

Silvia Helena Tortul Ferriolli¹

Edna Maria Marturano^{II}

Ludmila Palucci Puntel^{II}

Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família

Family context and child mental health problems in the Family Health Program

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre variáveis do contexto familiar e o risco de problemas emocionais/comportamentais em crianças cadastradas em Programa Saúde da Família.

MÉTODOS: Realizou-se estudo de delineamento transversal com 100 crianças entre 6 e 12 anos de idade e seus familiares, principalmente mães biológicas (82%), cadastradas em um núcleo do Programa Saúde da Família, no município de Ribeirão Preto, SP, em 2001. Problemas emocionais/comportamentais da criança, em níveis considerados de risco para o desenvolvimento de transtornos, foram identificados por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades. Avaliaram-se as variáveis do contexto familiar: nível socioeconômico, eventos adversos, estresse materno, depressão materna e organização e estruturação do ambiente familiar. Para análise estatística foram utilizados os modelos de regressão logística univariada e multivariada.

RESULTADOS: O estresse materno mostrou-se associado a problemas de saúde mental em geral na criança (OR=2,2). Rotina diária com horários definidos e o maior acesso a atividades para preencher o tempo livre foram associados à ausência desses problemas (1/OR 1,3 e 1,9, respectivamente). O estresse materno foi também um fator de risco para sintomas de ansiedade/depressão (OR=1,6). Para hiperatividade, a instabilidade financeira foi variável de risco (OR=2,1) e todos os indicadores de estabilidade ambiental foram variáveis protetoras (1/OR entre 1,2 e 1,6).

CONCLUSÕES: Indicadores do contexto familiar associados aos problemas de saúde mental em escolares podem subsidiar a atuação das equipes do Programa Saúde da Família frente à criança e sua família. Recomenda-se a utilização do Questionário de Capacidades e Dificuldades pelas equipes, a fim de identificar precocemente os problemas de saúde mental infantil.

DESCRITORES: Programa Saúde da Família. Psiquiatria infantil. Saúde mental. Características da família. Fatores de risco. Atenção primária à saúde. Estudos transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the association between variables in the family context and the risk for emotional/behavioral problems in children enrolled in a Family Health Program.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP). Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil

^{II} Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica. FMRP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Edna Maria Marturano
Rua Tenente Catão Roxo, 2650
14051-140 Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: emmrtur@fmrp.usp.br

METHODS: A cross-sectional design study was conducted with 100 children aged 6 to 12 years old and their families, especially their biological mothers (82%). All subjects were enrolled in center of the Family Health Program in the city of Ribeirão Preto, Southern Brazil, in 2001. Emotional/behavioral problems of the child, in levels considered as at risk for the development of disorders, were identified by means of the Strengths and Difficulties Questionnaire. Regarding conditions in the family context, the following variables were evaluated: socioeconomic level, adverse events, maternal stress, maternal depressive symptoms, organization, and structure of family environment. Data analysis was performed through univariate and multivariate logistic regression.

RESULTS: Maternal stress was associated with general mental health problems in the child (OR=2.2), while a daily routine with an organized timetable and greater range of activities to fill up their free time were associated with the absence of these problems (1/OR 1.3 and 1.9, respectively). Maternal stress was also a risk factor for anxiety/depression symptoms (OR=1.6). Regarding hyperactivity, financial instability was a risk factor (OR=2.1), and all indicators of environmental stability were protective variables (1/OR between 1.2 and 1.6).

CONCLUSIONS: Information about family context indicators associated with mental health problems in schoolchildren may subsidize actions of the Family Health Program teams for the child and his/her family. The results indicate a possible employment of the Strengths and Difficulties Questionnaire by the teams, in order to identify early problems in child mental health.

KEYWORDS: Family Health Program. Child psychiatry. Mental health. Family characteristics. Risk factors. Primary health care. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

Problemas de saúde mental na infância podem prejudicar o desenvolvimento da criança e estão associados ao risco de transtornos psicossociais na vida adulta.^{10,18} Estudos epidemiológicos têm mostrado taxas variáveis de prevalência de problemas psiquiátricos em crianças e adolescentes. Em revisão da literatura²⁰ foram encontradas taxas entre 8% e 18%, com média de prevalência global de 15,8%. No Brasil, diferentes levantamentos encontraram taxas de prevalência entre 12,7% e 23,3%.^{1,6,11,25} Os problemas mais freqüentes incluem transtornos de conduta, de atenção e hiperatividade e emocionais.⁹

Na busca de condições que podem contribuir para o surgimento ou a intensificação dos sintomas psiquiátricos mais comuns em crianças, têm sido encontrados fatores familiares comuns associados a vários transtornos.¹⁸ Para os problemas externalizados, que compreendem os transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e de conduta são fatores de risco: discórdia conjugal severa, desvantagem socioeconômica, tamanho grande da família, criminalidade paterna e transtorno mental da mãe. Inversamente, são fatores de proteção: famílias com até quatro filhos, pais apoiadores e adequado

estabelecimento de limites e regras.¹⁸ Ainda dentre os fatores de risco, a disfunção conjugal, ruptura da família, história psiquiátrica parental e estresse familiar, acrescidos de práticas disciplinares intrusivas e severas, são os mais significativos para transtornos de déficit de atenção e hiperatividade.⁵ Para transtorno de conduta, o baixo status socioeconômico da família é um dos mais robustos fatores de risco contextuais.⁷ Os transtornos emocionais têm sido associados a fatores como exposição precoce a ambientes incontrolláveis, acúmulo de eventos de vida adversos e ter um genitor com transtorno.^{18,24}

Os mecanismos causais subjacentes a essas associações não são bem conhecidos. Sabe-se que eles podem ter base genética, ambiental ou ambas.^{18,24} Quaisquer que sejam os mecanismos envolvidos, o ambiente familiar instável, incontrollável ou caótico tem sido reconhecido como prejudicial ao desenvolvimento infantil.⁴

A identificação de problemas de saúde mental deve ocorrer no âmbito da atenção primária. Mapear os problemas de saúde mental nas comunidades de usuários, assim como as condições associadas a esses problemas,

constitui uma etapa necessária ao planejamento de ações voltadas para a saúde da população. Inserido neste contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) enfatiza ações de proteção e promoção à saúde do indivíduo de maneira integral e contínua. Assim, o Programa tem beneficiado milhões de brasileiros, em especial as crianças, no que se refere à saúde física, já que indicadores apontam redução das taxas de mortalidade nesta população.*

No entanto, como parte da assistência à saúde integral da criança, a atenção à saúde mental infantil ainda constitui um desafio na organização do atendimento cotidiano. A escassa literatura com dados empíricos em países em desenvolvimento indica a necessidade de obtenção de informações mais precisas sobre as condições associadas aos problemas de saúde mental infantil, principalmente em relação aos escolares, que constituem a maior parte da clientela encaminhada para atendimento psicológico em serviços públicos de saúde.²³ Essas informações podem subsidiar a estruturação dos serviços de atendimento e a implantação de estratégias preventivas.¹⁰

Com base nessas considerações, o presente trabalho teve por objetivo verificar a associação entre variáveis do contexto familiar e o risco de transtornos emocionais/comportamentais nas crianças cadastradas no Programa Saúde da Família.

MÉTODOS

O estudo teve delineamento transversal, e foi realizado em um núcleo do Programa de Saúde da Família ativado em novembro de 2001, em Ribeirão Preto, SP.

No início da pesquisa, o cadastramento das famílias estava em curso com 616 famílias cadastradas, o que representava 65% da área de abrangência do núcleo. Dentre essas famílias, 126 tinham crianças na faixa de seis a 12 anos. Todas foram convidadas a participar da investigação. Houve recusa ou desistência por parte de 21 cuidadores (21%): 11 deles apenas declarou não ter interesse na pesquisa; cinco não compareceram à entrevista agendada; uma cuidadora retirou seu consentimento ao ser informada de que caso fosse necessário, a criança seria encaminhada para atendimento em outros serviços da comunidade e não no núcleo do PSF; quatro consideraram que suas crianças não apresentavam problemas psicológicos.

Mediante informação do agente comunitário de saúde, era identificado o cuidador principal, definido como o adulto responsável pela criança, com quem passava mais tempo.** O cuidador principal era convidado para

entrevista, por intermédio do agente comunitário de saúde, em visita domiciliar de rotina. Durante a entrevista individual, foram aplicados seis instrumentos. As entrevistas ocorreram no núcleo do PSF e excepcionalmente no domicílio ou no local de trabalho do cuidador.

Foram aplicados instrumentos padronizados, a saber:

Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ*)¹² – instrumento de rastreamento de problemas de saúde mental em crianças e jovens de quatro a 16 anos. É composto por 25 itens agrupados em cinco escalas: ansiedade/depressão; problemas de conduta; hiperatividade/déficit de atenção; problemas de relacionamento com colegas e comportamento social positivo. A soma das primeiras quatro escalas representa o total de dificuldades, sendo que os pontos de corte determinam três categorias (clínica, limitrofe e normal) para cada uma das escalas. Este instrumento apresenta uma versão brasileira validada.⁷

Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF)^{15,16} – composto de 13 tópicos representativos de recursos que a família disponibiliza para a criança, em apoio ao seu desenvolvimento. O escore em cada tópico é a soma dos pontos obtidos, dividida pelo número de itens que compõem aquele tópico. O instrumento tem consistência interna satisfatória (0,84) e discrimina famílias de crianças com diferentes níveis de desempenho escolar e problemas de comportamento.¹⁶

Escala de Nível Socioeconômico-cultural²² – fornece um escore composto, derivado de 14 medidas, como escolaridade e ocupação dos pais, qualidade da moradia e bens de consumo.

Escala de Eventos Adversos (EEA)¹⁵ – Investiga eventos adversos que podem ter ocorrido nos últimos 12 meses ou anteriormente na vida da criança. É composta de 36 itens.

Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos (ISSL)¹⁴ – Visa identificar a presença de sintomas de estresse e a fase em que se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão), sendo que os sintomas listados são típicos de cada fase. Quatro níveis foram estabelecidos segundo a fase do stress: 0 (ausência de stress), 1 (alerta), 2 (resistência), 3 (quase-exaustão) e 4 (exaustão).

Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory – BDI*)³ consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, variando a sua intensidade de zero a três. As propriedades psicométricas da versão em português da escala foram estudadas em diferentes amostras, com

* Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Atenção Básica: Saúde da Família. Disponível em www.saude.gov.br/dab/atencao-basica.php [acesso em 23/1/2007]

** Nenhuma criança da amostra freqüentava creche ou escola de tempo integral.

consistência interna da escala alta para amostras não clínicas (0,81).¹³

O risco foi identificado pela presença de sintomas acima do limite da variabilidade normal. Os indicadores de risco utilizados consistiram na presença de três tipos de problemas de saúde mental nas crianças (ansiedade/depressão, problemas de conduta, hiperatividade/déficit de atenção), bem como um índice do total de dificuldades. Casos clínicos e limítrofes nas escalas do SDQ foram considerados positivos para problemas de saúde mental.

Os indicadores ambientais foram selecionados com base no conceito de estabilidade ambiental como condição básica ao desenvolvimento saudável.⁴ Foram investigadas condições ambientais associadas aos conceitos de estabilidade/instabilidade ambiental. As quatro condições adversas examinadas incluíram: instabilidade financeira (soma dos itens “Momentos difíceis do ponto de vista financeiro”, “Perda de emprego do pai ou da mãe” e “Mãe passou a trabalhar fora”, da EEA); instabilidade nas relações parentais (soma dos itens “Conflitos entre os pais”, “Separação temporária dos pais”, “Divórcio dos pais”, “Abandono do lar pelo pai ou pela mãe”, “Recasamento da mãe” e “Litígio judicial entre os pais”, da EEA); estresse materno (fases do ISSI) e sintomatologia depressiva materna (score total).

Variáveis relacionadas à estabilidade ambiental foram avaliadas a partir de três tópicos do RAF: uso do tempo livre (oportunidades diárias de lazer, como jogar videogame, ler, brincar na rua, assistir à TV), rotinas diárias com horário definido (acordar, almoçar, tomar banho e outros) e arranjo espaço-temporal para a lição de casa (ter um local reservado para fazer a lição, fazer a lição antes de ir brincar e outros). A medida de nível socioeconômico foi incluída neste conjunto de variáveis.

A análise estatística, processada no programa SPSS 12.01, envolveu preliminarmente o cálculo de porcentagens e comparações de sexo e idade, por meio do teste t de *Student* ou teste χ^2 . A sondagem de associações entre variáveis do ambiente e problemas de comportamento da criança foi feita por meio de modelos de regressão logística. Todos os indicadores foram examinados inicialmente em modelos univariados. O modelo final de regressão logística multivariada, pelo método de entrada simultânea das variáveis preditoras, incluiu apenas as variáveis com significância estatística nas análises univariadas ($p < 0,05$). * O ajuste do modelo múltiplo final foi feito por meio do teste de Hosmer-Lemeshow.

A coleta dos dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos exigidos pela Declaração de Helsinque.

RESULTADOS

Foram avaliadas 100 crianças com idade entre seis e 12,8 anos (média 9,3 \pm 1,9); 52% eram meninas; 62% freqüentavam a escola, da primeira à quarta série do ensino fundamental; 58% viviam com ambos os pais biológicos; e 23% residiam com a mãe biológica em diferentes configurações familiares. O principal informante foi a mãe biológica (82%), seguida por outras figuras femininas como avó, tia, mãe adotiva, prima e bisavó (14%). A escolaridade dos informantes mostrou uma distribuição bimodal: 30% não concluíram o ensino fundamental e 33% iniciaram ou concluíram o nível superior (Tabela 1). A média de escolaridade foi 9,3 anos para as mães e 9,2 para os pais. Esses índices estão acima das médias do município para escolaridade de adultos, segundo o Mapa do Analfabetismo no Brasil.** Quanto ao nível socioeconômico, a maior porcentagem de crianças (89%) era proveniente das classes sociais C (58%) ou D (31%). Apenas 10% eram da classe B e 1% da classe E. Dentre os informantes, 25% mostraram estresse na fase de quase-exaustão e 28% apresentaram uma pontuação acima de 20 no BDI, indicativa de depressão.¹³

As análises estatísticas foram realizadas considerando a amostra como um todo, uma vez que análises preliminares de comparação (teste t de *Student* e teste χ^2) indicaram não haver diferenças significativas entre sexos e entre as diferentes faixas etárias (6-8 e 9-12 anos).

Das 100 crianças avaliadas, 19 tiveram seu comportamento classificado como clínico e 12 como limítrofe no SDQ, perfazendo um total de 31 crianças em condição de risco. Os sintomas de ansiedade/depressão foram os mais freqüentes (39%), seguidos por hiperatividade/déficit de atenção (35%) e problemas de conduta (34%) (Tabela 2).

De acordo com a análise de regressão logística univariada, a presença de problemas de saúde mental em geral esteve associada à instabilidade financeira (OR=1,78) e ao estresse materno (OR=1,7), apresentando, respectivamente, sintomas de ansiedade/depressão (OR=1,9) e hiperatividade/déficit de atenção (OR=2,3)

*Embora seja desejável um valor de p mais tolerante nessa fase exploratória, foi mantido um valor rigoroso tendo em vista a recomendação de 30 casos para cada parâmetro estimado, no modelo final de regressão múltipla (SPSS, Advanced Statistical Analysis Using SPSS, SPSS Inc., 2001)

** Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Mapa do Analfabetismo no Brasil. Disponível em www.inep.gov.br [acesso em 25 nov 2003]

Tabela 1. Características das famílias (N=100) de crianças de 6 a 12 anos atendidas pelo Programa Saúde da Família. Ribeirão Preto, SP, 2001.

Variável	%
Informante (cuidador principal)	
Parentesco com a criança	
Mãe biológica	82
Pai biológico	2
Avó	8
Tia	2
Outros	6
Sexo	
Masculino	4
Feminino	96
Escolaridade	
Analfabeto	1
Ensino Fundamental incompleto	30
Ensino Fundamental completo	15
Ensino médio incompleto	5
Ensino médio completo	16
Ensino superior (anos)	
1-3	28
4 ou mais	5
Adultos que morram em casa	
Pais biológicos	58
Mãe biológica e pai substituto	7
Mãe biológica e outros adultos	12
Apenas a mãe biológica	11
Pai biológico e outros adultos	5
Pais adotivos	2
Outros	5

Tabela 2. Problemas de saúde mental em crianças de 6 a 12 anos cadastradas no Programa Saúde da Família segundo o Questionário de Capacidades e Dificuldades (N=100). Ribeirão Preto, SP, 2001.

Problema de saúde mental	N
Ansiedade e/ou depressão	
Clínicos	27
Limítrofes	12
Normais	61
Problemas de conduta	
Clínicos	25
Limítrofes	9
Normais	66
Hiperatividade / déficit de atenção	
Clínicos	26
Limítrofes	9
Normais	65
Total de dificuldades	
Clínicos	19
Limítrofes	12
Normais	69

e ansiedade/depressão (OR=1,7). A probabilidade de a criança apresentar problemas de saúde mental era menor quando a família oferecia maior gama de atividades para preencher seu tempo livre (1/OR=1,7), uma rotina diária com horários definidos (1/OR=1,3) e arranjos de espaço e tempo para a realização das tarefas escolares (1/OR=1,8). Crianças com maior número de atividades no tempo livre tiveram menos sintomas de ansiedade/depressão (1/OR=1,3) e menos problemas de hiperatividade/déficit de atenção (1/OR=1,6). Crianças

Tabela 3. Condições ambientais adversas associadas a problemas de saúde mental em crianças de 6 a 12 anos atendidas pelo Programa de Saúde da Família, segundo a regressão logística univariada (N = 100). Ribeirão Preto, SP, 2001.

Variável	Ansiedade/ Depressão	Problemas de conduta	Hiperatividade / Déficit de atenção	Total de dificuldades
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Instabilidade financeira	1,9*(1,1; 3,3)	NS	2,3**(1,3; 4)	1,78*(1,05; 3,04)
Adversidade nas relações parentais	NS	NS	NS	NS
Sintomatologia depressiva materna	NS	NS	NS	1,03*(1; 1,1)
Fase do stress materno	1,7*(1,2; 2,5)	NS	NS	1,7**(1,1; 2,4)
	1/OR (IC 95%)	1/OR (IC 95%)	1/OR (IC 95%)	1/OR (IC 95%)
Nível socioeconômico	NS	NS	NS	NS
Uso do tempo livre	1,3*(1,1; 1,7)	NS	1,6**(1,2; 2,2)	1,7**(1,2; 2,4)
Rotina diárias com horário definido	NS	1,2*(1; 1,3)	1,3**(1,1; 1,5)	1,3**(1,1; 1,5)
Arranjo para a lição de casa	NS	1,7*(1; 2,9)	2,1**(1,2; 3,7)	1,8*(1,1; 3,1)

*p≤0,05;

**p≤0,01

Tabela 4. Modelo final de regressão logística multivariada das variáveis ambientais associadas a problemas de saúde mental em crianças de 6 a 12 anos (N=100) atendidas pelo Programa Saúde da Família. Ribeirão Preto, SP, 2001.

Variável	Ansiedade/ Depressão	Problemas de conduta	Hiperatividade / Déficit de atenção	Total de dificuldades
Instabilidade financeira	NS	EX	2,1*(1,1; 3,9)	NS
Adversidade nas relações parentais	EX	EX	EX	EX
Sintomatologia depressiva materna	EX	EX	EX	NS
Fase do estresse materno	1,6*(1,1 ; 2,3)	EX	EX	2,2*(1,1; 4,2)
Nível socioeconômico	EX	EX	EX	EX
Uso do tempo livre	NS	EX	1,6**(1,1; 2,3)	1,9**(1,2; 3)
Rotina diárias com horário definido	EX	1,1*(0,7 ; 1,25)	1,3**(1,1; 1,5)	1,3**(1,1; 1,6)
Arranjo para a lição de casa	EX	NS	1,2*(1; 1,5)	

EX = variável excluída do modelo final; NS = variável não significativa no modelo final.

* $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$

cujas famílias ofereciam rotina diária com mais horários definidos e uma estrutura espaço-temporal para a lição de casa apresentavam menos problemas de conduta (valores de OR, respectivamente, iguais a 1,2 e 1,7) e hiperatividade (1,3 e 2,1) (Tabela 3).

Na análise de regressão logística multivariada foram incluídas apenas as variáveis com resultado significativo nas análises univariadas (Tabela 4). O teste de Hosmer-Lemeshow forneceu valores não-significativos de χ^2 para as quatro regressões, indicando bom ajuste do modelo múltiplo final. O estresse materno esteve associado a problemas gerais de saúde mental (OR=2,2), enquanto que maior oferta de atividades para preencher o tempo livre e mais rotinas com horário definido foram associadas à ausência de problemas (1/OR=1,9 e 1,3, respectivamente). O estresse materno foi a única variável familiar que se manteve associada a sintomas de ansiedade/depressão em presença dos demais indicadores de instabilidade ou estabilidade ambiental (OR=1,6). O modelo multivariado confirmou as associações detectadas na análise univariada em relação aos problemas de hiperatividade, mas não em relação aos problemas de conduta. Instabilidade financeira se manteve como variável associada positivamente à hiperatividade (OR=2,1) e todos os indicadores de estabilidade se mantiveram como variáveis associadas negativamente a este tipo de problema (1/OR entre 1,2 e 1,6). Nenhuma variável do contexto familiar mostrou associação com problemas de conduta no modelo de regressão logística multivariada.

DISCUSSÃO

O presente trabalho apresentou algumas limitações. Os dados sobre o comportamento da criança foram obtidos por meio de uma única fonte de informação, no caso a mãe ou cuidador principal. Outros informantes,

como o professor e a própria criança, poderiam acrescentar informações esclarecedoras. O professor traz dados sobre o comportamento da criança na escola; a criança, por sua vez, pode revelar sintomas subestimados na avaliação dos adultos, principalmente os internalizados. Outra limitação refere-se à utilização de delineamento de pesquisa transversal, que não permite verificar a seqüência temporal da associação entre as variáveis investigadas.

Duas contribuições do estudo podem ser indicadas. A primeira diz respeito à verificação do perfil psicossocial de uma população avaliada, que constitui parte da clientela de um programa oficial de atenção à saúde em âmbito nacional. A identificação precoce de escolares em situação de risco para transtornos psicossociais pode ser essencial no atendimento primário à saúde mental da criança.

As taxas de prevalência encontradas mostraram-se próximas ao estudo realizado em escolas do mesmo município, utilizando também o SDQ.⁶ A identificação de 31% das crianças sob situação de risco para problemas de comportamento aponta a necessidade de implementação de um protocolo de detecção dos problemas no âmbito do PSF. Nesse sentido, sugere-se utilização do instrumento de rastreamento (SDQ) pelas equipes do PSF. Além de aplicação rápida, esse questionário apresenta uma versão brasileira validada.¹⁰

A segunda contribuição refere-se à identificação de fatores ambientais associados à condição de risco para transtornos emocionais/comportamentais. As análises multivariadas indicaram que, com exceção dos problemas de conduta, diferentes problemas de saúde mental estão associados a fatores ambientais diversos.

O estresse materno associou-se a sintomas emocionais na criança, o que está de acordo com a literatura no que

se refere especificamente à ansiedade.¹⁹ A ansiedade em crianças tem sido associada à imprevisibilidade e incontrolabilidade do ambiente, assim como à ansiedade dos pais; esta última associação pode refletir influência genética ou ambiental.²⁵ Os resultados encontrados sugerem que a associação entre ansiedade na criança e variáveis do ambiente relacionadas a essa condição de previsibilidade foi moderada pelo estresse materno. Em sua presença, deixa de ser significativa a associação positiva entre ansiedade e instabilidade financeira (um fator de imprevisibilidade), bem como a associação negativa entre ansiedade e o uso diversificado do tempo livre (conjunto de atividades regulares, portanto, previsíveis).

Em desacordo com a literatura,^{7,18} na amostra do presente estudo os problemas de conduta não se associaram à desvantagem econômica. Por outro lado, detectou-se associação negativa com indicadores de organização das rotinas diárias. A medida empregada para avaliar as rotinas diárias é um indicador de organização da vida familiar, mas, principalmente, da vida da criança; seis dos oito itens que compõem a medida focalizam o dia-a-dia da criança: horário para ir dormir, levantar-se pela manhã, tomar banho, fazer lição, assistir à TV e brincar. Tal organização do tempo requer a supervisão de um adulto. Estudos anteriores⁷ sugerem que, conforme as crianças se aproximam da adolescência, a supervisão dos pais se torna um fator associado aos transtornos de conduta. Essa associação pode ser interpretada em várias direções. Por um lado, pode-se supor que crianças em regime de rotinas diárias regulares têm maior probabilidade de internalizar regras e respeitar limites. Por outro lado, não se pode esquecer o papel da criança nas interações: é possível que, com o tempo, os pais das crianças em risco para transtorno de conduta aprendam a supervisionar menos o filho para evitar conflitos.⁷

Para sintomas de hiperatividade/déficit de atenção, a instabilidade financeira e a organização da vida diária aparecem como condições associadas. Essa configuração de variáveis ambientais ligadas à hiperatividade permite várias interpretações especulativas.

Uma primeira possibilidade é a da influência do ambiente sobre o comportamento da criança. A instabilidade financeira tem sido associada ao acúmulo de estressores, condição que aumenta a probabilidade de ocorrência de problemas de comportamento.¹⁸ Estudos prospectivos encontraram associação entre persistência de sintomas de hiperatividade e indicadores de desvantagem social e instabilidade familiar, o que inclui a instabilidade econômica.^{2,5,8} Porém, a organização da vida diária, expressa em maior estruturação do ambiente, pode ter efeito benéfico no comportamento, tanto que vem sendo recomendada como adjuvante no tratamento de crianças já diagnosticadas com TDAH.²¹

Uma explicação alternativa para esses resultados considera o potencial destabilizador do comportamento da criança sobre o ambiente. Por exemplo, pais de crianças com TDAH, quando comparados com pais de crianças sem diagnóstico psiquiátrico, relatam maior nível de estresse ligado ao manejo da criança e maior discordância entre os cônjuges a respeito das práticas educativas.⁵ Na presente investigação, a hipótese de influência da criança sobre o ambiente se aplicaria à associação entre os sintomas de hiperatividade e os indicadores de estabilidade ambiental, como, por exemplo, rotinas com horários definidos e arranjo para a lição de casa. Isso porque os problemas de auto-regulação típicos da criança hiperativa dificultam seu enquadramento a horários, regras e rotinas, ainda que os pais consigam estabelecer tais limites para os outros filhos.

A partir dos resultados sobre as variáveis ambientais, verificou-se que algumas associações esperadas com base na literatura não se confirmaram, notadamente aquelas envolvendo desvantagem econômica e discórdia conjugal, fatores de risco comuns a vários transtornos psiquiátricos em crianças.¹⁸ Os resultados negativos podem ser devidos a fatores como sensibilidade das medidas utilizadas e tamanho da amostra. Este último fator pode ter contribuído particularmente para os resultados negativos em relação ao indicador socioeconômico, dadas as características da amostra (níveis de escolaridade acima da média do município, concentração de famílias na classe social C).

Os resultados evidenciaram a necessidade de investimentos na área de saúde mental infantil, ao confirmarem os pressupostos de que problemas de saúde mental na infância e adolescência são comuns e têm sido pouco identificados. A utilização do instrumento de rastreamento pelas equipes do PSF pode ser promissora, uma vez que além de investigar sintomas, avalia o seu impacto na própria criança, na sua vida familiar e escolar, por meio de uma aplicação fácil e rápida. O conhecimento sobre o impacto dos transtornos na vida da criança é essencial, pois permite a identificação do transtorno que realmente requer intervenção.

Em relação à promoção de um desenvolvimento saudável, as equipes do PSF podem ser capacitadas para atuar de modo efetivo com as famílias no que concerne ao desenvolvimento psicossocial. Um exemplo concreto são os aspectos de organização da vida diária da criança, apontados na presente investigação como condição claramente associada à ausência de risco, embora sem avançar na exploração de relações de causa e efeito. Um ambiente familiar organizado tem sido considerado um fator de proteção para crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial.¹⁷ Esses recursos do contexto familiar podem ser potencializados por intermédio da atuação da equipe do PSF.

O estudo ressalta também a importância da busca ativa por informações sobre as condições de vida e saúde mental da população na área de abrangência do PSF, para subsidiar ações compatíveis com as necessidades dessa população. Na amostra estudada, identificou-se número elevado de crianças com sintomas internalizantes, de cuidadoras com sintomas de estresse e depressão em nível clínico, além de uma significativa associação entre estresse materno e problema de saúde mental infantil. Essas informações indicam a necessidade, por parte das famílias, de receber apoio para o desenvolvimento de estratégias para o controle do estresse associado às funções parentais e a outros domínios da vida familiar.

A implantação de serviços de prevenção de distúrbios mentais infantis, além de aliviar o sofrimento da própria criança e seus familiares, reduz a sobrecarga dos serviços especializados, por meio de um atendimento mais simples e efetivo, como o proposto pelo PSF.

O presente estudo, exploratório, abre perspectivas para novas investigações no campo da saúde mental infantil, particularmente no âmbito do PSF, onde os sintomas

precursores de transtornos devem ser identificados com vistas à prevenção e ao encaminhamento para tratamento, quando necessário. As elevadas taxas de prevalência encontradas requerem esclarecimento, uma vez que sintomas comportamentais em crianças podem ser manifestações transitórias. Estudos prospectivos poderão verificar a persistência dos sintomas, assim como as condições associadas à sua atenuação ou intensificação ao longo do tempo. A pesquisa pode ser estendida a outros núcleos do PSF, visando verificar a generalidade das associações encontradas. Com a participação de equipes do PSF, intervenções pontuais podem ser avaliadas quanto a sua efetividade e aceitabilidade por parte dos usuários. Um exemplo disso seria o uso rotineiro de um instrumento para rastreamento de problemas de saúde mental em crianças e de um protocolo para acompanhamento das famílias de crianças em risco. O treinamento das equipes para esse trabalho também é um campo aberto à investigação. Muitas questões ainda merecem ser investigadas nesta área, por meio de novas pesquisas abrangendo diferentes regiões do Brasil, com amostras de participantes maiores e utilizando diferentes informantes.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho N. Family variables and child mental disorders in a third world urban area (Bahia, Brazil). *Soc Psychiatry*. 1984;19:23-30.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29:546-57.
- Beck CT. Maternal depression and child behaviour problems: a meta-analysis. *J Adv Nurs*. 1999;29:623-9.
- Bronfenbrenner U, Morris P. The ecology of developmental processes. In: Damon W, Lerner R, editors. *Handbook of child psychology*. New York: Wiley; 1998. v. 1, p. 993-1028.
- Campbell SB. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a developmental view. In: Sameroff AJ, Lewis M, Miller SM, editors. *Handbook of developmental psychopathology*. 2nd ed. New York: Kluwer/Plenum; 2000. p. 383-401.
- Cury CR, Golfeto JH. Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25:139-45.
- Dodge KA. Conduct disorder. In: Sameroff AJ, Lewis M, Miller SM, editors. *Handbook of developmental psychopathology*. 2nd ed. New York: Kluwer/Plenum; 2000. p. 447-63.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. *J Child Psychol Psychiatry*. 1993;34:899-916.
- Fleitlich B, Goodman R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24:2.
- Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *BMJ*. 2001;323:599-600.
- Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:728-34.
- Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:1337-45.
- Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 1998;25:245-50.
- Lipp MN. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSI). São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.
- Marturano EM. Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psicol Teor Pesqu*. 1999;15:135-42.
- Marturano EM, Trivellato-Ferreira MC, Davila-Bacarji KMG. An evaluation scale of family environment for the identification of children at risk of school failure. *Psychol Rep*. 2005;96:307-21.
- Masten A, Reed MGJ. Resilience in development. In: Snyder CR, Lopez SJ, editors. *Handbook of positive psychology*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 74-88.

18. Mrazek P, Haggerty RJ, editors. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington (DC): National Academy Press; 1994.
19. Ramsey E, Walker HM, Shinn M, O'Neill RE, Stieber S. Parent management practices and school adjustment. *School Psych Rev.* 1989;18:513-25.
20. Roberts RE, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry.* 1998;155:715-25.
21. Rohde LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *J Pediatr (Rio de J).* 2004;80:61-70.
22. Soares NE, Fernandes LM. A medida do nível socioeconômico-cultural. *Arq Bras Psicol.* 1989;41:35-43.
23. Tolan PH, Kendall PC, Guerra NG. Introduction to special section: prediction and prevention of antisocial behavior in children and adolescent. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63:515-7.
24. Vasey MW, Ollendick TH. Anxiety. In: Sameroff AJ, Lewis M, Miller SM, editors. Handbook of developmental psychopathology. 2nd ed. New York: Kluwer/Plenum; 2000. p. 383-401.
25. Vitolo YRC, Fleitlich-Bilyk B, Goodman R, Bordin IAS. Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. *Rev Saúde Pública.* 2005;39:716-24.

SHT Ferriolli foi bolsista de doutorado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 02/08129-8); LP Puntel foi bolsista de mestrado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Artigo baseado na tese de doutorado de SHT Ferriolli, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.