

Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência*

Mental health problems in students and in their parents or guardians: a prevalence study

Maria Fernanda Barboza Cid¹, Thelma Simões Matsukura²

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p1-10>

Cid MFB, Matsukura TS. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):1-10.

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental e dos seus responsáveis e investigar possíveis relações existentes entre a saúde mental das crianças e a saúde mental de seus responsáveis. Foram participantes, 321 responsáveis por estudantes da rede municipal de ensino do município de São Carlos. Os instrumentos de medida utilizados foram: Questionário de Capacidades e Dificuldades, para a avaliação da saúde mental das crianças e Mini International Neuropsychiatric Interview, para avaliar a presença de problemas de saúde mental nos responsáveis. Para a análise, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Verificou-se que 43% das crianças apresentaram escores clínicos no SDQ e 63% dos responsáveis apresentaram pelo menos um transtorno mental. Os resultados também indicaram que a pontuação da criança no SDQ foi significativamente maior quando o responsável apresentava algum transtorno mental. Aponta-se que a vivência de problemas de saúde mental pelos responsáveis é um fator de risco para a saúde mental infantil e indica-se a necessidade de políticas públicas que considerem essa realidade e implementem ações de prevenção e promoção da saúde mental de crianças e adultos.

DESCRITORES: Saúde mental; Prevalência; Fatores de risco; Estudantes/psicologia; Ensino fundamental e médio; Questionários; Criança; Adulto/psicologia.

Cid MFB, Matsukura TS. Mental health problems in students and in their parents or guardians: a prevalence study. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 jan./abr.;25(1):1-10.

ABSTRACT: The purpose of this study was to measure the prevalence of mental health problems in students in the first cycle of elementary school and in their parents or guardians. Moreover, this study investigates the possible relationships between parental health problems and the mental health of children. A total of 321 parents or guardians of students from public schools in the town of São Carlos participated in this survey. Both the Strengths and Difficulties Questionnaire, for the assessment of mental health of children, and the Mini International Neuropsychiatric Interview, to measure parental emotional distress were used. The gathered data were analyzed by using the non-parametric Mann-Whitney. It was found that 43% of children scored above the clinical cut-off level on SDQ and 63% of parents or guardians had at least one mental disorder. The results also indicated significant differences between the groups and thus the child had significantly higher SDQ scores when his or her mother or father suffered some emotional distress. The study showed evidence of parental mental health issues as a risk factor for child mental health and indicates that there is a need for public policies and procedures for the prevention of mental disorders, promoting the mental health and psychological well-being of children and adults.

KEY WORDS: Mental health; Prevalence; Risk factors; Students/psychology; Education, primary and secondary; Questionnaires; Child; Adult/psychology.

* O presente trabalho é parte integrante da tese de doutorado da primeira autora, defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

1. Universidade Federal de São Carlos.

2. Universidade Federal de São Carlos.

Endereço para correspondência: Departamento de Terapia Ocupacional – Universidade Federal de São Carlos – Rodovia Washington Luís, Km. 235 Caixa Postal: 676; CEP: 13565-905 – São Carlos, SP.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde¹ define o termo “Saúde Mental” como “(...) 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” (p. 1).

No que se refere à infância, autores^{2,3,4,5} têm apontado que aspectos presentes no ambiente em que a criança vive são os mais envolvidos na determinação de sua saúde mental.

Segundo Sá et al.⁶, 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. Os resultados desses estudos mostram taxas de prevalência semelhantes às de países desenvolvidos, que sinalizam que uma entre quatro ou cinco crianças no mundo apresenta problemas de saúde mental.

Estudos longitudinais internacionais indicam que existe uma continuidade dos problemas de saúde mental na infância, na adolescência e na 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 dificuldades relativas à saúde mental infantil, considerando que causam estresse duradouro na vida dos indivíduos e demais grupos envolvidos - família, escola e comunidade^{1,7,8}.

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 et al.⁷ encontraram dez estudos, realizados em 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-americanos⁷.

No que se refere ao Brasil, Paula et al.⁹ fizeram um estudo de revisão sobre as pesquisas epidemiológicas de cunho populacional desenvolvidas no país, no período de 1980 a 2009. Os autores encontraram 13 estudos, publicados no período de 2001 a 2009, que encontraram taxas de prevalência variando de 12% a 24,6% com base em instrumentos de rastreamento e de 7% a 12,7% com base em instrumentos de diagnóstico. Os autores apontam a discrepância regional dos estudos, na medida em que todas as pesquisas desenvolvidas foram realizadas em apenas três Estados (São Paulo, Porto Alegre e Bahia) e indicam a necessidade de mais estudos epidemiológicos que abarquem a situação da saúde mental infantil nas outras regiões e Estados brasileiros.

Sobre os estudos relacionados a associações entre o desenvolvimento de dificuldades na saúde mental infantil e os fatores de risco e proteção envolvidos nesse processo, aponta-se que estes têm sido o foco das pesquisas mais recentes, sendo que o principal enfoque tem se direcionado aos fatores de risco. Assim, observa-se que as pesquisas que abordam aspectos presentes no contexto e ambiente familiar são as mais exploradas, como por exemplo, renda familiar, escolaridade dos pais, estrutura familiar, pais com transtornos mentais, existência de violência intrafamiliar, dentre outros^{3,6,10,11}.

Alguns estudos têm investigado a influência da saúde mental 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^{12,13,14,15}.

Autores nacionais indicam a necessidade de novas investigações que busquem ampliar a compreensão sobre as implicações do transtorno mental nos pais para a saúde mental infantil, utilizando amostras maiores e a identificação de variáveis de risco e proteção. Além disso, sinalizam para a necessidade de intervenções em saúde e educação que busquem promover mecanismos de proteção ao desenvolvimento infantil, inclusive nos serviços de atenção à saúde mental de adultos^{3,10,16,17,18,19,20}.

A partir do exposto aponta-se para a importância da continuidade da realização de estudos epidemiológicos brasileiros, 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.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental e dos seus responsáveis e investigar possíveis relações existentes entre a saúde mental das crianças e a saúde mental de seus responsáveis.

MÉTODO

Participantes

Participaram do 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. Vale observar que São Carlos é uma cidade localizada na região Centro-Leste do Estado de São Paulo, de aproximadamente 222 mil habitantes, sendo que cerca de 95% da população é urbana. O Índice de Desenvolvimento Humano do município é de 0,80% (14º cidade no Ranking Estadual)⁽¹⁾.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O SDQ²¹, cuja versão brasileira foi elaborada e validada por Bacy Fleitlich-Bilyk²², foi utilizado para avaliar a saúde mental infantil das crianças. Este instrumento é composto por 25 itens, subdivididos em 5 subescalas que avaliam: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Investiga sintomas e avalia seu impacto na criança/adolescente, em sua vivência familiar e escolar, por meio de três versões: para pais, professores e crianças ou adolescentes. Neste estudo foi utilizada a versão para pais, que foi apresentada aos responsáveis pelas crianças.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

O MINI²³ foi utilizado para identificar a presença ou não de transtorno mental nos responsáveis. Trata-se de uma entrevista diagnóstica breve padronizada, compatível com os

critérios do DSM -III/IV e da CID-10, que visa a avaliação de pessoas com possíveis transtornos psiquiátricos. Este instrumento foi traduzido e validado para o português²³.

PROCEDIMENTOS

Identificação e localização dos participantes

Após a autorização da Secretaria Municipal de Educação da cidade de São Carlos e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 4677.0.000.135-08), os procedimentos de identificação dos participantes foram iniciados. Aponta-se que a coleta de dados do presente estudo foi realizada no período de julho de 2009 a fevereiro de 2010.

A partir do número de alunos matriculados nas sete escolas participantes foram realizados os procedimentos para a composição da amostra probabilística⁽²⁾.

Definida a amostra, foi elaborada a carta-convite para os pais dos alunos sorteados contendo informações sobre o estudo e sobre o fato de que um membro da equipe da pesquisa entraria em contato por telefone ou diretamente na residência, para convidá-los pessoalmente para a participação.

Após o envio das cartas, foi iniciado o contato com os responsáveis, por telefone e a partir de visitas domiciliares. Para aqueles que aceitavam participar, foi agendado um encontro para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Feito isso, os instrumentos de coleta de dados eram apresentados.

Coleta de dados

Até três tentativas de contato em dias, horários e de formas diferentes foram feitas com os participantes. Aqueles que não aceitaram participar ou com os quais o contato não foi possível eram substituídos por outros que compunham a amostra reserva, composta para esse fim e, então, o mesmo procedimento era realizado. Quando o convite para a participação na pesquisa era aceito e preenchido o TCLE, os instrumentos eram apresentados sob a forma de entrevista.

⁽¹⁾ Dados do IBGE, acessado a partir do link: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354890&search=sao-paulo> e do PNUD, acessado pelo link: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>

⁽²⁾ 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.

Para manter o rigor do trabalho e não prejudicá-lo metodologicamente, os participantes de duas escolas foram excluídos da amostra, pois o número de entrevistas realizadas foi inferior à 50% do previsto. Assim, o nível de confiabilidade da amostra, de 5% passou a ser de 7% e o estudo passou a ser representativo de cinco escolas municipais, totalizando 321 participantes.

Análise dos dados

Os dados dos instrumentos SDQ e MINI foram tratados a partir das planilhas de cálculo de cada um deles. Para as análises estatísticas, foram realizadas análises descritivas que possibilitaram o cálculo da prevalência, bem como testes estatísticos não paramétricos, considerando que, embora a amostra seja probabilística, as variáveis estudadas não apresentaram uma distribuição normal na população estudada.

Foram realizadas análises de comparação entre grupos a partir do teste de Mann-Whitney, pelo qual a saúde mental das crianças foi avaliada em função da presença ou não de problemas de saúde mental nos responsáveis. Os testes foram considerados com resultado significativo quando o valor da estatística que o descreve (p-valor) 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 Statística 7.

RESULTADOS

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

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)⁽³⁾.

Tabela 1 - Caracterização dos responsáveis pelas crianças

Variável	n	%
Idade (anos)		
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
Escolaridade		
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
Renda familiar declarada¹		
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

Prevalência de problemas de saúde mental nas crianças e nos responsáveis

Apresentam-se na Tabela 2 os resultados da prevalência de problemas de saúde mental infantil advindos da aplicação do SDQ.

Observa-se na Tabela 2, 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. Segundo a percepção dos responsáveis, 43% das crianças participantes, apresentam escore “Clínico” para a saúde mental, o que pode indicar a necessidade de intervenção especializada.

Em relação à subescala “Suplemento de Impacto”, observa-se a prevalência de 19% das crianças pontuadas como “Clínico”, o que significa que 19% dos responsáveis identificam que as crianças têm uma dificuldade e que traz impacto negativo ao cotidiano familiar e escolar.

⁽³⁾O salário mínimo em vigor no período de realização da coleta de dados correspondia a R\$ 465,00.

Tabela 2 - 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%
Total de dificuldades	137	43%	45	14%	139	43%	321	100%
Suplemento de impacto	223	69%	37	12%	61	19%	321	100%

Além do escore geral, é possível verificar, na Tabela 2, as prevalências de cada subescala avaliada pelo instrumento. Segundo os responsáveis, a subescala “Problemas Emocionais” foi a mais pontuada (52%). A subescala “Comportamento Pró-Social” é a que menos apresenta crianças avaliadas como “Clínico” (6%), estando 91% “Saudáveis”, ou seja, a grande maioria das crianças,

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 3 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.

Tabela 3 - Prevalência de problemas de saúde mental em todos os responsáveis e nas mães

Transtorno Mental Avaliado	Todos os responsáveis		Mães	
	Número	%	Número	%
Episódio depressivo maior atual	130	40	114	42
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 hipomaniaco atual	11	3	11	4
Episódio hipomaniaco passado	15	5	11	4
Episódio maniaco atual	16	5	16	6
Episódio maniaco 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
Presença de pelo menos um transtorno	203	63	179	66
Total	321	100%	270	84%

Sobre os dados apresentados na Tabela 3, observa-se que a prevalência de Transtornos Mentais em responsáveis e mães é expressa pela porcentagem 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 foram consideradas, ou seja, a maioria apresenta pelo menos um diagnóstico de transtorno mental, de acordo com o MINI²³.

Em relação aos diferentes transtornos avaliados, destacam-se, com maiores índices, os Episódios Depressivos; Risco de Suicídio Atual; Transtorno de Ansiedade Generalizada e Agorafobia.

Relações entre saúde mental das crianças e saúde mental dos responsáveis

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” (“Sim”, quando apresenta e “Não” quando não apresenta):

Tabela 4 - 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	ns
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

Verifica-se, na Tabela 4 que, com exceção da subescala “Comportamento Pró-Social”, 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.

DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se uma taxa de prevalência de 43% de crianças com escore “Clínico” para a saúde

mental. Esse resultado aponta um índice de prevalência consideravelmente superior ao que tem sido encontrado em estudos nacionais e internacionais, os quais têm indicado taxas de prevalência variando de 10% a 25%^{6,24}.

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, em sua maioria, consideram, 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^{11,25,26}.

Um estudo desenvolvido por Fleitlich e Goodman²⁵ 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), utilizou o SDQ para avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes e estimou a prevalência dessa problemática por meio de análises distintas, de acordo com a situação socioeconômica dos participantes. 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 áreas²⁵. 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.

Outra hipótese se refere ao instrumento utilizado, o SDQ, que possui três versões, a versão para pais e/ou responsáveis, a versão para professores e a 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 deste estudo.

Ainda no que se refere aos responsáveis pelas crianças participantes verificou-se que eles também foram identificados com altos níveis de problemas de saúde mental segundo o MINI²³ (63%), o que pode favorecer uma visão mais pessimista e negativa em relação aos comportamentos dos filhos/crianças.

Mian et al.¹⁸ 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.

A despeito do resultado da prevalência obtido neste estudo ser superior ao que tem sido encontrado na literatura, as taxas de prevalência encontradas nos estudos epidemiológicos 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.

Os estudos sinalizam que o fato da criança que apresenta dificuldade relacionada à saúde mental tende a permanecer com essa dificuldade no decorrer de seu processo de desenvolvimento, o que implica em prejuízos para o desempenho de atividades e habilidades relativas às fases posteriores do ciclo de vida, e aumenta 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^{24,27}.

Ou seja, a questão da saúde mental infantil envolve ações de prevenção e promoção à saúde, intervenções especializadas em saúde, educação, assistência social, 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 “Comportamento Pró-Social”, foi a que menos apresentou crianças avaliadas como “Clínico” (6%), estando, 91% das crianças, segundo seus responsáveis, capazes de se comportar de forma pró-social.

Esse achado 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 socialização²⁸, onde as habilidades sociais são testadas e cobradas nos diferentes contextos de vivência das crianças. Admite-se a hipótese de que, embora possa ser difícil, as crianças esforçam-se para cumprir com êxito essa tarefa.

Ainda no que se refere ao Comportamento Pró-Social, 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 elas.

Os achados referentes às subescalas do SDQ, com destaque para o “Comportamento Pró-Social” apresentado por 91% das crianças, remete à hipótese de que elas podem estar estressadas, de forma a apresentarem sintomas que caracterizam dificuldades relativas à saúde mental, mas sem

apresentar transtornos específicos que comprometam sua habilidade de agir de forma pró-social.

De acordo com Matsukura et al.²⁹ (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 et al.³⁰ 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 et al.³¹ encontraram, em estudo com crianças estudantes do primeiro ano do ensino fundamental, que 56% delas apresentaram sintomas de estresse, principalmente no que se refere a reações físicas e psicológicas. 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.

Em relação à prevalência de problemas de saúde mental nos responsáveis, observou-se, a partir do MINI²³, uma taxa bastante alta, representada pelo item: “Apresenta pelo menos um transtorno mental”, no qual 63% dos responsáveis participantes se auto-avaliaram, 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%³². Em relação aos diferentes transtornos avaliados, destacam-se, com maiores índices, os Episódios Depressivos (49%) e o Risco de Suicídio Atual (26%).

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 feminina³².

Andrade et al.³³ apontam que a depressão é a principal responsável pela incapacitação em mulheres no mundo. As autoras indicam, ainda, que cerca de 35% da

população adulta não institucionalizada apresentou algum tipo de transtorno mental ao longo da vida.

Observa-se, portanto, a 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.

Sobre as relações existentes entre a saúde mental das crianças e a saúde mental dos responsáveis, verificou-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, indicando que a condição da saúde mental do cuidador influencia o desenvolvimento emocional das crianças.

Esse achado confirma o que tem sido encontrado em estudos nacionais e internacionais relacionados à influência da depressão materna na saúde e desenvolvimento dos filhos^{18,14,34}.

Os estudos de Mustillo et al.³⁴ e de Mian et al.¹⁸ apontam que a depressão materna constitui um fator de risco importante para a saúde mental de 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 ressaltam sobre 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 o sofrimento que pode ser desencadeado 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.

Apontam-se dois limites importantes da presente investigação que devem ser considerados, a saber: 1. Os dados obtidos foram todos coletados a partir de apenas um informante, ou seja, os responsáveis pela criança. 2. Não foi possível abranger um número maior de participantes, nas diferentes regiões do município, o que dificulta a generalização dos resultados.

De qualquer forma, 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 indica importantes questões a serem consideradas pelas políticas públicas de saúde mental, abrangendo os âmbitos da prevenção, promoção e tratamento tanto de crianças quanto de adultos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Strengthening mental health promotion. Geneva; 2001. (Fact sheet no.220).
2. Amstalden ALF, et al. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010.
3. Cid MFB, Matsukura TS. Mães com transtorno mental e seus filhos: Risco e desenvolvimento. Mundo Saúde. 2010;34(1):73-81.
4. Santos LC, Marturano EM. Crianças com dificuldades de aprendizagem: um estudo de seguimento. *Psicol Reflexão Crítica*. 1999;12:377-94,
5. Schwengber DDS, Piccinini CA. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos Psicol*. 2003;8(3):403-11.
6. Sá DGF, Bordin IAS, Martin D, Paula CSP. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicol Teoria Pesq*. 2010;26(4):643-52.

7. Duarte CS, et al. Child mental health in Latin América: present and future epidemiologic research. *Int J Psychiatr Med.* 2003;33:203-22.
8. Rutter M, et al. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatr.* 2006;47(3):276-95.
9. Paula CS, et al. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: Lauridsen-Ribeiro E, Tanaka OY, organizadores. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS.* São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Ferrioli SHT, Marturano EM, Puntel LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):251-9.
11. Paula CS, et al. Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(3):524-8.
12. Leiferman JA, et al. Mothers' mental distress and parenting practices with infants and toddlers. *Arch Womens Mental Health.* 2005;8:243-7.
13. Manning C, Gregoire A. Effects of parental mental illness on children. *Psychiatric.* v. 8, n. 1. 2008.
14. Mendes AV, Loureiro SR, Crippa JA. Depressão materna e saúde mental de escolares. *Rev Psiquiatr Clín.* 2008;35(5):178-86.
15. Oyserman D, et al. When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *J Adolesc.* 2005;28: 443-63.
16. Cavaglieri DR, Matsukura TS. Famílias de portadores de transtorno mental: reconhecendo a realidade dos pais e seus filhos. Trabalho de iniciação científica. São Carlos: Pró Reitoria de Pós-Graduação. Departamento de Terapia Ocupacional -UFSCar; 2005.
17. Gutt EK. Perfil comportamental e competência social de crianças e adolescentes filhos de mulheres com esquizofrenia [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2005.
18. Mian L. A depressão materna e o comportamento de crianças em idade escolar. *Psicol Teoria Pesq.* 2009;25(1):29-37.
19. Petresco S, et al. Prevalência de psicopatologia em filhos de mulheres bipolares de um centro terciário brasileiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(3):240-6.
20. Ruzzi-Pereira A. Doença mental materna: ações de parenting e suporte social [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.
21. Goodman R, et al. The Ilha da Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Social Psychiatr Psychiatric Epidemiolol.* 2005;40:11-7.
23. Amorim P. Mini international neuropsychiatric interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106-15.
24. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RV. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(Supl.1):92-100.
25. Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ.* 2001;323:599-600.
26. Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003;25(3):139-45.
27. D'Abreu LCF, Marturano E M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. *Estudos Psicol.* 2010;15(1):43-51.
28. Marturano EM, et al. Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar: Comparação com alunos não referidos. *Rev Interamer Psicol.* 1997;31:223-41.
29. Matsukura TS, et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev Bras Educ Esp.* 2007;13(3):415-28.
30. Lipp MEN, et al. O estresse em escolares. *Psicol Escolar Educ.* 2002;6(1):51-6.
31. Correia-Zanini MRG, et al. Sintomas de stress em escolares: relações com tensões cotidianas no primeiro ano do ensino fundamental. In: *Anais do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluacion Psicológica, XV Conferência Internacional: Avaliação Psicológica: Formas e Contextos.* Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 25-27 jul. 2011.
32. Araújo TM, Pinho PS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sócio-demográficas e o trabalho doméstico. *Rev Bras Saúde Materno Infantil.* 2005;5(3):337-48.
33. Andrade LHSG, et al. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq Clín.* 1999;26(5) [citado 20 set. 2011]. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista>.
34. Mustillo SA, et al. Parental depression and child outcomes: the mediating effects of abuse and neglect. *J Marriage Family.* 2011;73:164-80.
35. Fleitlich BW. The prevalence of psychiatric disorders in 7-14 year olds in the southeast of Brazil [thesis]. London: London University, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry, King's College; 2002.

36. Fleitlich BW, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2004;43(6):728-34.
37. Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr.* 2001;40(11):1337-45.
38. Patel V, et al. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.* 2007;369.
39. Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(2):2-6.
40. Vitolo YLC, et al. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(5):716-24.

Recebido para publicação: 28/05/2013

Aceito para publicação: 26/02/2014