
Mãe, pai e filhos	17	17
Filhos/irmãos	27	27
Criança padrasto e/ou madrasta	1	1
Todos que moram na casa	7	7
<i>Se sim, qual é a frequência</i>		
Uma vez por semana	17	17
Duas vezes ou mais vezes por semana	16	16
Só aos finais de semana	1	1
Todos os dias	25	25
Quinzenalmente ou uma vez por mês	41	41

Com o objetivo de investigar a existência de algum tipo de violência intrafamiliar, algumas questões foram feitas para os participantes, sendo que suas respostas foram analisadas descritivamente e estão expressas na tabela 14, onde se pode verificar que 31% dos participantes relatam que existem “brigas” no ambiente familiar, sendo que a maioria dessas “brigas” são relatadas como sendo do tipo “discussões”. Dentre os envolvidos, observa-se que na maioria dos

casos são o pai e a mãe, seguido pelos irmãos. Em relação à frequência dessas brigas e discussões, observa-se que varia dentre quatro possibilidades (uma vez por semana, duas ou mais vezes por semana, todo dia e a cada quinze dias ou mensalmente) sendo a última possibilidade a mais apontada pelos participantes que vivenciam essa realidade.

A partir da apresentação dos resultados descritivos referentes às variáveis advindas do IEP, do SSQ e do contexto familiar foi possível verificar que:

- 34% dos responsáveis possuem estilo parental de risco;
- A média do número de pessoas percebidas como suportivas pelos responsáveis é de 1,67;
- A média de satisfação dos responsáveis com o suporte percebido é 5,43;
- 53% das crianças têm atividades de lazer em seu cotidiano;
- 69% das famílias não têm atividades de lazer em seu cotidiano;
- A maioria dos responsáveis costuma fazer carinho e brincar com as crianças, além de conversar com as mesmas sobre assuntos da escola, rotina e sobre assuntos de interesse delas;
- 84% das famílias seguem uma religião;
- 45% das crianças não possuem uma rotina de atividades quando estão em casa e 43% das famílias não possuem regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem;
- 31% dos responsáveis relatam que existem brigas na família, sendo que desses, 90% relata que são discussões, 31% aponta que os envolvidos são o pai e a mãe da criança e 25% aponta que tais “brigas” acontecem todos os dias.

A seguir apresentam-se os resultados de correlação e de comparação entre as variáveis investigadas.

### **3.4 Resultados das análises de correlação e comparação entre as variáveis: saúde mental infantil, saúde mental materna, práticas parentais, suporte social e variáveis do contexto familiar**

#### **3.4.1 Saúde Mental Infantil X Saúde Mental do Responsável.**

Duas breves considerações são necessárias antecedendo a apresentação dos resultados referentes a esta seção.

1. Considerando que os dados fornecidos pelo MINI são categóricos, do tipo “sim” e “não”, optou-se pela análise de comparação entre grupos, adotando-se os dois grupos possíveis no MINI (“sim” – apresenta pelo menos um ou determinado transtorno mental e “não” – não apresenta determinado transtorno mental), e comparando-se o escore do SDQ obtido nos dois grupos, buscando-se encontrar diferenças estatisticamente significativas das médias do SDQ nos dois grupos do MINI. Análises de correlação entre essas variáveis (SDQ e MINI) foram feitas somente com a variável “número de transtornos mentais” (identificada a partir do MINI) e o escore do SDQ.
2. As análises apresentadas a seguir se referem apenas às variáveis: “Responsável apresenta pelo menos um transtorno mental” e “Quantidade de Comorbidades”. No entanto, também foram realizadas análises se utilizando apenas alguns dos transtornos mentais avaliados pelo MINI, optando-se por aqueles que apresentaram maiores índices na população investigada. Para isso foi criado um gráfico de linha que apresenta as médias dos valores obtidos para cada transtorno mental. Dessa forma, pode-se visualizar os transtornos que tiveram maior ocorrência na população. O gráfico e as análises estão no APÊNDICE F.

A seguir, apresentam-se os resultados das diferenças entre as médias do SDQ para os dois grupos obtidos no item “Responsável apresenta pelo menos um transtorno mental”:

**Tabela 15- Comparações das médias do SDQ quando o responsável apresenta ou não pelo menos um transtorno mental**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	Z
Sintomas Emocionais	5,53	3,69	-5,57**
Problemas de Conduta	3,53	2,37	-4,32**
Hiperatividade	5,23	4	-3,71**
Problemas de Relacionamento	2,86	2	-3,90**
Comportamento Pró-social	8,49	8,81	<i>Ns</i>
Total de Dificuldades	17,17	12	-6,22**
Suplemento de Impacto	1	0,55	-2,27*

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

Observa-se, na Tabela 15, que com exceção da subescala “Comportamento Pró-Social” (única que avalia uma habilidade comportamental da criança), todas as outras apresentaram diferenças significativas entre os grupos, indicando que os escores pontuados pelas crianças, segundo a avaliação dos responsáveis, em todas as outras subescalas do SDQ são significativamente maiores quando o responsável apresenta pelo menos um transtorno mental, ou seja, as crianças têm mais problemas de saúde mental quando os responsáveis possuem pelo menos um transtorno avaliado pelo MINI.

Apresentam-se, na Tabela 16 a seguir, os resultados das análises de correlação entre o SDQ e a quantidade de comorbidades apresentadas pelos responsáveis encontradas a partir do MINI:

**Tabela 16 – Correlação entre SDQ e Comorbidades do MINI**

	Quantidade de Comorbidades
Sintomas emocionais	0.249262**
Problemas de conduta	0.158800**
Hiperatividade	0.169914*
Problemas de relacionamento	0.209296*
Comportamento pró-social	Ns
Total de Dificuldades	0.265267**
Suplemento de Impacto	0.168180*

A partir da Tabela 16, observa-se que existem correlações positivas entre os escores do SDQ e a quantidade de Comorbidades do MINI, de forma que quanto mais Comorbidades os responsáveis possuem, mais problemas de saúde mental as crianças apresentam.

Os resultados obtidos nas análises de comparação entre os dois grupos advindos do MINI (apresenta ou não o transtorno mental), a respeito da relação entre Saúde Mental do Responsável (representada pelos transtornos mais pontuados pelos responsáveis) e Saúde Mental da Criança se encontram no APÊNDICE F.

### **3.4.2. Saúde Mental Infantil X IEP e SSQ**

A seguir, apresenta-se a Tabela 17, com os resultados da correlação entre saúde mental da criança e as práticas parentais dos responsáveis:

**Tabela 17 – Correlação entre SDQ e IEP**

	Monitoria		Punição		Disciplina	Monitoria	Abuso	
	Positiva	Comportamento Moral	Inconsistente	Negligência	relaxada	Negativa	Físico	IEP
Sintomas emocionais	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	ns
Problemas de conduta	ns	ns	0,378**	ns	0,355**	ns	0,352**	-0,536**
Hiperatividade	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	ns
Problemas de relacionamento	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	ns
Comportamento pró-social	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	ns
Total de Dificuldades	ns	ns	0,380**	ns	0,310**	ns	0,368**	-0,455**
Suplemento de Impacto	ns	ns	ns	ns	Ns	ns	ns	ns

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo e/ou índice de correlação < que 0,3



Os dados apresentados na Tabela 17 evidenciam que quanto mais os responsáveis se utilizam das práticas parentais: “Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Abuso Físico, mais as crianças apresentam Problemas de Conduta e Problemas gerais de Saúde Mental. Além disso, quanto pior o estilo parental adotado pelos responsáveis (representado pelo IEP) mais as crianças apresentam problemas de Saúde Mental.

Em relação aos resultados das análises de correlações entre a saúde mental da criança e o suporte social recebido e percebido pelos responsáveis, observa-se que não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

### **3.4.3 Resultados das análises entre o SDQ e variáveis do contexto familiar**

As variáveis do QAC utilizadas nas análises do presente estudo foram definidas a partir dos apontamentos da literatura a respeito de algumas características presentes no contexto familiar que podem atuar como fatores de risco ou de proteção à saúde mental infantil. Elas foram divididas em 4 dimensões e avaliadas no intuito de investigar a existência ou não de relações com a presença ou ausência de problemas de saúde mental nas crianças. Em seguida apresentam-se as dimensões e variáveis relacionadas:

#### **Dimensão 1: Família**

Variáveis analisadas:

- Renda familiar
- Classificação Econômica da Família
- Se os pais da criança vivem juntos
- Se a família da criança segue alguma religião
- Se a família da criança tem atividades de lazer
- Se na família existem regras que todos conhecem e precisam cumprir
- Se há “brigas” na família

#### **Dimensão 2: Responsável**

Variáveis analisadas:

- Idade do responsável
- Escolaridade do Responsável
- Se o responsável trabalha

- Se o responsável relata ter algum problema de saúde

### **Dimensão 3: Criança: rotina e escola**

Variáveis analisadas:

- Qual é o desempenho da criança na escola segundo a percepção do responsável
- Se a criança já repetiu algum ano na escola
- Se a criança tem amigos
- Se a criança tem atividades de lazer
- Se a criança quando está em casa possui uma rotina de atividades organizada

### **Dimensão 4: Práticas de cuidado do responsável em relação à criança**

Variáveis analisadas:

- Se o responsável faz carinho na criança
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos da escola
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos de rotina
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos do interesse da mesma
- Se o responsável brinca com a criança

Os testes estatísticos utilizados foram: teste de Correlação de Kendall's (para variáveis contínuas ordinais); teste de Mann-Whitney (comparação entre grupos – variáveis categóricas) e teste de Kruskal-Wallis (comparação entre três ou mais grupos).

A partir das análises realizadas, verificou-se que nenhuma relação foi identificada relativa às variáveis da Dimensão 2 e à saúde mental das crianças. A seguir, apresentam-se os resultados encontrados a partir das análises entre algumas variáveis das Dimensões 1, 3 e 4 e a saúde mental infantil.

Na Tabela 18 observa-se o resultado referente às análises realizadas com a variável da Dimensão 1 (Família) relativa a se os pais vivem ou não juntos.

**Tabela 18 - Comparações das médias do SDQ quando os pais vivem e não vivem juntos**

	Pais vivem juntos	Não vivem juntos	z
Sintomas emocionais	4,86	4,85	ns
Problemas de conduta	2,87	3,55	2,50*
Hiperatividade	4,8	4,65	ns
Problemas de relacionamento	2,35	2,92	2,06*
Comportamento pró-social	8,74	8,35	ns
Total de Dificuldades	15	16	ns
Suplemento de Impacto	0,78	0,93	ns

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

A Tabela 18 mostra as médias de pontuação do SDQ nas situações em que os pais da criança vivem juntos e em que os pais não vivem juntos. Observam-se diferenças significativas ( $p < 0,05$ ) entre os dois grupos apenas nas subescalas “Problemas de Conduta” e “Problemas de Relacionamento”, indicando que as crianças cujos pais não vivem juntos apresentam mais problemas de conduta e de relacionamento que aquelas cujos pais vivem juntos.

Ainda no que se refere a variáveis da Dimensão Família, na tabela a seguir, apresentam-se os resultados das análises do SDQ em função da existência ou não de regras que todos conhecem e precisam cumprir.

**Tabela 19 - Comparações das médias do SDQ quando, na família, há regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem e quando não há.**

	Há regras e responsabilidades	Não há	Z
Sintomas emocionais	4,8	4,9	ns
Problemas de conduta	3	3,2	ns
Hiperatividade	4,78	4,7	ns
Problemas de relacionamento	2,6	2,4	ns
Comportamento pró-social	8,75	8,4	-2,07*
Total de Dificuldades	15,21	15,34	Ns
Suplemento de Impacto	0,84	0,82	Ns

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

Observa-se que apenas a subescala “Comportamento Pró-Social” apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sinalizando que as crianças que vivem em famílias nas quais existem regras e responsabilidades que todos conhecem e precisam cumprir apresentam mais a habilidade de se comportar de forma pró-social que as crianças que não vivenciam essa realidade.

Em seguida, apresenta-se a Tabela 20 que ilustra o resultado das análises do SDQ em função da existência de brigas na família (Dimensão 1: Família).

**Tabela 20 - Comparações das médias do SDQ quando há brigas na família e quando não há**

	Há brigas na família	Não há brigas na família	z
Sintomas emocionais	5,64	4,5	ns
Problemas de conduta	4	2,76	-3,37**
Hiperatividade	5,24	4,57	-2,38*
Problemas de relacionamento	3,21	2,25	-2,39*
Comportamento pró-social	8,08	8,83	2,13*
Total de dificuldades	18	14	-3,53**
Suplemento de Impacto	1,39	0,59	ns

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

Com exceção das subescalas “Sintomas emocionais” e “Suplemento de Impacto”, todas as outras apresentam diferenças significativas entre os grupos, sinalizando que quando

existem brigas na família, as crianças apresentam mais problemas de conduta, são mais hiperativas, possuem mais problemas de relacionamento e se comportam menos de forma pró-social, ou seja, possuem mais prejuízos em sua saúde mental, o que é reforçado pelo escore geral do SDQ que também foi mais alto nessas condições.

No que se refere aos tipos de “brigas”, envolvidos e frequência com que elas acontecem, não houve diferenças significativas entre os grupos.

A seguir, apresentam-se as Tabelas 21 e 22 referentes às variáveis da dimensão 3: Criança: rotina e escola que se relacionaram estatisticamente com o SDQ.

**Tabela 21 – Correlação entre SDQ e desempenho da criança na escola**

<b>Subescalas do SDQ</b>	<b>Desempenho escolar da criança</b>
Sintomas emocionais	ns
Problemas de conduta	ns
Hiperatividade	-0,36**
Problemas de relacionamento	ns
Comportamento pró-social	ns
Total de Dificuldades	-0,304**
Suplemento de Impacto	-0,320**

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

Analisando a Tabela 21 é possível observar que o desempenho da criança na escola sob a ótica do responsável (variável da Dimensão 3) se co-relaciona com as subescalas “Hiperatividade” “Total de Dificuldades” e “Suplemento de Impacto” do SDQ. Isso indica que quanto mais positivo é o desempenho da criança na escola, menos ela apresenta hiperatividade e problemas referentes à saúde mental.

Continuando as análises das possíveis relações entre desempenho escolar e saúde mental infantil, na tabela a seguir apresenta-se o resultado das análises relativas à saúde mental da criança nas situações de repetência ou não das séries escolares.

**Tabela 22 – Comparações entre as médias do SDQ quando a criança já repetiu de ano e quando nunca repetiu de ano**

	Já repetiu	Nunca repetiu	z
Sintomas emocionais	5,11	4,7	ns
Problemas de conduta	3,8	2,95	-2,32*
Hiperatividade	5,83	4,51	-3,07**
Problemas de relacionamento	2,8	2,48	ns
Comportamento pró-social	8,24	8,7	ns
Total de Dificuldades	17,54	14,74	-2,56**
Suplemento de Impacto	1,7	0,63	-3,65**

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

Observa-se que os escores do SDQ que apresentaram diferenças estatisticamente significativas em função da repetência ou não das crianças foram: “Problemas de Conduta”, “Hiperatividade”, “Suplemento de Impacto” e “Total de Dificuldades”, o que significa que as crianças que repetiram de ano tiveram pontuações mais altas nessas subescalas do que as crianças que nunca repetiram de ano na escola. De qualquer forma, considerando que o “Total de Dificuldades” representa a situação da saúde mental da criança como um todo, constata-se que as crianças que já repetiram de ano alguma vez apresentam mais prejuízos em sua saúde mental que as que nunca tiveram essa vivência.

No que se refere à Dimensão 4 (Práticas de cuidado do responsável em relação à criança), apenas a variável relacionada à prática do responsável de conversar com a criança sobre assuntos do interesse dela se relacionou com uma das subescalas do SDQ, como observado na Tabela 23 a seguir:

**Tabela 23 - Comparações entre as médias do SDQ quando o responsável conversa com a criança sobre assuntos do interesse dela e quando relata não ter essa prática**

	Conversa	Não conversa	z
Sintomas emocionais	4,75	5	ns
Problemas de conduta	2,92	4	3,03**
Hiperatividade	4,57	5,6	ns
Problemas de relacionamento	2,53	2,5	ns
Comportamento pró-social	8,74	8,2	ns
Total de dificuldades	14,79	17,16	ns
Suplemento de Impacto	0,85	0,81	ns

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

Em relação à existência de conversas entre responsável e criança sobre assuntos de interesse da criança, observa-se diferença significativa ( $< 0,01$ ) apenas no que se refere ao escore dos Problemas de Conduta, indicando que quando o responsável não realiza essa prática com a criança, ela apresenta mais esse tipo de problema que a criança cujo responsável o faz.

A seguir, apresenta-se uma tabela com todas as relações encontradas nas análises do SDQ com as variáveis do contexto familiar destacadas do QAC, a fim de melhor visualizar e compreender os resultados obtidos.

**Tabela 24 - Resumo das diferenças e correlações significativas existentes entre os escores do SDQ e as variáveis do IEP, SSQ e do Questionário**

Resumo das diferenças e correlações significativas entre os escores do SDQ e as variáveis do Contexto Familiar							
	Sintomas Emocionais	Problemas de Conduta	Hiperatividade	Problemas de Relacionamento	Comportamento Pró-Social	Total de Dificuldades	Suplemento de Impacto
<i>Se os pais da criança vivem juntos</i>		X		X			
<b>Dimensão 1</b>							
<i>Se na família existem regras e responsabilidades</i>					X		
<i>Se há brigas na família</i>		X	X	X	X	X	
<b>Dimensão 3</b>							
<i>Desempenho da criança na escola</i>			X			X	X
<i>Se a criança já repetiu de ano</i>		X	X			X	X
<b>Dimensão 4</b>							
<i>Conversa sobre assuntos do interesse</i>		X					

As análises referentes ao Contexto Familiar relacionadas à Saúde Mental Infantil que obtiveram resultados estatisticamente significativos são ilustradas de forma resumida na Tabela 24, a partir da qual é possível verificar que as variáveis que parecem influenciar a saúde mental infantil (expressa pelo Total de Dificuldades) são: Desempenho da criança na escola segundo a visão do responsável, Se a criança já repetiu de ano, Se o responsável “dá muita bronca na criança” e Se há brigas na família.

É possível verificar, também, que a subescala do SDQ que mais obteve relações com as variáveis do contexto familiar foi “Problemas de Conduta”, cujos escores se correlacionaram ou apresentaram diferenças entre os grupos em sete das nove variáveis avaliadas.

Em relação às variáveis, observa-se que a que mais se relaciona ao desenvolvimento de problemas de saúde mental nas crianças é “brigas na família”.



### 3.4.4 Resultados das análises entre Saúde Mental do responsável, Práticas Parentais e Suporte Social

As análises para investigar possíveis relações entre a Saúde Mental do responsável (MINI), suas práticas parentais (IEP) e seu suporte social (SSQ) foram feitas por meio do teste de Mann Whitney, de comparação entre grupos, considerando os grupos advindos da aplicação do MINI: “Sim” (apresenta transtorno mental) e “Não” (não apresenta).

A seguir, apresentam-se os resultados das diferenças entre os grupos do MINI para as subescalas do IEP e SSQ:

**Tabela 25 – Comparações entre as médias do IEP quando os responsáveis apresentam pelo menos um transtorno mental e quando não apresentam**

Variável	Grupos		Mann-Withney
	Apresentam	Não apresentam	Z
Monitoria positiva	10,38	10,6	Ns
Comportamento moral	10,44	10,27	Ns
Punição inconsistente	3,67	2,56	3,65**
Negligência	2,76	1,75	4,1**
Disciplina relaxada	4,35	3,06	4,09**
Monitoria negativa	6,84	5,6	3,54**
Abuso físico	2,8	1,72	4,14**
IEP	0,4	5,7	5,76**

\* =  $p < 0,05$ ; \*\* =  $p < 0,01$ ; ns = não significativo

A Tabela 25 indica que todas as práticas parentais negativas avaliadas pelo IEP apresentam escores significativamente mais altos ( $p < 0,01$ ) no grupo de responsáveis que apresentam a vivência de problemas de saúde mental. Em relação ao IEP, observa-se que a média obtida no grupo de responsáveis que apresentam transtornos mentais é estatisticamente inferior, indicando um estilo parental pior nesse grupo.

Assim, o fato de o responsável apresentar pelo menos um transtorno mental parece favorecer o uso de práticas parentais negativas na educação das crianças e, conseqüentemente levar à adoção de um estilo parental de risco para o desenvolvimento das mesmas.

No que se refere às práticas parentais positivas (Monitoria Positiva e Comportamento Moral), observa-se na Tabela 25 que não houve diferenças significativas entre os grupos.

Observa-se que, em relação às comorbidades do MINI, não foram encontradas correlações significativas com as práticas e estilos parentais.

Na tabela a seguir, apresentam-se os resultados referentes ao Suporte Social do responsável nas situações em que ele apresenta ou não transtornos mentais:

**Tabela 26 – Comparações das médias do SSQ quando os responsáveis apresentam pelo menos um transtorno mental e quando não apresentam**

	SSQ-N		Mann-Withney	SSQ-S		Mann-Withney
	Apresentam	Não apresentam		Apresentam	Não apresentam	
Se tem pelo menos um transtorno mental	1,6	1,8	2,6**	5,29	5,66	4,56**

\* = p<0,05; \*\* = p<0,01; ns = não significativo

A partir dos dados da Tabela 26, observa-se que as médias do SSQ-N e do SSQ-S apresentaram diferenças significativas entre os grupos de responsáveis que apresentam ou não pelo menos um transtorno mental, indicando que os responsáveis que apresentam um transtorno avaliado pelo MINI possuem menos pessoas em sua rede de suporte social e são menos satisfeitos com o suporte que recebem.

### 3.4.5 Saúde mental do responsável e variáveis do Contexto Familiar

As variáveis do questionário que foram avaliadas no intuito de investigar a existência ou não de relações com a presença ou ausência de pelo menos um transtorno mental nos responsáveis foram as mesmas utilizadas para a avaliação de relações com a Saúde Mental Infantil. A seguir, retomam-se as dimensões e variáveis analisadas:

#### Dimensão 1: Família

Variáveis analisadas:

- Renda familiar
- Classificação Econômica da Família
- Se os pais da criança vivem juntos
- Se a família da criança segue alguma religião
- Se a família da criança tem atividades de lazer
- Se na família existem regras que todos conhecem e precisam cumprir
- Se há “brigas” na família
- No caso de existir brigas, de que tipo elas são (discussões, violência física)
- No caso de existir brigas, qual é a frequência?

### **Dimensão 2: Responsável**

Variáveis analisadas:

- Idade do responsável
- Escolaridade do Responsável
- Se o responsável trabalha
- Se o responsável relata ter algum problema de saúde

### **Dimensão 3: Criança: rotina e escola**

Variáveis analisadas:

- Qual é o desempenho da criança na escola segundo a percepção do responsável
- Se a criança já repetiu algum ano na escola
- Se a criança tem amigos
- Se a criança tem atividades de lazer
- Se a criança quando está em casa possui uma rotina de atividades organizada

### **Dimensão 4: Práticas de cuidado do responsável em relação à criança**

Variáveis analisadas:

- Se o responsável faz carinho na criança
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos da escola
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos de rotina
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos do interesse dela
- Se o responsável brinca com a criança

O teste estatístico utilizado foi o de Mann-Whitney (comparação entre dois grupos de variáveis).

Encontraram-se diferenças significativas apenas entre as variáveis da saúde mental do responsável, a partir do índice: “Apresenta pelo menos um transtorno mental” no que se refere às variáveis “Se há brigas na família” (Dimensão 1) e “Se o responsável relata ter algum problema de saúde” (Dimensão 2), indicando que os responsáveis que possuem pelo menos um transtorno mental relatam significativamente mais que possuem algum problema de saúde ( $p < 0,01$ ) que aqueles que não têm nenhum transtorno, bem como que existem brigas na família ( $p < 0,01$ ).

#### **3.4.6. Resultados referentes aos testes envolvendo correlações e comparações entre as variáveis do IEP, SSQ, Renda familiar e Escolaridade dos responsáveis**

Sobre os resultados advindos das análises de correlação entre:

- IEP X SSQ (correlação de Spearman)
- IEP X Renda familiar (correlação de Kendall's)
- IEP X Escolaridade dos responsáveis (correlação de Kendall's)
- SSQ X Renda familiar (correlação de Kendall's)
- SSQ X Escolaridade dos responsáveis (correlação de Kendall's)

observa-se que nenhuma correlação estatisticamente significativa foi encontrada.

### **3.5. Identificação dos Fatores de Proteção à saúde mental infantil no contexto familiar**

A partir dos achados do presente estudo, apresentados até aqui, observam-se alguns resultados estatisticamente significativos entre as variáveis estudadas, principalmente no que se refere à Saúde Mental Infantil e às variáveis: Saúde Mental do responsável, Práticas Parentais Negativas avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais, Tipo de Estilo Parental, Existência, na família, de regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem, Existência de brigas na Família, Desempenho da criança na escola e Se a criança já repetiu de ano.

Considerando que um dos objetivos deste estudo é a identificação de possíveis fatores de risco e proteção envolvidos na saúde mental infantil, observou-se a necessidade de estabelecer algum critério frente ao que será considerado e discutido no presente estudo enquanto fatores de risco e fatores de proteção à saúde mental infantil.

Enquanto risco, serão consideradas e discutidas as variáveis que, ao serem analisadas estatisticamente junto ao SDQ, obtiveram resultados significativos com o escore geral desse instrumento, representado pelo Total de Dificuldades. Tais variáveis são:

- Saúde Mental do responsável
- As Práticas Parentais Negativas: Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Abuso Físico, avaliadas pelo Inventário de Estilos Parentais;
- Tipo de Estilo Parental;
- Existência de brigas na Família.

As variáveis: Desempenho escolar na percepção do responsável e Repetência escolar também obtiveram resultados significativos ao serem avaliadas junto ao SDQ, no entanto, serão discutidas à luz da literatura enquanto possíveis consequências da saúde mental das crianças, bem como enquanto parte de um processo caracterizado pela atuação dos mecanismos de risco.

Em relação ao âmbito da proteção à saúde mental infantil, uma única variável foi identificada como um possível fator de proteção, a que se refere à “Existência, na família, de regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem”, pois, na análise comparativa entre o grupo de responsáveis que relatou haver em suas famílias tais regras e responsabilidades e o grupo de responsáveis que relataram não haver essa característica em suas famílias, observou-se que o escore do Comportamento Pró-Social no primeiro grupo foi significativamente maior. Tal variável será considerada e discutida, considerando que as crianças foco deste estudo são provenientes de famílias residentes em regiões mais periféricas da cidade, caracterizadas por uma situação socioeconômica desfavorável, o que já configura um contexto de risco (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004). Assim, a par com o referencial teórico utilizado, a proteção aqui é considerada na presença do risco.

Assim, considerando que no presente estudo são entendidos como fatores de proteção os recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto do risco (vide página

28), optou-se por avaliar de forma mais cuidadosa esses recursos na presença dos riscos identificados no presente estudo, como descrito a seguir.

Para a identificação de possíveis fatores de proteção atuando na presença de situações de risco identificadas no presente estudo, algumas variáveis foram selecionadas e avaliadas nos seguintes mecanismos de risco:

1. No grupo dos responsáveis que apresentaram concomitantemente pelo menos um transtorno mental e estilos parentais de risco ou regular abaixo da média;
2. No grupo dos responsáveis que apresentaram concomitantemente pelo menos um transtorno mental; estilos parentais de risco ou regular abaixo da média e relataram existência de brigas na família.

Este procedimento teve o objetivo de identificar possíveis correlações e comparações entre grupos das variáveis consideradas pelo presente estudo como potenciais fatores de proteção à saúde mental infantil e as subescalas do SDQ: “Comportamento Pró-Social e Total de Dificuldades, na presença de dois ou mais riscos identificados no estudo.

Para as análises, as seguintes variáveis foram avaliadas:

- Suporte social do responsável (índices N e S)
- Escolaridade do Responsável
- Se a família segue alguma religião
- Se a criança ou a família possuem atividades de lazer
- Se o responsável faz carinho na criança
- Se o responsável brinca com a criança
- Se o responsável conversa com a criança sobre assuntos do interesse dela
- Se a criança possui uma rotina de atividades quando está em casa
- Se, na família existem regras e responsabilidades que todos conhecem e cumprem.

Os testes utilizados foram: Correlação de Spearman, Correlação de Kendall's e Mann-Whitney.

Os resultados apontaram que em ambos os grupos uma única variável foi identificada como potencial fator protetivo, obtendo resultados estatisticamente significativos, a saber:

- **Satisfação com o suporte social percebido pelo responsável:** a partir do teste de correlação de Spearman, observou-se correlação positiva e significativa ( $p < 0,01$ ) entre satisfação com o suporte social percebido pelo responsável e o comportamento pró-social (0,30 e 0,32 nos grupos 1 e 2 respectivamente), de forma que quanto maior a satisfação do responsável, mais a criança apresentou a habilidade de se comportar de forma pró-social;

Frente aos resultados apresentados, as variáveis consideradas e discutidas pelo presente estudo como sendo possíveis **fatores de proteção** para a saúde mental infantil serão:

- *Existência, na família, de regras e responsabilidades que todos conhecem e precisam cumprir* na amostra geral do presente estudo;
- *Satisfação com o suporte social percebido pelos responsáveis* nos dois grupos de risco estudados.

No próximo capítulo, discutem-se os resultados encontrados no presente estudo.

## **CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO**

Neste capítulo, pretende-se discutir os resultados obtidos no presente estudo que objetivou estimar a prevalência de problemas de saúde mental em crianças estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental das escolas municipais da cidade de São Carlos e identificar fatores de risco e proteção envolvidos, representados pelas variáveis: saúde mental do responsável, práticas e estilos parentais, suporte social do responsável e variáveis do contexto familiar, tais como: renda familiar, escolaridade dos responsáveis, situação conjugal dos pais, condições de saúde e trabalho dos responsáveis, atividades de lazer, práticas de cuidado dos responsáveis junto às crianças, existência de brigas na família, religião, dentre outras.

No intuito de melhor organizar as informações, este capítulo será dividido em três seções, a saber:

- 4.1. Prevalência de problemas de saúde mental das crianças e de seus responsáveis
- 4.2. Saúde mental das crianças e variáveis de risco e proteção
- 4.3. Considerações Finais

### **4.1 Prevalência de problemas de saúde mental das crianças e de seus responsáveis**

Em relação ao estudo de prevalência de problemas de saúde mental infantil, obtida a partir do Total de Dificuldades do SDQ, observou-se uma taxa de prevalência de 43% de crianças com escore “Clínico” para a saúde mental, indicando que as crianças necessitam de intervenção especializada.

Esse resultado aponta um índice de prevalência bastante superior ao que tem sido encontrado em estudos nacionais e internacionais, os quais têm indicado taxas de prevalência variando de 10% a 25% (SÁ et al, 2010; ASSIS ET AL, 2009).

Os estudos nacionais que usaram o SDQ encontraram taxas de 18,7% em crianças estudantes das quatro primeiras séries do ensino fundamental de uma escola de Ribeirão Preto, interior de São Paulo (CURY, GOLFETO, 2003); 22,7% em escolares de todas as classes sociais, das primeiras três séries do ensino fundamental da cidade de Taubaté (VITOLLO et al, 2005); 15,1% em crianças e adolescentes de 5 a 14 anos residentes da Ilha da Maré/Bahia (GOODMAN et al, 2005) e 12,5% em crianças da sexta série de todas as escolas da cidade de Barretos, interior de São Paulo (PAULA et al, 2008).



Observa-se, portanto, que o presente estudo encontrou uma taxa bastante superior ao que já foi encontrado até então no Brasil, a partir do mesmo instrumento. Este resultado suscita algumas hipóteses, tais como o fato das crianças participantes do presente estudo serem provenientes exclusivamente de famílias residentes em bairros periféricos da cidade, população vinculada às escolas municipais da cidade de São Carlos. Isso não é comum nos estudos de prevalência, que consideram, em sua maioria, a população geral de crianças e adolescentes, abrangendo regiões diferentes de uma mesma cidade, a partir de escolas públicas e particulares e pertencentes a populações de menor e maior renda (FLEITLICH, GOODMAN, 2001, CURY, GOLFETO, 2003, PAULA ET AL, 2008).

Um estudo que utilizou o SDQ para avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes e que estimou a prevalência dessa problemática fazendo análises distintas de acordo com a situação socioeconômica dos participantes, foi o desenvolvido por Fleitlich e Goodman (2001) em Campos do Jordão, com crianças e adolescentes provenientes de três áreas distintas da cidade (uma favela, uma comunidade urbana bem estabelecida e uma comunidade rural). Os autores analisaram as taxas encontradas abrangendo todos os grupos (15%) e também de forma separada e encontraram que as crianças e adolescentes residentes da favela apresentaram mais problemas relativos à saúde mental (22%) que aqueles residentes das outras áreas (FLEITLICH, GOODMAN, 2001). Ou seja, a situação socioeconômica, especificamente a renda e o pertencimento a regiões mais desfavorecidas, é uma variável que parece estar relacionada à saúde mental das crianças e tem sido apontada pelos estudos como um importante fator de risco. Tal questão foi avaliada pelo presente estudo, sendo que será discutida com mais profundidade na seção 6.2.

De qualquer forma, sinaliza-se que o fato de o presente estudo ter priorizado as escolas municipais e que as mesmas atendem à população de crianças residentes em regiões mais periféricas do município pode ser uma hipótese plausível para a compreensão do resultado obtido referente à prevalência de problemas de saúde mental infantil. Não obstante, a taxa encontrada na presente pesquisa ainda é substancialmente maior se comparada ao grupo menos favorecido economicamente do estudo de Fleitlich e Goodman (2001).

Outra hipótese se refere ao instrumento utilizado, o SDQ, que possui três versões destinadas a três tipos de respondentes (versão para pais e/ou responsáveis, versão para professores e versão para adolescentes de 11 anos ou mais), sendo que no presente estudo foi

utilizada somente a versão para pais e/ou responsáveis, ou seja, a saúde mental infantil foi avaliada a partir de uma única ótica, o que indica uma limitação do presente estudo.

Ainda no que se refere aos respondentes do questionário, ou seja, os responsáveis pelas crianças participantes, verificou-se que eles também foram identificados com altos níveis de problemas de saúde mental segundo o MINI (63%), o que pode favorecer uma visão mais pessimista e negativa em relação aos comportamentos dos filhos/crianças.

Mian e colaboradores (2009) apontam que a validade das informações dadas por mães com depressão sobre seus filhos é controversa, embora exista a hipótese de que essas mães tendem a ter uma visão mais negativa sobre o desempenho e o comportamento de seus filhos do que eles realmente apresentam. Dessa forma, estudos que avaliem a saúde mental de filhos de mães com transtornos mentais sob a ótica de diferentes atores são necessários para confirmar ou refutar tal hipótese.

Vale ressaltar que o presente estudo não objetivou avaliar somente a saúde mental de filhos de mães com transtornos mentais, mas estimar a prevalência de problemas de saúde mental em escolares e, de qualquer forma, o resultado chama a atenção e evidencia a necessidade de se olhar para essa realidade com cuidado e responsabilidade, em especial os profissionais que lidam com essa população e os gestores municipais, estaduais e federais, no sentido de melhor compreendê-la e de possibilitar espaços para reflexão, debate e planejamento de ações em saúde, educação e assistência social mais efetivas, voltadas para essa população.

Reforçando tais considerações e a despeito do resultado da prevalência de problemas de saúde mental infantil obtido neste estudo ser bastante superior ao que tem sido encontrado na literatura, as taxas de prevalência encontradas nos estudos de prevalência no geral são altas (10-25%) e aponta-se para a necessidade de reflexão a respeito do que isso implica para o desenvolvimento infantil e para as políticas que atendem crianças e famílias nas diferentes esferas de atenção (Educação, Saúde, Assistência Social, dentre outras), na medida em que os estudos sinalizam que o fato de uma criança que apresenta uma dificuldade relacionada à saúde mental tende a permanecer com essa dificuldade no decorrer de seu processo de desenvolvimento, trazendo prejuízos para o desempenho de atividades e habilidades relativas às fases posteriores do ciclo de vida, aumentando as chances de se tornar uma criança ou adolescente com dificuldades escolares, relacionais ou até mesmo de desenvolver transtornos mentais mais graves na fase adulta (ASSIS, et al, 2009, D'ABREU, MARTURANO, 2010). Ou

seja, a questão da saúde mental infantil envolve ações de prevenção e promoção à saúde, intervenções especializadas em saúde, educação, assistência social e, pensando nas políticas de saúde, perpassa da atenção básica (nível de atenção primário) à atenção especializada (nível de atenção secundário), constituindo-se um problema de Saúde Pública, indo além da especificidade da Saúde Mental.

O estudo permitiu, também, identificar as taxas de prevalência de cada subescala do SDQ. No que se refere à subescala “Suplemento de Impacto”, observa-se uma prevalência de 19% das crianças pontuadas como “Clínico” e 12% como “Limítrofes”, o que significa que 31% dos responsáveis identificam e percebem que as crianças têm um problema e que este impacta negativamente no cotidiano familiar e escolar, trazendo prejuízos. OU seja, a despeito da pontuação relativa à avaliação da saúde mental a partir dos sintomas e comportamentos, o SDQ também propicia que o participante avalie a condição da criança por meio da própria percepção e que avalie o impacto que essa condição tem nos contextos da criança.

Em relação aos sintomas e hipóteses diagnósticas apontadas pelo SDQ, a subescala “Problemas Emocionais” é a mais pontuada pelas crianças, segundo seus responsáveis (52%), seguida pelos “Problemas de Conduta”; “Hiperatividade”; “Problemas Emocionais” e “Comportamento Pró-Social”. Esta última subescala é a que menos apresenta crianças avaliadas como “Clínico” (6%), estando, 91% “Saudáveis” em relação a esse aspecto, ou seja, a grande maioria das crianças, segundo seus responsáveis, possui a habilidade de se comportar de forma pró-social.

Esse achado relativo ao Comportamento Pró-Social pode ser explicado pela idade das crianças participantes do estudo, que estão na fase escolar, ou seja, estão vivenciando novos desafios relacionados principalmente à escolarização e à socialização (MARTURANO et al., 1997), onde as habilidades sociais são testadas e cobradas nos diferentes contextos de vivência das crianças. Hipotetiza-se que, embora possa ser difícil, as crianças esforçam-se para cumprir com êxito essa tarefa. No entanto, os problemas emocionais apontados podem colocar em risco esse comportamento nas fases posteriores do desenvolvimento.

Ainda no que se refere ao Comportamento Pró-Social, uma outra análise possível, mais positiva, refere-se ao fato de que o resultado obtido pode indicar um potencial das crianças para o desenvolvimento saudável, bem como das famílias em promover tal desenvolvimento, o que pode maximizar a efetividade das intervenções e políticas direcionadas a essas crianças.

Outro resultado bastante significativo é a taxa de prevalência de 52% de sintomas emocionais nas crianças, que indica que mais da metade das 321 participantes vivenciam com frequência em seu cotidiano sintomas como: tristeza, ansiedade, medo, preocupação, choro fácil e sintomas psicossomáticos. Tal resultado pode ser melhor discutido e compreendido à luz dos fatores de risco e proteção correlacionados a essa subescala, tais como as práticas e estilos parentais. No entanto, os achados referentes às subescalas do SDQ, com destaque para o “Comportamento Pró-Social” apresentado por 91% das crianças, remete à hipótese de que as mesmas podem estar estressadas, de forma que apresentam sintomas que caracterizam dificuldades relativas à saúde mental, mas ainda podem não apresentar transtornos específicos que comprometam sua habilidade de agir de forma pró-social.

De acordo com Matsukura e colaboradores (2007, p. 416), “o estresse pode ser compreendido como a presença de uma condição ou situação onde existe uma acentuada diferença entre as demandas externas ao organismo e a avaliação do indivíduo sobre sua capacidade em responder a elas”. Tal condição, segundo Lipp e colaboradores (2002) desencadeia alterações psicofisiológicas que buscam a adaptação do indivíduo frente a tal fato ou mudança, sendo que em crianças pode manifestar sintomas físicos (dor de cabeça, dor de estômago, doenças respiratórias, doenças dermatológicas) e psicológicos (tristeza, agitação, agressividade, ansiedade, dificuldades nos relacionamentos, dentre outros).

Considerando o estresse infantil e a entrada no ensino fundamental, que traz novas demandas de adaptação para as crianças, Correia-Zanini e colaboradoras (2011) desenvolveram um estudo que teve o objetivo de investigar relações entre sintomas de estresse e a percepção de tensões cotidianas na escola em 167 crianças de seis e sete anos, estudantes de escolas públicas. A partir da Escala de Stress Infantil, as autoras encontraram que 56% das crianças apresentaram sintomas de estresse, principalmente no que se refere a reações físicas e psicológicas. Os resultados indicaram, ainda, que 40% das crianças avaliadas se encontram na fase de quase exaustão, que, segundo as autoras, pode levar ao adoecimento físico e psicológico. As autoras sinalizam para a necessidade de medidas protetivas à saúde física e psicológica das crianças que estão ingressando no Ensino Fundamental e apontam para a necessidade de estudos longitudinais capazes de avaliar a persistência ou não do estresse nas fases posteriores de desenvolvimento da criança.

Assim, observa-se que o estresse pode ser uma variável relacionada à presença de dificuldades relativas à saúde mental, tais como os sintomas emocionais, os problemas de conduta e os problemas de relacionamento identificados pelo SDQ. A presença de tais sintomas e dificuldades parece prejudicar a saúde mental das crianças, mas não ao ponto de fazer com que não se comportem de forma pró-social. Ou seja, embora com dificuldades, as crianças parecem continuar demonstrando comportamentos saudáveis em seu cotidiano relacional, o que reforça a necessidade de intervenções protetivas nessa faixa etária.

Em relação à prevalência de problemas de saúde mental nos responsáveis, ainda que apenas 4 responsáveis tenham relatado apresentar esse tipo de comprometimento, observou-se, a partir do MINI, uma taxa bastante alta, representada pelo item: “Apresenta pelo menos um transtorno mental”, no qual 63% dos responsáveis participantes se auto-avaliaram, sendo que, analisando-se apenas as mães participantes, observa-se uma taxa de 66%, isto é, a maioria apresenta pelo menos um transtorno mental avaliado pelo MINI.

Tal resultado também é superior ao que tem sido encontrado na literatura da área da epidemiologia dos transtornos mentais em adultos 7% a 26% (ARAÚJO, PINHO, LIMA, 2005). Em relação aos diferentes transtornos avaliados, destacam-se, com maiores índices, os Episódios Depressivos (40% Maior Atual, 23% Maior Passado e 26% com Características Melancólicas); Risco de Suicídio Atual (26%); Transtorno de Ansiedade Generalizada (24%), Transtornos (Hipo) Maníacos Atuais e Passados (22%), Agorafobia (20%) e Transtorno de Pânico (15%).

Os resultados provenientes do MINI permitiram verificar, também, os baixos índices referentes à dependência e abuso de álcool e outras substâncias químicas, indicando que essa não parece ser uma problemática dessa população estudada. No entanto, considerando que em sua maioria as participantes são mulheres e que a prevalência de abuso de álcool e substâncias em mulheres é menor do que em homens – um levantamento realizado pela Secretaria Nacional Anti-Drogas (BRASIL, 2005) apontou que 1,6% das mulheres brasileiras e 4,7% dos homens já receberam algum tipo de tratamento relacionado ao uso de substâncias químicas) – e considerando também a especificidade dessa questão na área da Saúde Mental e as crenças e os valores culturais envolvidos, uma análise mais cuidadosa deve ser feita no intuito de compreender tal resultado. Hipotetiza-se que isso pode ter acontecido devido à dificuldade em falar sobre um assunto considerado delicado e carregado de valores morais e culturais, principalmente quando o

foco das entrevistas e estudo se refere à saúde das crianças. Estudos que investiguem essa questão de forma mais focalizada e a partir de instrumentos padronizados voltados para essa variável são necessários no sentido de obterem-se dados mais consistentes.

No que se refere aos índices de depressão do presente estudo, embora sejam superiores aos encontrados na literatura, (em média 20 - 25%) a situação apresentada vai ao encontro de alguns apontamentos referentes ao crescimento dos casos dessa condição no Brasil e no Mundo, constituindo-se em um importante problema de saúde pública, principalmente no que se refere à população adulta feminina (ARAÚJO, PINHO E LIMA, 2005).

Andrade e colaboradoras (2006) apontam que a depressão é a principal responsável pela incapacitação em mulheres no mundo. Além disso, a morte por suicídio é a segunda causa de morte em mulheres. As autoras indicam, ainda, que cerca de 35% da população adulta não institucionalizada apresentou algum tipo de transtorno mental ao longo da vida.

Nessa direção, Andrade e colaboradores (2002) avaliaram uma amostra representativa de 1464 indivíduos maiores de 18 anos residentes na cidade de São Paulo e encontraram que as mulheres apresentaram maior risco de desenvolver qualquer transtorno psiquiátrico não psicótico e, segundo os autores, tais dados vão ao encontro dos achados em estudos internacionais.

Algumas hipóteses tentam explicar as diferenças de gênero e o aumento na prevalência dos transtornos mentais nas mulheres. Uma delas se refere à susceptibilidade biológica feminina, em função da flutuação dos hormônios, especialmente o estrogênio que age na modulação do humor. Outras se referem à influência das pressões sociais sofridas pelas mulheres, estresse crônico e insatisfação frente ao desempenho dos diferentes papéis femininos. Além disso, existe o argumento de que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas e procurar ajuda do que os homens, favorecendo a maior identificação nessa população (ANDRADE et al, 2006; VERAS et al, 2006).

No que se refere aos fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, em especial os transtornos de humor e ansiosos, a literatura internacional e nacional têm apontado fatores de predisposição genética, vivências de situações adversas/estressoras ao longo da história de vida, baixa satisfação com o suporte social, conflitos conjugais, dentre outros (SCHMIDT et al, 2011; ANDRADE et al, 2006; ARAÚJO et al, 2005; LIMA, 1999).

Observa-se, portanto, uma sinalização dos estudos para a necessidade de maior atenção à saúde mental dos indivíduos, indicando aumento nas taxas de prevalência dos transtornos mentais na população adulta, especialmente os relacionados ao humor e ansiedade, destacando as graves consequências que essa situação tem causado para a qualidade de vida da população feminina.

O presente estudo concorda com tais apontamentos e, na medida em que revela uma taxa superior ao que a literatura tem indicado em termos da prevalência de transtornos mentais na população adulta e considerando que os participantes são responsáveis por crianças em idade escolar, sinaliza para a necessidade de políticas públicas que considerem os diferentes fatores que parecem estar envolvidos no desenvolvimento desse tipo de problemática, que parecem constituir um contexto de risco caracterizado por uma associação de fatores que culminam no adoecimento emocional dos adultos e das crianças, prejudicando o bem estar e a qualidade de vida dos indivíduos e das famílias.

#### **4.2 Saúde mental das crianças e variáveis de risco e proteção**

Sobre as variáveis identificadas no presente estudo como possíveis riscos para a saúde mental das crianças, as práticas parentais Punição Inconsistente, Disciplina Relaxada e Abuso Físico, bem como o índice de estilos parentais se correlacionaram com o escore geral do SDQ, indicando que quanto mais os responsáveis utilizam dessas práticas no cotidiano com as crianças e quanto pior o estilo parental adotado por eles, mais problemas referentes à saúde mental as crianças apresentam, reforçando achados da literatura da área (COLLINS et al, 2000; COSTA ET et al., 2000; GOMIDE, 2003; TEIXEIRA, et al., 2004).

Além disso, no que se refere às práticas e estilos parentais adotados pelos responsáveis participantes do presente estudo, observou-se que a maioria (61%) adota estilo parental de risco para o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais nas crianças ou Estilo parental regular abaixo da média, sinalizando para o predomínio das práticas parentais negativas dos responsáveis em suas interações cotidianas com as crianças.

Esse achado remete à discussão a respeito da importância das atitudes dos pais para o desenvolvimento e saúde mental das crianças, bem como sobre o que pode estar envolvido na adoção pelos pais e responsáveis de estilos parentais negativos.

Rutter (2005), ao discorrer sobre os fatores de risco ambientais e os possíveis efeitos que eles podem causar para o desenvolvimento socioemocional infantil, cita que características presentes no relacionamento e interação entre mãe/pai e filho são determinantes para o desenvolvimento e saúde mental das crianças, sendo que, quando tais relações são permeadas por atitudes negativas (negligência e violência, por exemplo), a probabilidade da criança apresentar dificuldades em sua saúde mental aumenta, independente de suas características genéticas que poderiam deixá-la mais ou menos vulnerável a tal situação.

Além disso, o autor aponta que as atitudes parentais, quando negativas, são caracterizadas como fatores de risco *proximal*, pois estão presentes na relação vivenciada diretamente pela criança e sofrem influência dos fatores de risco que ele chama de *distais* e que podem ser exemplificados pela pobreza e por outros aspectos sociais (RUTTER, 2005).

Nessa direção, Collins e colaboradores (2000) apontam a necessidade de se avaliar variáveis contextuais extra-familiares que podem exercer influência na forma dos pais educarem seus filhos. Os autores sinalizam que isso pode ser feito tomando-se como base a teoria bioecológica de Bronfenbrenner. Assim, pode-se considerar que as práticas e estilos parentais ocorrem por meio de processos proximais entre a criança e seu cuidador e, portanto, são influenciadas pelos aspectos sociais e históricos presentes no contexto sociocultural do indivíduo.

Portanto, a partir do modelo bioecológico, pode-se compreender que o desenvolvimento é influenciado pelas características do ambiente e de suas relações com o processo, a pessoa e o tempo. Especialmente no que se refere às práticas e estilos parentais, observa-se que ele é determinado pelas circunstâncias mais amplas características do tempo e do contexto no qual a família está inserida.

Nessa perspectiva, considerando que: 1. Os participantes do presente estudo são responsáveis por crianças estudantes de escolas municipais da cidade de São Carlos que estão localizadas em regiões periféricas da cidade, atendendo à população de seu entorno; 2. Que 71% desses participantes declaram renda de até dois salários mínimos; 3. Que 66% das mães participantes apresentam pelo menos um transtorno mental identificado pelo MINI, aponta-se que as famílias desses responsáveis e crianças vivenciam situações estressoras suficientes para interferir e prejudicar as práticas e estilos parentais adotados pelos cuidadores que, por sua vez, prejudicam os processos proximais vivenciados pelas crianças, trazendo consequências negativas para sua saúde mental.



Assim, as práticas e estilos parentais negativos parecem constituir um risco proximal para a saúde mental das crianças foco do presente estudo, sendo consequências de uma série de fatores de risco distais, configurando, assim, um mecanismo de risco, conforme a compreensão da literatura da área (RUTTER, 2005).

Dando prosseguimento à análise referente aos possíveis fatores de risco identificados no presente estudo que, em conjunto, constituem um mecanismo de risco que prejudica a saúde mental das crianças, discute-se os resultados relacionados à saúde mental dos responsáveis que foi avaliada no presente estudo e foi identificada como sendo um possível fator de risco para a saúde mental das crianças, na medida em que esteve relacionada significativamente com essa variável e também com as práticas e estilos parentais. Tal achado vai ao encontro de alguns estudos que investigaram associações entre transtornos mentais maternos e desenvolvimento socioemocional infantil (CID, MATSUKURA, 2010; VITOLLO ET AL, 2005; CAVAGLIERI, MATSUKURA, 2005; LESESNE ET AL, 2003; BRENNAN ET AL, 2002; FLEITLICH, GOODMAN, 2001), bem como ao encontro de estudos nacionais e internacionais que investigaram a influência da saúde mental materna nas práticas e estilos parentais e na saúde mental dos filhos (RUZZI-PEREIRA, 2007; LEIFERMANN ET AL, 2005, OYSERMAN ET AL, 2005).

No presente estudo, observou-se que todas as subescalas do SDQ que avaliam dificuldades socioemocionais apresentaram diferenças significativas entre os grupos, indicando que os escores pontuados pelas crianças, segundo a avaliação dos responsáveis, são significativamente maiores quando o responsável apresenta pelo menos um transtorno mental. Ou seja, as crianças têm mais problemas de saúde mental quando os responsáveis possuem pelo menos um transtorno mental e vice-versa, sinalizando que a condição da saúde mental do cuidador influencia o desenvolvimento emocional das crianças. Tal achado foi evidenciado quando a análise foi realizada com cada transtorno mental avaliado pelo MINI, destacando-se o resultado obtido pelo Episódio Depressivo Maior Atual, que esteve associado à presença de todos os problemas de saúde mental avaliados pelo SDQ.

Ainda em relação à vivência de Depressão pelos responsáveis, observou-se nos resultados que os três tipos de Episódios Depressivos avaliados apresentaram diferenças significativas entre os grupos nas subescalas “Sintomas Emocionais”, “Problemas de Relacionamento” e no “Total de Dificuldades”, indicando que as crianças possuem mais

comprometimentos em sua saúde mental quando seus responsáveis apresentam Depressão, com destaque para os sintomas emocionais e problemas de relacionamento das crianças.

Esses achados confirmam o que tem sido encontrado em estudos nacionais e internacionais relacionados à influência da depressão materna na saúde e desenvolvimento dos filhos (GERKEINSMEYER ET AL, 2011; MUSTILLO et al, 2011; MIAN et al, 2009; MENDES ET AL, 2008).

Os estudos de Mustillo e colaboradores (2011) e de Mian e colaboradores (2009) apontam que a depressão materna constitui um fator de risco importante para problemas emocionais e comportamentais em crianças e reforçam a necessidade de se considerar os aspectos envolvidos na determinação da saúde mental materna e os contextos nos quais ela acontece, no sentido de melhor compreender os mecanismos de risco que resultam nos problemas socioemocionais das crianças. Além disso, os autores sinalizam para a importância dos serviços de saúde mental que atendem adultos não centrarem o atendimento apenas no transtorno, mas considerarem os papéis familiares e o contexto familiar dos usuários, buscando prevenir problemas que podem ser desencadeados pela presença da depressão no ambiente familiar e, especialmente, prejudicar a saúde mental das crianças. Os resultados do presente estudo concordam e reforçam tais apontamentos da literatura.

Ainda no que se refere à relação entre transtorno mental dos responsáveis e a saúde mental das crianças, no presente estudo foi possível verificar um resultado que chamou a atenção. Verificou-se que a vivência de Risco de Suicídio pelos responsáveis, quando avaliado de forma isolada se relacionou a todas as subescalas do SDQ, incluindo o Comportamento Pró-Social, na medida em que quando o responsável não apresenta Risco de Suicídio o escore da criança é maior, ou seja, ela tem mais comportamentos pró-sociais do que as crianças cujos responsáveis vivenciam essa condição.

Sá e colaboradores (2010) também encontraram relações semelhantes, a despeito de não terem encontrado correlações entre problemas de saúde mental geral nas mães e saúde mental dos filhos. Os autores apontam que a ideação suicida é um marcador de gravidade da psicopatologia materna, mais sensível que o transtorno mental.

No presente estudo, ambas as relações foram encontradas. De qualquer forma, considerando a gravidade da vivência dessa condição por cuidadores de crianças, sejam eles mães, pais e/ou responsáveis, aponta-se para a necessidade de estudos que possam se aprofundar

nessa problemática, com o intuito de compreendê-la e propor ações de proteção à criança e ao seu cuidador.

A existência de brigas na família também foi uma variável explorada pelo presente estudo e relacionada com a saúde mental das crianças, constituindo-se como um potencial fator de risco. Os dados descritivos referentes a essa variável apontaram que 31% das famílias das crianças participantes vivenciam essa realidade em seu cotidiano, sendo que em 90% dessas famílias, segundo os responsáveis, o principal tipo de briga vivenciado é a discussão. Sobre quem está envolvido, 31% relata que são o pai e a mãe da criança e 27% dos responsáveis dizem que as brigas acontecem entre os irmãos.

Segundo os resultados da presente investigação, quando os responsáveis relataram a existência de brigas na família, as crianças apresentaram mais problemas relativos à saúde mental e se comportaram menos de forma pró-social, o que é reforçado pelo escore geral do SDQ que também foi mais alto nessas condições. As relações dessa variável com o IEP indicaram que no grupo de responsáveis que relatam a existência de brigas na família, os mesmos adotam menos as práticas parentais positivas (Comportamento Moral e Monitoria Positiva), punem mais de forma inconsistente as crianças, utilizam mais o abuso físico como uma prática educativa e, conseqüentemente, possuem pior estilo parental que aqueles responsáveis que relataram que não existem brigas na família. Vale apontar que o fato de existir brigas na família também esteve relacionado à saúde mental do responsável, sinalizando que os mesmos apresentam mais problemas de saúde mental quando relatam essa condição (brigas) na família.

O presente estudo apresenta uma limitação importante referente aos achados sobre a existência de brigas na família, que é o fato de não ter utilizado instrumento padronizado de análise de existência de violência intrafamiliar, o que provavelmente possibilitaria resultados mais consistentes e fidedignos sobre essa problemática. Portanto, a discussão desse resultado fica limitada, considerando que a existência de brigas se configura como uma informação que pouco diz sobre os aspectos de risco que envolvem o ambiente familiar, pois é uma variável que pode ser considerada como “esperada” em todas as famílias, cujas relações muitas vezes envolvem conflitos e discussões que buscam a resolução de problemas cotidianos.

De qualquer forma, os achados vão ao encontro do que tem sido apontado por estudos que relacionaram problemas relativos à saúde mental infantil e vivência de violência intrafamiliar. Tais estudos têm apontado que a violência intrafamiliar está bastante correlacionada

ao desenvolvimento de problemas socioemocionais em crianças (SÁ, ET AL, 2010, ASSIS, ET AL, 2009, RIBEIRO, ET AL, 2009, MALDONADO, WILLIAMNS, 2005, BENETTI ET AL, 2005).

Sobre a violência contra a criança, Maldonado e Williamns (2005) colocam que ela acontece, geralmente, dentro do próprio lar, podendo se dar de diferentes formas, na medida em que a criança/adolescente pode estar exposta à agressão diretamente (quando ela é o alvo da agressão) ou indiretamente (quando presencia cenas de violência entre os pais, por exemplo). As autoras apontam que ambas as formas de violência são prejudiciais para a criança, podendo originar problemas relativos à saúde mental, tais como: depressão, agressividade, isolamento social, pobre autoconceito e baixa auto-estima.

Benetti e colaboradores (2005) apontam, ainda, que os efeitos da violência na criança afetam diretamente o desenvolvimento dos conceitos sobre si mesmas e sobre o mundo, bem como suas idéias acerca dos objetivos da vida, suas perspectivas e expectativas futuras e seu desenvolvimento moral. Os autores indicam, também, que crianças expostas à violência intrafamiliar possuem maiores chances de reproduzirem os atos violentos na adolescência e idade adulta. Tais considerações fornecem elementos para os resultados encontrados neste estudo.

Observa-se que a vivência de violência pelas crianças afeta sua saúde mental de maneira importante, constituindo-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento infantil. Embora o presente estudo não tenha avaliado essa variável de forma sistemática, os resultados encontrados indicam que a existência de brigas na família se configurou como um potencial fator de risco para a saúde mental das crianças do presente estudo e, por isso, aponta-se para a necessidade de políticas interventivas que considerem essa questão e que planejem estratégias de ação efetivas para lidar com essa problemática que tem impactado negativamente o cotidiano, as relações e a saúde de crianças, adolescentes e suas famílias.

A partir do que foi exposto, reafirma-se que as variáveis: práticas e estilos parentais negativos, transtorno mental materno e existência de brigas na família foram identificadas como potenciais fatores de risco para a saúde mental infantil. No entanto, discutiu-se tais resultados considerando que os riscos, isoladamente são pouco capazes de produzir efeitos prejudiciais e que cada uma dessas variáveis parece sofrer influência de fatores e contextos mais amplos, caracterizando mecanismos de risco, cujas consequências parecem afetar o desenvolvimento socioemocional das crianças (RUTTER, 2005).

Nessa direção, aponta-se para a importância de estudos longitudinais que investiguem as variáveis estudadas no presente estudo atuando durante um período de tempo e possibilitando a identificação de relações causa-efeito. Tais estudos, se realizados com o devido rigor metodológico e estatístico são capazes de confirmar ou refutar a hipótese originada a partir do resultado deste estudo (RUTTER, 2005, COLLINS et al., 2000).

Seguindo a discussão dos resultados obtidos na presente pesquisa que, no que diz respeito aos potenciais riscos identificados, remetem à análise sobre os mecanismos de riscos envolvidos na determinação de prejuízos na saúde mental de crianças, um outro resultado encontrado favorece ainda mais essa análise. Foi possível observar que o desempenho escolar das crianças na visão do responsável, bem como a repetência escolar vivenciada pelas crianças se relacionaram com a saúde mental das mesmas, isto é, quanto pior foi o desempenho da criança na escola, na avaliação dos responsáveis, mais ela apresentou problemas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e menos ela se comportou de forma pró-social, ou seja, mais problemas referentes à saúde mental ela apresentou.

Este resultado aponta que a saúde mental da criança influencia e é influenciada pelo desempenho escolar, podendo melhorar ou atrapalhar esse aspecto da vida da criança. Alguns estudos têm se dedicado a investigar de forma mais aprofundada essa relação (D'ABREU, MARTURANO, 2010; CIA; BARHAN, 2009; BURCHINAL et al, 2008; BURT et al, 2008; D'AVILA BACARJI et al., 2005).

Burt e colaboradores (2008) desenvolveram um estudo longitudinal no qual acompanharam uma amostra de 205 crianças em três momentos de suas vidas: na idade escolar, dez anos e vinte anos depois, a fim de investigar efeitos cascata relativos à continuidade de problemas socioemocionais na infância, adolescência e início da idade adulta, bem como as relações entre esses problemas e o desempenho escolar. Os resultados encontrados indicaram o seguinte efeito cascata: problemas externalizantes identificados na idade escolar (até 12 anos) prejudicam o desempenho escolar na adolescência que, por sua vez, está associado a problemas internalizantes no início da vida adulta. Além disso, o estudo também encontrou relações entre problemas de comportamento e desempenho escolar nas fases estudadas.

Frente aos resultados, os autores apontam que os problemas externalizantes tem um impacto maior nas tarefas relativas ao desempenho e competência dos indivíduos nas atividades esperadas para sua faixa etária e que os problemas internalizantes parecem estar mais

relacionados a consequências no âmbito das relações sociais. Eles sugerem que estudos futuros avaliem os efeitos cascata a partir das tarefas de desenvolvimento socialmente esperadas para cada fase (BURT et al, 2008).

Alguns autores apontam, ainda, para a importância do auxílio dos pais/responsáveis nas atividades escolares das crianças, na medida em que o suporte para o desempenho escolar se concretiza através do envolvimento direto dos pais com a vida acadêmica dos filhos. São exemplos desse suporte a disposição de tempo e espaço adequado em casa para a realização dos deveres escolares, a exigência de cumprimento desses deveres, o intercâmbio regular com o professor e uma rotina de horários para as atividades diárias básicas (D'AVILA BACARJI et al., 2005).

Nessa medida, sugere-se a implementação e efetivação de canais de diálogo e intercâmbios com a escola e professores, no sentido de esclarecer e debater sobre o papel dos mesmos, como fatores protetivos no desenvolvimento da saúde mental dessas crianças (MATSUKURA, et al, 2010).

Observa-se, portanto, que o pior desempenho escolar parece ser uma consequência não só dos problemas de saúde mental das crianças, mas de uma conjunção de fatores que, quando associados, prejudicam (também) o desempenho escolar. Hipotetiza-se que as crianças do presente estudo vivenciam essa situação de vulnerabilidade, na medida em que vivem, em sua maioria, em famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis e possuem mães/cuidadores com transtornos mentais, que adotam práticas e estilos parentais de risco. Tais condições parecem prejudicar a saúde mental dessas crianças, o que, por sua vez, traz consequências negativas para o desempenho escolar das mesmas.

Como um ciclo, acredita-se que o mau desempenho escolar também pode exercer um papel de risco, influenciando nas relações parentais, no desenvolvimento do senso de autoeficácia, podendo empobrecer o autoconceito e a autoestima das crianças, prejudicando ainda mais seu desenvolvimento socioemocional (MARTURANO, et al, 2004).

Assim, hipotetiza-se que a presença de problemas socioemocionais não se constitui apenas como um potencial fator de risco para o desempenho escolar das crianças, mas também pode ser o resultado do mau desempenho, considerando que o processo de vulnerabilidade é mais complexo, envolve a ação de outras variáveis, sendo capaz de gerar um ciclo autoalimentado de eventos negativos para o desenvolvimento infantil.

Algumas variáveis foram investigadas pelo presente estudo enquanto possíveis fatores de risco para a saúde mental infantil, no entanto não foram encontrados resultados significativos. A classificação econômica da família e a renda familiar declarada pelos participantes foram duas delas. Esse fato não confirma achados de estudos anteriores que apontam que a baixa renda familiar e, mais especificamente, a pobreza favorece o desenvolvimento de problemas de saúde mental em crianças (SÁ ET AL, 2010, PAULA ET AL, 2008, PAULA ET AL, 2007, BENVENEGÚ ET AL, 2005; FLEITLICH, GOODMAN, 2001).

Hipotetiza-se que esse resultado se deu pois a amostra utilizada pouco variou em termos da renda, na medida em que 69% declararam receber até dois salários mínimos e 29% de dois a cinco salários mínimos. No que se refere à classificação econômica das famílias, segundo o CCEB (ABEP, 2009), observa-se que 65% estão entre as classes C1, C2 E D, ou seja, os participantes parecem possuir predominantemente um nível sócio-econômico baixo e talvez por isso não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

De qualquer forma, levando-se em conta os apontamentos da literatura a respeito do impacto da pobreza na saúde mental de crianças e também o fato de que a amostra do presente estudo é composta por famílias de crianças estudantes das escolas municipais da cidade de São Carlos que estão localizadas em regiões periféricas da cidade, atendendo crianças provenientes de famílias que possuem, em sua grande maioria, situação econômica desfavorecida, considera-se que a pobreza pode constituir-se como um fator de risco que, associado aos outros já identificados e discutidos, trazem consequências negativas para o desenvolvimento socioemocional das crianças. Hipotetiza-se que se a amostra fosse mais discrepante em termos de renda e classificação econômica a correlação possivelmente aconteceria.

Sobre os fatores de proteção à saúde mental infantil, observa-se que foram analisados na amostra total – considerando que ela foi constituída pelos responsáveis por crianças estudantes de escolas municipais da cidade de São Carlos, localizadas em regiões economicamente menos favorecidas, o que já configura um contexto de risco que é confirmado pelo fato de que a maioria declarou renda familiar de até dois salários mínimos – e em subamostras caracterizadas pela presença de dois ou três dos riscos identificados pelo presente estudo (saúde mental materna e estilos parentais de risco e brigas na família).

Na amostra total, foi possível verificar que o fato de as famílias apresentarem em seu contexto regras e responsabilidades que todos os membros conhecem e precisam cumprir

configurou-se como um possível fator de proteção à saúde mental infantil, na medida em que se relacionou com a subescala “Comportamento Pró-Social” do SDQ, apresentando diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sinalizando que as crianças que vivem em famílias nas quais essa característica existe, apresentam mais a habilidade de se comportar de forma pró-social do que as crianças que não vivenciam essa realidade.

Vale observar que o fato de na família existirem regras e responsabilidades que de certa forma organizam a rotina dos membros familiares, inclusive das crianças, faz parte do conjunto de ações que caracterizam as práticas parentais positivas (DISHION, McMAHON, 1998, GOMIDE, 2006). Gomide (2006) aponta que a existência de regras e limites na família, sugeridas e acompanhadas pelos responsáveis, bem como a monitoria das atividades de rotina da criança (Monitoria Positiva) a partir de um contexto de afeto e respeito (Comportamento Moral) favorecem o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais nas crianças, sendo identificada no presente estudo como um potencial fator de proteção à saúde mental infantil.

Ferreira e Marturano (2002), comparando crianças com dificuldades de aprendizagem que apresentavam e não apresentavam problemas de comportamento, encontraram que as crianças que não tinham problemas de comportamento viviam em famílias com maior monitoramento do uso do tempo livre, maior planejamento e acompanhamento do cotidiano da criança e maior supervisão de atividades. Considerando essas variáveis como promotoras do desenvolvimento e tomando por base a Teoria Bioecológica do desenvolvimento humano, as autoras apontam que há necessidade de intervenções preventivas junto às crianças com dificuldades de aprendizagem, que incluam o sistema familiar e se direcionem para as tarefas de desenvolvimento e para os mecanismos de proteção e vulnerabilidade característicos da fase escolar, no contexto das condições de vida e de desenvolvimento desses indivíduos.

De acordo com os apontamentos de Ferreira e Marturano (2002), o achado do presente estudo sinaliza para uma questão importante a ser considerada tanto pelos profissionais de serviços de saúde e educação que atendem crianças com problemas relativos à saúde mental ou não, bem como pelas políticas e intervenções de prevenção e promoção à saúde mental infantil, no sentido de planejar e implementar estratégias que possibilitem às crianças terem rotinas de atividades organizadas e respeitadas nos ambientes em que vivem, em especial, escola e família.



Nas duas outras sub-amostras avaliadas (grupo caracterizado pela presença dos três potenciais fatores de risco identificados pelo presente estudo e grupo caracterizado pela presença de estilos parentais de risco e responsável apresentar pelo menos um transtorno mental), a única variável que se relacionou com o Comportamento Pró-Social do SDQ, sendo, portanto identificada como potencial fator de proteção atuando na presença dos riscos, foi a Satisfação com o suporte social percebido pelo responsável (índice S do SSQ). Observou-se que quanto mais satisfeito o responsável com o suporte social que percebe, mais a criança se comportou de forma pró-social.

Esse achado vai ao encontro de alguns apontamentos obtidos em estudos que indicaram essa variável enquanto um fator de proteção ao desenvolvimento infantil (CID, MATSUKURA, 2010, RUZZI-PEREIRA, 2007, MATSUKURA ET AL, 2005, ARMSTRONG et al, 2005; MATSUKURA ET AL, 2002).

Sobre o suporte social dos participantes do presente estudo, as análises descritivas mostraram uma média de 1,67 pessoas percebidas como suportivas. Considerando que o respondente tem a possibilidade de indicar até 9 pessoas em cada uma das 27 questões do instrumento, a média obtida é baixa. No entanto, em relação à satisfação dos responsáveis com o suporte percebido, observa-se uma média alta, considerando que o índice de satisfação varia de 0 a 6 e a média obtida foi 5,43.

Este resultado indica que os responsáveis, embora possuam poucas pessoas em sua rede de suporte, apresentam-se bastante satisfeitos com o suporte recebido. No entanto, o baixo número de pessoas percebidas como suportivas chama a atenção. Isto pode ser melhor compreendido analisando-se o resultado obtido referente à relação entre suporte social e a presença de transtornos mentais nos responsáveis, de forma que, embora o suporte social não tenha se relacionado estatisticamente com a saúde mental infantil (na amostra total do presente estudo), ele se relacionou à presença de transtornos mentais nos responsáveis.

Observou-se que os responsáveis que apresentaram pelo menos um transtorno avaliado pelo MINI possuem menos pessoas em sua rede de suporte social e são menos satisfeitos com o suporte que recebem, sinalizando que essa variável pode se constituir enquanto um fator de proteção à saúde mental de adultos, o que já tem sido apontado por alguns estudos (ARAÚJO, ET AL, 2005).

Matsukura e colaboradores (2007) encontraram, em seu estudo que objetivou avaliar relações entre estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais, que quanto menos satisfeitas as mães estavam com o suporte que percebem, mais apresentavam estresse. Além disso, encontraram que essas mães possuíam significativamente menos pessoas suportivas em sua rede de suporte que as mães de crianças com desenvolvimento típico. A partir dos resultados e compreendendo o suporte social e as redes como aspectos que demandam sustento por parte dos indivíduos para que possam ser mantidas e ampliadas, as autoras apontam que, no caso das mães de crianças com necessidades especiais, tal sustentação não tem sido conseguida, por conta das demandas relativas ao filho.

Nessa mesma direção, hipotetiza-se que os responsáveis, foco do presente estudo, que apresentam um transtorno mental podem vivenciar comprometimentos socioemocionais que influenciam negativamente seu cotidiano de relações pessoais, tais como pouca motivação para atividades sociais, isolamento social, percepções negativas dos relacionamentos sociais, baixa autoestima, dentre outros que prejudicam a sustentação, manutenção e ampliação das suas redes de suporte social.

Os resultados do presente estudo que indicam o suporte social dos responsáveis enquanto uma variável de proteção à saúde mental deles próprios e, nas condições de risco avaliadas, da saúde mental de suas crianças, possibilitam uma reflexão, com base na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, sobre a importância de intervenções em promoção e prevenção da saúde mental infantil que considerem o suporte social de seus cuidadores, buscando alternativas para o estabelecimento de redes de suporte nas comunidades, bem como estratégias voltadas para o fortalecimento das redes de suporte social já existentes, considerando que elas são formadas por poucas pessoas. Tais ações possivelmente beneficiariam não só a saúde mental das crianças, mas também de seus cuidadores, aumentando a qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Ainda no que se refere aos fatores protetivos investigados no presente estudo, foi possível observar que diversas variáveis relacionadas ao ambiente familiar foram analisadas nos contextos de risco, no entanto, não foram verificadas relações estatisticamente significativas. Assim, ainda que esta investigação já tenha dado um importante passo no estudo dos fatores protetivos atuando em contextos de mecanismos de risco, sinaliza-se, também, para a importância de mais estudos que possam aprofundar no estudo da proteção, explorando variáveis

individuais, familiares, ambientais e contextuais capazes de contribuir na compreensão do processo da resiliência, bem como para o desenvolvimento de intervenções mais efetivas.

### **4.3. Considerações Finais**

Este estudo buscou investigar a situação da saúde mental de escolares do primeiro ciclo do ensino fundamental de escolas municipais da cidade de São Carlos, por meio da identificação de taxas de prevalência e de potenciais fatores de risco e proteção envolvidos nessa problemática.

Os principais resultados encontrados indicaram que:

- 43% das crianças apresentam problemas relativos à saúde mental, segundo avaliação dos responsáveis a partir do SDQ;
- 63% dos responsáveis apresentam pelo menos um transtorno mental avaliado pelo MINI, sendo que das mães participantes, 66% apresentam essa condição;
- 61% dos responsáveis avaliam seu estilo parental como de risco ou regular abaixo da média, a partir do IEP;
- 69% dos responsáveis relatam renda familiar de até dois salários mínimos;
- Os potenciais riscos para a saúde mental das crianças foram: responsável ter pelo menos um transtorno mental, adoção de estilos parentais de risco e a existência de brigas na família;
- Os potenciais fatores de proteção encontrados foram: a existência de regras e responsabilidades na família que todos conhecem e cumprem (na amostra total); e a satisfação dos responsáveis em relação ao suporte social que recebem (no grupo que vivencia mecanismos de risco).

Apontam-se dois limites importantes da presente investigação que devem ser considerados, a saber:

- Os dados obtidos foram todos coletados a partir de apenas um informante, ou seja, os responsáveis pela criança. Fez-se essa escolha visando viabilizar o estudo, considerando a extensa amostra e a quantidade de instrumentos utilizados;
- Os dados obtidos se referem a 5 das 8 escolas municipais da cidade de São Carlos. Portanto os resultados se referem à população destas 5 escolas, não podendo

ser generalizados a todas as crianças estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental das escolas municipais da cidade.

Por outro lado, ressalta-se o cuidado tomado na composição da amostra, na escolha dos instrumentos a serem utilizados e no treino dos pesquisadores para a realização da coleta de dados.

Destaca-se que esta pesquisa procurou avançar e acrescentar acerca do conhecimento sobre os fatores protetivos relacionados à saúde mental infantil, na medida em que avançou na investigação através de proposição de análises, considerando variáveis protetivas atuando na presença dos mecanismos de risco vivenciados pelas famílias foco do estudo. Não obstante, esta pesquisa aponta para questões importantes que devem ser exploradas futuramente, como por exemplo, a continuidade acerca do próprio processo protetivo a partir de estudos longitudinais, o envolvimento de diferentes informantes, avaliações de intervenções e capacitações acerca da saúde mental infantojuvenil e estilos parentais positivos, dentre outras.

Ressalta-se que os objetivos foram atingidos e os resultados contribuem para a maior compreensão da realidade da situação da saúde mental de crianças em idade escolar estudantes das escolas municipais da cidade de São Carlos e de seus responsáveis, bem como identificam potenciais fatores de risco e proteção relacionados à saúde mental infantil, indicando importantes questões a serem consideradas pelas políticas públicas de saúde, educação, assistência social e outras que possam lidar de forma mais efetiva e responsável com essa realidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-FILHO, N. Development and assesment of the QMIP: a Brazilian children's behavior questionnaire for completion by parents. **Soc. Psychiatry**. v. 16, p. 205-212. 1981.

ALMEIDA FILHO, N., ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia**. 4ª edição. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 2006.

ALMQVIST, F. et al. Behavioural and emotional symptoms in 8–9-year-old children. **European Child & Adolescent Psychiatry**. v. 8 (Supl. 4) 1999.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais – [www.abep.org.br](http://www.abep.org.br). 2009.

AMSTALDEN, A., L. F., et al. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In E. Lauridsen – Ribeiro; O. Y. Tanaka (orgs). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. Editora Hucitec. São Paulo. 2010.

ANDRADE L.H.S.G., et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Psiq Clín** 1999; v. 26, n.5. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista> (acessado em 20/set/ 2011).

ANSELMÍ, L. et al. Continuity of behavioural and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**. v. 49, n. 5, p. 400-507, 2008.

ANSELMÍ, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-years-olds. **Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiolo**. v. 18, 2009.

ARAÚJO, T. M; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v. 5, n. 3, p. 337-348. 2005

ARMSTRONG, M. I., et al. Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know. **Journal of Child and Family Studies**, v.14, n. 2, p. 269–281, 2005.

ASSIS, S. G., AVANCI, J. Q., OLIVEIRA, R. V. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Revista de Saúde Pública** v. 43 (Supl.1), p. 92-100, 2009.

BASTOS, A. C. ; ALMEIDA-FILHO, N. Determinação social da saúde mental infantil:revisão da literatura epidemiológica.. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 4, n. (3), p. 268-282. 1988.

- BAUMRIND, D. Effects of authoritative control on child behavior. **Child Development**, 37, 887-907, 1966.
- BENETTI, S. P. C., et al. **A violência familiar na perspectiva do desenvolvimento de crianças e adolescentes**. Em: C.S. HUTZ (org) *Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção*. São Paulo. Editora Casa do Psicólogo, 2005.
- BENVEGNÚ, L.A. et al. Work and behavioural problems in children and adolescents. **International Journal of Epidemiology**, v. 34, p. 1417-1424, 2005.
- BORDIN, I. A. L., PAULA, C. S. Estudos Populacionais sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Brasileiros. Em MF MELLO, A. A. MELLO, R. KOHN (orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil** (p119-142). Porto Alegre. Artmed, 2006.
- BORDIN, I. A. L., et al. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bull World health Organ.** v. 87, n. 5, p. 336-344, 2009.
- BRASIL. II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. Secretaria Nacional Anti Drogas e Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2005.
- BRENNAN, P. A. et al. Maternal Depression, Paternal Psychopathology, and Adolescent Diagnostic Outcomes. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 70, n. 5, p. 1075-1085, 2002.
- BROMET, E., et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. **BMC Medicine**. v.9, n. 90, 2011. **Article URL** <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90>.
- BURCHINAL, M., et al. Social Risk and Protective Child, Parenting, and Child Care Factors in Early Elementary School Years. **Parenting: science and practice**. v. 6, n. 1, p. 79–113, 2006.
- BURT, K. B., et al. **The Interplay of Social Competence and Psychopathology Over 20 Years: Testing Transactional and Cascade Models**. *Child Development*. v. 79, n. 2, p. 359-374, 2008.
- CAVAGLIERI, D.R., MATSUKURA, T.S. **Famílias de portadores de transtorno mental: reconhecendo a realidade dos pais e seus filhos**. Trabalho de iniciação científica. Pró Reitoria de Pós-Graduação. Departamento de Terapia Ocupacional -UFSCar, 128 p. 2005.
- CEBALLO, R.; MCLOYD, V. C. Social Support and Parenting in Poor, Dangerous Neighborhoods. **Child Development**. v.73, n. 4, p. 1310-1321, 2002.
- CECCONELLO, A.M., KOLLER, S.H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de psicologia (Natal)**. v. 5, n.1, p. 71-93, 2003.
- CIA, F., et al. **Influências paternas no desenvolvimento infantil: Revisão da literatura**. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 9, n. 2, p. 225-233, 2005.

- CIA, F.; BARHAN, E. J. Repertório de habilidades sociais, problemas de comportamento, autoconceito e desempenho acadêmico de crianças no início da escolarização. **Estudos de Psicologia**. v. 26, n. 1, p. 45-55, 2009.
- CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Mães com transtorno mental e seus filhos: risco e desenvolvimento. **O Mundo da Saúde**. v. 34, n. 1, p. 73-81. 2010.
- COIE, J. D. et al. The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program. **American Psychologist**. v. 48, n. 10, p. 1013-1022, 1993.
- COLLINS, W. A., et al. Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. **American Psychologist**. v. 55, n. 2, p. 218-232, 2000.
- CORREIA-ZANINI, M. R. G, et al. Sintomas de stress em escolares: Relações com tensões cotidianas no primeiro ano do ensino fundamental. **Anais do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluacion Psicológica e XV Conferência Internacional: Avaliação psicológica: formas e contextos**. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. 25-27 de julho, 2011.
- COSTA, F.T., TEIXEIRA, M.A.T., GOMES, W.B. Responsividade e Exigência: Duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 13, n. 3, p. 465-473, 2000.
- COZBY, P.C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas. 2003.
- CUCCIARO, G.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental e qualidade de vida em adolescentes: um estudo entre escolares em duas áreas urbanas contrastantes. **Rev Bras Psiquiatr**. V. 29, N. 3, P. 213-21, 2007.
- CURY, C.R., GOLFETO, J.H. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 25, n. 3, p. 139-145, 2003.
- D'ABREU, L. C. F., MARTURANO, E. M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudos de Psicologia**. v. 15, n. 1, p. 43-51, 2010.
- D'AVILA-BACARJI, K.M.G., MARTURANO, E. M., ELIAS, L. C. S. Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. **Psicologia em Estudo**. v. 10, n. 1, p. 107-115. 2005.
- DESSEN, M. A., BRAZ, M. P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 16, n. 3. 221-231, 2000.
- DISHION, T. J., MCMAHON, R. J. Parental Monitoring and the Prevention of Child and Adolescent Problem Behavior: A Conceptual and Empirical Formulation. **Clinical Child and Family Psychology Review**. v. 1, n. 1, p. 61-75, 1998.

DEKOVIC, M. Risk and Protective Factors in the Development of Problem Behavior During Adolescence. **Journal of Youth and Adolescence**. v. 28, n. 6, p. 667-685, 1999.

DUARTE, C.S. et al. Child Mental Health in Latin América: present and future epidemiologic research. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**. v. 33 p. 203-222. 2003.

DWAIRY, M., MENSAR, K. E. Parenting style, individuation, and mental health of Egyptian adolescents. **Journal of Adolescence**. v. 29, p. 103–117, 2006.

FALEIROS, J. M. **Estudo da Prevalência de maus-tratos em crianças matriculadas de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do ensino fundamental em escolas da rede pública e particular da cidade de Ribeirão Preto**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. 2006.

FERREIRA, M. C. T.; MARTURANO, E. M. Ambiente familiar e os problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, p. 35-44, 2002.

FERRIOLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M., PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. v. 41, n. 2, p. 251-259. 2007.

FILIZOLA, C. L. A. & PAVARINI, S. I. **Alguns quadros de sofrimento psíquico**. São Carlos, EdUFSCar, Série Apontamentos. 2003.

FLEITLICH, B.W., GOODMAN, R. Epidemiologia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22, n. 2, p 2-6. 2000.

\_\_\_\_\_ Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ**, 323, p. 599-600 2001.

FLEITLICH, B. W. **The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the southeast of Brazil** (thesis). Londres: Department of Child and Adolescent Psychiatry. Institute of Psychiatry. King's College. London University, 2002.

FLEITLICH, B.W., GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 43 n. 6, p. 728-734. 2004.

GERKEINSMEYER, J. E., et al. Maternal Depressive Symptoms When Caring for a Child with mental Health Problems. **Journal Child and Family Studies**. v. 20, 2011.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento antissocial. In: A.DEL PRETTE,; Z. A. P. DEL PRETTE (orgs) **Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem: Questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas, Alínea Editora. 2003.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de Estilos Parentais (IEP): Modelo Teórico – Manual de aplicação, apuração e interpretação**. Petrópolis. Editora Vozes. 2006.



GOODMAN R. (2001) Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.** v. 40, n. 11, p. 1337-45, 2001.

GOODMAN et al. The Ilha da Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiolol** v. 40, p. 11-17, 2005

GOODMAN et al. Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. **Journal American. Academic Child and Adolescence Psychiatry.** v. 46, n. 4, p 448-456. 2007.

GREENBERG, M. T.; DOMITROVICH, C., BUMBARGER, B. The Prevention of Mental Disorders in school-aged children: current state of the field. **Prevention & Treatment.** v. 4 n. 1, p. 2001.

GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention.** Baltimore, Maryland, Paulh Brookes Publishing. 1997.

GUTT, E. K. **Perfil comportamental e competência social de crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia.** Dissertação de mestrado. Psiquiatria. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

HALPERN, R., FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria.** v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004.

HASHIMA, P.Y.; AMATO, P.R. Poverty, social support, and parental behavior. **Child Development,** v. 65, p. 394-403. 1994.

HUTZ, C.S. (org). **Violência e risco na infância e adolescência: pesquisa e intervenção.** São Paulo. Editora Casa do Psicólogo. 2005.

JACOB, A. V.; LOUREIRO, S. R. O Desempenho Escolar e o Autoconceito no Contexto da Progressão Continuada. Em: E. M. MARTURANO, M. B. M, LINHARES,;S. R. LOUREIRO **Vulnerabilidade e Proteção: Indicadores na trajetória de Desenvolvimento do Escolar.** São Paulo. Casa do Psicólogo. FAPESP. 2004.

KOHN, R. et al. Factores de riesgo de trastornos conductuales y emocionales en la niñez: estudio comunitario en el Uruguay. **Revista Panamericana de Salud Publica.** v. 9, n. 4 p. 211-218, 2001.

KOLLER, S. H. (org) **Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisa e intervenção no Brasil.** São Paulo. Casa do Psicólogo. 2004.

LAMBORN, S. D., MOUNTS, N. S., STEINBERG, L. & DORNBUSCH, S. M.. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. **Child Development,** 62, 1049-1065. 1991.

- LEIFERMAN, J. A., et al. Mothers' mental distress and parenting practices with infants and toddlers. **Archives of Womens Mental Health**. v. 8, p. 243–247. 2005.
- LESESNE, C. A., et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: Association With Maternal Mental Health and Use of Health Care Resources. **Pediatrics**. v. 111, n. 5, p. 1232-1237. 2003.
- LIMA, M. S. Epidemiologia e impacto social. **Revista brasileira de Psiquiatria**. v. 21, n. 1, p 1-5, 1999.
- LIPP, M., E., N. et al. O estresse em escolares. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 6, n. 1, p. 51-56, 2002.
- MALDONADO, D. P. A.; WILLIAMS, L. C. A. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. **Psicologia em estudo, Maringá**. v. 10, n.3, p. 353-362, 2005.
- MANNING; C.; GREGOIRE, A. Effects of parental mental illness on children. **Psychiatric**. v. 8, n. 1. 2008.
- MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi- estruturada. In: MARQUEZINE, M.C.; ALMEIDA, M.A; OMOTE, S. (Orgs.) Colóquios Sobre Pesquisa em Educação Especial. Londrina: Ed. UEL, p.11-25, 2003.
- MARTURANO, E. M., et al. Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar: Comparação com alunos não referidos. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 31, p. 223-241, 1997.
- MARTURANO, LINHARES e LOUREIRO (ORGS) **Vulnerabilidade e Proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar**. São Paulo: Casa do Psicólogo – FAPESP, 137-156, 2004.
- MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M., OISHI, J. O Questionário De Suporte Social (SSQ): Estudos da adaptação para o português. **Rev Latino-Americana de Enfermagem** v. 10, n. 5, p. 675-81, 2002.
- MATSUKURA, T. S., et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**. v.13, n.3, p.415-428, 2007.
- MATSUKURA, T. S; FERNANDES, A. D. A., CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil em contexto de vulnerabilidade social. CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 19ª edição, 2011, São Carlos, SP. **Anais de Eventos da UFSCar**, v. 7, 2011.
- MENDES, A., V., LOUREIRO, S. R., CRIPPA, J. A. Depressão materna e saúde mental de escolares. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 35, n, 5, p. 178-186, 2008.
- MIAN, L. A Depressão Materna e o Comportamento de Crianças em Idade Escolar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25, n. 1. p. 29-37, 2009.

- MONDIN, E. M. C. Um olhar ecológico da família sobre o desenvolvimento humano. **Psicologia Argumento**. v. 23, n. 41, p. 25-35. 2005.
- MUSTILLO, S. A., et al. Parental Depression and Child Outcomes: The Mediating Effects of Abuse and Neglect. **Journal of Marriage and Family**, v. 73, p. 164 – 180, 2011.
- OLIVEIRA, E. A., et al. Estilos Parentais Autoritário e Democrático-Recíproco Intergeracionais, Conflito Conjugal e Comportamentos de Externalização e Internalização. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 15, n. 1. p. 1-11, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World health report 2001: Mental health: new understanding, new hope**. Geneva: World Health Organization. 2001a.
- \_\_\_\_\_. **Strengthening mental health promotion**. Geneva, World Health Organization (Fact sheet no.220). 2001b.
- \_\_\_\_\_. **Classificação Internacional das Doenças**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.
- OYSERMAN, D., et al. When mothers have serious mental health problems:parenting as a proximal mediator. **Journal of Adolescence** v. 28, p. 443–463. 2005.
- OYSERMAN, D., et al. Positive parenting among African American mothers with a serious mental illness. **Journal of Marriage and Family**. v. 64, n. 1, p. 65 – 77, 2002.
- OYSERMAN, D., et al. Parenting among mothers with a serious mental illness. **American Journal of Orthopsychiatry**. v. 70, n. 3, p. 296 – 315. 2000.
- PATEL, V., et al. Mental Health of young people: a global public-health challenge. **Lancet** v. 369, Abril, 2007.
- PAULA, C. S. et al. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**., v. 29, n. 1, p. 11-17, 2007.
- PAULA, C. S. et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. **Revista de saúde pública**. v. 42, n. 3, p. 524-528, 2008.
- PAULA, C. S., et al. Saúde Mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In E. Lauridsen – Ribeiro; O. Y. Tanaka (orgs). **Atenção em Saúde Mental para crianças e adolescentes no SUS**. Editora Hucitec. São Paulo. 2010.
- PETRESCO, S., et al. Prevalência de psicopatologia em filhos de mulheres bipolares de um centro terciário brasileiro. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 31, n. 3, p. 240-6, 2009.
- POLETTO, M.; WAGNER, T. M. C., KOLLER, S. H. Resiliência e desenvolvimento infantil e crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 10, n. 3, p. 241-250, 2004.

- RIBEIRO, W. S. et al. Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 31 (Supl II), p 49-57, 2009.
- ROBERTS, R. E., ATTKISON, C. C., ROSENBLATT, A. Prevalence of Psychopathology Among Children and Adolescents. **American Journal of Psychiatry**. v. 155, n. 6, p. 715-725 June 1998.
- RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 57, p. 316 - 331. 1987.
- \_\_\_\_\_ Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**. v. 21, p. 119–144, 1999.
- \_\_\_\_\_ Environmentally Mediated Risks for Psychopathology: Research Strategies and Findings. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, v. 44, n. 1, p 3-18, 2005.
- RUTTER, M. et al. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. **Journal of Child Psychology and Psychiatry** . v. 47, n. 3., p 276–295, 2006.
- RUZZI-PEREIRA, A. **Doença Mental Materna: ações de *parenting* e suporte social**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2007.
- SÁ, D. G. F., BORDIN, I. A. S., MARTIN, D., PAULA, C. S. P. Fatores de risco para Problemas de Saúde Mental na Infância/Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 26, n. 4, p. 643-652. 2010.
- SALVO, C. G., SILVARES, E. M., TONI, P. M. Práticas educativas como preditoras de problemas de comportamento e competência social. **Psicologia em Estudo**, v. 22, n. 2, p. 187-196. 2005.
- SAMEROFF, A.J. et al. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social-environmental risk factors. **Pediatrics**. v. 79, n. 3, p. 343-350, 1987.
- SANTOS, L.C., MARTURANO, E.M. Crianças com dificuldades de aprendizagem: um estudo de seguimento. **Psicologia Reflexão e crítica**. v. 12, p. 377-394, 1999.
- SAPIENZA, G., PEDROMÔNICO, M.R.M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n.2, p. 209-216. 2005.
- SAUD, L. F.; TONELOTTO, J. M. F. Comportamento Social na Escola: Diferenças entre Gênero e Séries. **Psicologia Escolar e Educacional**. v. 9, n. 1, p. 47-57, 2005.
- SCHIMIDT, M. I., et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **LANCET** Publicado on line em 9 de maio de 2011. **www.thelancet.com** (acesso em 16 de maio de 2011).

- SCHWENGBER, D.D.S, PICCININI, C.A. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de psicologia**. v. 8, n. 3, p. 403-411. 2003.
- TAMSIN FORD, M. R. C., GOODMAN, R., MELTZER, H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of *DSM-IV* Disorders. **Child & Adolescent Psychiatry**. v. 42, n. 10, p 1203-1211, 2003.
- TEIXEIRA, M. A. P., et al. Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. **Avaliação Psicológica**, v. 3, p. 1-12, 2004.
- VERAS, A. B., et al. Prevalência de transtornos depressivos e ansiosos em uma amostra ambulatorial brasileira de mulheres na menopausa. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n. 2, p. 130-134, 2006.
- VITOLO, Y. L. C., et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 5, p. 716-724. 2005.
- WEBSTER-STRATTON, C.. Early intervention for families of preschool children with conduct problems. In M. J. GURALNICK (Org.), **The effectiveness of early intervention** (pp. 429-453). Baltimore: Paul H. Brookes. 1997.
- YU, M., et al. Time use, parenting practice and conduct problems in four- to five-year-old Australian children. **Australian Occupational Therapy Journal** v. 57, p. 284-292, 2010.
- YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliencia: Noção, conceitos afins e considerações críticas. Em J. TAVARES. (org) **Resiliência e educação**. Editora Cortez. São Paulo. 2001.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A: Questionário de Atividades Cotidianas (QAC)

São Carlos Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Hora início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_ min

Entrevistador (a): \_\_\_\_\_

Iniciais da criança:

Nome da escola:

<b>1. SEXO:</b>	2. IDADE	3. SÉRIE _____	4. BAIRRO _____
1 Masculino	Data de nascimento:	<b>Período em que estuda:</b>	
2 Feminino		(1) Manhã	(2) Tarde

**5. Renda familiar**

- (1) até 2 salários mínimos                      (2) mais de 2 a 5 salários mínimos                      (3) mais de 5 a 10 salários mínimos  
 (4) mais de 10 a 20 salários mínimos                      (5) mais de 20 salários mínimos                      (6) sem rendimento

**6. Recebe algum auxílio governamental? (bolsa escola, bolsa família, etc)**

(1) Sim (2) Não

**7. Na sua opinião, como a criança vai na escola?**

- (1) muito bem    (2) bem    (3) mais ou menos  
 (4) mal    (5) muito mal

**8. A criança já repetiu de ano? (1) Sim (2) Não**

**8.1. (SE SIM) Quantas vezes? Que série? (anotar os motivos que o responsável aponta em relação ao desempenho ser positivo ou negativo)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Quantas pessoas residem na casa? \_\_\_\_\_**

9.1. Quem são?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.2. Qual é a idade das crianças que vivem na casa?

\_\_\_\_\_

**10. Os pais da criança vivem juntos?**

(1) Sim (2) Não

**11. A criança tem irmãos?**

(1) Sim (2) Não

11.1. (SE SIM), quantos?

(1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 (5) 5 ou mais

**12. Iniciais do responsável: \_\_\_\_\_**

**12.1. Qual é a sua relação com a criança?**

(1) mãe (2) pai (3) avó (4) tia/tio (5) outros. Quem? \_\_\_\_\_

**13. Qual é a sua idade?**

(1) 18 a 25 anos (2) 26 a 35 anos (3) 36 a 45 anos (4) 46 a 59 anos (5) 60 anos ou mais

**14. Até que série você estudou?**

(1) não foi alfabetizado (2) primário incompleto (3) primário completo (4) ginásio incompleto (5) ginásio completo

(6) colegial incompleto (7) colegial completo (8) ensino superior incompleto (9) ensino superior completo

(10) pós-graduação

**15. Você trabalha?**

(1) Sim (2) Não

15.1. (SE NÃO TRABALHA) Na sua ocupação principal você só estuda, é dona de casa, é aposentado/a, ou está desempregado/a?

(1) Sim, está trabalhando  
(4) Está desempregado (a)

(2) Só estuda  
(5) É aposentado (a)

(3) É dona de casa  
(6) Outras (anote): \_\_\_\_\_

15.2. (SE NÃO TRABALHA) Já trabalhou?

(1) Sim (2) Não

- Se sim, qual foi seu último emprego? \_\_\_\_\_

15.2. (SE TRABALHA) Em que? \_\_\_\_\_

15.3. Está satisfeito com o trabalho?

(1) Totalmente satisfeito (2) Parcialmente satisfeito (3) Nem satisfeito/nem insatisfeito  
(4) parcialmente insatisfeito  
(5) Totalmente insatisfeito?

(ANOTAR OS MOTIVOS DA NÃO SATISFAÇÃO, CASO ELA SEJA RELATADA)

\_\_\_\_\_

15.4. Qual é a sua profissão?

\_\_\_\_\_

**16. Você tem algum problema de saúde?**

(1) Sim (2) Não

16.1. (SE SIM)

Qual? \_\_\_\_\_

16.2. Faz algum tipo de tratamento de saúde?

(1) Sim (2) Não

16.3. Se sim, que tipo de tratamento?

\_\_\_\_\_

16.4. Faz uso de medicamentos?

(1) Sim (2) Não

16.5. Faz uso de medicação psiquiátrica (faixa preta ou vermelha)?



( 1) Sim (2) Não

**17.Mãe:** (Se a responsável pela criança for a mãe, as informações encontram-se nas questões anteriores)

17.1. Reside com a criança?

( 1) Sim (2) Não

17.2. Escolaridade:

(1 ) não foi alfabetizado (2 ) primário incompleto (3 ) primário completo (4 ) ginásio incompleto (5 ) ginásio completo

(6 ) colegial incompleto (7 ) colegial completo (8 ) ensino superior incompleto (9 ) ensino superior completo

(10 ) pós-graduação

17.3. Trabalha?

(1) Sim (2) Não

17.4. (SE NÃO TRABALHA) Na ocupação principal, a mãe só estuda, é dona de casa, é aposentado/a, ou está desempregado/a?

(1) Sim, está trabalhando

(2) Só estuda

(3) É dona de casa

(4) Está desempregado (a)

(5) É aposentado (a)

(6) Outras (*anote*): \_\_\_\_\_

17.5. (SE NÃO TRABALHA) Já trabalhou?

( 1) Sim (2) Não

- Se sim, qual foi seu último emprego? \_\_\_\_\_

17.6. (SE TRABALHA) Em que? \_\_\_\_\_

17.6. Qual é a profissão da mãe? \_\_\_\_\_

**18.Pai:** (Se a responsável pela criança for o pai, as informações encontram-se nas questões anteriores)

18.1. Reside com a criança?

( 1) Sim (2) Não

18.2. Escolaridade:

(1 ) não foi alfabetizado (2 ) primário incompleto (3 ) primário completo (4 ) ginásio incompleto (5 ) ginásio completo

(6 ) colegial incompleto (7 ) colegial completo (8 ) ensino superior incompleto (9 ) ensino superior completo

(10 ) pós-graduação

18.3. Trabalha?

(2) Sim (2) Não

17.4. (SE NÃO TRABALHA) Na ocupação principal, o pai só estuda, é dona de casa, é aposentado/a, ou está desempregado/a?

(1) Sim, está trabalhando

(2) Só estuda

(3) É dona de casa

(4) Está desempregado (a)

(5) É aposentado (a)

(6) Outras (*anote*): \_\_\_\_\_

18.5. (SE NÃO TRABALHA) Já trabalhou?

( 1 ) Sim (2) Não

- Se sim, qual foi seu último emprego? \_\_\_\_\_

18.6. (SE TRABALHA) Em que? \_\_\_\_\_

18.7. Qual é a profissão do pai? \_\_\_\_\_

19. Com quem a criança fica no período que não está na escola?

\_\_\_\_\_

20. O que a criança faz no período que não está na escola? (Exemplos: fica brincando em casa e/ou na rua, fica assistindo TV, faz lição de casa, fica em algum lugar. Ao final da resposta perguntar se tem mais alguma coisa que a criança faz).

\_\_\_\_\_

21. O que a criança faz aos finais de semana?

\_\_\_\_\_

22. O que a família faz aos finais de semana?

\_\_\_\_\_

23. A criança tem atividades de lazer? (atividades que a criança faz com prazer fora da rotina)

(1 ) Sim (2 ) Não

23.1. (SE SIM) Quais são? (O que a criança faz para distrair? O que a criança faz fora da rotina?)

\_\_\_\_\_

23.2. Tem companhia nessas atividades?

(1 ) Sim (2 ) Não

De quem? \_\_\_\_\_

23.3. Com que frequência ela faz essas atividades? (Quantas vezes por semana?)

\_\_\_\_\_

24. A família tem atividades de lazer? (A família faz alguma coisa com prazer, fora da rotina?)

(1 ) Sim (2 ) Não

24.1. (SE SIM) Quais são as atividades?

\_\_\_\_\_

24.2. Quem participa?

\_\_\_\_\_

24.3. Qual é a frequência? (quantas vezes por semana?)

\_\_\_\_\_

25. O que você (responsável) faz junto com a criança durante a semana? E com que frequência? (Ao final da resposta perguntar se tem mais alguma coisa)

\_\_\_\_\_

26. O que você (responsável) faz junto com a criança nos finais de semana e feriados? (Ao final da resposta perguntar se tem mais alguma coisa)

---

---

27. Você dá muita bronca na criança, mesmo sem ter motivo? Quando?

---

---

28. Você faz carinho na criança? Quando?

---

---

29. Você conversa com a criança sobre assuntos da escola? Quando?

---

---

30. Você conversa com a criança sobre a rotina? Quando?

---

---

31. Você conversa com a criança sobre assuntos de interesse dela? De exemplos. Quando?

---

---

32. Você brinca com a criança? Do que? Quando?

---

---

33. A família segue alguma religião?

(1 ) Sim (2 ) Não

33.1.(SE SIM) Qual?

---

---

33.2.Com que frequência participa das atividades desta religião?

---

---

34. Quem te ajuda quando a criança fica doente ou em alguma situação que ela precise muito de você?

---

---

34.1. Você está satisfeito (a) com essa ajuda? (1 ) Sim (2 ) Não (3) Mais ou menos

35. Quem te ajuda na criação desta criança?

---

---

35.1.Você está satisfeito (a) com essa ajuda? (1 ) Sim (2 ) Não (3) Mais ou menos

36. Quem te ajuda na educação desta criança?

---

---

36.1. Você está satisfeito (a) com essa ajuda? (1 ) Sim (2 ) Não (3) Mais ou menos

37. Durante a semana, a criança tem uma rotina de horários e atividades quando está em casa?

(1 ) Sim (2 ) Não

38. Na sua família /família da criança há responsabilidades e regras que todos na família conhecem e precisam cumprir (hábitos, tarefas, ou algo assim...)?  
(1 ) Sim (2 ) Não

Dê exemplos

---

39. A criança tem amigos? (1 ) Sim (2 ) Não

39.1. (SE SIM), qual é a idade deles? \_\_\_\_\_

40. Na família, tem alguém com quem a criança não se dê bem ou tenha dificuldades na relação? (1 ) Sim (2 ) Não

40.1. (SE SIM) Quem? \_\_\_\_\_.

41. Quando a criança está em apuros ou precisando de ajuda, quem ela costuma procurar?

---

42. Há brigas na família? (1 ) Sim (2 ) Não

42.1.(SE SIM)De que tipo? (agressões físicas, discussões)

---

42.2.Quem está envolvido?

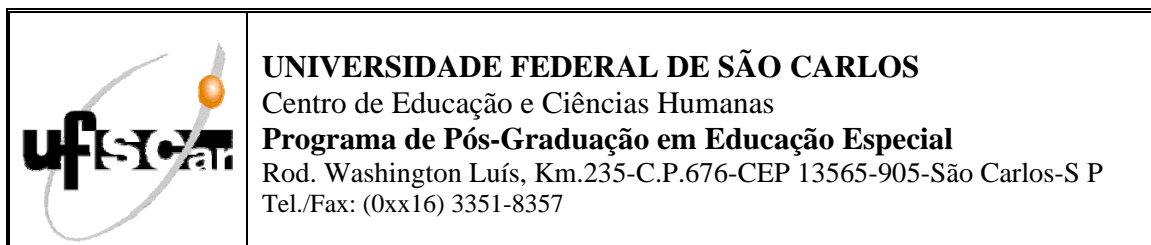
---

42.3.Qual a frequência? (quantas vezes por semana ou por mês?)

---

42.4.A criança presencia as brigas e discussões? (1 ) Sim (2 ) Não  
(SE SIM) Com que frequência?

---

**APÊNDICE B – Carta-Convite para os pais**

Prezados (as) responsáveis.

Esta carta está sendo enviada pela escola, para informar que, em breve, o senhor (a) poderá ser convidado (a) a participar de uma pesquisa sobre Saúde Mental Infantil que está sendo realizada por uma pesquisadora da Universidade Federal de São Carlos.

Este convite será feito por telefone ou através de uma visita à sua residência e, no momento deste contato, o senhor (a) terá toda a liberdade para aceitar ou não participar.

Atenciosamente

Maria Fernanda Barboza Cid – pesquisadora responsável pela pesquisa.

### APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes

**Nome do projeto:** Prevalência de problemas de saúde mental infantil e investigação dos fatores de risco e proteção.

**Coordenadora:** Maria Fernanda Barboza Cid - Tel: (16) 3364 – 5720 – e-mail: [mariafernanda@ufscar.br](mailto:mariafernanda@ufscar.br)

**Informações ao participante:** Você e a criança pela qual você é responsável estão sendo convidados a participar de um projeto com crianças que estejam cursando o primeiro, segundo, terceiro, quarto e quinto ano do ensino fundamental e seus responsáveis, que tem o objetivo de verificar a prevalência de problemas de saúde mental nestes estudantes do ensino fundamental da cidade de São Carlos, e o que pode colaborar com o desenvolvimento de problemas de saúde mental ou proteger as crianças de tais problemas, como: situação econômica da família, suporte social da família, estilos parentais e saúde mental dos pais. Sua participação não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento. Para participar, você precisará responder alguns questionários que tratam: da saúde emocional da criança, sobre o suporte social recebido por você, sobre a maneira que você educa a criança pela qual você é responsável e sobre sua saúde emocional.

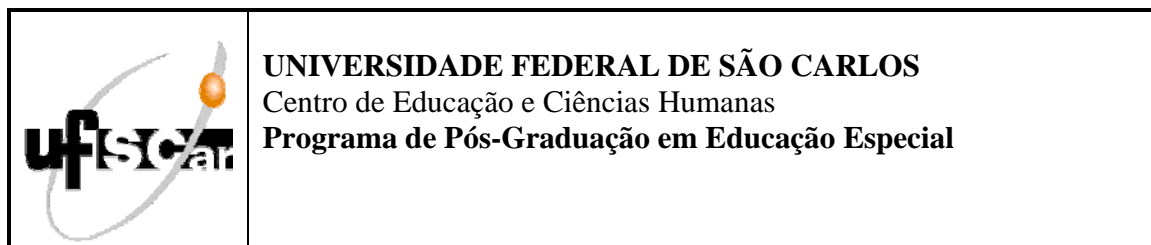
O desenvolvimento de estudos desse tipo que buscam identificar como está a saúde mental das crianças e sobre os fatores que contribuem ou dificultam esse processo são muito importantes, para que as instituições que trabalham com crianças (escolas, postos de saúde, etc) possam conhecer o que acontece com as mesmas e possam criar estratégias e ações mais efetivas que possam oferecer suporte às demandas dessa população. No entanto falar sobre determinados assuntos pode ser desconfortável para você, o que poderá ser dito imediatamente para a pesquisadora. No entanto, as pessoas que já participaram de projetos anteriores e parecidos relataram gostar da experiência.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado (a), responsável pelo (a) menor \_\_\_\_\_, estou ciente de que ele participará do projeto que está sendo realizado com crianças e seus responsáveis visando identificar a prevalência de problemas de saúde mental infantil e os fatores de risco e proteção envolvidos. Declaro estar ciente: a) do objetivo do projeto; b) da segurança de que eu e a criança por quem sou responsável não seremos identificados e de que será mantido o caráter confidencial das informações que prestarei; c) de que caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos deste projeto, poderei entrar em contato com a coordenadora responsável para esclarecê-las; d) de que não serei remunerado (a) pela participação no projeto; e) ter liberdade de recusar a participar do projeto.

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

**APÊNDICE D: Convite enviado aos pais/responsáveis de uma das escolas, agendando uma reunião para apresentação dos objetivos do estudo**



Prezados pais.

Convidamos o senhor (a) para um encontro, no qual será apresentada uma pesquisa que está buscando identificar como é a saúde mental de crianças de 6 a 10 anos da cidade de São Carlos. Neste encontro, os senhores (mães, pais ou responsáveis) poderão conhecer a pesquisa (que está recebendo o apoio da escola \_\_\_\_\_) e serão convidados a participar e colaborar com a sua realização. Desde já destaco que sua participação é muito importante e irá contribuir para que ações que evitem problemas no desenvolvimento de crianças dessa idade possam ser planejadas e colocadas em prática, tanto através da escola como através dos serviços de saúde.

Local do encontro: ESCOLA

Duração do encontro: uma hora

Dias e horários:

( ) 12/11/09 às 18 horas da tarde

( ) 13/11/09 às 7 horas da manhã

Maria Fernanda Barboza Cid – pesquisadora responsável pela pesquisa.

## APÊNDICE E: Folder com a Programação do Seminário de Saúde Mental Infantojuvenil



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO  
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL



### Seminário de Saúde Mental Infantojuvenil

Tema:

“Saúde mental de crianças do ensino fundamental e de seus cuidadores na cidade de São Carlos: refletindo sobre a realidade, práticas de intervenção e políticas públicas”



**Organização:** Laboratório de Saúde Mental do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar

**LOCAL:** Anfiteatro Bento Prado Junior – UFSCar

**DATA:** 10/11/2011 – 8:00h às 12:00h

Inscrições e mais informações pelo e-mail:  
[sminfantojuvenil@gmail.com](mailto:sminfantojuvenil@gmail.com)





### **Programação**

**8:00h às 8:30h** – Inscrições

**8:30h – 10:00h** - Apresentação dos principais resultados da pesquisa:

**“Saúde Mental de escolares: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção“**

Profa. Maria Fernanda Barboza Cid- DTO/UFSCar

**10:00 – 10:30** – Intervalo

**10:30 – 12:00** – Mesa de Debate:

**Estratégias de ação e novas perspectivas frente às demandas relativas à Saúde Mental Infantojuvenil na Cidade de São Carlos**

Mediadora: Profa. Dra. Thelma Simões Matsukura – DTO/UFSCar

Membros:

- Iolanda Cristina Barbério – Articuladora de Saúde Mental e Coordenadora do CAPS - Secretaria Municipal de Saúde

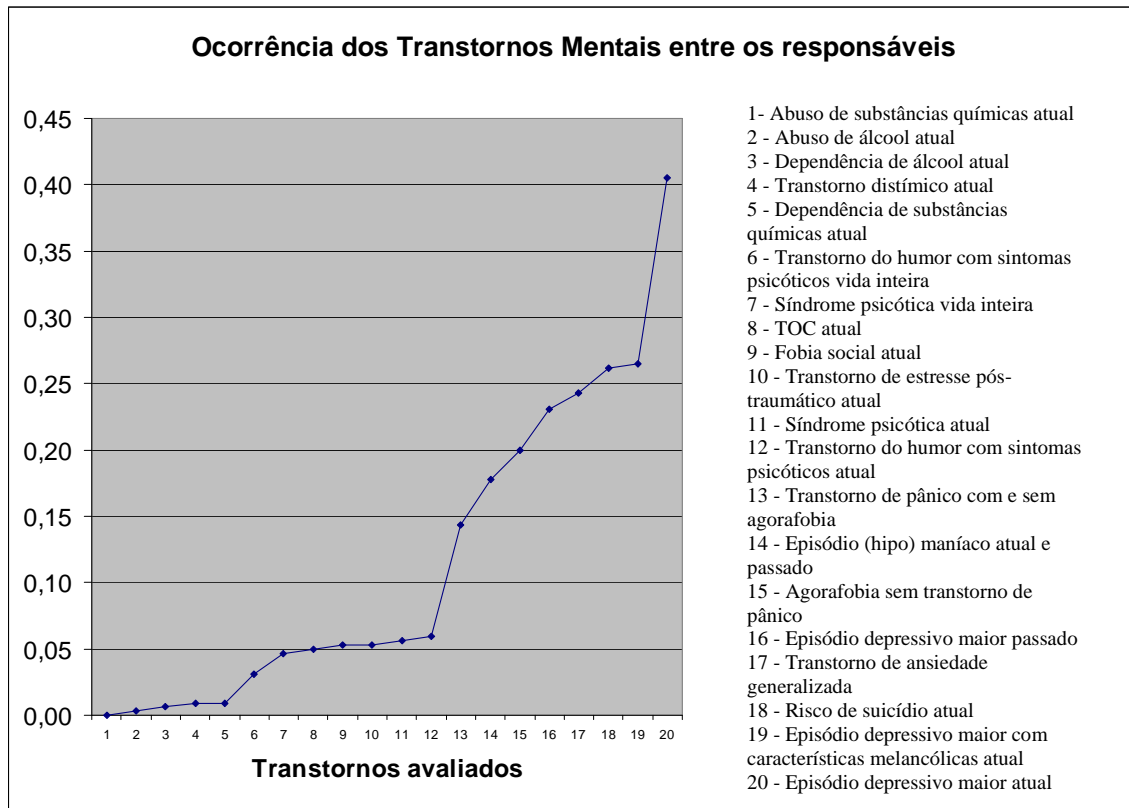
- Maria Rita David Pereira – Psicóloga da Secretaria Municipal da Educação e Cultura

- Roberto Ferreira de Menezes - Secretario Municipal Especial da Infância e Adolescência

- Isis de Albuquerque – Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social

**14:00 – 18:00** – Atividade de campo - Roda de Conversa – Levantamento de demandas - visita da equipe do Laboratório de Saúde Mental a uma unidade de saúde e a uma escola municipal

**APÊNDICE F: Gráfico: Ocorrência dos Transtornos Mentais entre os Responsáveis:**



Observa-se que os transtornos que apresentam maior ocorrência foram:

- Episódio Depressivo Maior Atual;
- Episódio Depressivo Maior Passado;
- Episódios Depressivos com Características Melancólicas Atual;
- Risco de Suicídio Atual;
- Episódios (Hipo) Maníacos
- Transtorno de Pânico com e sem agorafobia;
- Agorafobia
- Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Portanto, estes foram os Transtornos considerados nas análises realizadas, cujas tabelas com resultados são apresentadas a seguir.

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Episódio Depressivo Maior Atual**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	5,85	4,18	<b>-5,15**</b>
Problemas de Conduta	3,55	2,8	<b>-3,03**</b>
Hiperatividade	5,37	4,32	<b>-2,98**</b>
Problemas de Relacionamento	2,91	2,29	<b>-2,77**</b>
Comportamento Pró-social	8,52	8,67	ns
Total de Dificuldades	17,7	13,6	<b>-4,92**</b>
Suplemento de Impacto	1,07	0,67	<b>-2,47**</b>

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Episódio Depressivo Maior Passado**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	5,83	4,56	<b>-3,38**</b>
Problemas de Conduta	3,45	3	-1,58
Hiperatividade	5,16	4,63	-1,30
Problemas de Relacionamento	2,05	2,27	<b>-2,65**</b>
Comportamento Pró-social	2,91	2,83	-0,71
Total de Dificuldades	17,55	14,58	<b>-3,05**</b>
Suplemento de Impacto	2,37	2,54	-1,15

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Episódio Depressivo Maior Com Características Melancólicas Atual**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	6	4,47	<b>-4,15**</b>
Problemas de Conduta	3,44	3	-1,53
Hiperatividade	5,24	4,57	-1,72
Problemas de Relacionamento	3,25	2,29	<b>-3,66**</b>
Comportamento Pró-social	8,4	8,68	1,12
Total de Dificuldades	17,88	14,33	<b>-3,83**</b>
Suplemento de Impacto	1,09	0,74	-1,41

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Risco de Suicídio Atual**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	5,46	4,64	<b>-2,22*</b>
Problemas de Conduta	3,79	2,86	<b>-3,06**</b>
Hiperatividade	6,03	4,29	<b>-4,44**</b>
Problemas de Relacionamento	3,11	2,34	<b>-3,24**</b>
Comportamento Pró-social	8,29	8,72	<b>2,12*</b>
Total de Dificuldades	18,41	14,1	<b>-4,75**</b>
Suplemento de Impacto	1,36	0,6	<b>-2,73**</b>

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Agorafobia sem Transtorno de Pânico**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	5,4	4,72	-1,73
Problemas de Conduta	3,84	2,92	<b>-2,79**</b>
Hiperatividade	5,48	4,57	<b>-2,10*</b>
Problemas de Relacionamento	2,73	2,5	-1,26
Comportamento Pró-social	8,75	8,57	-0,59
Total de Dificuldades	17,46	14,7	<b>-2,80**</b>
Suplemento de Impacto	1,06	0,77	-1,66

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Transtorno de Pânico sem Agorafobia**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	5,78	4,7	<b>-2,20*</b>
Problemas de Conduta	3,6	3,02	-1,59
Hiperatividade	5,23	4,67	-1,19
Problemas de Relacionamento	3,08	2,45	-1,92
Comportamento Pró-social	8,1	8,69	1,62
Total de Dificuldades	17,7	14,86	<b>-2,48*</b>
Suplemento de Impacto	0,04	0,8	-1,22

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Episódio (Hipo) Maníaco Atual e Passado**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	5,82	4,65	<b>-2,88**</b>
Problemas de Conduta	3,73	3	<b>-2,23*</b>
Hiperatividade	6,24	4,43	<b>-4,01**</b>
Problemas de Relacionamento	3,3	2,38	<b>-3,34**</b>
Comportamento Pró-social	8,6	8,6	0,25
Total de Dificuldades	19,1	14,4	<b>-4,44**</b>
Suplemento de Impacto	1,07	0,78	-0,82

**Teste de Mann-Whitney SDQ X Transtorno de Ansiedade  
Generalizada**

Variável	Grupos		
	Sim	Não	z
Sintomas Emocionais	6,05	4,47	<b>-4,17**</b>
Problemas de Conduta	3,66	2,3	<b>-2,51*</b>
Hiperatividade	5,64	4,46	<b>-2,95**</b>
Problemas de Relacionamento	3	2,37	<b>-2,83**</b>
Comportamento Pró-social	8,32	8,7	1,39
Total de Dificuldades	18,46	14,24	<b>-4,38**</b>
Suplemento de Impacto	1,32	0,67	-1,80

**ANEXOS**

**ANEXO A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar:  
CAAE: 4677.0.000.135-08**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos  
Via Washington Luís, km. 235 - Caixa Postal 676  
Fones: (016) 3351.8109 / 3351.8110  
Fax: (016) 3361.3176  
CEP 13560-970 - São Carlos - SP - Brasil  
propg@power.ufscar.br - <http://www.propg.ufscar.br/>

**CAAE 4677.0.000.135-08**

**Título do Projeto:** PREVALÊNCIA DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL E IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO

**Classificação:** Grupo III

**Procedência:** Departamento de Terapia Ocupacional

**Pesquisadores (as):** Maria Fernanda Barboza Cid

**Processo nº.:** 23112.004819/2008-77

**Parecer Nº. 054/2009**

**1. Normas a serem seguidas**

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e ao término do estudo.

**2. Avaliação do projeto**

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CEP/UFSCar) analisou o projeto de pesquisa acima identificado e considerando os pareceres do relator e do revisor **DELIBEROU:**

Solicita-se que a pesquisadora informe aos participantes, no TCLE, O tempo a ser despendido no processo de coleta de dados.

**3. Conclusão:**

Projeto aprovado com recomendação

São Carlos, 13 de março de 2009.

  
Prof.ª Dr.ª Cristina Paiva de Sousa  
Coordenadora do CEP/UFSCar