**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CLÁUDIA UMBELINA BAPTISTA ANDRADE

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças

**RIBEIRÃO PRETO
2015**

CLÁUDIA UMBELINA BAPTISTA ANDRADE

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Promoção de saúde mental

Orientador: Ana Maria Pimenta Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Andrade, Cláudia Umbelina Baptista

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças.

Ribeirão Preto, 2015

194 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientador: Ana Maria Pimenta Carvalho

1. crianças. 2. saúde mental. 3. estilo parenteral

ANDRADE, Cláudia Umbelina Baptista

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças

Tese apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Doutor em
Ciências, Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

A DEUS

*Ao meu esposo **Eduardo** e aos meus filhos **Gabriela** e **Thiago***

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força e meu escudo, ilumina meu caminho, me concede força e sabedoria para vencer todos os obstáculos e superar minhas limitações.

À Prof.^a Ana Maria Pimenta Carvalho que, com competência, dedicação e respeito me orientou durante esta trajetória, por compreender as minhas limitações e por contribuir de maneira especial para o meu crescimento profissional e pessoal, minha eterna gratidão, admiração e respeito.

Aos docentes do Curso de Pós-graduação da EERP-USP, pelo conhecimento compartilhado.

Aos membros da banca de qualificação pela disponibilidade, pelo empenho e pelas ricas contribuições no trabalho.

À Dra. Mieyko Hayshida, pela competência e pelo auxílio na elaboração do banco de dados.

Ao Jonas Bodini Alonso, pela disponibilidade e pelas orientações estatísticas.

À prefeitura do Município de Alfenas, por ter apoiado o projeto de pesquisa.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem Ribeirão Preto- USP, pelo acolhimento e pela atenção dispensada.

Às mães que se dispuseram a participar da presente pesquisa, por me confiarem parte de suas vivências afetivas e sociais. Muito obrigada!

Ao Eduardo, meu esposo, que compreendeu minhas ausências, apoiou minhas decisões, acolheu minhas angústias e me fortaleceu nos momentos de cansaço. Muito obrigada, meu amor!

Aos meus filhos Gabriela e Thiago, amor incondicional... Herança de Deus, obrigada por fazerem minha vida mais iluminada e feliz.

Aos meus pais, Dalva e Hildebrando por acreditarem nos meus sonhos, por vibrarem com as minhas conquistas e por incentivarem em todos os meus projetos. A vocês, minha eterna gratidão!

As minhas irmãs Elaine e Luciane, pelas orações, pelo apoio incondicional e pela amizade sincera.

À Luzia, irmã na fé, você foi essencial para a construção deste trabalho, que cuidou com muito carinho e dedicação do bem mais precioso que recebi de Deus, que são meus filhos. Minha eterna gratidão.

A Adriana Olímpia e Patrícia Costa pelo companheirismo e amizade.

Aos professores do Curso de Enfermagem da UNIFENAS pela convivência, amizade e incentivo durante todos esses anos.

À Dra. Viviane Velano Cassis, Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento – UNIFENAS, pela confiança e pela oportunidade de trabalho nessa honrosa universidade.

Aos alunos do Curso de Enfermagem e do Curso de Psicologia da UNIFENAS, que fazem somar minhas expectativas e experiências profissionais.

A todos os meus familiares que tanto me apoiaram e ajudaram a crescer, sempre, sem limites!

A todos os amigos que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa!

A todos vocês minha eterna gratidão!

*“Instrui ao menino no caminho em que se deva andar, e até quando envelhecer
não se desviará dele”.*

Prov. 22,6.

RESUMO

ANDRADE, C. U.B. **Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças.** 2015. 194 f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

O estudo teve como objetivo verificar a associação entre os problemas gerais de saúde mental em crianças escolares e o estilo parental exercido pelas cuidadoras principais. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, desenvolvido com 526 cuidadoras de crianças escolares, cadastradas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, localizadas no município de Alfenas, MG. A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para essa etapa utilizaram-se três instrumentos: Critério de Classificação Econômica Brasil que visou identificar a classe econômica familiar, Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ), que buscou avaliar a saúde mental das crianças e Inventário de Estilos Parentais (IEP) para avaliar as práticas educativas e estilo parental adotado pelas cuidadoras principais. Após a coleta os dados foram analisados a partir de planilhas de cálculo de cada instrumento e de estudos estatísticos descritivos e correlacionais. Como resultado constatou-se que a maioria (88,8%) dos respondentes eram mães das crianças, na faixa etária entre 31 a 40 anos (44,3%), que viviam com companheiro (67,1%), possuíam trabalho remunerado e ensino fundamental I incompleto, 70,9% das famílias pertenciam à classe econômica C (70,9%). 52,7% do total das crianças participantes do estudo eram do sexo masculino, a maioria (84,6%) estava inserida no ensino fundamental I. A prevalência dos problemas gerais da saúde mental foi de 27,9%. O estilo parental apresentou um valor positivo 3,49, mas com predomínio do estilo parental classificado de regular abaixo da média (24,5%) e de risco (30,2%) para desenvolvimento de comportamentos antissociais. Cuidadoras que adotaram estilo parental de risco tiveram 4,64 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como limítrofe/anormal e anormal do que cuidadoras que adotaram estilo parental ótimo. Os resultados contribuíram para maior compreensão da realidade da saúde mental de crianças escolares, identificando fatores associados, sinalizando importantes questões a serem consideradas pelas políticas públicas de saúde e educação infantil.

Palavras chaves: Crianças. Saúde Mental. Estilo Parental

ABSTRACT

ANDRADE, C. U.B. **Parental Educational Practices and Children's Mental Health**. 2015. 194f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015

This study had the goal of verifying the association between the general mental disorders in school-aged children and the parental style developed by the caretakers. It consists on an epidemiological, descriptive, crosscut and it has a quantitative approach. It was developed with 526 school-aged children's caretakers; all of them registered in the Unities of Health Family Strategies, located in Alfenas, MG. The data collection occurred between May and September of 2014, after the approval of the Research Ethics Comity. Three instruments were used during this stage: Brazil Economics Classification Criteria that angled for identifying the economical family situation, Strengths and Difficulties Questioner (SDQ), which tried to evaluate children's mental health and Parental Style Inventory to evaluate the educational approach and parental style adopted by the caretakers. After been collected, the data were analyzed as from spreadsheet figures for each instrument and statistics, descriptive and correlational studies. As result, it was verified that most of respondents (88, 8%) were the children's mothers, aged between 31 and 40 years (44, 3%), who lived with their partners, worked and had not finished school, 70, 9% of families belonged to economic class C. 52,7% of the children were male, most of them went to Elementary School. The prevalence of mental health general problems was 27, 9%. Parental style had a positive value of 3, 49, but moderate parental style prevailed, also as the risky parental style for the development of anti-social behaviors (30, 2%). The caretakers that adopted the last style of parenting had 4, 64 more chances to present children rated as limitroph/abnormal than the caretakers that developed an optimal parental style. The study contributed to a larger comprehension of the school-aged children mental health's reality, identifying the associated elements and showing relevant questions that should be considered by the Health and Education Publics Politics.

Keywords: Children . Mental Health. Parental Style

RESUMEN

ANDRADE, C. U.B. **Prácticas educativas parentales y salud mental de los niños.** 2015. 194f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

El estudio tuvo como objetivo verificar la asociación entre los problemas generales de salud mental y el estilo parental ejercido por las cuidadoras principales. Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo, de corte transversal y abordaje cuantitativo, desarrollado con 526 cuidadoras de niños escolares catastrados en las Unidades de Estrategia de Salud de la Familia, ubicadas en la ciudad de Alfenas, MG. La colecta de datos ocurrió en el periodo de mayo a noviembre de 2014, tras la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Para esta etapa se utilizaron tres instrumentos: Criterio de Clasificación Económica Brasil, que pretendió identificar la clase económica familiar, Cuestionario de Capacidades y Dificultades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ), que buscó evaluar la salud mental de los niños y el Inventario de Estilos Parentales (IEP) para evaluar las prácticas educativas y el estilo parental adoptado por las cuidadoras principales. Tras la colecta, los datos fueron analizados a partir de plantillas de cálculo de cada instrumento y de estudios estadísticos descriptivos y correlacionales. Como resultado, se ha constatado que la mayoría (88,8%) de los encuestados eran las madres de los niños, en la franja etaria entre 31 y 40 años (44,3%), que vivían con un compañero (67,1%), poseían trabajo remunerado y enseñanza básica incompleta y el 70,9% de las familias pertenecían a la clase económica C. la prevalencia de los problemas generales de la salud fue de un 27,9%. El estilo parental presentó un valor positivo de 3,49, pero con el predominio del estilo parental clasificado como regular por debajo de la media (24,5%) y de riesgo (30,2%) para el desarrollo de comportamientos antisociales. Cuidadoras que adoptaron el estilo parental de riesgo tuvieron 4,64 veces más probabilidades de que se presentasen niños clasificados como limítrofe/anormal y anormal que las cuidadoras que adoptaron estilo parental óptimo. Los resultados contribuyeron para mayor comprensión de la realidad de la salud mental de los niños escolares, identificando los factores asociados y señalando importantes cuestiones que deben ser consideradas por las políticas públicas de de salud y educación infantil.

Palabras llave: Niño. Salud Mental. Estilo Parental.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	População do estudo segundo as unidades de ESF e o sexo.....	43
Quadro 2	Amostra estratificada por sexo e unidade ESF.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos responsáveis pelas crianças.....	45
Tabela 2	Caracterização dos responsáveis pela criança, segundo as variáveis: grau de parentesco, faixa etária, crença religiosa e situação conjugal.....	54
Tabela 3	Distribuição dos responsáveis pelas crianças, segundo as variáveis familiares: classificação econômica familiar, trabalho remunerado e escolaridade.....	55
Tabela 4	Caracterização das crianças participantes do estudo, segundo as variáveis: sexo, faixa etária e escolaridade.....	56
Tabela 5	Prevalência de problemas de saúde mental infantil identificado pelo SDQ.....	57
Tabela 6	Práticas educativas e índice de estilo parental adotados pelos responsáveis pelas crianças.....	58
Tabela 7	Classificação das práticas e do estilo parentais.....	59
Tabela 8	Associação entre os resultados da avaliação geral de saúde mental e as variáveis familiares: classificação econômica familiar, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado e crença religiosa.....	61
Tabela 9	Associação entre os resultados da avaliação geral da saúde mental e as variáveis familiares: grau de parentesco, faixa etária e escolaridade.....	63
Tabela 10	Associação entre os sintomas emocionais e as variáveis familiares.....	65
Tabela 11	Associação entre os problemas de conduta e as variáveis familiares.....	68
Tabela 12	Associação entre os problemas de relacionamento e as variáveis familiares.....	71
Tabela 13	Associação entre os sintomas de hiperatividade e as variáveis familiares.....	74
Tabela 14	Associação entre comportamento pró – social e as variáveis familiares.....	77
Tabela 15	Associação entre os resultados da avaliação geral da saúde mental as variáveis de caracterização da criança: sexo, escolaridade e faixa etária.....	80

Tabela 16	Associação entre os sintomas emocionais, os problemas de conduta e as variáveis de caracterização da criança.....	82
Tabela 17	Associação entre os problemas de relacionamento, os sintomas de hiperatividade e as variáveis de caracterização da criança.....	84
Tabela 18	Associação entre o comportamento pró- social e as variáveis de caracterização da criança.....	86
Tabela 19	Associação entre o estilo parental e as variáveis familiares: critério econômico familiar, situação conjugal, trabalho remunerado e crença religiosa.....	88
Tabela 20	Associação entre o estilo parental e as variáveis familiares: grau de parentesco, faixa etária e escolaridade.....	90
Tabela 21	Associação entre monitoria positiva e as variáveis familiares	93
Tabela 22	Associação entre comportamento moral e as variáveis familiares.....	96
Tabela 23	Associação entre punição inconsistente e as variáveis familiares.....	99
Tabela 24	Associação entre negligência e as variáveis familiares.....	102
Tabela 25	Associação entre disciplina relaxada e as variáveis familiares.....	105
Tabela 26	Associação entre monitoria negativa e variáveis familiares...	108
Tabela 27	Associação entre abuso físico e variáveis familiares.....	111
Tabela 28	Associação entre o estilo parental e as variáveis de caracterização da criança.....	114
Tabela 29	Associação entre monitoria positiva e as variáveis de caracterização da criança.....	116
Tabela 30	Associação entre comportamento moral e as variáveis de caracterização da criança.....	118
Tabela 31	Associação entre punição inconsistente e as variáveis de caracterização da criança.....	120
Tabela 32	Associação entre negligência e as variáveis de caracterização da criança.....	122

Tabela 33	Associação entre disciplina relaxada e as variáveis de caracterização da criança.....	124
Tabela 34	Associação entre monitoria negativa e as variáveis de caracterização da criança.....	126
Tabela 35	Associação entre abuso físico e as variáveis de caracterização da criança.....	128
Tabela 36	Associação entre os sintomas emocionais, problemas de conduta, problemas de relacionamento e as práticas positivas.....	130
Tabela 37	Associação entre os sintomas de hiperatividade, comportamento pro - social, total de dificuldades e as práticas positivas.....	132
Tabela 38	Associação entre os problemas de saúde mental e as práticas negativas: punição inconsistente, negligência e disciplina relaxada.....	134
Tabela 39	Associação entre os sintomas emocionais, os problemas de conduta, os problemas de relacionamento e as práticas negativas: monitoria negativa, abuso físico e estilo parental.	137
Tabela 40	Análise regressão ordinal entre a avaliação dos problemas gerais da saúde mental e o sexo da criança, o trabalho remunerado, a classe econômica e o estilo parental.....	140

LISTA DE SIGLAS

AACP	Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AAP	Associação Americana de Psiquiatria
CAPSi	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CID	Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DSM – IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4ª edição
DSM – 5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 5ª edição
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
iep	Índice de estilo parental
IEP	Inventário de Estilos Parentais
IMESA	Instituto de Medicina Especializada de Alfenas
ISPCAN	International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Saúde mental infantil: aspectos gerais e epidemiológicos.....	18
1.2	Estilos parentais.....	25
1.2.1	Práticas parentais positivas.....	28
1.2.1.1	Monitoria positiva.....	28
1.2.1.2	Comportamento moral.....	29
1.2.2	Práticas parentais negativas.....	31
1.2.2.1	Abuso físico.....	31
1.2.2.2	Disciplina relaxada.....	32
1.2.2.3	Monitoria negativa.....	32
1.2.2.4	Negligência.....	33
1.2.2.5	Punição inconsistente.....	34
2.	OBJETIVOS.....	36
2.1	Objetivo Geral.....	37
2.2	Objetivos Específicos.....	37
3.	HIPÓTESE.....	38
4.	MÉTODO.....	40
4.1	Tipo de estudo	41
4.2	Local do estudo e rede de saúde.....	41
4.3	População do estudo.....	42
4.4	Composição da amostra.....	43
4.5	Participantes do estudo.....	45
4.6	Procedimentos de coleta de dados.....	46
4.7	Instrumentos de coleta de dados.....	47
4.8	Procedimento de análise dos dados.....	50
4.9	Aspectos éticos.....	52
5.	RESULTADOS.....	53
5.1	Análises estatísticas descritivas.....	54
5.1.1	Caracterização familiar e da criança.....	54
5.1.2	Prevalência dos problemas de saúde mental nas crianças.....	56
5.1.3	Práticas educativas e estilo parenteral familiar	58
5.2	Análises de associação univariada.....	60
5.2.1	Variáveis de caracterização familiar e problemas de saúde mental.....	60
5.2.2	Variáveis de caracterização da criança e problemas de saúde mental.....	79
5.2.3	Variáveis de caracterização familiar, estilo parenteral e as práticas educativas.....	87
5.2.4	Variáveis de caracterização da criança e práticas e estilo parenteral familiar.....	113
5.2.5	Problemas de saúde mental e as práticas e estilo parenteral familiar.....	129
5.3	Análise regressão logística ordinal.....	139

6	DISCUSSÃO.....	141
6.1	Prevalência dos problemas de saúde mental nas crianças.....	142
6.2	Práticas educativas e estilo parental familiar.....	145
6.3	Variáveis de caracterização familiar e os problemas de saúde mental.....	148
6.4	Variáveis de caracterização da criança e os problemas de saúde mental.....	149
6.5	Variáveis de caracterização dos responsáveis e práticas e estilo parental familiar.....	151
6.6	Variáveis de caracterização das crianças e práticas e estilo parental familiar.....	152
6.7	Problemas de saúde mental e práticas e estilo parental familiar..	153
7	CONCLUSÃO.....	161
	REFERÊNCIAS.....	167
	APÊNDICES.....	185
	ANEXOS.....	189

1 INTRODUÇÃO

1.1 Saúde mental infantil: aspectos gerais e epidemiológicos

Quando bem sucedidas em seu processo desenvolvimental, crianças e adolescentes tornam-se adultos saudáveis, competentes para responder de modo satisfatório às demandas de seu ambiente emocional, social, familiar e profissional (ASSIS et al., 2009; GAUY; GUIMARAES, 2006).

As crianças têm diferentes oportunidades no seu desenvolvimento, dadas por seus atributos pessoais (físico e mental) e pelo meio social em que vivem (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009; HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Alterações no seu processo de desenvolvimento saudável, seja em consequência de respostas adaptativas, de transtornos transitórios, ou de desvios no desenvolvimento esperado, podem levar a quadros clínicos diversos, precursores de problemas de saúde mental da criança e, posteriormente, do adulto (COSTA; BIGRAS, 2007; DROTAR, 2002; UNDERWOOD; FALWELL, 2002).

A gênese dos problemas de saúde mental em crianças em adolescentes vincula-se a vários fatores: determinismo genético; desordens cerebrais; violência; perdas de pessoas significativas; adversidades crônicas; eventos estressantes agudos; problemas no desenvolvimento; adoção; abrigamento; além de problemas culturais e sociais que repercutem de forma significativa no desenvolvimento infantil (RUTTER; TAYLOR, 2002).

Em 2005, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde mental da infância e da adolescência como: “capacidade de estabelecer e manter ótimo funcionamento psicológico e uma boa vida (existência)”. Para tanto, há uma dependência entre o nível alcançado e a competência adquirida pelo funcionamento psicológico e social. A boa saúde mental, nesse período da vida, torna-se pré-requisito para relacionamentos sociais produtivos, para aprendizado e para participação econômica efetiva.

Freeman et al. (2010) define a Saúde Mental com um estado positivo de funcionamento mental que resulta em atividades produtivas, gerando bons relacionamentos interpessoais e habilidade para se adaptar às mudanças e para lidar com as adversidades.

Transtorno mental pode ser conceituado como uma síndrome ou padrão

comportamental ou psicológico que ocorre em um indivíduo e que se mostra associado com sofrimento ou com incapacitação, ou com um risco significativamente aumentado de sofrimento atual, de morte, de dor, de deficiência ou de perda importante da liberdade (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA - AAP, 2000).

A duas abordagens taxonômicas para a classificação do diagnóstico dos quadros clínicos mais utilizadas em pesquisas com crianças e adolescentes são Avaliação Baseada em Diagnóstico, derivada de um sistema diagnóstico categórico de sintomas, e Avaliação Empiricamente Baseada, derivada de medidas empíricas dimensionais de síndromes (ACHENBACH; RESCORLA, 2007). Ambas podem ser utilizadas como bons paradigmas conceituais para ampliar o conhecimento sobre as psicopatologias na infância e na adolescência (GAUY; ROCHA, 2014).

Os sistemas categóricos são descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, atualmente na 5ª edição – DSM-5, e na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde, na 10ª edição – CID-10 (AAP, 2013; OMS, 1993).

Os sistemas de categorias diagnósticas são muito difundidos nos serviços de saúde mental e apresentam a vantagem de usar critérios e termos familiares a diferentes especialistas, o que facilita o estabelecimento de uma comunicação homogênea (GAUY; ROCHA, 2014).

Na versão do DSM-5, publicada em maio de 2013, as psicopatologias são apresentadas com ênfase nas diferentes formas que elas podem assumir no curso da vida, em vez de separadas como transtornos da infância como DSM-IV.

As principais alterações realizadas em comparação à versão anterior do DSM, no que se refere à população infanto-juvenil, foram: exclusão da seção/capítulo “Transtornos diagnosticados inicialmente na infância e na infância/adolescência”; proposta de um novo quadro clínico – Transtorno de Desregulação do Humor (Temper Dysregulation Disorder); estabelecimento de mudanças nos critérios diagnósticos para Transtornos Alimentares e TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) e proposta de mudança nos critérios diagnósticos para os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, os quais passaram a ser denominados Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) identifica duas grandes

categorias específicas em Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Perturbações do Desenvolvimento Psicológico e Perturbações do Comportamento e Emocionais (OMS, 1993). Este último grupo de perturbações constitui cerca de 90% de todas as perturbações psiquiátricas na idade escolar (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003).

Por sua vez, o sistema dimensional de síndromes, proposto por Achenbach e Edelbrock (1978), indica o diagnóstico a partir de escalas empíricas compatíveis, que descrevem as dificuldades infantis em dimensões diferenciadas por síndromes externalizantes e internalizantes.

A síndrome externalizante é definida por padrões de comportamentos manifestos desajustados, como agressividade, dificuldades de concentração e comportamento delinquente, em que as condutas estão mais dirigidas para o outro, enquanto a síndrome internalizante é definida por padrões de comportamentos privados desajustados, como tristeza, isolamento, somatização, em que os sinais estão mais interiorizados nos indivíduos (ACHENBACH; EDELBROCK, 1978; ACHENBACH; RESCORLA, 2007; VINOCUR; PEREIRA, 2011).

Segundo a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) e a Organização Mundial de Saúde, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais, sendo que essa proporção tende a aumentar. Dessas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH - NIMH, 2010).

Existem dados indicando que de 50% a 75% dos transtornos mentais começam na infância e na adolescência (KESSLER et al., 2007), embora estudos epidemiológicos ainda sejam escassos em países de baixa e média rendas (PETRESCO et al., 2014). Estima-se que nesses países, inclusive no Brasil, a prevalência de problemas de saúde mental na infância e na adolescência varie entre 7% e 20%, dependendo da região investigada, da exposição a fatores de risco e da metodologia empregada nos estudos (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008; KIELING et al., 2011; PETRESCO et al., 2014). Índices próximos aos apresentados pela OMS (2001) apontam uma prevalência variando de 10% a 20%.

Na América Latina e no Caribe, revisões de literatura sobre estudos epidemiológicos publicados no período de 1980 a 1999 identificaram dez trabalhos com taxas de prevalência desses problemas entre 15% e 21% (BORDIN et al., 2006; DUARTE et al., 2003).

As diferentes classificações diagnósticas e as metodologias de aferição utilizadas explicam parte dessa variação, em conjunto com possíveis diferenças sociais e culturais existentes nas diversas regiões e países (ASSIS et al., 2009).

No Brasil, os estudos de epidemiologia psiquiátrica da infância e da adolescência estão avolumando-se nos últimos anos, mas se considera serem ainda poucos em relação às necessidades observadas em pesquisas empíricas (ASSIS et al., 2009).

A primeira informação epidemiológica em saúde mental infantil no Brasil surgiu em 1982, indicando uma prevalência de 23,5% para algum tipo de transtorno em crianças de 5 a 14 anos residentes em Salvador, Bahia (ALMEIDA, 1982). Um segundo estudo de base populacional com escolares entre 7 e 14 anos constatou uma prevalência de 12,7% de transtornos mentais no Município de Taubaté, São Paulo (FLEITLICH-BILY; GOODMAN, 2004). A taxa de prevalência para um ou mais transtornos psiquiátricos nessa mesma faixa etária variou de 7% a 12,7%, conforme estudo realizado em Ilha de Maré, Bahia (GOODMAN et al., 2005).

Os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes brasileiros têm-se mostrado frequentes; as taxas de prevalência variam entre 8% e 35%, de acordo com a origem da informação (pai, professor ou adolescente) (BORDIN; PAULA, 2007).

Em estudo de revisão, Paula, et al. (2010) encontraram taxas de prevalência entre 12% e 24,6%.

De modo geral, estudos epidemiológicos realizados na área de saúde mental da infância e da adolescência em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, têm encontrado uma taxa de prevalência semelhante, cujas estimativas atuais sinalizam que uma em cada quatro ou cinco crianças no mundo sofre de algum transtorno mental (SÁ et al., 2010).

Essas taxas são preocupantes e apontam para a necessidade de uma abordagem mais direta na atenção aos problemas de saúde mental do público infantil, pois, em face da demanda existente, se não houver um cuidado precoce mais eficaz, muitos desses problemas não só têm impacto imediato nas crianças e nas suas famílias, mas podem ser precursores de problemas psiquiátricos e sociais ao longo da vida (WHO, 2005).

A saúde mental das crianças e dos adolescentes tornou-se uma questão prioritária nas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) em função

da desigualdade da atenção dedicada a essa faixa etária, quando comparada à atenção dedicada às etapas do desenvolvimento do adulto e do idoso (RAMIRES et al., 2009).

Ainda que os transtornos mentais afetem os indivíduos, independentemente do sexo e da idade, estima-se que milhões de crianças que apresentam sintomas psicopatológicos não são identificados e não recebem tratamento. Em longo prazo, esses transtornos representam 28% de anos vividos pelos indivíduos em situação de incapacidade, sendo uma das três causas de morte na faixa etária de 15 aos 35 anos, quando levam ao suicídio (WHO, 2007).

A atenção à saúde mental infantil, como parte integrante da assistência à saúde integral da criança, 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 (ASSIS; AVANCI; OLIVEIRA, 2009).

Santos (2006) constatou que a procura por atendimento psicológico é maior nas crianças a partir de 6 anos de idade. É provável que até essa idade alguns problemas sejam vistos como “coisa de criança” e mais bem tolerados pelos pais. Além disso, a busca de atendimento coincide com a entrada na escola e, conseqüentemente, com o aumento de exigências quanto à produção, ao comportamento e à sociabilidade da criança.

A fase escolar representa uma sequência de momentos sensíveis para o desenvolvimento da criança. As mudanças no contexto físico e social e as expectativas de bom desempenho se ampliam, requerendo adaptações e respostas ao meio social mais elaboradas.

Erikson (1971) situou na faixa dos seis aos 12 anos a crise evolutiva decorrente do desafio da produtividade. Nessa fase, a criança quer ganhar reconhecimento social por meio de sua capacidade de se preparar para produzir no mundo adulto (LINDAHL, 1988). Em nossa cultura, as tarefas evolutivas mais importantes da meninice são aquelas relacionadas à adaptação/desempenho escolar, à competência nas relações interpessoais e ao aprendizado da introdução à leitura, sendo os contextos familiar e escolar os mais relevantes como fontes de suporte para a realização dessas tarefas (MRAZEK; HAGGERTY, 1994). O bom

desempenho nessas tarefas irá contribuir para a formação de uma autoimagem positiva, uma vez que a criança pode perceber-se capaz de enfrentar os desafios e problemas típicos desta fase, garantindo, dessa forma, perspectivas favoráveis na adolescência. Por outro lado, a resolução não satisfatória dessas tarefas pode significar condição de risco ao desenvolvimento futuro da criança, resultando em manifestações de distúrbios psicossociais.

Assim, a informação sistemática sobre a saúde mental das crianças e de seu contexto familiar e social pode servir como uma ferramenta útil para exercer uma pressão política significativa, levando à formulação de leis e de decisões que possam influenciar a idealização de um programa coerente e efetivo de atenção à saúde mental infantil.

A promoção da saúde mental das crianças e dos adolescentes é determinante para qualquer sociedade, pois trará repercussões imediatas no sofrimento e na melhora de sua qualidade de vida e de sua família, favorecendo a diminuição do fracasso escolar, do uso abusivo de drogas, da violência e da criminalidade e do desenvolvimento de patologias psiquiátricas na vida adulta (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

A prevenção de saúde mental na infância pode ter um importante impacto positivo quer ao micronível, para as crianças e para suas famílias, quer ao macronível, para as instituições e para as comunidades (ASSIS et al., 2009; BARNES; MULLER, 2000).

É preciso estar consciente da importância da prevenção precoce em saúde mental, pois ela está inextricavelmente vinculada à saúde em geral e ao sucesso no aprendizado escolar, da mesma forma que inversamente associada aos conflitos com a lei e com a privação da liberdade (BORDIN; PAULA, 2007).

Faz-se necessário um olhar diferenciado para a clientela infantil e um cuidado direcionado com esse segmento, tornando o diagnóstico de risco e o desenvolvimento de estratégias preventivas e terapêuticas uma prioridade.

Todas as ações e iniciativas que integram a Política de Saúde Mental têm um forte componente intersetorial. A política pública de saúde, materializada no Sistema Único de Saúde (SUS), é, por definição, intersetorial, para atingir os resultados desejados e definidos nas diretrizes gerais do SUS: integralidade, universalidade, equidade, controle social (BRASIL, 2006).

No Brasil, é fato recente o reconhecimento, pelas instâncias

governamentais, de que a saúde mental de crianças e de jovens é questão de saúde pública e de que deve integrar o conjunto de ações do SUS – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira. Historicamente, as ações relacionadas à saúde mental da infância e da adolescência foram, no país, delegadas aos setores educacionais e de assistência social, com quase ausência de proposições pela área da saúde mental (BRASIL, 2001, 2002).

Com o objetivo de superar essa delegação silenciosa e os problemas assistenciais que lhe são inerentes, existem hoje ações direcionadas à implantação de uma política de saúde mental para a infância e para a adolescência com um plano específico, integrado à política geral de saúde mental do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). A principal finalidade dessa política é a construção de uma rede de cuidados capaz de responder com efetividade às necessidades das crianças e dos adolescentes. Duas ações principais estão em curso nos últimos anos: 1) a implantação pelo SUS de novos serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) (BRASIL, 2002) e 2) a construção de estratégias para articulação intersetorial da saúde mental com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e à adolescência: saúde geral; educação; assistência social; justiça e direitos; com vistas à integralidade do cuidado (BRASIL, 2007).

A identificação dos problemas de saúde mental deve ocorrer no âmbito de atenção primária. Mapear os problemas de saúde mental nas comunidades de usuários, assim como as condições associadas a esses problemas constitui uma etapa necessária para ações voltadas para a saúde da população (FERRIOLLI ; MARTURANO; PUNTEL, 2007). Inserida nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como principal modalidade de atuação da atenção básica. Seus princípios são: atuação no território por meio do diagnóstico situacional, do enfrentamento dos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo; busca da integração com as instituições e com as organizações sociais e ser espaço de construção da cidadania (BRASIL, 2000, 2006).

A identificação de problemas psiquiátricos na criança e no adolescente impõe desafios que vão além daqueles presentes na identificação de transtornos mentais em adultos. Como a criança encontra-se em um período de desenvolvimento no qual sua capacidade de atribuir o desconforto que experimenta

a uma fonte interna é limitada, seus problemas emocionais tendem a se expressar por meio de comportamentos desadaptados e desviantes, raramente associados pela própria criança a um sofrimento interno (BIRD; DUARTE, 2002; GAUY; GUIMARAES, 2006). Essa dificuldade é, pelo menos em parte, solucionada pela inclusão dos pais na equipe de avaliação, porque estes têm maior chance de observar comportamentos de baixa incidência ou de ocorrência restrita a momentos e a ambientes específicos.

A aplicação de medidas e de instrumentos padronizados, culturalmente adequados, e a utilização de múltiplos informantes são elementos necessários para que possa ser efetuada a avaliação de estados psicopatológicos em crianças e em adolescentes (BIRD; DUARTE, 2002).

1.2 Estilos parentais

A família exerce papel essencial no processo de socialização infantil, constituindo-se, na maioria dos casos, o primeiro agente de inserção social das crianças. Há uma busca por parte dos pais em direcionar os comportamentos de seus filhos com vistas à aquisição de hábitos que os conduzam à autonomia e à responsabilidade (PACHECO; SILVEIRA; DE ALMEIDA SCHNEIDER, 2008).

A figura dos pais influencia no desenvolvimento social, cognitivo e psicológico da criança, sendo que é a relação estabelecida entre eles que constitui a base de referência para o filho e transmite as primeiras informações relacionadas ao mundo (FALCKE; ROSA; STEIGLEDER, 2012).

Assim, o desenvolvimento psicossocial das crianças baseia-se nas situações complexas existentes na relação entre pais e filhos, que podem ser influenciadas e influenciar o contexto social da família. Logo, a socialização e suas práticas são medidas por fatores como características parentais, qualidade do relacionamento familiar, estilo parental e contexto de inserção familiar no qual a socialização ocorre (BENETTI; BALBINOTTI, 2003).

Os pais, enquanto agentes de socialização, procuram direcionar o comportamento dos filhos a fim de seguir certos princípios morais e adquirir

comportamentos que conduzam à independência, à autonomia e à responsabilidade, bem como esforçam-se para diminuir comportamentos considerados inadequados ou desfavoráveis socialmente.

Desse modo, as práticas educativas parentais caracterizam-se como as diversas estratégias e técnicas utilizadas pelos pais para orientar o comportamento dos filhos. Os estilos parentais referem-se ao conjunto de práticas educacionais e de expressões (atitudes e manifestações não verbais) utilizado pelos pais na interação com os filhos. Sua variação depende menos da situação em si, estando mais ligada à qualidade do relacionamento entre pais e filhos (GOMIDE et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2002; REPPOLD, 2001).

O estudo dos estilos parentais trata da educação dos filhos de uma forma objetiva, investigando o conjunto de comportamentos dos pais que cria um clima emocional em que se expressam as interações pais-filhos, tendo como base a influência daqueles em aspectos comportamentais, emocionais e intelectuais dos filhos (WEBER; PRADO; VIEZZER, 2004).

Na década de 60, Diana Baumrind impulsionou os estudos sobre os estilos parentais integrando aspectos comportamentais e afetivos envolvidos na criação dos filhos. Desse modo, propôs a existência de três estilos parentais distintos: o estilo autoritário, o autoritativo e o permissivo (BAUMRIND, 1966).

O modelo de Baumrind foi reformulado por Maccoby e Martin em 1983 que propuseram duas dimensões nas práticas educativas: exigência e responsividade. A exigência é caracterizada por comportamentos parentais que buscam supervisão e disciplina, impondo limites e estabelecendo regras. A responsividade se refere a comportamentos parentais de apoio, de compreensão e de comunicação, visando favorecer o desenvolvimento de autonomia e de autoafirmação dos filhos. Assim, a combinação dessas duas dimensões resultou em quatro estilos parentais: o autoritário, o autoritativo, o indulgente e o negligente (COSTA; TEIXERA; GOMES 2000).

O estilo autoritativo resulta da combinação entre alta responsividade e alta exigência. Pais autoritativos estabelecem regras consistentes enfatizadas para o comportamento de seus filhos. Eles monitoram a conduta, corrigindo as atitudes negativas e gratificando as atitudes positivas. O relacionamento entre pais e filhos é de respeito mútuo, a disciplina é imposta de forma indutiva e a comunicação é clara e aberta. São pais que em geral têm altas expectativas em relação ao

comportamento dos filhos em termos de responsabilidade e de maturidade. São afetuosos na interação, responsivos às necessidades, solicitam a opinião quando conveniente e encorajam a tomada de decisão, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de habilidades (BAUMRIND, 1966; MACCOBY; 1992).

O estilo autoritário resulta da combinação entre alta exigência e baixa responsividade. Pais autoritários enfatizam as regras restritas, independentemente de qualquer participação da criança, e a obediência como fator essencial para seus filhos aprenderem, inclusive por meio de punições. Não valorizam o diálogo e a autonomia, reagindo com rejeição e baixa responsividade aos questionamentos e às opiniões das crianças. Os filhos desses pais são mais dependentes de figuras autoritárias para tomar decisões, e é menos esperado que demonstrem comportamentos exploratórios ou desafiadores (BAUMRIND, 1966; BEM; WAGNER, 2006; MACCOBY; MARTIN, 1983; REPPOLD, 2001; WEBER; PRADO; VIEZZER, 2004).

O estilo indulgente resulta da combinação entre baixa exigência e alta responsividade. Pais indulgentes não estabelecem regras e limites para as crianças, estabelecendo pouca demanda de responsabilidade e de maturidade. São altamente tolerantes e permitem que seus filhos monitorem o próprio comportamento. São afetivos, comunicativos e receptivos com os seus filhos, tendendo a satisfazer qualquer demanda que a criança apresente, a qual apresenta comportamentos de autoconfiança, autoestima e pró-sociais, porém apresenta também menor rendimento escolar, maior propensão à drogadição e a problemas de externalização (BAUMRIND, 1966; BEM; WAGNER, 2006; MACCOBY; MARTIN, 1983; REPPOLD, 2001; WEBER; PRADO; VIEZZER, 2004).

O estilo negligente resulta da combinação entre baixa exigência e baixa responsividade. Pais negligentes não são nem afetivos nem exigentes. Demonstram pouco envolvimento com a tarefa de socialização dos seus filhos, não monitorando o seu comportamento, centrando-se apenas nos próprios interesses, assumindo um distanciamento dos filhos e respondendo somente às necessidades imediatas destes, os quais apresentam menores índices de competência social e cognitiva, além de mais problemas de internalização e de comportamento (BAUMRIND, 1966; BEM; WAGNER, 2006; MACCOBY; MARTIN, 1983; REPPOLD, 2001; WEBER; PRADO; VIEZZER, 2004).

Outra linha de estudo sobre estilos parentais prefere analisar as práticas

educativas de forma variável, na qual a combinação da frequência com a intensidade de tais estratégias aplicadas pelos pais determinará comportamentos pró-sociais ou antissociais (GOMIDE, 2003).

Gomide (2003) apresenta os estilos parentais como o conjunto de práticas educativas ou de atitudes parentais utilizadas pelos responsáveis pela educação das crianças e dos adolescentes a fim de educar-lhes, socializar-lhes e controlar-lhes o comportamento. As práticas educativas são definidas como estratégias específicas utilizadas pelos pais em diferentes contextos. Pode-se pensar nos estilos parentais como um conjunto que tem como seus elementos as práticas educativas.

Esse modelo teórico de Estilo Parental é composto por sete variáveis (práticas educativas), cinco delas vinculadas ao desenvolvimento do comportamento antissocial: negligência; abuso físico; disciplina relaxada; punição inconsistente e monitoria negativa; e duas que promovem comportamentos pró-sociais: monitoria positiva e comportamento moral, definidas por Gomide (2003, p. 170) como ligadas ao:

... uso adequado de reforçadores sociais, ao desenvolvimento da empatia e ao estabelecimento de contingências reforçadoras ou punitivas para o comportamento do filho onde se estabelecem regras claras e conseqüências (sanções) para o não-cumprimento das mesmas; são ações que promovem o desenvolvimento de habilidades pró-sociais.

A seguir será apresentada a fundamentação teórica referente às sete práticas educativas desse modelo.

1.2.1 Práticas parentais positivas

1.2.1.1 Monitoria positiva

É definida como o conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais acerca de onde seu filho se encontra e das atividades desenvolvidas por ele (DISHION; MCMAHON, 1998; GOMIDE, 2001, 2003,

STATIN; KERR, 2000). Para Gomide (2003), são ainda componentes da monitoria positiva as demonstrações de afeto e de carinho dos pais, principalmente relacionadas aos momentos de maior necessidade da criança. O apoio e amor dos pais são a base da monitoria positiva que, unidos ao interesse real pela criança, criam o ambiente propício para a revelação infantil e afastam a necessidade da fiscalização estressante por parte dos pais.

Dishion e McMahon (1998) utilizaram o conceito de monitoria positiva para qualificar os comportamentos emitidos pelos pais com o objetivo de atentarem para a localização de seus filhos, para as atividades e para as formas de adaptação deles. Nesse sentido, pode-se afirmar que essa prática parental está relacionada ao conhecimento que os pais têm em relação aos filhos.

As práticas parentais como a supervisão, o estabelecimento de limites, os posicionamentos claros em relação às regras e o relacionamento estreito entre os membros da família podem reduzir a possibilidade de engajamento em comportamentos de risco (WRIGHT; CULLEN, 2001).

Os pais deveriam ter conhecimento sobre as atividades de suas crianças pelo menos de três modos concebíveis. Primeiro, a criança deveria falar e contar aos pais espontaneamente, sem qualquer persuasão. Segundo, os pais deveriam obter informações de suas crianças e de seus amigos por meio de solicitações. Terceiro, os pais deveriam impor regras e restrições sobre as atividades infantis e sobre as companhias da criança, controlando, assim, a quantidade de liberdade que a criança tem para fazer coisas sem contar aos pais (GOMIDE, 2011).

A monitoria parental está associada à diminuição da delinquência e ao uso de substâncias. Os altos níveis de conhecimento e de informação parental relacionados à monitoria, estão associados a um melhor ajustamento das crianças (MORRIS et al., 2013).

1.2.1.2 Comportamento moral

Segundo Gomide (2011, p. 13), para compreender a segunda prática educativa positiva, comportamento moral, é preciso recorrer a alguns dos valores presentes na sociedade, tais como generosidade, honestidade, justiça, perdão entre

outros. Só assim pode-se pensar numa prática educativa que investiga justamente “o efeito da transmissão desses valores para a inibição do comportamento anti-social”.

É necessário pensar, segundo a autora, em como as crianças têm se relacionado com seus pares e em quais contextos se desenvolvem para se entender a qualidade das relações que mantêm. Nesse caso, “se predominarem relações de respeito unilateral, de coação do mais forte ao mais fraco, o moral possível é o da obediência. Ao contrário, se a criança puder viver relações entre iguais, relações de cooperação, poderá então surgir o moral da autonomia”.

Um valor importante que pode ser analisado a partir desse prisma é o da solidariedade, da ajuda ao próximo. Hoffman (1994) afirma que uma relação de segurança e de comportamentos pró-sociais entre pais e criança motiva o surgimento de comportamentos de ajuda, de apoio, de suporte a pessoas que sofreram algum dano, que foram vítimas de algum acidente. Segundo Hughes e Dunn (2000), a criança não vivenciar modelos de justiça, de equidade, enfim, modelos de moral dentro de suas relações pode levá-la a desenvolver na fase adulta comportamentos delinquentes. Loos, Ferreira e Vasconcelos (1999) defendem igualmente o papel da família como fundamental, sugerindo, que após haver uma transgressão por parte da criança e os pais terem apresentado a esta as consequências de seu ato, ela estaria mais propícia precocemente a ter sentimentos antecipados de culpa após transgressões e que isso seria um indicador de desenvolvimento do comportamento moral.

Para Kellerman (2002), é importante que o comportamento moral seja aprendido pelas crianças por meio de manifestações de calor humano e de afetividade e afirma: “se quisermos transformar crianças de alto risco em seres humanos empáticos e solidários, elas precisam estar na extremidade receptora de empatia e solidariedade”.

1.2.2 Práticas parentais negativas

1.2.2.1 Abuso físico

De acordo com a WHO e com a ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect), o termo “maus-tratos infantis” refere-se à violência praticada contra as crianças, em âmbito doméstico, geralmente pelos cuidadores principais. Ainda segundo tais órgãos, os maus-tratos acontecem sempre no contexto de uma relação de responsabilidade, de confiança ou de poder, implicando formas diversificadas de abusos físico, emocional e/ou sexual, além da negligência e da exploração, e oferece dano real ou potencial à saúde, à sobrevivência, ao desenvolvimento ou à dignidade da criança (WHO; ISPCAN, 2006).

A forma mais evidente de maus-tratos infantis é o abuso físico por sua visibilidade, devido à probabilidade de resultar em marcas ou em lesões corporais que, por vezes, constituem uma emergência médico-social, com elevado impacto psicológico (SACROISKY, 2003).

O abuso físico é definido como “o uso intencional da força física contra a criança que resulta, ou tem alta possibilidade de resultar, em dano a sua saúde, sobrevivência, desenvolvimento e dignidade” (WHO; ISPCAN, 2006). Essa definição amplia o rol de situações passíveis de serem classificadas como abusivas no sentido de abarcar não somente as ações que deixam marcas e/ou ferimentos no corpo, mas as que, sem fazer isso, afetam o desenvolvimento psicológico/emocional da criança.

Os atos abusivos contra as crianças podem ocorrer em meio às práticas educativas (de punição corporal) implementadas pelos cuidadores como forma de corrigir determinados comportamentos infantis (GOMIDE, 2006).

Gershoff et al. (2002) fazem uma distinção entre abuso físico e punição corporal. Definem a punição corporal como uma força física que objetiva fazer a criança sentir dor, em que o intuito maior seria controlar o comportamento dessa criança; já o abuso físico, seria uma acentuação da punição corporal com o objetivo principal de machucar a criança com ações como socar, chutar, morder, sacudir etc.

O abuso físico geralmente vem acompanhado de ofensas verbais contra a criança. Esse tipo de tratamento com a criança pode promover o estabelecimento de relações de agressão, de delinquência e de comportamento antissocial dessas crianças com seus pares.

De acordo com Haapasola e Pokela (1999), práticas parentais violentas têm sido consideradas como fatores etiológicos de problemas sociais e psicológicos, como comportamentos criminosos e distúrbios psiquiátricos em adultos.

1.2.2.2 Disciplina relaxada

Esta prática educativa está relacionada à enunciação, porém não ao cumprimento, de regras por parte dos pais. Gomide (2003; 2004) caracteriza essa situação como o recuo dos pais quando estabelecem regras para os filhos e estes os desobedecem, ou seja, mesmo com a enunciação das regras por parte dos pais, quando os filhos não as cumprem, os pais, em vez de cumprirem o que prometeram, retiram-se e se eximem da responsabilidade.

Na análise do comportamento, é aceito que a família, como primeiro contexto socializador da criança, estabelece a base para os padrões comportamentais infantis (GOMIDE, 2001). Dessa forma, crianças expostas constantemente a práticas educativas de disciplina relaxada estarão em potencial situação de risco para o desenvolvimento de comportamentos delinquentes, uma vez que os comportamentos de agressividade e de oposição encontram em tais práticas campos propícios para o seu desenvolvimento (PATTERSON et al., 1992; SIMONS et al., 2000).

1.2.2.3 Monitoria negativa

É caracterizada como o excesso de ordens e de fiscalizações dadas às crianças, as quais, além de não serem cumpridas, geram certa hostilidade na relação entre pais e filhos. Esse modelo parece reproduzir-se nas relações entre as

crianças e seus demais pares, quando, por não confiarem nesses, as crianças desenvolvem hostilidade e podem até isolar-se do contato social (GOMIDE, 2011).

A monitoria negativa está intimamente ligada também ao controle psicológico. Segundo Pettit et al. (2001), o controle psicológico refere-se às tentativas de controle que inibem ou interferem no desenvolvimento de independência e autodirecionamento da criança pelo fato de manter a dependência emocional dos pais. Dessa forma, o uso extensivo do controle psicológico comportamental (indução de culpa, retirada de amor) impediria a emergência da autonomia psicológica, contribuindo ainda para sentimentos de angústia e de inadequação, estabelecendo assim, uma relação entre monitoria parental e controle psicológico e problemas de comportamento.

1.2.2.4 Negligência

A negligência foi definida por Gomide (2002) como a prática parental que remete à ausência de supervisão e de interesse dos pais em relação à vida de seu filho. Nesses casos, os pais agem como espectadores e, não, como participantes da educação, sendo que essa situação pode se caracterizar por falta de atenção, por descaso, por omissão e até mesmo por falta de amor.

Crittenden (1985) faz referência aos pais negligentes como “não-responsivos e que se retiram das situações difíceis; as mães não aceitam suas responsabilidades e são limitadas em competência. Eles ignoram a maioria dos comportamentos da criança e respondem muito pouco às iniciativas de comunicação dos filhos”.

Esse tipo de prática parental pode induzir a dificuldades de construção de relações afetivas, o que tem sido apontado como elemento facilitador da expressão de comportamentos infratores. Assim, o jovem que viveu em ambiente com carência ou com ausência de relações afetivas consistentes poderá prejudicar o outro (a vítima), sem remorsos (GOMIDE, 2011).

1.2.2.5 Punição inconsistente

A punição inconsistente caracteriza-se pela punição dependente do humor dos pais e não em contiguidade ao comportamento da criança; assim, havendo inconstância nas conseqüências do comportamento do filho, este não sabe como agir e aprende mais a discriminar o humor dos pais que a agir de forma correta (GOMIDE, 2006). A permanência do comportamento indesejado também é uma conseqüência da punição inconsistente, já que ora é punido, ora não (GOMIDE, 2003).

Quando os pais agem de forma inconsistente (positivamente tanto diante de comportamentos pró-sociais, como antissociais), existe um comprometimento da socialização da criança. Há uma relação entre o abuso físico e a punição inconsistente, como não há parâmetros claros que tenham sido estabelecidos pelos pais quanto à adequação, ou não, de um comportamento emitido pela criança, os pais acabam por perder o controle das atitudes tomadas pelos filhos e, como forma de retomá-lo, fazem uso da punição física (OLDERSHAW; WALTERS; HALL, 1986).

Assim, a forma como os pais educam os filhos é crucial à promoção de comportamentos considerados socialmente adequados ou de comportamentos considerados socialmente inadequados pelos pais. Comportamentos inadequados podem ser entendidos como déficits ou excedentes comportamentais que prejudicam a interação da criança com seus pares e adultos de sua convivência (FERREIRA; MARTURANO, 2002).

O bom funcionamento familiar, a existência de vínculo afetivo entre seus membros, o monitoramento parental e o uso de práticas educativas positivas imprimem à família um grande potencial para melhorar o desempenho social da criança.

Apesar de muitas famílias conseguirem oferecer aos filhos um ambiente promotor de desenvolvimento saudável, inúmeras outras apresentam graves dificuldades em educar os filhos, em estabelecer um adequado padrão de interação com eles e em exercer um nível adequado de comunicação. Ressalta-se a necessidade de enfatizar, na educação familiar, as práticas educativas positivas e a prevenção de práticas negativas que impliquem comprometimentos no desenvolvimento das crianças (MONDIN, 2008).

A partir do exposto, aponta-se para a importância da continuidade da realização de estudos epidemiológicos brasileiros que investiguem a prevalência de problemas de saúde mental em crianças, em diferentes fases do desenvolvimento e em diferentes contextos sociais, a fim de contribuir para melhorar os serviços de saúde mental para as crianças pelo conhecimento da distribuição, de magnitude, e dos fatores associados aos transtornos mentais e por proporcionar dados essenciais para o planejamento, para a execução e para a avaliação das ações de prevenção, de controle e de tratamento.

O presente estudo propõe contribuir nesse sentido, na medida em que envolve a questão epidemiológica relativa à saúde mental da criança e à investigação dos estilos e práticas parentais como fator associado à manifestação dos problemas de saúde mental em crianças.

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivos:

2.1 Objetivo Geral

- Verificar a associação entre os problemas gerais de saúde mental em crianças escolares e o estilo parental exercido pelas cuidadoras principais.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar a prevalência dos problemas de saúde mental em crianças escolares;
2. Identificar o estilo parental e as práticas educativas exercidas pelas cuidadoras principais;
3. Identificar associações entre as variáveis de caracterização familiar (classificação econômica familiar; situação conjugal; trabalho remunerado; crença religiosa; grau de parentesco; faixa etária e escolaridade) e os problemas de saúde mental;
4. Identificar associações entre as variáveis de caracterização da criança (sexo; faixa etária e escolaridade) e os problemas de saúde mental;
5. Identificar associações entre as variáveis de caracterização familiar (classificação econômica familiar; situação conjugal; trabalho remunerado; crença religiosa; grau de parentesco; faixa etária e escolaridade), o estilo parental e as práticas educativas;
6. Identificar associações entre as variáveis de caracterização da criança (sexo; faixa etária e escolaridade), o estilo parental e as práticas educativas;
7. Identificar associações entre as práticas educativas, o estilo parental e os problemas de saúde mental;
8. Avaliar a associação entre os problemas gerais de saúde mental e as variáveis da caracterização familiar, da caracterização da criança e do estilo parental.

I.

3 HIPÓTESES

O presente estudo parte das seguintes hipóteses:

1. As crianças com maiores índices de problemas de saúde mental estão expostas ao estilo parental de risco;
2. A taxa de prevalência de problemas de saúde mental em crianças escolares é semelhante às taxas já encontradas em estudos nacionais e internacionais prévios (10 a 20%);
3. Há associação entre as variáveis de caracterização familiar (classificação econômico familiar; situação conjugal; trabalho remunerado; crença religiosa; grau de parentesco; faixa etária e escolaridade), as variáveis de caracterização da criança (sexo; faixa etária e escolaridade) e os problemas de saúde mental;
4. Há associação entre as variáveis de caracterização familiar (critério econômico familiar; situação conjugal; trabalho remunerado; crença religiosa; grau de parentesco; faixa etária e escolaridade), as variáveis de caracterização da criança (sexo; faixa etária e escolaridade) e o estilo parental e as práticas educativas.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa.

O método descritivo permite ao pesquisador conhecer a realidade histórico-social da comunidade onde ocorre o fenômeno, seus traços característicos, seus problemas e as pessoas envolvidas; evidenciar e revelar experiências vivenciadas, seus valores e preparação para o trabalho de forma a aprofundar a descrição de determinada realidade, permitindo o uso de uma linguagem mais acessível à leitura dos que se interessam pelo tema em estudo (TRIVIÑOS, 1987). Ela tem o propósito de observar, descrever e explorar as dimensões de um fenômeno da maneira pela qual ele se manifesta, definem objetivos e reúne informações sobre o assunto a ser estudado, visto que trabalha com os acontecimentos da realidade, para ampliar a compreensão do que se está estudando (POLIT; BECK, 2009; TRIVIÑOS, 1987).

A pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas. Resultados precisam ser replicados (LAKATOS; MARCONI, 1986; MINAYO, 2007).

4.2 Local do estudo e rede de saúde

A pesquisa foi desenvolvida no município de Alfenas, situado na região Sul do estado de Minas Gerais; com 73.774 habitantes, área de 850,446 Km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFICA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010); localizado na Bacia Hidrográfica do Entorno do Lago de Furnas. Há dois distritos pertencentes a Alfenas (Barranco Alto e Gaspar Lopes). Destaca-se como referência educacional para todo o Sul de Minas e também como polo microrregional na área de saúde. Atualmente, existem 12 unidades de Estratégia de Saúde da Família na cidade e uma equipe itinerante para a zona rural. As Unidades Básicas de Saúde

são responsáveis pelos atendimentos destinados à população que não se encontra na área de abrangência do ESF. Unidades de Referência atendem aos clientes que necessitam de tratamentos especializados, como Cardiologia, Ortopedia, Neurologia e outros que são realizados nos Ambulatórios, Clínicas ou Institutos, totalizando 11 unidades de atendimento. Existem dois hospitais públicos para atendimento de urgência, de emergência, de internações e de cirurgias: Casa de Caridade de Alfenas Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e Hospital Universitário Alzira Vellano, um hospital particular – Instituto de Medicina Especializada de Alfenas (IMESA); além do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), da Vigilância Sanitária e Epidemiológica e do CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento, responsável pela realização de testes sorológicos de HIV / hepatites B e C e sífilis e por aconselhamento e orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi de crianças escolares cadastradas nas unidades de ESF do município de Alfenas, MG.

Para a identificação da população do estudo, primeiramente contatou-se a secretaria de Saúde do município que, após a apresentação e aprovação do projeto de pesquisa, forneceu informações a respeito da localização de cada unidade e do enfermeiro responsável.

Assim, foi realizada uma visita a todas as unidades, esclarecidos os objetivos do estudo e, ainda, na ocasião solicitou-se a “Ficha A” – Ficha de cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2003) para identificação das crianças escolares (6 a 11 anos, 11 meses e 29 dias) cadastradas, a fim de se elaborar lista contendo nome, endereço e data de nascimento.

Identificou-se um total de 1908 crianças cadastradas nas unidades de ESF, conforme demonstrado no quadro a seguir.

Unidade de Estratégia de Saúde Família	Feminino (N)	Masculino (N)	Total
Caensa	39	50	89
Itaparica	140	164	304
Jardim Boa Esperança	116	106	222
Jardim Primavera	44	61	105
Jardim Nova América	67	61	128
Jardim São Carlos	56	47	103
Pinheirinho/Santa Clara	101	93	194
Recreio Vale do Sol	204	168	372
Santos Reis	40	32	72
Unisaúde	51	55	106
Vila Betânia	66	94	160
Vila Formosa	25	28	53
Total	949	959	1908

Quadro 1 - População do estudo segundo as unidades de ESF e o sexo

4.4 Composição da amostra

A partir do total de crianças escolares (6 a 11 anos, 11 meses e 29 dias), cadastradas nas 12 unidades de ESF, foram realizados os procedimentos para a identificação do número de participantes necessários para o desenvolvimento de estudo e para a composição da amostra probabilística.

O método estatístico aplicado para a seleção das crianças escolares cadastradas nas unidades de ESF utilizou o plano amostral probabilístico, visando atingir resultados confiáveis e precisos. Para a determinação do plano adequado, foi realizado um estudo piloto com o objetivo de conhecer as características da população a ser estudada, além de testar, avaliar e aprimorar os instrumentos e procedimentos da pesquisa. Após a análise do estudo piloto, foi feita a opção por um plano de amostragem probabilística estratificada.

O plano amostral considerou a proporção masculina de resposta do SDQ (anormal): 0.8 e proporção feminina resposta do SDQ (anormal): 0.5, por ser um estudo de rastreamento de sintomas indicativos de problemas de saúde mental. O programa R, versão 3.02 foi utilizado para o cálculo amostral (BOLFARINE; BUSSAB, 2005).

Considerando-se um nível de significância de 5%, chegou-se a um total de 527 participantes. Estipulou-se que os 527 participantes deveriam estar distribuídos proporcionalmente em todas as unidades. Assim, para cada unidade, foi calculado o tamanho da amostra proporcional ao total de crianças da unidade, selecionadas por sorteio, demonstrada no quadro a seguir.

Unidade de Estratégia de Saúde Família	Feminino (N)	Masculino (N)	Total
Caensa	11	12	23
Itaparica	42	47	89
Jardim Boa Esperança	34	31	65
Jardim Primavera	12	20	32
Jardim Nova América	17	18	35
Jardim São Carlos	17	11	28
Pinheirinho/Santa Clara	26	29	55
Recreio Vale do Sol	50	52	102
Santos Reis	12	08	20
Unisaúde	11	14	25
Vila Betânia	11	26	37
Vila Formosa	07	09	16
Total	250	277	527

Quadro 2 - Amostra estratificada por sexo e unidade ESF

Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Foram critérios de inclusão: mães ou responsável pelas crianças de 6 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade, que estivessem cadastradas nas unidades de Estratégia de Saúde da Família.

Foram critérios de exclusão: mães ou responsáveis que não tiveram condições de responder aos instrumentos de autorrelato, que não sabiam ler ou que apresentaram na avaliação do pesquisador, dificuldades de compreensão do que se perguntava. Não foram feitas avaliações formais de nível cognitivo, mas, se o pesquisador percebesse que não havia compreensão das questões, este respondente deveria ser excluído.

4.5 Participantes do estudo

Participaram do estudo 526 responsáveis por crianças escolares (6 a 11 anos, 11 meses e 29 dias) cadastradas nas unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Alfenas. Houve uma perda porque o questionário foi preenchido de forma incompleta.

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

Tabela 1 - Caracterização dos responsáveis pelas crianças.

Variável	N	%
Grau de Parentesco		
Mãe	467	88,8
Avó	58	11,0
Madrasta	1	0,2
Total	526	100,0
Faixa etária (anos)		
Até 30	126	24,0
31 a 40	233	44,3
41 a 50	99	18,8
51 a 60	43	8,2
61 a 70	17	3,2
Mais 70	8	1,5
Total	526	100,0
Escolaridade		
Analfabeto/fundamental I incompleto	162	30,8
Fundamental I completo/fundamental II incompleto	118	22,4
Fundamental II completo/médio incompleto	83	15,8
Médio completo/superior incompleto	131	24,9
Superior completo	32	6,1
Total	526	100,0

Observam-se na tabela 1 que 467 (88,8%) dos participantes eram as mães de crianças, com idades entre 31 a 40 anos, 233 (44,3%). Considerando que a maioria das cuidadoras principais eram mães ou avós, a partir do próximo capítulo, serão utilizados os termos “mães” ou “avós” para se referir às cuidadoras principais. No que se refere à escolaridade, 162 (30,8%) eram analfabetas e ou possuíam ensino fundamental I incompleto.

4.6 Procedimentos de coleta de dados

Para auxiliar na coleta de dados, foram previamente recrutados enfermeiros e acadêmicos de enfermagem do curso de Graduação em Enfermagem. Foram estabelecidos critérios como interesse e participação anterior em pesquisas.

Foram selecionados quatro auxiliares de pesquisa, submetidos a treinamento e a avaliação, com o objetivo de conhecerem os instrumentos e sua aplicação, não interferirem nas respostas dos informantes e manterem uma postura ética durante a abordagem junto ao sujeito.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de questionários no domicílio dos participantes.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2014.

Houve até três tentativas de contato em dias e horários diferentes com os participantes que não eram encontrados. Aqueles que se recusaram a participar ou com os quais o contato não foi possível, após três tentativas, eram substituídos por outros que compunham a lista de identificação.

Quando o convite para a participação da pesquisa era aceito e preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os instrumentos eram então apresentados e preenchidos pelas participantes. A duração de coleta de dados com cada participante variou de 40 a 60 minutos.

4.7 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados.

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ): desenvolvido por Goodman (1997), clinicamente útil e com boa aceitação pelos respondentes (GOODMAN, 1997; FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000) Caracteriza-se por um questionário de rastreamento de problemas de saúde mental em crianças em jovens de quatro a dezesseis anos, desenvolvido para avaliar a presença ou a ausência de indicadores comportamentais, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM – IV. Avalia os comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) em crianças e adolescentes.

Trata-se de um instrumento de rápida aplicação, composto por 25 itens, subdivido em 5 subescalas que avaliam hiperatividade, sintomas emocionais, problema de conduta, relações interpessoais e comportamento social (ANEXO A).

Esse instrumento investiga sintomas e avalia seu impacto na criança e no adolescente, em sua vivência familiar e escolar, através de três versões, a saber: para os seus pais ou responsáveis, para as próprias crianças (a partir de 11 anos) e para os seus professores. No presente estudo, foi utilizada a versão para os pais ou responsáveis (GOODMAN, 2001). Trata-se de um instrumento de uso livre disponível no site www.sdqinfo.com.

Esse questionário foi traduzido e validado em mais de 40 países, apresentando tradução também para o português. O SDQ, além de investigar sintomas, fornece hipóteses diagnósticas; pode ser usado para a 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 (CURY; GOLFETO, 2003).

Na aplicação dos questionários, os pais ou responsáveis pelas crianças devem assinalar para cada sentença: falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro, podendo ser assinalada apenas uma opção por item. A opção “mais ou menos verdadeiro” vale 1 ponto e as alternativas “falso” e “verdadeiro”, conforme o item, podem valer 0 ou 2; em cada escala, os pontos são somados, sendo que para cada

uma das cinco escalas a pontuação varia de zero a 10 pontos. A pontuação para a obtenção do escore total de dificuldades é, no máximo, de 40 pontos, visto que a escala de comportamento pró-social não é incluída nesse escore. Quanto maior a pontuação dos escores obtidos, maior a indicação de problemas de saúde mental.

Para cada uma das cinco escalas, o instrumento fornece notas relativas às categorias normal (indica que a criança não apresenta dificuldade relativa ao que está sendo avaliado); limítrofe (indica que a criança já apresenta alguma dificuldade; se esta não for devidamente cuidada, pode se agravar e prejudicar o seu desenvolvimento) e anormal (indica que a criança possui dificuldades importantes, relativas ao que está sendo avaliado, necessitando de intervenção especializada).

Considera-se como nota de corte indicadora de problemas o escore total maior que 16 (correspondendo à classificação anormal) (GOODMAN, 1997).

- Critério de Classificação Econômica Brasil: é um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. É uma classificação proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) por meio de Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2012). Esse instrumento estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas por intermédio da soma de pontos referentes à posse de bens e ao grau de instrução do chefe da família, seguindo a classificação:

- classe A1: de 42 a 46 pontos;
- classe A2: de 35 a 41 pontos;
- classe B1: de 29 a 34 pontos;
- classe B2: de 23 a 28 pontos;
- classe C1: de 18 a 22 pontos;
- classe C2: de 14 a 17 pontos;
- classe D: de 8 a 13 pontos;
- classe E: de 0 a 7 pontos.

Foram feitos agrupamentos de acordo com a frequência dessas categorias, classificados em:

- A e B;
- C;

- D e E.

Trata-se de um instrumento de uso livre disponível no site www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835 (ANEXO B).

- Inventário de Estilos Parentais (IEP): A versão original deste inventário foi elaborada e validada por Gomide (2006) e permite verificar as práticas parentais educativas exercidas pela família. O inventário foi desenvolvido a partir de práticas educativas selecionadas pela autora, a saber: monitoria positiva; comportamento moral; negligência; abuso físico; disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria negativa.

O instrumento é composto por 42 assertivas, seis para cada estilo parental; as respostas são indicadas em uma escala do tipo likert de 3 pontos, em que “sempre” vale 2 pontos; “às vezes”, 1 ponto; e “nunca”, 0 (zero) ponto. O IEP fornece um escore, o iep (índice de estilo parental), que é resultado da subtração da soma das práticas negativas da soma das positivas. Vale ressaltar que, para a consideração das freqüências (sempre, às vezes e nunca) o participante deve pensar em dez episódios da ocorrência da ação assinalada. Desses episódios, se a pessoa tiver agido de determinada maneira entre 8 a 10 vezes, a frequência será SEMPRE; caso a pessoa tenha agido assim entre 3 a 7 vezes, a frequência será ÀS VEZES; se a pessoa agiu desse modo entre 0 a 2 vezes, a frequência marcada será NUNCA. Dessa forma, cada prática educativa pode ter pontuação máxima de 12 e a mínima de zero, na medida em que cada prática parental é avaliada a partir de 6 questões (GOMIDE, 2011).

O índice de estilos parentais é calculado da seguinte maneira: somam-se os resultados das práticas positivas, assim como se somam os resultados das práticas negativas. Após isso, subtrai-se a soma das práticas negativas das positivas – **iep = (A+B) – (C+D+E+F+G)** (GOMIDE, 2011).

Os escores dos IEP revelam o Estilo Parental adotado pelos pais (pais e mães separadamente), que pode ser:

- 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 e negligência);
- Estilo parental regular acima da média trata-se de um estilo bom, mas a autora

aconselha a leitura de livros de orientação para os pais, na busca de um aprimoramento nas práticas parentais;

- Estilo parental regular abaixo da média, indica que seria importante os pais participarem de grupos de treinamento de pais;
- Estilo parental de risco, indica que os filhos estão em risco importante para o desenvolvimento de comportamentos antissociais, a autora aconselha a participação e programas de intervenção terapêutica para os pais.

O IEP pode ser respondido tanto pelos pais (que respondem 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, foi utilizada a versão para os pais, que foi respondido pela cuidadora principal (mãe, avó ou madrasta).

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).

Trata-se de um instrumento publicado pela Editora Vozes e favorecido pelo Conselho Federal de Psicologia; não é um instrumento de domínio público.

4.8 Procedimento de análise dos dados

Os dados coletados por meio dos instrumentos padronizados utilizados foram tratados a partir das planilhas de cálculo de cada um deles.

Planilhas no Microsoft Excel foram criadas para receber os dados de cada instrumento e todos os dados foram tabulados e analisados estatisticamente por intermédio de métodos descritivos. O banco de dados foi elaborado por dupla digitação para evitar possíveis erros de digitação. Posteriormente, foram utilizados os programas estatísticos R (R CORE TEAM) versão 3.1.2 e SPSS versão 22, para a análise estatística descritiva e inferencial dos dados.

A estatística descritiva foi utilizada neste estudo para descrever e para resumir os dados de caracterização familiar e da criança, os valores do SDQ e do

IEP, calculando-se os valores das médias, moda (frequências) e desvio padrão.

Em seguida, foi realizada a análise univariada com a aplicação dos testes Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis categóricas (caracterização familiar e da criança) e o SDQ; as variáveis categóricas (caracterização familiar e da criança) e IEP; IEP e SDQ. Para as variáveis de caracterização familiar, da criança e SDQ e IEP estimou-se a odds ratio (razão de chances), com intervalo de confiança de 95% (TRIOLA, 2008).

Foram excluídas da análise univariada as seguintes categorias por abarcarem um número pequeno de participantes: quanto ao grau de parentesco, a categoria “madrasta” (1 respondente); crença religiosa, a categoria “não tem” (8 respondentes) e escolaridade da criança, a categoria “educação infantil” (1 respondente).

Após a análise univariada, o modelo de regressão logística ordinal foi utilizado para prever o resultado da variável dependente, a partir de um conjunto de variáveis independentes.

Como variáveis independentes para os modelos de regressão foram utilizadas sexo (masculino/feminino); idade da criança (6 a 8 / 9 a 11) e do respondente (<30, 31 a 40, 41 a 50, 51 a 60, 61 a 70 e >70); escolaridade da criança (fundamental I e II) e do respondente (analfabeto/fundamental I incompleto, fundamental I completo/fundamental II incompleto, fundamental II completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto, superior completo); grau de parentesco (mãe/avó); religião (católica/evangélica/outras); situação conjugal (viver com e sem companheiro); trabalho remunerado (sim/não); classificação econômica familiar (AB/C/DE). Para o modelo do SDQ, além das variáveis sócio-demográficas, a variável IEP também entrou como independente.

Foram testadas manualmente todas as variáveis independentes; as variáveis não significantes foram removidas uma a uma, sempre retirando-se a variável com maior p valor.

Em todas as análises foi adotado o nível de significância de 5% (alfa = 0.05).

4.9 Aspectos éticos

Conforme a resolução 466/12, que trata de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, foram obedecidos os seguintes princípios (BRASIL, 1996):

- Solicitação de autorização prévia para o secretário de saúde e para a coordenação das unidades de Estratégia de Saúde da Família onde o estudo foi desenvolvido (APÊNDICES A e B);
- Aos participantes da pesquisa (responsáveis pela criança), foi solicitada a concordância por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o anonimato e o direito a desistência em qualquer fase da pesquisa (APÊNDICE C);

O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO C).

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos no presente estudo estarão organizados da seguinte forma: primeiramente, serão apresentadas as análises estatísticas descritivas, seguidas das análises de associação e de regressão logística.

5.1 Análises estatísticas descritivas

5.1.1 Caracterização familiar e da criança

A tabela 2 apresenta algumas variáveis de caracterização dos responsáveis pelas crianças em estudo.

Tabela 2 - Caracterização dos responsáveis pela criança, segundo as variáveis: grau de parentesco, faixa etária, crença religiosa e situação conjugal.

Variável	N	%
Grau de Parentesco		
Mãe	467	88,8
Avó	58	11,0
Madrasta	1	0,2
Total	526	100,0
Faixa etária (anos)		
Até 30	126	24,0
31 a 40	233	44,3
41 a 50	99	18,8
51 a 60	43	8,2
61 a 70	17	3,2
Mais 70	8	1,5
Total	526	100,0
Crença Religiosa		
Católica	372	70,7
Evangélica	127	24,1
Outros	19	3,7
Não tem	08	1,5
Total	526	100,0
Situação conjugal		
Vive com companheiro	353	67,1
Não vive com companheiro	173	32,9
Total	526	100,0

Com referência ao grau de parentesco, prevaleceu a mãe, 467 (88,8%), assim como a faixa etária mais frequente foi entre 31 e 40 anos, 233 (44,3%).

Quanto à crença religiosa dos responsáveis pelas crianças em estudo, a católica foi a mais freqüente, 372 (70,7%).

Com relação à situação conjugal, a maioria vive com seu companheiro, 353 (67,1%).

A tabela 3 apresenta as variáveis de classificação econômica da família, trabalho remunerado e escolaridade dos responsáveis pelas crianças.

Tabela 3 - Distribuição dos responsáveis pelas crianças, segundo as variáveis familiares: classificação econômica familiar, trabalho remunerado e escolaridade.

Variável	N	%
Classificação econômica familiar		
A e B	107	20,3
C	373	70,9
D e E	46	8,7
Total	526	100,0
Trabalho remunerado		
Sim	304	57,8
Não	222	42,2
Total	526	100,0
Escolaridade		
Analfabeto/fundamental I incompleto	162	30,8
Fundamental I completo/fundamental II incompleto	118	22,4
Fundamental II completo/médio incompleto	83	15,8
Médio completo/superior incompleto	131	24,9
Superior completo	32	6,1
Total	526	100,0

Observa-se que a maioria das famílias encontra-se na classe econômica C, 373 (70,9%). Sobre a situação de trabalho, 304 (57,8%) têm trabalho remunerado.

Referentemente à escolaridade, observa-se maior frequência de analfabetos e ou com ensino fundamental I incompleto 162 (30,8%).

Apresenta-se na tabela 4 a caracterização das crianças participantes do estudo, segundo as variáveis sexo, faixa etária e escolaridade.

Tabela 4 - Caracterização das crianças participantes do estudo, segundo as variáveis: sexo, faixa etária e escolaridade.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	249	47,3
Masculino	277	52,7
Total	526	100
Faixa etária (anos)		
6 a 8	244	46,4
9 a 11	282	53,6
Total	526	100
Escolaridade		
Ensino fundamental I	445	84,6
Ensino fundamental II	80	15,2
Educação infantil	01	,2
Total	526	100

Observa-se na tabela 4 que o sexo masculino corresponde a 52,7% do total das crianças participantes do estudo.

Na amostra total, a faixa etária mais frequente foi a que corresponde à de 9 a 11 anos, 282 (53,6%), com maior ocorrência de crianças que estão inseridas no ensino fundamental I, 445 (84,6%).

5.1.2 Prevalência dos problemas de saúde mental nas crianças

Apresentam-se na tabela 5 os resultados de prevalência de problemas de saúde mental infantil, advindo da aplicação do Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ).

Tabela 5 - Prevalência de problemas de saúde mental infantil identificado pelo SDQ.

Domínios	Classificação do SDQ							
	Normal		Limítrofe		Anormal		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sintomas emocionais	245	46,6	68	12,9	213	40,5	526	100,0
Problemas de conduta	325	61,8	56	10,6	145	27,6	526	100,0
Hiperatividade	310	58,9	105	20,0	111	21,1	526	100,0
Problemas de relacionamento	404	76,8	51	9,7	71	13,5	526	100,0
Comportamento pró - social	486	92,4	16	3,0	24	4,6	526	100,0
Total de dificuldades	286	54,4	93	17,7	147	27,9	526	100,0
Suplemento de impacto	436	82,9	40	7,6	50	9,5	526	100,0

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 147 (27,9%) das crianças participantes, segundo a percepção de seus responsáveis, apresentam escore anormal para a saúde mental, indicando que necessitam de intervenção especializada, 93 (17,7%) apresentam escore limítrofe e 286 (54,4%) não apresentam problemas de saúde mental.

Em relação à subescala suplemento de impacto, observa-se que 50 (9,5%) das crianças pontuadas como anormais, o que significa que estas apresentam problemas de saúde mental, segundo a percepção de seus responsáveis e que estes impactam negativamente no cotidiano familiar e escolar e 436 (82,9%) avaliam que isso não acontece.

Além do escore geral, é possível verificar na tabela 5 a prevalência de cada subescala avaliada pelo instrumento. A subescala problemas emocionais é a mais pontuada pelas crianças, segundo seus responsáveis, 213 (40,5%), seguida pelos problemas de conduta, 145 (27,6%); hiperatividade, 111 (21,1%); relacionamento com colegas, 71 (13,5%) e comportamento pró – social, 24 (4,6%). Essa subescala é que menos apresenta crianças avaliadas como anormais, 24 (4,6%), estando 486 (92,4%) normais em relação a esse aspecto, ou seja, a maioria das crianças, segundo seus responsáveis, possui habilidade de se comportar de forma pró - social.

5.1.3 Práticas educativas e estilo parental familiar

Na tabela 6, apresentam-se a análise descritiva das práticas educativas e o índice de estilo parental (iep) adotados pelos responsáveis pelas crianças por meio da aplicação do Inventário de Estilo Parental (IEP).

Tabela 6 - Práticas educativas e índice de estilo parental adotados pelos responsáveis pelas crianças.

Inventário de Estilo Parental					
Práticas educativas	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Monitoria positiva	11,15	12	1,28	6	12
Comportamento moral	11,17	12	1,31	4	12
Punição inconsistente	2,45	2	2,00	0	9
Negligência	2,54	2	2,02	0	9
Disciplina relaxada	3,14	3	2,47	0	11
Monitoria negativa	8,33	9	2,14	1	12
Abuso físico	2,37	2	1,71	0	9
iep	3,49	4	7,60	-23	20

Observam-se na tabela 6 os resultados obtidos com a aplicação do IEP, segundo os quais os responsáveis pelas crianças avaliam suas práticas parentais. Destacam-se as médias obtidas em cada prática parental avaliada e também o índice de estilo parental.

Considerando-se que a pontuação de cada prática varia de 0 a 12 pontos, é possível verificar, por meio dos escores de todas as práticas educativas, que os participantes fizeram uma pontuação maior na monitoria positiva (11,15) e no comportamento moral (11,17). Entre as práticas negativas, a maior pontuação foi na prática monitoria negativa (8,33) e a menor pontuação foi em relação à utilização do abuso físico (2,37).

Ao se observar a média, o iep (3,49; DP= 7,60), verifica-se um valor acima da média esperada (2,97; DP= 8,79).

A seguir, na tabela 7, são apresentados os resultados do estilo parental e

as práticas educativas aplicadas pelos responsáveis pelas crianças em estudo a partir da pontuação e da interpretação do Inventário de Estilos Parentais, conforme instruções de Gomide (2011, p.57 e 58).

Tabela 7 – Classificação das práticas e do estilo parentais.

Práticas educativas	Classificação dos Escores									
	Ótimo		Regular acima média		Regular abaixo média		Risco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Monitoria positiva	308	58,6	159	30,2	31	5,9	28	5,3	526	100,0
Comportamento moral	394	74,9	85	16,2	36	6,8	11	2,1	526	100,0
Punição inconsistente	294	55,9	70	13,3	116	22,1	46	8,7	526	100,0
Negligencia	178	33,8	89	16,9	109	20,7	150	28,5	526	100,0
Disciplina relaxada	149	28,3	173	32,9	71	13,5	133	25,3	526	100,0
Monitoria negativa	29	5,5	30	5,7	109	20,7	358	68,1	526	100,0
Abuso físico	100	19,0			59	11,2	367	69,8	526	100,0
IEP	107	20,3	131	24,9	129	24,5	159	30,2	526	100,0

A partir da tabela 7, é possível verificar cada prática educativa aplicada pelos responsáveis das crianças, e sua classificação como índice ótimo, regular acima da média, regular abaixo da média e de risco.

Nas práticas educativas monitoria positiva e comportamento moral, a maioria dos respondentes, 308 (58,6%) e 394 (74,9%), respectivamente, obtiveram percentual de 80 a 99, apresentando um índice ótimo para essas práticas.

Com relação à utilização da punição inconsistente, 294 (55,9%) dos respondentes se enquadram no escore ótimo.

Quanto à prática negligência, 178 (33,8%) dos respondentes apresentaram índice ótimo e 150 (28,5%) índice de risco.

Em relação à utilização da prática disciplina relaxada, 173 (32,9%) obtiveram um percentual entre 55 a 75, o que corresponde ao índice regular acima da média.

No que diz respeito à monitoria negativa, a maioria dos responsáveis 358 (68,1%) apresentaram índice de risco.

Trezentos e sessenta e sete (69,8%) dos respondentes apresentaram índice de risco para a prática abuso físico.

Foi calculado também o Índice de Estilo Parental da amostra, bem como, foi realizada a conversão deste em percentuais conforme Gomide (2011). Desse modo, observou-se que 107(20,3%) responsáveis obtiveram um percentual entre 80 a 99, o que indica um estilo parental ótimo, com presença marcante das práticas positivas em detrimento das negativas; 131 (24,9%) ficaram com percentuais entre 55 e 75, indicativo de estilo parental regular, mas acima da média; 129 (24,5%) participantes tiveram percentuais entre 30 e 50, correspondente a estilo regular, abaixo da média; 159 (30,2%) participantes se enquadraram no estilo de risco.

Verifica-se, portanto, que há uma tendência ao predomínio do estilo parental classificado de regular abaixo da média 129 (24,5%) e de risco 159 (30,2%) para desenvolvimento de comportamentos antissociais, sinalizando para o predomínio das práticas parentais negativas dos responsáveis em suas interações cotidianas com a criança.

5.2 Análises de associação univariada

5.2.1 Variáveis de caracterização familiar e problemas de saúde mental

A análise de associação entre os problemas gerais de saúde mental apresentados pelas crianças e as variáveis classificação econômica familiar, situação conjugal, trabalho remunerado, faixa etária e crença religiosa está apresentada na tabela 8.

Tabela 8 – Associação entre os resultados da avaliação geral de saúde mental e as variáveis familiares: classificação econômica familiar, situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado e crença religiosa.

Variáveis		Saúde mental (SDQ)				Limítrofe/Normal	Anormal/Normal	
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total	Valor p	OR	OR
							(IC 95%)	(IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	75	18	14	107	,001*	1,00	1,00
		70,1%	16,8%	13,1%	100,0%			
	C	185	70	118	373		1,57	3,41
		49,6%	18,8%	31,6%	100,0%		(0,87-2,82)	(1,84-6,32)
	DE	26	5	15	46		0,80	3,09
		56,5%	10,9%	32,6%	100,0%		(0,27-2,3)	(1,31-7,26)
Situação conjugal	Com companheiro	200	65	88	353	,088*	1,00	1,00
		56,7%	18,4%	24,9%	100,0%			
	Sem companheiro	86	28	59	173		1,00	1,55
		49,7%	16,2%	34,1%	100,0%		(0,60-1,66)	(1,02-2,36)
Trabalho remunerado	Sim	184	44	76	304	,003*	1,00	1,00
		60,5%	14,5%	25,0%	100,0%			
	Não	102	49	71	222		2,00	1,68
		45,9%	22,1%	32,0%	100,0%		(1,25-3,22)	(1,12-2,52)
Crença religiosa	Católica	202	71	99	372	,219*	1,00	1,00
		54,3%	19,1%	26,6%	100,0%			
	Evangélica	75	18	34	127		0,68	0,92
		59,1%	14,2%	26,8%	100,0%		(0,38-1,22)	(0,57-1,48)
	Outros	7	3	9	19		1,21	2,62
		36,8%	15,8%	47,4%	100,0%		(0,30-4,84)	(0,94-7,25)

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Identificou-se que há uma associação significativa ($p=,001$) entre a classe econômica familiar e problemas de saúde mental. Famílias que pertencem à classe econômica C têm 3,41 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como anormais do que famílias que pertencem à classe econômica AB.

Em relação à variável situação conjugal, o estudo não mostrou associação significativa com problemas de saúde mental nas crianças ($p>0,05$). Por outro lado, pela razão de chance, crianças que vivem em famílias em que as mães não têm companheiro têm 1,55 vezes mais chances de serem classificadas como anormais do que crianças que vivem em famílias em que as mães têm companheiro.

Observou-se que há associação entre trabalho remunerado e problemas de saúde mental ($p=,003$). Mães que não possuem trabalho remunerado têm 2,00 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como limítrofes e 1,68 mais chances de apresentarem crianças classificadas como anormais do que mães que possuem trabalho remunerado.

A variável crença religiosa não mostrou associação significativa com os problemas de saúde mental ($p=,219$).

A análise de associação entre problemas gerais de saúde mental apresentados pelas crianças e as variáveis grau de parentesco, faixa etária e escolaridade dos responsáveis está apresentada na tabela 9.

Tabela 9 – Associação entre os resultados da avaliação geral da saúde mental e as variáveis familiares: grau de parentesco, faixa etária e escolaridade.

Variáveis		Saúde mental						Limítrofe/Normal	Anormal/Normal	
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total	Valor p	OR			OR
							(IC 95%)			(IC 95%)
Grau parentesco	Mãe	256 54,8%	82 17,6%	129 27,6%	467 100,0%	,782*	1,00	1,00		
	Avó	29 50,0%	11 19,0%	18 31,0%	58 100,0%		1,18 (0,56-2,47)	1,23 (0,65-2,30)		
	Até 30	64 50,8%	25 19,8%	37 29,4%	126 100,0%		0,97 (0,17-5,36)	2,89 (0,32-25,69)		
	31 a 40	126 54,1%	41 17,6%	66 28,3%	233 100,0%		0,81 (0,15-4,35)	2,61 (0,29-22,88)		
Faixa etária	41 a 50	62 62,6%	14 14,1%	23 23,2%	99 100,0%	,752*	0,56 (0,09-3,21)	1,85 (0,20-16,73)		
	51 a 60	19 44,2%	9 20,9%	15 34,9%	43 100,0%		1,18 (0,19-7,32)	3,94 (0,41-37,49)		
	61 a 70	10 58,8%	2 11,8%	5 29,4%	17 100,0%		0,5 (0,05-4,67)	2,50 (0,22-27,5)		
	Mais 70	5 62,5%	2 25,0%	1 12,5%	8 100,0%		1,00	1,00		
Escolaridade	Analfabeto/fundamental I incompleto	74 45,7%	32 19,8%	56 34,6%	162 100,0%	,009**	1,00	1,00		
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	56 47,5%	19 16,1%	43 36,4%	118 100,0%		0,78 (0,40-1,52)	1,01 (0,59-1,71)		
	Fundamental II completo/médio incompleto	52 62,7%	14 16,9%	17 20,5%	83 100,0%		0,62 (0,30-1,28)	0,43 (0,22- 0,82)		
	Médio completo/superior incompleto	82 62,6%	22 16,8%	27 20,6%	131 100,0%		0,62 (0,33-1,16)	0,43 (0,24-0,75)		
	Superior completo	22 68,8%	6 18,8%	4 12,5%	32 100,0%		0,63 (0,23-1,70)	0,24 (0,07-0,73)		

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson ; **Aplicação do Teste Exato de Fischer; OR= Odds ratio (razão de chances); IC= Intervalo de Confiança

Observou-se que as variáveis grau de parentesco e faixa etária não mostraram associação significativa com os problemas de saúde mental ($p>0,05$).

A escolaridade mostrou associação significativa ($p=,009$) com problemas de saúde mental. Pela razão de chances, mães com curso superior completo têm 0,24 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como anormais e mães com ensino fundamental I e II completo têm 0,43 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como anormais do que mães analfabetas e ou com ensino fundamental I incompleto. Assim, a escolaridade materna mostrou-se como um fator protetor dos problemas gerais de saúde mental.

A análise da associação entre os resultados de cada domínio da avaliação da saúde mental e as variáveis de caracterização do responsável está apresentada nas tabelas 10 a 14.

Tabela 10 – Associação entre os sintomas emocionais e as variáveis familiares.

Variáveis		Sintomas emocionais				Valor	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	61 57,0%	14 13,1%	32 29,9%	107 100,0%	,135*	1,00	1,00
	C	165 44,2%	48 12,9%	160 42,9%	373 100,0%		1,26 (0,65-2,46)	1,84 (1,14-2,98)
	DE	19 41,3%	6 13,0%	21 45,7%	46 100,0%		1,37 (0,46-4,07)	2,10 (0,99-4,47)
Situação conjugal	Com companheiro	171 48,4%	41 11,6%	141 39,9%	353 100,0%	,315*	1,00	1,00
	Sem companheiro	74 42,8%	27 15,6%	72 41,6%	173 100,0%		1,52 (0,87-2,65)	1,18 (0,79-1,74)
Trabalho remunerado	Sim	158 52,0%	35 11,5%	111 36,5%	304 100,0%	,015*	1,00	1,00
	Não	87 39,2%	33 14,9%	102 45,9%	222 100,0%		1,71 (0,99-2,94)	1,66 (1,14-2,42)
Crença religiosa	Católica	169 45,4%	50 13,4%	153 41,1%	372 100,0%	,899*	1,00	1,00
	Evangélica	63 49,6%	16 12,6%	48 37,8%	127 100,0%		0,85 (0,45-1,61)	0,84 (0,54-1,29)
	Outras	8 42,1%	2 10,5%	9 47,4%	19 100,0%		0,84 (0,17-4,10)	1,24 (0,46-3,30)
Grau parentesco	Mãe	225 48,2%	53 11,3%	189 40,5%	467 100,0%	,004*	1,00	1,00
	Avó	19 32,8%	15 25,9%	24 41,4%	58 100,0%		3,35 (1,59-7,02)	1,50 (0,79-2,82)

continua...

Variáveis	Sintomas emocionais				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
	Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	55 43,7%	18 14,3%	53 42,1%	126 100,0%	0,32 (0,06-1,76)	1,44 (0,23-8,99)
	31 a 40	114 48,9%	23 9,9%	96 41,2%	233 100,0%	0,20 (0,03-1,06)	1,26 (0,20-7,71)
	41 a 50	52 52,5%	11 11,1%	36 36,4%	99 100,0%	0,21 (0,03-1,19)	1,03 (0,16-6,53)
	51 a 60	15 34,9%	9 20,9%	19 44,2%	43 100,0%	0,60 (0,09-3,63)	1,90 (0,28-12,86)
	61 a 70	6 35,3%	4 23,5%	7 41,2%	17 100,0%	0,66 (0,08-5,12)	1,75 (0,21-14,22)
	Mais 70	3 37,5%	3 37,5%	2 25,0%	8 100,0%	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	68 42,0%	21 13,0%	73 45,1%	162 100,0%	1,00	1,00
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	46 39,0%	14 11,9%	58 49,2%	118 100,0%	0,98 (0,45-2,13)	1,17 (0,70-1,95)
Escolaridade	Fundamental II completo/médio incompleto	46 55,4%	11 13,3%	26 31,3%	83 100,0%	0,77 (0,34-1,75)	0,52 (0,29-0,94)
	Médio completo/superior incompleto	67 51,1%	17 13,0%	47 35,9%	131 100,0%	0,82 (0,39-1,69)	0,65 (0,39-1,07)
	Superior completo	18 56,3%	5 15,6%	9 28,1%	32 100,0%	0,89 (0,29-2,71)	0,46 (0,19-1,10)

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Os resultados do presente estudo mostraram que a variável classificação econômica familiar não mostrou associação significativa com os sintomas emocionais. Por outro lado, pela razão de chances, famílias pertencentes à classe econômica C têm 1,84 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como anormais do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

A situação conjugal não mostrou associação significativa com os sintomas emocionais ($p=,315$).

O trabalho remunerado mostrou associação significativa com os sintomas emocionais ($p=,015$). Mães que não possuem trabalho remunerado têm 1,66 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como anormais do que mães que possuem trabalho remunerado.

A crença religiosa não mostrou associação significativa ($p=,899$) com os sintomas emocionais.

O grau de parentesco (mãe ou avó) mostrou associação significativa ($p=,004$) com os sintomas emocionais.

As variáveis faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com os sintomas emocionais ($p>0,05$).

Tabela 11 – Associação entre os problemas de conduta e as variáveis familiares.

Variáveis		Problemas de conduta				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	81	7	19	107	,005*	1,00	1,00
		75,7%	6,5%	17,8%	100,0%			
	C	215	41	117	373		2,20	2,32
		57,6%	11,0%	31,4%	100,0%		(0,95-5,11)	(1,34-4,01)
	DE	29	8	9	46		3,19	1,32
		63,0%	17,4%	19,6%	100,0%		(1,06-9,58)	(0,53-3,25)
Situação conjugal	Com companheiro	229	34	90	353	,113*	1,00	1,00
		64,9%	9,6%	25,5%	100,0%			
	Sem companheiro	96	22	55	173		1,54	1,45
Trabalho remunerado		55,5%	12,7%	31,8%	100,0%	,181*	(0,85-2,77)	(0,96-2,19)
	Sim	191	37	76	304		1,00	1,00
		62,8%	12,2%	25,0%	100,0%			
	Não	134	19	69	222		0,73	1,29
		60,4%	8,6%	31,1%	100,0%		(0,40-1,32)	(0,87-1,91)
	Católica	225	44	103	372		1,00	1,00
Crença religiosa		60,5%	11,8%	27,7%	100,0%	,268*		
	Evangélica	87	11	29	127		0,64	0,72
		68,5%	8,7%	22,8%	100,0%		(0,31-1,30)	(0,45-1,17)
	Outras	10	1	8	19		0,51	1,74
Grau parentesco		52,6%	5,3%	42,1%	100,0%	,030*	(0,06-4,09)	(0,67-4,55)
	Mãe	291	44	132	467		1,00	1,00
		62,3%	9,4%	28,3%	100,0%			
	Avó	33	12	13	58		2,40	0,86
		56,9%	20,7%	22,4%	100,0%		(1,15-5,00)	(0,44-1,70)

continua...

Variáveis		Problemas de conduta				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	78 61,9%	13 10,3%	35 27,8%	126 100,0%	,489*	0,41 (0,07-2,37)	2,24 (0,25-19,92)
	31 a 40	140 60,1%	22 9,4%	71 30,5%	233 100,0%		0,39 (0,07-2,15)	2,53 (0,29-22,11)
	41 a 50	68 68,7%	9 9,1%	22 22,2%	99 100,0%		0,33 (0,05-1,96)	1,61 (0,17-14,60)
	51 a 60	24 55,8%	6 14,0%	13 30,2%	43 100,0%		0,62 (0,09-4,04)	2,70 (0,28-25,71)
	61 a 70	10 58,8%	4 23,5%	3 17,6%	17 100,0%		1,00 (0,13-7,45)	1,50 (0,12-18,36)
	Mais 70	5 62,5%	2 25,0%	1 12,5%	8 100,0%		1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	89 54,9%	22 13,6%	51 31,5%	162 100,0%		1,00	1,00
	Fundamental I completo/Fundamental II	68 57,6%	10 8,5%	40 33,9%	118 100,0%		0,59 (0,26-1,33)	1,02 (0,60-1,72)
Escolaridade	Fundamental II completo/médio incompleto	55 66,3%	11 13,3%	17 20,5%	83 100,0%	,124*	0,80 (0,36-1,79)	0,53 (0,28-1,02)
	Médio completo/superior incompleto	90 68,7%	10 7,6%	31 23,7%	131 100,0%		0,44 (0,20-1,00)	0,60 (0,35-1,02)
	Superior completo	23 71,9%	3 9,4%	6 18,8%	32 100,0%		0,52 (0,14-1,91)	0,45 (0,17-1,19)

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Identificou-se que a classificação econômica familiar mostrou associação significativa com os problemas de conduta ($p=,005$). Famílias pertencentes à classe econômica C têm 2,32 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como anormais e famílias pertencentes à classe econômica DE têm 3,19 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como limítrofes do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

As variáveis situação conjugal, trabalho remunerado, crença religiosa, faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com os problemas de conduta ($p>0,05$).

Quanto ao grau de parentesco, houve uma associação significativa ($p=,030$) com os problemas de conduta. Crianças que vivem sob os cuidados de avós têm 2,40 vezes mais chance de serem classificadas como limítrofes do que crianças que vivem sob os cuidados de mães.

Tabela 12 – Associação entre os problemas de relacionamento e as variáveis familiares.

Variáveis		Problemas de relacionamento				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	86	9	12	107	,902 ⁺	1,00	1,00
		80,4%	8,4%	11,2%	100,0%			
	C	283	37	53	373		1,24	1,34
		75,9%	9,9%	14,2%	100,0%		(0,58-2,69)	(0,68-2,62)
Situação conjugal	DE	35	5	6	46	,387 ⁺	1,36	1,22
		76,1%	10,9%	13,0%	100,0%		(0,42-4,36)	(0,42-3,53)
	Com companheiro	277	33	43	353		1,00	1,00
		78,5%	9,3%	12,2%	100,0%			
Trabalho remunerado	Sem companheiro	127	18	28	173	,988 ⁺	1,18	1,42
		73,4%	10,4%	16,2%	100,0%		(0,64-2,19)	(0,84-2,38)
	Sim	233	30	41	304		1,00	1,00
		76,6%	9,9%	13,5%	100,0%			
Crença religiosa	Não	171	21	30	222	,695 ⁺	0,95	0,99
		77,0%	9,5%	13,5%	100,0%		(0,52-1,72)	(0,59-1,66)
	Católica	289	34	49	372		1,00	1,00
		77,7%	9,1%	13,2%	100,0%			
Grau parentesco	Evangélica	97	15	15	127	,697 ⁺	1,31	0,91
		76,4%	11,8%	11,8%	100,0%		(0,68-2,51)	(0,48-1,69)
	Outras	14	1	4	19		0,60	1,68
		73,7%	5,3%	21,1%	100,0%		(0,07-4,76)	(0,53-5,33)
	Mãe	356	46	65	467		1,00	1,00
		76,2%	9,9%	13,9%	100,0%			
	Avó	47	5	6	58		0,82	0,69
		81,0%	8,6%	10,3%	100,0%		(0,31-2,17)	(0,28-1,70)

continua...

Variáveis	Problemas de relacionamento				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
	Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	97 77,0%	11 8,7%	18 14,3%	126 100,0%	0,58 (0,09-3,77)	2,84 (0,15-52,01)
	31 a 40	173 74,2%	25 10,7%	35 15,0%	233 100,0%	0,73 (0,12-4,45)	3,06 (0,17-54,97)
	41 a 50	76 76,8%	11 11,1%	12 12,1%	99 100,0%	0,75 (0,11-4,82)	2,45 (0,13-45,64)
	51 a 60	36 83,7%	3 7,0%	4 9,3%	43 100,0%	0,47 (0,06-3,79)	1,84 (0,08-38,10)
	61 a 70	15 88,2%	0 0,0%	2 11,8%	17 100,0%	0,16 (0,00-4,44)	2,41 (0,10-56,97)
	Mais 70	7 87,5%	1 12,5%	0 0,0%	8 100,0%	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	127 78,4%	14 8,6%	21 13,0%	162 100,0%	1,00	1,00
Escolaridade	Fundamental I completo/Fundamental II	85 72,0%	13 11,0%	20 16,9%	118 100,0%	1,38 (0,62-3,09)	1,42 (0,72-2,78)
	Fundamental II completo/médio incompleto	59 71,1%	11 13,3%	13 15,7%	83 100,0%	1,69 (0,72-3,94)	1,33 (0,62-2,84)
	Médio completo/superior incompleto	110 84,0%	10 7,6%	11 8,4%	131 100,0%	0,82 (0,35-1,93)	0,60 (0,27-1,30)
	Superior completo	23 71,9%	3 9,4%	6 18,8%	32 100,0%	1,18 (0,31-4,45)	1,57 (0,57-4,33)

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fischer

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

É possível observar que nenhuma variável familiar mostrou associação significativa com os problemas de relacionamento ($p > 0,05$).

Tabela 13 – Associação entre os sintomas de hiperatividade e as variáveis familiares.

Variáveis		Hiperatividade				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	78	16	13	107	,023*	1,00	1,00
		72,9%	15,0%	12,1%	100,0%			
	C	206	79	88	373		1,86	1,87
		55,2%	21,2%	23,6%	100,0%		(1,02-3,39)	(0,75-4,64)
	DE	26	10	10	46		2,56	2,30
		56,5%	21,7%	21,7%	100,0%		(1,35-4,85)	(0,90-5,88)
Situação conjugal	Com companheiro	204	72	77	353	,742*	1,00	1,00
		57,8%	20,4%	21,8%	100,0%			
	Sem companheiro	106	33	34	173		0,88	0,84
		61,3%	19,1%	19,7%	100,0%		(0,54-1,41)	(0,53-1,35)
Trabalho remunerado	Sim	203	53	48	304	<0,000*	1,00	1,00
		66,8%	17,4%	15,8%	100,0%			
	Não	107	52	63	222		1,86	2,49
		48,2%	23,4%	28,4%	100,0%		(1,18-2,91)	(1,59-3,87)
Crença religiosa	Católica	218	76	78	372	,052*	1,00	1,00
		58,6%	20,4%	21,0%	100,0%			
	Evangélica	78	26	23	127		0,95	0,82
		61,4%	20,5%	18,1%	100,0%		(0,57-1,60)	(0,48-1,40)
	Outras	9	1	9	19		0,31	2,79
		47,4%	5,3%	47,4%	100,0%		(0,03-2,55)	(1,07-7,29)
Grau parentesco	Mãe	283	90	94	467	,069*	1,00	1,00
		60,6%	19,3%	20,1%	100,0%			
	Avó	26	15	17	58		1,81	1,96
		44,8%	25,9%	29,3%	100,0%		(0,92-3,57)	(1,02-3,78)

continua...

Variáveis	Hiperatividade				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
	Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	72 57,1%	25 19,8%	29 23,0%	126 100,0%	1,38 (0,14-13,02)	0,53 (0,11-2,55)
	31 a 40	144 61,8%	48 20,6%	41 17,6%	233 100,0%	1,33 (0,14-12,22)	0,37 (0,08-1,76)
	41 a 50	62 62,6%	15 15,2%	22 22,2%	99 100,0%	0,96 (0,10-9,29)	0,47 (0,09-2,28)
	51 a 60	19 44,2%	10 23,3%	14 32,6%	43 100,0%	2,10 (0,20-21,44)	0,98 (0,18-5,10)
	61 a 70	9 52,9%	6 35,3%	2 11,8%	17 100,0%	2,66 (0,23-30,06)	0,29 (0,03-2,52)
	Mais 70	4 50,0%	1 12,5%	3 37,5%	8 100,0%	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	77 47,5%	40 24,7%	45 27,8%	162 100,0%	1,00	1,00
Escolaridade	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	65 55,1%	27 22,9%	26 22,0%	118 100,0%	0,79 (0,44-1,44)	0,68 (0,38-1,22)
	Fundamental II completo/médio incompleto	60 72,3%	13 15,7%	10 12,0%	83 100,0%	0,41 (0,20-0,84)	0,28 0,14-0,61
	Médio completo/superior incompleto	82 62,6%	23 17,6%	26 19,8%	131 100,0%	0,53 (0,29-0,98)	0,54 0,30-0,96
	Superior completo	26 81,3%	2 6,3%	4 12,5%	32 100,0%	0,14 (0,03-0,65)	0,26 (0,08-0,80)

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Identificou-se que a classificação econômica familiar mostrou associação significativa com os sintomas de hiperatividade ($p=,023$). Famílias pertencentes à classe econômica C têm 1,86 vezes mais chance e famílias pertencentes à classe econômica DE têm 2,56 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como limítrofes do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

A situação conjugal não mostrou associação significativa ($p=,742$) com os sintomas de hiperatividade.

A variável trabalho remunerado apresentou associação significativa ($p<0,000$) com os sintomas de hiperatividade. Mães que não possuem trabalho remunerado têm 2,49 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como anormais e 1,86 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como limítrofes do que mães que possuem trabalho remunerado.

Em relação às variáveis crença religiosa e faixa etária, não foram encontradas associações significativas com os sintomas de hiperatividade ($p>0,05$).

O grau de parentesco não mostrou associação significativa com os sintomas de hiperatividade ($p=,069$). Por outro lado, pela razão de chances, as crianças sob os cuidados de avós têm 1,96 vezes mais chance de serem classificadas como anormais do que crianças sob os cuidados de mães.

A faixa etária não apresentou associação significativa com os sintomas de hiperatividade ($p=,278$).

A escolaridade mostrou associação significativa com os sintomas de hiperatividade ($p=,003$). De modo geral, mães com escolaridade fundamental II completo a superior completo têm menores chances de apresentarem crianças classificadas como limítrofes ou anormais nos sintomas hiperatividade.

Tabela 14 – Associação entre comportamento pró – social e as variáveis familiares.

Variáveis		Comportamento pró – social				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	104	2	1	107	,010*	1,00	1,00
		97,2%	1,9%	,9%	100,0%			
	C	343	9	21	373		1,36	6,36
		92,0%	2,4%	5,6%	100,0%		(0,29-6,41)	(0,84-47,90)
	DE	39	5	2	46		6,66	5,33
		84,8%	10,9%	4,3%	100,0%		(1,24-35,79)	(0,47-60,49)
Situação conjugal	Com companheiro	330	7	16	353	,129*	1,00	1,00
		93,5%	2,0%	4,5%	100,0%			
	Sem companheiro	156	9	8	173		2,71	1,05
Trabalho remunerado		90,2%	5,2%	4,6%	100,0%	,081*	(0,99-7,43)	(0,44-2,52)
	Sim	280	13	11	304		1,00	1,00
		92,1%	4,3%	3,6%	100,0%			
	Não	206	3	13	222		0,31	1,60
		92,8%	1,4%	5,9%	100,0%		(0,08-1,11)	(0,70-3,65)
	Católica	344	12	16	372		1,00	1,00
Crença religiosa		92,5%	3,2%	4,3%	100,0%	,709*		
	Evangélica	117	4	6	127		1,05	1,15
		92,1%	3,1%	4,7%	100,0%		(0,35-3,16)	(0,45-2,93)
	Outras	17	0	2	19		0,78	2,98
		89,5%	0,0%	10,5%	100,0%		(0,04-13,84)	(0,72-12,26)
	Mãe	433	15	19	467		1,00	1,00
Grau parentesco		92,7%	3,2%	4,1%	100,0%	,251*		
	Avó	52	1	5	58		0,55	2,19
		89,7%	1,7%	8,6%	100,0%		(0,07-4,28)	(0,78-6,11)

continua...

Variáveis	Comportamento pro - social				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
	Normal	Limítrofe	Anormal	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	114 90,5%	4 3,2%	8 6,3%	126 100,0%	0,66 (0,03-13,46)	1,26 (0,06-23,77)
	31 a 40	216 92,7%	8 3,4%	9 3,9%	233 100,0%	0,66 (0,03-12,54)	0,74 (0,04-13,90)
	41 a 50	91 91,9%	4 4,0%	4 4,0%	99 100,0%	0,83 (0,04-16,87)	0,83 (0,04-16,87)
	51 a 60	40 93,0%	0 0,0%	3 7,0%	43 100,0%	0,20 (0,00-11,33)	1,46 (0,06-31,14)
	61 a 70	17 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	17 100,0%	0,48 (0,00-26,64)	0,48 (0,00-26,64)
	Mais 70	8 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 100,0%	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	150 92,6%	3 1,9%	9 5,6%	162 100,0%	1,00	1,00
Escolaridade	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	107 90,7%	6 5,1%	5 4,2%	118 100,0%	2,80 (0,68-11,46)	0,77 (0,25-2,38)
	Fundamental II completo/médio incompleto	76 91,6%	4 4,8%	3 3,6%	83 100,0%	2,63 (0,57-12,05)	0,65 (0,17-2,50)
	Médio completo/superior incompleto	124 94,7%	1 ,8%	6 4,6%	131 100,0%	0,40 (0,04-3,92)	0,80 (0,27-2,32)
	Superior completo	29 90,6%	2 6,3%	1 3,1%	32 100,0%	3,44 (0,55-21,55)	0,57 (0,07-4,71)

conclusão

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

É possível observar que a classificação econômica familiar mostrou associação significativa ($p=,010$) com o comportamento pró-social. Famílias pertencentes à classe econômica C têm 6,36 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como anormais do que famílias pertencentes à classe econômica AB. Famílias pertencentes à classe econômica DE têm 6,66 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como limítrofes do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

As variáveis, situação conjugal, trabalho remunerado, crença religiosa, grau de parentesco, faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com o comportamento pró-social ($p>0,05$).

5.2.2 Variáveis de caracterização da criança e problemas de saúde mental

A análise de associação entre problemas gerais de saúde mental e as variáveis de caracterização da criança está apresentada na tabela 15.

Tabela 15 - Associação entre os resultados da avaliação geral da saúde mental as variáveis de caracterização da criança: sexo, escolaridade e faixa etária.

Variáveis		Saúde mental Total de dificuldades				Limítrofe/Normal Anormal/Normal	
		Normal	Limítrofe	Anormal	Total	Valor p	OR (IC) (IC 95%)
Sexo	Masculino	129	58	90	277	,001*	2,01
		46,6%	20,9%	32,5%	100,0%		(1,24-3,25)
	Feminino	157	35	57	249	,145*	1,00
		63,1%	14,1%	22,9%	100,0%		(0,97-3,34)
Escolaridade	Fundamental I	237	77	131	445	,319*	0,99
		53,3%	17,3%	29,4%	100,0%		(0,53-1,84)
	Fundamental II	49	16	15	80		1,00
		61,3%	20,0%	18,8%	100,0%		(0,75-1,66)
Faixa etária	6 a 8	134	37	73	244		0,74
		54,9%	15,2%	29,9%	100,0%		(0,46-1,20)
	9 a 11	152	56	74	282		1,00
		53,9%	19,9%	26,2%	100,0%		

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Verificou-se que as variáveis escolaridade e faixa etária da criança não mostraram associação significativa com os problemas gerais de saúde mental na criança ($p>0,05$).

Quanto à variável sexo há associação significativa com os problemas gerais de saúde mental ($p=,001$). Crianças do sexo masculino têm 1,92 mais chances de serem classificadas como anormais e 2,01 vezes mais chances de serem classificadas como limítrofes do que crianças do sexo feminino.

A análise da associação entre os resultados de cada domínio da avaliação da saúde mental e as variáveis de caracterização da criança está apresentada nas tabelas 16 a 18.

Tabela 16 – Associação entre os sintomas emocionais, os problemas de conduta e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Sintomas emocionais				Valor p	Limítrofe/ Normal	Anormal/ Normal	Problemas de conduta				Limítrofe/ Normal	Anormal/ Normal	
		N	L	A	T		OR	OR	N	L	A	T	OR	OR	
							(IC 95%)	(IC 95%)					(IC 95%)	(IC 95%)	
Sexo	F	118	32	99	249	,936 ⁺	1,00	1,00	169	24	56	249	,021 ⁺	1,00	1,00
		47,4%	12,9%	39,8%	100,0%				67,9%	9,6%	22,5%	100,0%			
	M	127	36	114	277		1,04	1,07	156	32	89	277		1,44	1,72
		45,8%	13,0%	41,2%	100,0%		(0,61-1,79)	(0,74-1,54)	56,3%	11,6%	32,1%	100,0%		(0,81-2,55)	(1,15-2,56)
Escolaridade	FI	203	57	185	445	,414 ⁺	1,07	1,41	272	49	124	445	,758 ⁺	1,33	1,12
		45,6%	12,8%	41,6%	100,0%		(0,51-2,21)	(0,84-2,39)	61,1%	11,0%	27,9%	100,0%		(0,57-3,11)	(0,65-1,95)
	FII	203	57	185	445		1,00	1,00	52	7	21	80		1,00	1,00
		45,6%	12,8%	41,6%	100,0%				65,0%	8,8%	26,3%	100,0%			
Faixa etária	6/8 anos	117	35	92	244	,414 ⁺	1,16	0,83	152	25	67	244	,956 ⁺	0,91	0,97
		48,0%	14,3%	37,7%	100,0%		(0,67-1,98)	(0,57-1,20)	62,3%	10,2%	27,5%	100,0%		(0,51-1,62)	(0,66-1,44)
	9/11 anos	128	33	121	282		1,00	1,00	173	31	78	282		1,00	1,00
		45,4%	11,7%	42,9%	100,0%				61,3%	11,0%	27,7%	100,0%			

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

F= Feminino M=Masculino FI=Fundamental I FII=Fundamental II

É possível observar que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa com os sintomas emocionais ($p > 0,05$).

A variável sexo apresentou associação significativa com os problemas de conduta ($p = ,021$). Crianças do sexo masculino têm 1,72 vezes mais chance de serem classificadas como anormais do que crianças do sexo feminino.

A escolaridade e a faixa etária da criança não mostraram associação significativa com os problemas de conduta ($p > 0,05$).

Tabela 17 – Associação entre os problemas de relacionamento, os sintomas de hiperatividade e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Problemas de relacionamento				Limítrofe/ Normal	Anormal/ Normal	Hiperatividade				Limítrofe/ Normal	Anormal/ Normal		
		N	L	A	T	Valor p	OR	OR	N	L	A	T	Valor p	OR	OR
							(IC 95%)	(IC 95%)						(IC 95%)	(IC 95%)
Sexo	F	201	23	25	249	,073 [*]	1,00	1,00	157	47	45	249	,157 [*]	1,00	1,00
		80,7%	9,2%	10,0%	100,0%				63,1%	18,9%	18,1%	100,0%			
	M	203	28	46	277		1,20	1,82	153	58	66	277		1,26	1,50
		73,3%	10,1%	16,6%	100,0%		(0,67-2,16)	(1,07-3,07)	55,2%	20,9%	23,8%	100,0%		(0,81-1,97)	(0,96-2,33)
Escolaridade	FI	339	41	65	445	,104 [*]	0,78	2,49	258	91	96	445	,627 [*]	1,28	1,26
		76,2%	9,2%	14,6%	100,0%		(0,37-1,64)	(0,96-6,42)	58,0%	20,4%	21,6%	100,0%		(0,67-2,43)	(0,67-2,35)
	FII	65	10	5	80		1,00	1,00	51	14	15	80		1,00	1,00
		81,3%	12,5%	6,3%	100,0%				63,8%	17,5%	18,8%	100,0%			
Faixa etária	6/8 anos	185	20	39	244	,202 [*]	0,76	1,44	145	51	48	244	,718 [*]	1,07	0,86
		75,8%	8,2%	16,0%	100,0%		(0,42-1,38)	(0,86-2,39)	59,4%	20,9%	19,7%	100,0%		(0,69-1,67)	(0,56-1,34)
	9/11 anos	219	31	32	282		1,00	1,00	165	54	63	282		1,00	1,00
		77,7%	11,0%	11,3%	100,0%				58,5%	19,1%	22,3%	100,0%			

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

F= Feminino M=Masculino FI=Fundamental I FII=Fundamental II

É possível observar que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com os problemas de relacionamento e com os sintomas de hiperatividade. Por outro lado, pela razão de chances, crianças do sexo masculino têm 1,82 vezes mais chance de serem classificadas como anormais em problemas de relacionamento do que crianças do sexo feminino.

Tabela 18 – Associação entre o comportamento pró- social e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Comportamento pró - social				Valor p	Limítrofe/Normal	Anormal/Normal
		N	L	A	T		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	F	235	7	7	249	,936*	1,00	1,00
		94,4%	2,8%	2,8%	100,0%			
	M	251	9	17	277		1,20	2,27
		90,6%	3,2%	6,1%	100,0%		(0,44-3,28)	(0,92-5,58)
Escolaridade	FI	412	15	18	445	,416*	2,69	0,64
		92,6%	3,4%	4,0%	100,0%		(0,35-20,70)	(0,23-1,79)
	FII	412	15	18	445		1,00	1,00
		92,6%	3,4%	4,0%	100,0%			
Faixa etária	6/8 anos	221	10	13	244	,299*	1,99	1,41
		90,6%	4,1%	5,3%	100,0%		(0,71-5,58)	(0,62-3,22)
	9/11anos	265	6	11	282		1,00	1,00
		94,0%	2,1%	3,9%	100,0%			

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

F= Feminino M=Masculino FI=Fundamental I FII=Fundamental II

Observou-se que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com o comportamento pró - social.

5.2.3 Variáveis de caracterização familiar, estilo parental e as práticas educativas

A análise de associação do estilo parental adotado pelos responsáveis e as variáveis de caracterização familiar está apresentada nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19 – Associação entre o estilo parental e as variáveis familiares: critério econômico familiar, situação conjugal, trabalho remunerado e crença religiosa.

Variáveis		Estilo Parental					Valor p	ER/EO	ERABM/O	ERACM/O
		Estilo ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Estilo risco	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Critério econômico familiar	AB	31	37	18	21	107	,001*	1,00	1,00	1,00
		29,0%	34,6%	16,8%	19,6%	100,0%				
	C	64	88	99	122	64		2,81	2,66	1,15
		17,2%	23,6%	26,5%	32,7%	17,2%		(1,49-5,28)	(1,37-5,15)	(0,64-2,04)
Situação conjugal	DE	12	6	12	16	46	,179*	1,96	1,72	0,41
		26,1%	13,0%	26,1%	34,8%	100,0%		(0,77-4,99)	(0,64-4,62)	(0,14-1,24)
	Com companheiro	76	87	93	97	353		1,00	1,00	1,00
		21,5%	24,6%	26,3%	27,5%	100,0%				
Trabalho remunerado	Sem companheiro	31	44	36	62	173	,292*	1,56	0,94	1,23
		17,9%	25,4%	20,8%	35,8%	100,0%		(0,92-2,65)	(0,53-1,67)	(0,71-2,15)
	Sim	66	78	78	82	304		1,00	1,00	1,00
		21,7%	25,7%	25,7%	27,0%	100,0%				
Crença religiosa	Não	41	53	51	77	222	,717*	1,51	1,05	1,09
		18,5%	23,9%	23,0%	34,7%	100,0%		(0,91-2,48)	(0,62-1,78)	(0,64-1,84)
	Católica	75	99	84	114	372		1,00	1,00	
		20,2%	26,6%	22,6%	30,6%	100,0%				
Crença religiosa	Evangélica	29	27	36	35	127	,717*	0,79	1,10	0,70
		22,8%	21,3%	28,3%	27,6%	100,0%		(0,44-1,40)	(0,62-1,97)	(0,38-1,29)
	Outros	3	4	5	7	19		1,53	1,48	1,01
		15,8%	21,1%	26,3%	36,8%	100,0%		(0,38-6,12)	(0,34-6,43)	(0,21-4,64)

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson; OR= Odds ratio (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança

ER/O= Estilo de Risco/Estilo Ótimo

ERABM/O = Estilo Regular Abaixo Média/Estilo Ótimo

ERACM/O= Estilo Regular Acima Média/Estilo Ótimo

Observou-se associação significativa entre a classificação econômica da família e o estilo parental apresentado pelo responsável ($p=,001$). Famílias pertencentes à classe C têm 2,81 vezes mais chances de adotarem estilo parental de risco e 2,66 vezes mais chances de adotarem estilo parental regular abaixo da média do que famílias que pertencem à classe AB.

As variáveis, situação conjugal, trabalho remunerado e crença religiosa não mostraram associação significativa com o estilo parental ($p>0,05$).

Tabela 20 – Associação entre o estilo parental e as variáveis familiares: grau de parentesco, faixa etária e escolaridade.

Variáveis		Estilo parental					Valor p	ER/EO	ERABM/O	ERACM/O
		Estilo ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Estilo risco	Total		OR	OR	OR
								(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Grau parentesco	Mãe	90	120	119	138	467	,149	1,00	1,00	1,00
		19,3%	25,7%	25,5%	29,6%	100,0%				
	Avó	17	11	10	20	58		0,76	0,44	0,48
		29,3%	19,0%	17,2%	34,5%	100,0%		(0,38-1,54)	(0,19-1,01)	(0,21-1,08)
	Até 30	22	41	23	40	126		0,90	0,34	0,93
		17,5%	32,5%	18,3%	31,7%	100,0%		(0,07-10,60)	(0,03-3,60)	(0,08-10,86)
Faixa etária	31 a 40	42	52	66	73	233	,231	0,86	0,52	0,61
		18,0%	22,3%	28,3%	31,3%	100,0%		(0,07-9,87)	(0,05-5,20)	(0,05-7,06)
	41 a 50	27	23	27	22	99		0,40	0,33	0,42
		27,3%	23,2%	27,3%	22,2%	100,0%		(0,03-4,79)	(0,03-3,40)	(0,03-5,00)
	51 a 60	12	10	6	15	43		0,62	0,16	0,41
		27,9%	23,3%	14,0%	34,9%	100,0%		(0,05-7,74)	(0,01-1,96)	(0,03-5,29)
	61 a 70	3	3	4	7	17		1,16	0,44	0,50
		17,6%	17,6%	23,5%	41,2%	100,0%		(0,07-18,34)	(0,02-6,70)	(0,02-8,95)
	Mais 70	1	2	3	2	8		1,00	1,00	1,00
		12,5%	25,0%	37,5%	25,0%	100,0%				
continua...										

continua...

Estilo parental										
Variáveis							ER/EO	ERABM/O	ERACM/O	
		Estilo ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Estilo risco	Total	Valor p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Escolaridade	Analfabeto/fundamental I incompleto	27	34	41	60	162		1,00	1,00	1,00
		16,7%	21,0%	25,3%	37,0%	100,0%				
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	22	20	35	41	118		0,83	1,04	0,72
		18,6%	16,9%	29,7%	34,7%	100,0%		(0,42-1,67)	(0,50-2,15)	(0,32-1,58)
	Fundamental II completo/médio incompleto	18	24	23	18	83	,001**	0,45	0,84	1,05
		21,7%	28,9%	27,7%	21,7%	100,0%		(0,20-0,99)	(0,38-1,84)	(0,47-2,33)
	Médio completo/superior incompleto	25	44	26	36	131		0,64	0,68	1,39
		19,1%	33,6%	19,8%	27,5%	100,0%		(0,32-1,28)	(0,32-1,42)	(0,69-2,82)
	Superior completo	15	9	4	4	32		0,12	0,17	0,47
		46,9%	28,1%	12,5%	12,5%	100,0%		(0,03-0,39)	(0,05-0,58)	(0,18-1,25)

conclusão.

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

** Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

ER/O= Estilo de Risco/Estilo Ótimo

ERABM/O = Estilo Regular Abaixo Média/Estilo Ótimo

ERACM/O= Estilo Regular Acima Média/Estilo Ótimo

Observou-se que as variáveis, grau de parentesco e faixa etária não mostraram associação significativa com o estilo parental ($p>0,05$).

A escolaridade do respondente apresentou associação significativa com o estilo parental ($p=,001$). De modo geral, mães com ensino médio completo a superior completo têm menores chances de adotarem estilo parental de risco e regular abaixo da média.

A análise de associação entre as práticas educativas adotadas pelos responsáveis e as variáveis familiares estão apresentadas nas tabelas 21 a 27.

Tabela 21 - Associação entre monitoria positiva e as variáveis familiares.

Variáveis		Monitoria positiva					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	67 62,6%	30 28,0%	5 4,7%	5 4,7%	107 100,0%	,669*	1,00	1,00	1,00
	C	216 57,9%	116 31,1%	23 6,2%	18 4,8%	373 100,0%		1,11 (0,39-3,12)	1,42 (0,52-3,89)	1,19 (0,73-1,95)
	DE	25 54,3%	13 28,3%	3 6,5%	5 10,9%	46 100,0%		2,68 (0,71-10,05)	1,60 (0,35-7,23)	1,16 (0,52-2,57)
Situação conjugal	Com companheiro	217 61,5%	101 28,6%	19 5,4%	16 4,5%	353 100,0%	,238*	1,00	1,00	1,00
	Sem companheiro	91 52,6%	58 33,5%	12 6,9%	12 6,9%	173 100,0%		1,78 (0,81-3,93)	1,50 (0,70-3,23)	1,36 (0,91-2,05)
Trabalho remunerado	Sim	181 59,5%	89 29,3%	20 6,6%	14 4,6%	304 100,0%	,658*	1,00	1,00	1,00
	Não	127 57,2%	70 31,5%	11 5,0%	14 6,3%	222 100,0%		1,42 (0,65-3,09)	0,78 (0,36-1,69)	1,12 (0,76-1,65)
Crença religiosa	Católica	222 59,7%	102 27,4%	25 6,7%	23 6,2%	372 100,0%	,277*	1,00	1,00	1,00
	Evangélica	72 56,7%	47 37,0%	4 3,1%	4 3,1%	127 100,0%		0,53 (0,17-1,60)	0,49 (0,16-1,46)	1,42 (0,91-2,17)
	Outras	10 52,6%	6 31,6%	2 10,5%	1 5,3%	19 100,0%		0,96 (0,11-7,88)	1,77 (0,36-8,56)	1,30 (0,46-3,69)
Grau parentesco	Mãe	277 59,3%	139 29,8%	27 5,8%	24 5,1%	467 100,0%	,834*	1,00	1,00	1,00
	Avó	31 53,4%	19 32,8%	4 6,9%	4 6,9%	58 100,0%		1,48 (0,48-4,57)	1,32 (0,43-4,03)	1,22 (0,66-2,23)
										continua..."

Variáveis	Monitoria positiva					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
	O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	77 61,1%	36 28,6%	5 4,0%	8 6,3%	126 100,0%	0,32 (0,04-2,38)	0,63 (0,03-13,44)	0,60 (0,14-2,58)
	31 a 40	134 57,5%	68 29,2%	19 8,2%	12 5,2%	233 100,0%	0,27 (0,04-1,93)	1,30 (0,06-25,18)	0,65 (0,15-2,72)
	41 a 50	61 61,6%	32 32,3%	3 3,0%	3 3,0%	99 100,0%	0,17 (0,02-1,44)	0,51 (0,02-11,52)	0,67 (0,15-2,92)
	51 a 60	24 55,8%	16 37,2%	0 0,0%	3 7,0%	43 100,0%	0,42 (0,04-3,71)	0,18 (0,00-10,50)	0,86 (0,18-3,99)
	61 a 70	8 47,1%	4 23,5%	4 23,5%	1 5,9%	17 100,0%	0,52 (0,04-6,68)	4,76 (0,20-109,77)	0,68 (0,11-4,13)
	Mais 70	4 50,0%	3 37,5%	0 0,0%	1 12,5%	8 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	82 50,6%	58 35,8%	12 7,4%	10 6,2%	162 100,0%	1,00	1,00	1,00
Escolaridade	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	66 55,9%	35 29,7%	8 6,8%	9 7,6%	118 100,0%	1,11 (0,42-2,91)	0,82 (0,31-2,14)	0,74 (0,44-1,27)
	Fundamental II completo/médio incompleto	56 67,5%	22 26,5%	3 3,6%	2 2,4%	83 100,0%	0,29 (0,06-1,38)	0,36 (0,09-1,35)	0,55 (0,30-1,00)
	Médio completo/superior incompleto	84 64,1%	35 26,7%	7 5,3%	5 3,8%	131 100,0%	0,48 (0,15-1,48)	0,56 (0,21-1,51)	0,58 (0,35-0,98)
	Superior completo	20 62,5%	9 28,1%	1 3,1%	2 6,3%	32 100,0%	0,82 (0,16-4,04)	0,34 (0,04-2,78)	0,63 (0,27-1,49)

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson ;OR= Odds ratio (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança; R/O= Índice Risco/Índice Ótimo RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo.

Observou-se que as variáveis familiares, classificação econômica familiar, situação conjugal, trabalho remunerado, crença religiosa, grau de parentesco e faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com a prática educativa monitoria positiva ($p > 0,05$).

Tabela 22 - Associação entre comportamento moral e as variáveis familiares.

Variáveis		Comportamento moral					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	86 80,4%	13 12,1%	6 5,6%	2 1,9%	107 100,0%	,811*	1,00	1,00	1,00
	C	274 73,5%	63 16,9%	28 7,5%	8 2,1%	373 100,0%		1,25 (0,26-6,02)	1,46 (0,58-3,65)	1,52 (0,79-2,89)
	DE	34 73,9%	9 19,6%	2 4,3%	1 2,2%	46 100,0%		1,26 (0,11-14,40)	0,84 (0,16-4,38)	1,75 (0,68-4,47)
	Com companheiro	268 75,9%	50 14,2%	25 7,1%	10 2,8%	353 100,0%	,127*	1,00	1,00	1,00
Situação conjugal	Sem companheiro	126 72,8%	35 20,2%	11 6,4%	1 ,6%	173 100,0%		0,21 (0,02-1,67)	0,93 (0,44-1,96)	1,48 (0,92-2,40)
	Sim	233 76,6%	44 14,5%	22 7,2%	5 1,6%	304 100,0%	,492*	1,00	1,00	1,00
Trabalho remunerado	Não	161 72,5%	41 18,5%	14 6,3%	6 2,7%	222 100,0%		0,73 (0,52-5,78)	0,92 (0,45-1,85)	1,34 (0,84-2,15)
	Católica	282 75,8%	55 14,8%	25 6,7%	10 2,7%	372 100,0%		1,00	1,00	1,00
Crença religiosa	Evangélica	94 74,0%	23 18,1%	9 7,1%	1 ,8%	127 100,0%	,788*	0,42 (0,07-2,40)	1,11 (0,51-2,43)	1,26 (0,74-2,16)
	Outras	14 73,7%	4 21,1%	1 5,3%	0 0,0%	19 100,0%		0,92 (0,05-16,62)	1,14 (0,20-6,45)	1,57 (0,52-4,72)
	Mãe	352 75,4%	73 15,6%	31 6,6%	11 2,4%	467 100,0%	,556*	1,00	1,00	1,00
Grau parentesco	Avó	42 72,4%	11 19,0%	5 8,6%	0 0,0%	58 100,0%		0,36 (0,02-6,22)	1,44 (0,55-3,78)	1,29 (0,64-2,60)

continua...

Variáveis	Comportamento moral					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
	O	RACM	RABM	R	Total		OR	OR	OR
							(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Faixa etária	Até 30	88	26	11	1	126	0,18	0,28	1,09
		69,8%	20,6%	8,7%	,8%	100,0%	(0,00-5,12)	(0,05-1,43)	(0,17-7,03)
	31 a 40	185	29	12	7	233	0,44	0,14	0,58
		79,4%	12,4%	5,2%	3,0%	100,0%	(0,02-8,80)	(0,02-0,73)	(0,09-3,69)
	41 a 50	72	16	8	3	99	0,53	0,25	0,83
		72,7%	16,2%	8,1%	3,0%	100,0%	(0,02-11,64)	(0,04-1,35)	(0,12-5,48)
	51 a 60	32	8	3	0	43	0,16	0,23	0,95
		74,4%	18,6%	7,0%	0,0%	100,0%	(0,00-9,45)	(0,03-1,51)	(0,13-6,78)
	61 a 70	12	5	0	0	17	0,44	0,08	1,61
		70,6%	29,4%	0,0%	0,0%	100,0%	(0,00-25,15)	(0,00-2,15)	(0,20-12,72)
Escolaridade	Mais 70	5	1	2	0	8	1,00	1,00	1,00
		62,5%	12,5%	25,0%	0,0%	100,0%			
	Analfabeto/fundamental I incompleto	121	27	11	3	162	1,00	1,00	1,00
		74,7%	16,7%	6,8%	1,9%	100,0%			
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	83	27	5	3	118	1,45	0,66	1,45
		70,3%	22,9%	4,2%	2,5%	100,0%	(0,28-7,39)	(0,22-1,97)	(0,79-2,66)
	Fundamental II completo/médio incompleto	59	11	11	2	83	1,36	2,05	0,83
		71,1%	13,3%	13,3%	2,4%	100,0%	(0,22-8,40)	(0,84-5,00)	(0,38-1,79)
	Médio completo/superior incompleto	104	17	8	2	131	0,77	0,84	0,73
		79,4%	13,0%	6,1%	1,5%	100,0%	(0,12-4,73)	(0,32-2,18)	(0,37-1,41)
	Superior completo	27	3	1	1	32	1,49	0,40	0,49
		84,4%	9,4%	3,1%	3,1%	100,0%	(0,14-14,91)	(0,05-3,29)	(0,14-1,76)

conclusão.

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança

R/O= Índice Risco/Índice Ótimo

RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo

RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo

Observou-se que as variáveis familiares, classificação econômica familiar, situação conjugal, trabalho remunerado, crença religiosa, grau de parentesco, faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com a prática educativa comportamento moral ($p > 0,05$).

Tabela 23 - Associação entre punição inconsistente e as variáveis familiares.

Variáveis		Punição inconsistente					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	70	11	15	11	107	,251*	1,00	1,00	1,00
		65,4%	10,3%	14,0%	10,3%	100,0%				
	C	200	53	90	30	373		0,95	2,10	1,68
		53,6%	14,2%	24,1%	8,0%	100,0%		(0,45-2,00)	(1,14-3,86)	(0,83-3,41)
Situação conjugal	DE	24	6	11	5	46	,424*	1,32	2,13	1,59
		52,2%	13,0%	23,9%	10,9%	100,0%		(0,41-4,20)	(0,86-5,29)	(0,53-4,76)
	Com companheiro	198	48	81	26	353		1,00	1,00	1,00
		56,1%	13,6%	22,9%	7,4%	100,0%				
Trabalho remunerado	Sem companheiro	96	22	35	20	173	,859*	1,58	0,89	0,94
		55,5%	12,7%	20,2%	11,6%	100,0%		(0,84-2,98)	(0,55-1,41)	(0,53-1,65)
	Sim	168	39	71	26	304		1,00	1,00	1,00
		55,3%	12,8%	23,4%	8,6%	100,0%				
Crença religiosa	Não	126	31	45	20	222	,370*	1,02	0,84	1,05
		56,8%	14,0%	20,3%	9,0%	100,0%		(0,54-1,92)	(0,54-1,31)	(0,62-1,79)
	Católica	207	45	88	32	372		1,00	1,00	1,00
		55,6%	12,1%	23,7%	8,6%	100,0%				
Grau parentesco	Evangélica	75	21	22	9	127	,034**	0,77	0,69	1,28
		59,1%	16,5%	17,3%	7,1%	100,0%		(0,35-1,70)	(0,40-1,18)	(0,72-2,30)
	Outras	7	4	6	2	19		1,84	2,01	2,62
		36,8%	21,1%	31,6%	10,5%	100,0%		(0,36-9,29)	(0,65-6,17)	(0,73-9,36)
	Mãe	259	57	106	45	467		1,00	1,00	1,00
		55,5%	12,2%	22,7%	9,6%	100,0%				
	Avó	34	13	10	1	58		0,16	0,71	1,73
		58,6%	22,4%	17,2%	1,7%	100,0%				

continua...

Variáveis	Punição inconsistente					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
	O	RACM	RABM	R	Total		OR	OR	OR
							(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Faixa etária	Até 30	71	15	27	13	126	2,07	4,23	0,34
		56,3%	11,9%	21,4%	10,3%	100,0%	(0,10-39,79)	(0,22-79,09)	(0,08-1,44)
	31 a 40	126	29	54	24	233	2,13	4,73	0,36
		54,1%	12,4%	23,2%	10,3%	100,0%	(0,11-39,78)	(0,25-87,20)	(0,09-1,48)
	41 a 50	60	8	24	7	99	1,36	4,45	0,22
		60,6%	8,1%	24,2%	7,1%	100,0%	(0,06-27,19)	(0,23-83,66)	(0,04-1,00)
	51 a 60	22	12	7	2	43	1,22	3,66	0,87
		51,2%	27,9%	16,3%	4,7%	100,0%	(0,05-29,28)	(0,18-74,43)	(0,19-3,94)
Escolaridade	61 a 70	10	3	4	0	17	0,52	4,71	0,52
		58,8%	17,6%	23,5%	0,0%	100,0%	(0,09-30,16)	(0,21-104,49)	(0,08-3,18)
	Mais 70	5	3	0	0	8	1,00	1,00	1,00
		62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Analfabeto/fundamental I incompleto	91	27	34	10	162	1,00	1,00	1,00
		56,2%	16,7%	21,0%	6,2%	100,0%			
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	58	15	31	14	118	2,19	1,43	0,87
		49,2%	12,7%	26,3%	11,9%	100,0%	(0,91-5,27)	(0,79-2,57)	(0,42-1,77)
Escolaridade	Fundamental II completo/médio incompleto	51	10	16	6	83	1,07	0,83	0,66
		61,4%	12,0%	19,3%	7,2%	100,0%	(0,36-3,11)	(0,42-1,66)	(0,29-1,47)
	Médio completo/superior incompleto	72	15	30	14	131	1,76	1,11	0,70
		55,0%	11,5%	22,9%	10,7%	100,0%	(0,74-4,21)	(0,62-1,99)	(0,34-1,41)
Escolaridade	Superior completo	22	3	5	2	32	0,82	0,60	0,45
		68,8%	9,4%	15,6%	6,3%	100,0%	(0,16-4,04)	(0,21-1,73)	(0,12-1,65)

conclusão

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances) IC= Intervalo de Confiança

R/O= Índice Risco/Índice Ótimo

RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo

RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo

Identificou-se que famílias pertencentes à classe econômica C têm 2,10 vezes mais chances de adotarem a prática educativa punição inconsistente regular abaixo da média do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

As variáveis, situação conjugal, trabalho remunerado, crença religiosa, faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com a prática educativa punição inconsistente ($p > 0,05$).

O grau de parentesco mostrou associação com a prática educativa punição inconsistente ($p = 0,034$). Entretanto, pela razão de chance, não fica claro que categoria de parentesco apresenta indicadores de risco ou de proteção para o exercício dessa prática.

Tabela 24 - Associação entre negligência e as variáveis familiares.

Variáveis		Negligência					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	42	16	24	25	107	,776*	1,00	1,00	1,00
		39,3%	15,0%	22,4%	23,4%	100,0%				
	C	121	65	77	110	373		1,52	1,11	1,41
		32,4%	17,4%	20,6%	29,5%	100,0%		(0,87-2,66)	(0,62-1,98)	(0,73-2,70)
	DE	15	8	8	15	46		1,68	0,93	1,40
Situação conjugal		32,6%	17,4%	17,4%	32,6%	100,0%	,449*	(0,70-4,01)	(0,34-2,52)	(0,49-3,93)
	Com companheiro	116	62	79	96	353		1,00	1,00	1,00
		32,9%	17,6%	22,4%	27,2%	100,0%				
	Sem companheiro	62	27	30	54	173		1,05	0,71	0,81
		35,8%	15,6%	17,3%	31,2%	100,0%		0,66-1,65	0,42-1,19	0,47-1,40
Trabalho remunerado	Sim	107	41	66	90	304	,109*	1,00	1,00	1,00
		35,2%	13,5%	21,7%	29,6%	100,0%				
	Não	71	48	43	60	222		1,00	0,98	1,76
		32,0%	21,6%	19,4%	27,0%	100,0%		(0,64-1,56)	(0,60-1,59)	(1,05-2,94)
	Católica	121	61	84	106	372		1,00	1,00	1,00
Crença religiosa		32,5%	16,4%	22,6%	28,5%	100,0%	,223*			
	Evangélica	53	22	19	33	127		0,71	0,51	0,82
		41,7%	17,3%	15,0%	26,0%	100,0%		(0,42-1,17)	(0,28-0,93)	(0,45-1,47)
	Outras	4	2	6	7	19		1,99	2,16	0,99
		21,1%	10,5%	31,6%	36,8%	100,0%		(0,56-7,01)	(0,59-7,89)	(0,17-5,56)
Grau parentesco	Mãe	160	78	97	132	467	,953*	1,00	1,00	1,00
		34,3%	16,7%	20,8%	28,3%	100,0%				
	Avo	18	11	12	17	58		1,14	1,09	1,25
		31,0%	19,0%	20,7%	29,3%	100,0%		(0,56-2,30)	(0,50-2,38)	(0,56-2,78)
										continua..”

Variáveis	Negligência					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
	O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	43 34,1%	22 17,5%	19 15,1%	42 33,3%	126 100,0%	1,46 (0,23-9,21)	0,66 (0,10-4,29)	1,53 (0,15-15,63)
	31 a 40	79 33,9%	37 15,9%	54 23,2%	63 27,0%	233 100,0%	1,19 (0,19-7,37)	1,02 (0,16-6,34)	1,40 (0,14-13,96)
	41 a 50	36 36,4%	19 19,2%	21 21,2%	23 23,2%	99 100,0%	0,95 (0,14-6,18)	0,87 (0,13-5,66)	1,58 (0,15-16,28)
	51 a 60	14 32,6%	8 18,6%	6 14,0%	15 34,9%	43 100,0%	1,60 (0,23-11,09)	0,64 (0,08-4,88)	1,71 (0,15-19,35)
	61 a 70	3 17,6%	2 11,8%	7 41,2%	5 29,4%	17 100,0%	2,50 (0,25-24,71)	3,50 (0,37-32,97)	2,00 (0,11-35,80)
	Mais 70	3 37,5%	1 12,5%	2 25,0%	2 25,0%	8 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	52 32,1%	31 19,1%	32 19,8%	47 29,0%	162 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	39 33,1%	20 16,9%	23 19,5%	36 30,5%	118 100,0%	1,02 (0,56-1,86)	0,95 (0,48-1,88)	0,86 (0,42-1,73)
Escolaridade	Fundamental II completo/médio incompleto	31 37,3%	14 16,9%	13 15,7%	25 30,1%	83 100,0%	0,89 (0,46-1,72)	0,68 (0,31-1,49)	0,75 (0,35-1,63)
	Médio completo/superior incompleto	45 34,4%	20 15,3%	32 24,4%	34 26,0%	131 100,0%	0,83 (0,46-1,51)	1,15 (0,61-2,17)	0,74 (0,37-1,48)
	Superior completo	11 34,4%	4 12,5%	9 28,1%	8 25,0%	32 100,0%	0,80 (0,29-2,17)	1,32 (0,49-3,55)	0,61 (0,17-2,08)

conclusão.

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

R/O= Índice Risco/Índice Ótimo

RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo

RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo

Observou que nenhuma variável familiar mostrou associação significativa com a prática educativa negligência ($p > 0,05$).

Tabela 25 - Associação entre disciplina relaxada e as variáveis familiares

Variáveis		Disciplina relaxada					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	39	33	9	26	107	,335 [*]	1,00	1,00	1,00
		36,4%	30,8%	8,4%	24,3%	100,0%				
	C	96	125	57	95	373		1,48	2,57	1,53
		25,7%	33,5%	15,3%	25,5%	100,0%		(0,83-2,62)	(1,16-5,70)	(0,90-2,62)
	DE	14	15	5	12	46		1,28	1,54	1,26
		30,4%	32,6%	10,9%	26,1%	100,0%		(0,51-3,21)	(0,44-5,41)	(0,53-3,00)
Situação conjugal	Com companheiro	107	116	47	83	353	,415 [*]	1,00	1,00	1,00
		30,3%	32,9%	13,3%	23,5%	100,0%				
	Sem companheiro	42	57	24	50	173		1,53	1,30	1,25
		24,3%	32,9%	13,9%	28,9%	100,0%		(0,93-2,53)	(0,70-2,38)	(0,77-2,01)
Trabalho remunerado	Sim	88	100	38	78	304	,880 [*]	1,00	1,00	1,00
		28,9%	32,9%	12,5%	25,7%	100,0%				
	Não	61	73	33	55	222		1,01	1,25	1,05
		27,5%	32,9%	14,9%	24,8%	100,0%		(0,63-1,63)	(0,70-2,21)	(0,67-1,64)
Crença religiosa	Católica	103	116	61	92	372	,019 ^{**}	1,00	1,00	1,00
		27,7%	31,2%	16,4%	24,7%	100,0%				
	Evangélica	40	46	6	35	127		0,97	0,25	1,02
		31,5%	36,2%	4,7%	27,6%	100,0%		(0,57-1,67)	(0,10-0,63)	(0,61-1,68)
	Outras	5	9	1	4	19		0,89	0,33	1,59
Grau parentesco		26,3%	47,4%	5,3%	21,1%	100,0%	,241 [*]	(0,23-3,43)	(0,03-2,95)	(0,51-4,92)
	Mãe	126	155	65	121	467		1,00	1,00	1,00
		27,0%	33,2%	13,9%	25,9%	100,0%				
	Avó	23	17	6	12	58		0,53	0,50	0,60
		39,7%	29,3%	10,3%	20,7%	100,0%		(0,25-1,14)	(0,19-1,30)	(0,30-1,17) continua..."

Variáveis		Disciplina relaxada					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR	OR	OR
								(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Faixa etária	Até 30	34	45	18	29	126	,778*	1,53	4,82	2,37
		27,0%	35,7%	14,3%	23,0%	100,0%		(0,30-7,79)	(0,24-94,61)	(0,47-11,85)
	31 a 40	57	75	34	67	233		2,11	5,40	2,36
		24,5%	32,2%	14,6%	28,8%	100,0%		(0,43-10,31)	(0,28-103,38)	(0,48-11,51)
	41 a 50	33	35	11	20	99		1,10	3,08	1,90
		33,3%	35,4%	11,1%	20,2%	100,0%		(0,21-5,68)	(0,15-61,90)	(0,37-9,60)
	51 a 60	16	11	5	11	43		1,25	3,00	1,25
		37,2%	25,6%	11,6%	25,6%	100,0%		(0,22-7,00)	(0,13-65,07)	(0,22-7,00)
	61 a 70	5	5	3	4	17		1,47	5,72	1,80
		29,4%	29,4%	17,6%	23,5%	100,0%		(0,20-10,72)	(0,23-142,54)	(0,25-12,60)
Escolaridade	Mais 70	4	2	0	2	8	,062*	1,00	1,00	1,00
		50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%				
	Analfabeto/fundamental I incompleto	41	59	26	36	162		1,00	1,00	1,00
		25,3%	36,4%	16,0%	22,2%	100,0%				
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	31	27	17	43	118		1,57	0,86	0,60
		26,3%	22,9%	14,4%	36,4%	100,0%		(0,83-3,00)	(0,40-1,86)	(0,31-1,16)
	Fundamental II completo/médio incompleto	28	30	10	15	83		0,61	0,56	0,74
		33,7%	36,1%	12,0%	18,1%	100,0%		(0,28-1,31)	(0,23-1,34)	(0,38-1,42)
	Médio completo/superior incompleto	35	47	16	33	131		1,07	0,72	0,93
		26,7%	35,9%	12,2%	25,2%	100,0%		(0,55-2,06)	(0,33-1,55)	(0,51-1,68)
Superior completo	14	10	2	6	32	0,48	0,22	0,49		
	43,8%	31,3%	6,3%	18,8%	100,0%	(0,16-1,40)	(0,04-1,07)	(0,20-1,22)		

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances); IC= Intervalo de Confiança

R/O= Índice Risco/Índice Ótimo

RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo

RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo

Identificou-se que as variáveis, classificação econômica familiar, situação conjugal, trabalho remunerado, grau de parentesco, faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com a prática educativa disciplina relaxada ($p>0,05$).

A variável crença religiosa mostrou associação significativa ($p=,019$) com a prática educativa disciplina relaxada. Quanto à análise de razão de chance, verificou-se que ter declarado a religião evangélica é fator de proteção para o índice regular abaixo da média nessa prática educativa.

Tabela 26 - Associação entre monitoria negativa e variáveis familiares.

Variáveis		Monitoria negativa					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	8	10	27	62	107	,067*	1,00	1,00	1,00
		7,5%	9,3%	25,2%	57,9%	100,0%				
	C	18	20	69	266	373		1,95	1,16	0,89
		4,8%	5,4%	18,5%	71,3%	100,0%		(0,83-4,61)	(0,46-2,92)	(0,29-2,69)
	DE	3	0	13	30	46		1,18	1,19	0,11
		6,5%	0,0%	28,3%	65,2%	100,0%		(0,31-4,42)	(0,29-4,85)	(0,00-2,56)
Situação conjugal	Com companheiro	24	24	59	246	353	,003*	1,00	1,00	1,00
		6,8%	6,8%	16,7%	69,7%	100,0%				
	Sem companheiro	5	6	50	112	173		2,18	4,06	1,20
		2,9%	3,5%	28,9%	64,7%	100,0%		(0,81-5,87)	(1,44-11,44)	(0,32-4,46)
Trabalho remunerado	Sim	20	22	72	190	304	,013*	1,00	1,00	1,00
		6,6%	7,2%	23,7%	62,5%	100,0%				
	Não	9	8	37	168	222		1,96	1,14	0,80
		4,1%	3,6%	16,7%	75,7%	100,0%		(0,87-4,43)	(0,47-2,75)	(0,26-2,49)
Crença religiosa	Católica	23	21	79	249	372	,881*	1,00	1,00	1,00
		6,2%	5,6%	21,2%	66,9%	100,0%				
	Evangélica	5	8	28	86	127		1,58	1,63	1,75
		3,9%	6,3%	22,0%	67,7%	100,0%		(0,58-4,30)	(0,56-4,70)	(0,49-6,20)
	Outras	1	1	2	15	19		1,38	0,58	1,09
		5,3%	5,3%	10,5%	78,9%	100,0%		(0,17-10,96)	(0,05-6,71)	(0,06-18,63)
Grau parentesco	Mãe	25	27	96	319	467	,940*	1,00	1,00	1,00
		5,4%	5,8%	20,6%	68,3%	100,0%				
	Avó	4	3	13	38	58		0,74	0,84	0,69
		6,9%	5,2%	22,4%	65,5%	100,0%		(0,24-2,25)	(0,25-2,82)	(0,14-3,41)

continua...

Variáveis	Monitoria negativa					Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
	O	RACM	RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	6 4,8%	3 2,4%	25 19,8%	92 73,0%	126 100,0%	1,09 (0,05-21,64)	1,30 (0,04-35,97)	0,17 (0,00-5,67)
	31 a 40	13 5,6%	13 5,6%	43 18,5%	164 70,4%	233 100,0%	0,93 (0,05-17,54)	1,07 (0,04-27,93)	0,33 (0,01-8,93)
	41 a 50	5 5,1%	11 11,1%	27 27,3%	56 56,6%	99 100,0%	0,79 (0,03-15,97)	1,66 0,05-46,51	0,69 0,02-20,02
	51 a 60	4 9,3%	2 4,7%	10 23,3%	27 62,8%	43 100,0%	0,47 (0,02-9,86)	0,77 0,02-22,97	0,18 0,00-6,47
	61 a 70	1 5,9%	0 0,0%	3 17,6%	13 76,5%	17 100,0%	0,69 (0,02-19,43)	0,77 0,01-32,37	0,11 0,00-10,26
	Mais 70	0 0,0%	1 12,5%	1 12,5%	6 75,0%	8 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	5 3,1%	5 3,1%	29 17,9%	123 75,9%	162 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	6 5,1%	9 7,6%	24 20,3%	79 66,9%	118 100,0%	0,53 (0,15-1,81)	0,68 (0,18-2,54)	1,50 (0,29-7,53)
	Fundamental II completo/médio incompleto	4 4,8%	4 4,8%	14 16,9%	61 73,5%	83 100,0%	0,61 (0,16-2,39)	0,60 (0,14-2,60)	1,00 (0,15-6,41)
	Médio completo/superior incompleto	8 6,1%	4 3,1%	34 26,0%	85 64,9%	131 100,0%	0,43 (0,13-1,36)	0,73 (0,21-2,48)	0,50 (0,08-2,80)
Escolaridade	Superior completo	6 18,8%	8 25,0%	8 25,0%	10 31,3%	32 100,0%	0,06 (0,01-0,26)	0,22 (0,05-0,95)	1,33 (0,26-6,80)

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Aplicação do Teste Exato de Fisher; OR= Odds ratio (razão de chances); IC= Intervalo de Confiança
R/O= Índice Risco/Índice Ótimo RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo

É possível observar que as variáveis, critério econômico familiar, crença religiosa, grau de parentesco e faixa etária não apresentaram associação significativa ($p > 0,05$) como a prática educativa monitoria negativa.

A variável situação conjugal mostrou associação significativa ($p = ,003$) com a prática educativa monitoria negativa. Mães que vivem sem companheiros têm 4,06 vezes mais chances de adotarem monitoria negativa regular abaixo da média do que mães que vivem com companheiro.

O trabalho remunerado mostrou associação significativa com a prática educativa monitoria negativa ($p = ,013$).

A escolaridade mostrou associação significativa com a prática educativa monitoria negativa ($p < 0,000$). Mães com ensino superior têm 0,22 vezes mais chance de adotarem monitoria negativa regular abaixo da média e 0,06 vezes mais chance de adotarem monitoria negativa de risco do que mães analfabetas e ou com ensino fundamental I incompleto. Isso corresponde a dizer que o nível de escolaridade mais alto da mãe, funciona como fator de proteção em relação à prática monitoria negativa de risco.

Tabela 27 - Associação entre abuso físico e variáveis familiares.

Variáveis		Abuso físico				Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		O	RACM	RABM	R		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Classificação econômica familiar	AB	35 32,7%		15 14,0%	57 53,3%	107 100,0%	1,00	1,00	1,00
	C	60 16,1%		34 9,1%	279 74,8%	373 100,0%	2,85 (1,72-4,71)	1,30 (0,63-2,70)	0,58 (0,01-30,22)
	DE	5 10,9%		10 21,7%	31 67,4%	46 100,0%	3,53 (1,30-9,58)	4,37 (1,32-14,39)	6,45 (0,11-360,06)
Situação conjugal	Com companheiro	76 21,5%		37 10,5%	240 68,0%	353 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Sem companheiro	24 13,9%		22 12,7%	127 73,4%	173 100,0%	1,65 (1,00-2,73)	1,87 (0,93-3,74)	3,12 (0,06-161,55)
Trabalho remunerado	Sim	70 23,0%		30 9,9%	204 67,1%	304 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Não	30 13,5%		29 13,1%	163 73,4%	222 100,0%	1,84 (1,15-2,96)	2,23 (1,15-4,32)	2,31 (0,04-119,19)
Crença religiosa	Católica	72 19,4%		43 11,6%	257 69,1%	372 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Evangélica	25 19,7%		16 12,6%	86 67,7%	127 100,0%	0,95 (0,57-1,59)	1,07 (0,52,22)	2,84 (0,05-147,04)
	Outras	3 15,8%		0 0,0%	16 84,2%	19 100,0%	1,32 (0,40-4,33)	0,23 (0,01-4,72)	20,71 (0,35-1225,75)
Grau parentesco	Mãe	86 18,4%		53 11,3%	328 70,2%	467 100,0%	1,00	1,00	1,00
	Avó	14 24,1%		6 10,3%	38 65,5%	58 100,0%	0,69 (0,36-1,33)	0,72 (0,27-1,94)	5,96 (0,11-312,68)

continuação...

Variáveis	O	RACM	Abuso físico			Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
			RABM	R	Total		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Faixa etária	Até 30	24 19,0%	20 15,9%	82 65,1%	126 100,0%	,340*	1,29 (0,28-5,96)	4,18 (0,18-92,17)	0,10 (0,00-6,34)
	31 a 40	40 17,2%	17 7,3%	176 75,5%	233 100,0%		1,67 (0,37-7,49)	2,16 (0,09-47,37)	0,06 (0,00-3,81)
	41 a 50	22 22,2%	13 13,1%	64 64,6%	99 100,0%		1,10 (0,23-5,12)	3,00 (0,13-67,29)	0,11 (0,00-6,92)
	51 a 60	8 18,6%	7 16,3%	28 65,1%	43 100,0%		1,28 (0,24-6,69)	4,41 (0,18-107,28)	0,29 (0,00-18,95)
	61 a 70	4 23,5%	2 11,8%	11 64,7%	17 100,0%		0,98 (0,15-6,07)	2,77 (0,09-83,84)	0,55 (0,00-37,56)
	Mais 70	2 25,0%	0 0,0%	6 75,0%	8 100,0%		1,00	1,00	1,00
	Analfabeto/fundamental I incompleto	21 13,0%	14 8,6%	127 78,4%	162 100,0%		1,00	1,00	1,00
Escolaridade	Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	17 14,4%	14 11,9%	87 73,7%	118 100,0%	,001**	0,84 (0,42-1,67)	1,22 (0,46-3,21)	1,22 (0,02-65,12)
	Fundamental II completo/médio incompleto	13 15,7%	12 14,5%	58 69,9%	83 100,0%		0,73 (0,34-1,54)	1,37 (0,49-3,79)	1,59 (0,02-85,10)
	Médio completo/superior incompleto	34 26,0%	18 13,7%	79 60,3%	131 100,0%		0,38 (0,21-0,71)	0,79 (0,33-1,90)	0,62 (0,01-32,58)
	Superior completo	15 46,9%	1 3,1%	16 50,0%	32 100,0%		0,17 (0,07-0,41)	0,14 (0,02-0,87)	1,38 (0,02-73,78)

conclusão.

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

R/O= Índice Risco/Índice Ótimo

RABM/O = Índice Regular Abaixo Média/Índice Ótimo

RACM/O= Índice Regular Acima Média/Índice Ótimo

É possível identificar que a variável classificação econômica familiar apresentou associação significativa ($p < 0,000$) com a prática educativa abuso físico. Famílias pertencentes à classe econômica C têm 2,85 vezes mais chances de adotarem abuso físico de risco do que famílias pertencentes à classe econômica AB. Famílias pertencentes à classe econômica DE têm 3,53 vezes mais chances de adotarem abuso físico de risco e 4,37 vezes mais chances de adotarem abuso físico regular abaixo da média do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

A situação conjugal não mostrou associação significativa ($p = 0,101$) com a prática educativa abuso físico. Por outro lado, pela razão de chance, mães que não têm companheiro apresentam 1,65 vezes mais chance de adotarem o abuso físico de risco do que mães que têm companheiro.

O trabalho remunerado mostrou associação significativa ($p = 0,018$) com a prática educativa abuso físico. Mães que não possuem trabalho remunerado têm 1,84 vezes mais chance de adotarem abuso físico de risco e 2,23 vezes mais chances de adotarem abuso físico regular abaixo da média do que mães que possuem trabalho remunerado.

As variáveis crença religiosa, grau de parentesco e faixa etária não apresentaram associação significativa com a prática educativa abuso físico ($p > 0,05$).

A escolaridade mostrou associação significativa ($p = 0,001$) com a prática educativa abuso físico. Mães com ensino superior completo têm 0,14 vezes mais chance de apresentarem abuso físico regular abaixo da média do que mães analfabetas e ou com ensino fundamental I incompleto.

5.2.4 Variáveis de caracterização da criança e práticas e estilo parental familiar

A análise de associação entre o estilo parental adotado pelos responsáveis e as variáveis de caracterização da criança está apresentada na tabela 28.

Tabela 28 - Associação entre o estilo parental e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Estilo Parental						ER/EO	ERABM/O	ERACM/O
		Estilo ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Estilo risco	Total	Valor p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	47	78	56	68	249	,015*	1,00	1,00	1,00
		18,9%	31,3%	22,5%	27,3%	100,0%				
	Masculino	60	53	73	91	277		1,04	1,02	0,53
		21,7%	19,1%	26,4%	32,9%	100,0%		(0,63-1,71)	(0,60-1,71)	(0,31-0,89)
Escolaridade	Fundamental I	91	112	105	137	445	,013*	1,09	0,76	1,09
		20,4%	25,2%	23,6%	30,8%	100,0%		(0,54-2,19)	(0,38-1,53)	(0,52-2,26)
	Fundamental II	16	18	24	22	80		1,00	1,00	1,00
		20,0%	22,5%	30,0%	27,5%	100,0%				
Faixa etária	6 a 8	55	62	53	74	244	,460*	0,82	0,65	0,84
		22,5%	25,4%	21,7%	30,3%	100,0%		(0,50-1,34)	(0,39-1,10)	(0,50-1,41)
	9 a 11	52	69	76	85	282		1,00	1,00	1,00
		18,4%	24,5%	27,0%	30,1%	100,0%				

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson
 OR= Odds ratio (razão de chances)
 IC= Intervalo de Confiança

Observou-se associação significativa da variável sexo com o estilo parental ($p=,015$). O sexo masculino tem 0,53 vezes mais chances de ser classificado com estilo parental regular acima da média do que o sexo feminino. Isso significa que os meninos são menos propensos a estar expostos a estilos parentais classificados como regulares acima da média.

As variáveis faixa etária e escolaridade não mostraram associação significativa com o estilo parental adotado pelo responsável ($p>0,05$).

A seguir, serão apresentadas nas tabelas 29 a 35 a associação entre as práticas educativas e as variáveis de caracterização da criança.

Tabela 29 - Associação entre monitoria positiva e as variáveis de caracterização da criança.

Monitoria positiva									
Variáveis						Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	151	73	12	13	249	,702*	1,00	1,00
		60,6%	29,3%	4,8%	5,2%	100,0%			
	Masculino	157	86	19	15	277		1,10	1,52
		56,7%	31,0%	6,9%	5,4%	100,0%		(0,51-2,41)	(0,71-3,24)
Escolaridade	Fundamental I	265	136	24	20	445	,246*	0,46	0,55
		59,6%	30,6%	5,4%	4,5%	100,0%		(0,18-1,16)	(0,22-1,37)
	Fundamental II	43	23	7	7	80		1,00	1,00
		53,8%	28,8%	8,8%	8,8%	100,0%			
Faixa etária	6 a 8	152	65	13	14	244	,331*	1,02	0,74
		62,3%	26,6%	5,3%	5,7%	100,0%		(0,47-2,22)	(0,35-1,56)
	9 a 11	156	94	18	14	282		1,00	1,00
		55,3%	33,3%	6,4%	5,0%	100,0%			

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

É possível observar que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com a prática educativa monitoria positiva.

Tabela 30 – Associação entre comportamento moral e as variáveis de caracterização da criança.

Comportamento moral									
Variáveis						Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	189	41	14	5	249		1,00	1,00
		75,9%	16,5%	5,6%	2,0%	100,0%	,768*		
	Masculino	205	44	22	6	277		1,10	1,44
		74,0%	15,9%	7,9%	2,2%	100,0%		(0,33-3,68)	(0,72-2,91)
Escolaridade	Fundamental I	337	72	27	9	445		0,76	0,57
		75,7%	16,2%	6,1%	2,0%	100,0%	,609*	(0,16-3,61)	(0,24-1,31)
	Fundamental II	57	13	8	2	80		1,00	1,00
		71,3%	16,3%	10,0%	2,5%	100,0%			
Faixa etária	6 a 8	175	46	15	8	244		3,33	0,89
		71,7%	18,9%	6,1%	3,3%	100,0%	,109*	(0,87-12,76)	(0,44-1,78)
	9 a 11	175	46	15	8	244		1,00	1,00
		71,7%	18,9%	6,1%	3,3%	100,0%			

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Identificou-se que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com a prática educativa comportamento moral.

Tabela 31 – Associação entre punição inconsistente e as variáveis de caracterização da criança.

Punição inconsistente										
Variáveis							R/O	RABM/O	RACM/O	
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	Valor p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	145	25	54	25	249		1,00	1,00	1,00
		58,2%	10,0%	21,7%	10,0%	100,0%	,158*			
	Masculino	149	45	62	21	277		0,81	1,11	1,75
		53,8%	16,2%	22,4%	7,6%	100,0%		(0,43-1,52)	(0,72-1,71)	(1,02-3,00)
Escolaridade	Fundamental I	251	57	94	43	445		2,39	0,71	0,73
		56,4%	12,8%	21,1%	9,7%	100,0%	,192*	(0,71-8,08)	(0,40-1,26)	(0,36-1,45)
	Fundamental II	42	13	22	3	80		1,00	1,00	1,00
		52,5%	16,3%	27,5%	3,8%	100,0%				
Faixa etária	6 a 8	145	27	53	19	244		0,72	0,86	0,64
		59,4%	11,1%	21,7%	7,8%	100,0%	,357*	(0,38-1,35)	(0,56-1,33)	(0,37-1,09)
	9 a 11	149	43	63	27	282		1,00	1,00	1,00
		52,8%	15,2%	22,3%	9,6%	100,0%				

Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Identificou-se que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com a prática educativa punição inconsistente.

No entanto, pela razão de chances, crianças do sexo masculino têm 1,75 vezes mais chance de que suas mães pratiquem punição inconsistente no nível regular acima da média do que crianças do sexo feminino.

Tabela 32 – Associação entre negligência e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Negligência								
							R/O	RABM/O	RACM/O	
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	Valor p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	86	40	51	72	249	,958*	1,00	1,00	1,00
		34,5%	16,1%	20,5%	28,9%	100,0%				
	Masculino	92	49	58	78	277		1,01	1,06	1,14
		33,2%	17,7%	20,9%	28,2%	100,0%		(0,65-1,56)	(0,65-1,71)	(0,68-1,90)
Escolaridade	Fundamental I	154	78	88	125	445	,484*	0,81	0,65	1,10
		34,6%	17,5%	19,8%	28,1%	100,0%		(0,43-1,49)	(0,34-1,24)	(0,51-2,37)
	Fundamental II	24	11	21	24	80		1,00	1,00	1,00
		30,0%	13,8%	26,3%	30,0%	100,0%				
Faixa etária	6 a 8	92	40	45	67	244	,333*	0,75	0,65	0,76
		37,7%	16,4%	18,4%	27,5%	100,0%		(0,48-1,16)	(0,40-1,06)	(0,45-1,27)
	9 a 11	86	49	64	83	282		1,00	1,00	1,00
		30,5%	17,4%	22,7%	29,4%	100,0%				

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com a prática educativa negligência.

Tabela 33 – Associação entre disciplina relaxada e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Disciplina relaxada						R/O	RABM/O	RACM/O
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	Valor p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	75	72	34	68	249	,310*	1,00	1,00	1,00
		30,1%	28,9%	13,7%	27,3%	100,0%				
	Masculino	74	101	37	65	277		0,96	1,10	1,42
		26,7%	36,5%	13,4%	23,5%	100,0%		(0,60-1,54)	(0,62-1,94)	(0,91-2,20)
Escolaridade	Fundamental I	126	135	64	120	445	,013*	1,61	1,59	0,62
		28,3%	30,3%	14,4%	27,0%	100,0%		(0,77-3,34)	(0,64-3,93)	(0,34-1,10)
	Fundamental II	22	38	7	13	80		1,00	1,00	1,00
		27,5%	47,5%	8,8%	16,3%	100,0%				
Faixa etária	6 a 8	64	77	35	68	244	,494*	1,38	1,29	1,06
		26,2%	31,6%	14,3%	27,9%	100,0%		(0,86-2,22)	(0,73-2,27)	(0,68-1,65)
	9 a 11	85	96	36	65	282		1,00	1,00	1,00
		30,1%	34,0%	12,8%	23,0%	100,0%				

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Observou-se que apenas a variável escolaridade da criança mostrou associação significativa ($p=,013$) com a prática educativa disciplina relaxada. Na análise da razão de chances não há resultados indicativos de associação entre essa prática e os diferentes níveis de classificação risco, regular abaixo da média e regular acima da média.

Tabela 34 – Associação entre monitoria negativa e as variáveis de caracterização da criança.

Monitoria negativa									
Variáveis						Valor p	R/O	RABM/O	RACM/O
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Sexo	Feminino	12	13	50	174	249	1,00	1,00	1,00
		4,8%	5,2%	20,1%	69,9%	100,0%			
	Masculino	17	17	59	184	277	0,74	0,83	0,92
		6,1%	6,1%	21,3%	66,4%	100,0%	(0,34-1,60)	(0,36-1,90)	(0,32-2,59)
Escolaridade	Fundamental I	25	24	91	305	445	0,69	0,60	0,48
		5,6%	5,4%	20,4%	68,5%	100,0%	(0,20-2,36)	(0,16-2,22)	(0,10-2,14)
	Fundamental II	3	6	18	53	80	1,00	1,00	1,00
		3,8%	7,5%	22,5%	66,3%	100,0%			
Faixa etária	6 a 8	17	15	51	161	244	0,57	0,62	0,70
		7,0%	6,1%	20,9%	66,0%	100,0%	(0,26-1,24)	(0,27-1,42)	(0,25-1,97)
	9 a 11	12	15	58	197	282	1,00	1,00	1,00
		4,3%	5,3%	20,6%	69,9%	100,0%			

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com a prática educativa monitoria negativa.

Tabela 35 – Associação entre abuso físico e as variáveis de caracterização da criança.

Variáveis		Abuso físico					R/O	RABM/O	RACM/O
		Ótimo	Regular acima média	Regular abaixo média	Risco	Total	Valor p	OR	OR
								(IC 95%)	(IC 95%)
Sexo	Feminino	53		34	162	249		1,00	1,00
		21,3%		13,7%	65,1%	100,0%	,071*		
	Masculino	47		25	205	277		1,42	0,83
		17,0%		9,0%	74,0%	100,0%		(0,91-2,21)	(0,43-1,58)
Escolaridade	Fundamental I	87		52	306	445		0,71	1,00
		19,6%		11,7%	68,8%	100,0%	,405*	(0,37-1,36)	(0,37-2,63)
	Fundamental II	12		7	61	80		1,00	1,00
		15,0%		8,8%	76,3%	100,0%			
Faixa etária	6 a 8	48		32	164	244		0,87	1,27
		19,7%		13,1%	67,2%	100,0%	,369*	(0,56-1,36)	(0,67-2,42)
	9 a 11	52		27	203	282		1,00	1,00
		18,4%		9,6%	72,0%	100,0%			

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson= $p < 0,05$

OR= Odds ratio (razão de chances)

IC= Intervalo de Confiança

Observou-se que nenhuma variável de caracterização da criança mostrou associação significativa ($p > 0,05$) com a prática educativa abuso físico.

5.2.5 Problemas de saúde mental e as práticas e estilo parental familiar

A análise de associação entre os problemas de saúde mental das crianças, segundo a percepção dos seus responsáveis e as práticas educativas positivas monitoria positiva e comportamento moral está apresentada nas tabelas 36 e 37.

Tabela 36 – Associação entre os sintomas emocionais, problemas de conduta, problemas de relacionamento e as práticas positivas.

		Sintomas emocionais					Problemas de conduta					Problemas de relacionamento				
		N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p
Monitoria positiva	O	150	36	122	308		220	32	56	308		245	29	34	308	
		48,7%	11,7%	39,6%	100,0%		71,4%	10,4%	18,2%	100,0%		79,5%	9,4%	11,0%	100,0%	
	RACM	69	24	66	159		82	15	62	159		117	15	27	159	
		43,4%	15,1%	41,5%	100,0%		51,6%	9,4%	39,0%	100,0%		73,6%	9,4%	17,0%	100,0%	
Comportamento moral	RABM	15	3	13	31		12	5	14	31		20	5	6	31	
		48,4%	9,7%	41,9%	100,0%		38,7%	16,1%	45,2%	100,0%		64,5%	16,1%	19,4%	100,0%	
	R	11	5	12	28		11	4	13	28		22	2	4	28	
		39,3%	17,9%	42,9%	100,0%		39,3%	14,3%	46,4%	100,0%		78,6%	7,1%	14,3%	100,0%	
Comportamento moral	O	171	53	170	394		247	37	110	394		306	38	50	394	
		43,4%	13,5%	43,1%	100,0%		62,7%	9,4%	27,9%	100,0%		77,7%	9,6%	12,7%	100,0%	
	RACM	47	9	29	85		49	15	21	85		65	8	12	85	
		55,3%	10,6%	34,1%	100,0%		57,6%	17,6%	24,7%	100,0%		76,5%	9,4%	14,1%	100,0%	
Comportamento moral	RABM	19	5	12	36		21	4	11	36		25	5	6	36	
		52,8%	13,9%	33,3%	100,0%		58,3%	11,1%	30,6%	100,0%		69,4%	13,9%	16,7%	100,0%	
	R	8	1	2	11		8	0	3	11		8	0	3	11	
		72,7%	9,1%	18,2%	100,0%		72,7%	0,0%	27,3%	100,0%		72,7%	0,0%	27,3%	100,0%	

*Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

O= Ótimo RACM=Regular Acima Média RABM=Regular Abaixo Média R=Risco

N= Normal L=Límitrofe A=Anormal

Os dados apresentados na tabela 35 mostram associação significativa entre a prática monitora positiva e problemas de conduta ($p=,000$).

Tabela 37 – Associação entre os sintomas de hiperatividade, comportamento pró - social, total de dificuldades e as práticas positivas.

		Hiperatividade					Comportamento pró - social					Total de dificuldades				
		N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p
Monitoria positiva	O	189	51	68	308		292	8	8	308		185	55	68	308	
		61,4%	16,6%	22%	100%		94,8%	2,6%	2,6%	100,0%		60,1%	17,9%	22,1%	100,0%	
	RACM	83	41	35	159		152	2	5	159		73	25	61	159	
		52,2%	25,8%	22,0%	100,0%		95,6%	1,3%	3,1%	100,0%		45,9%	15,7%	38,4%	100,0%	
	RABM	19	8	4	31	,184*	22	5	4	31	,001	14	8	9	31	,013*
		61,3%	25,8%	12,9%	100,0%		71,0%	16,1%	12,9%	100,0%		45,2%	25,8%	29,0%	100,0%	
	R	19	5	4	28		20	1	7	28		14	5	9	28	
		67,9%	17,9%	14,3%	100,0%		71,4%	3,6%	25,0%	100,0%		50,0%	17,9%	32,1%	100,0%	
Comportamento moral	O	234	73	87	394		369	12	13	394		215	67	112	394	
		59,4%	18,5%	22,1%	100,0%		93,7%	3,0%	3,3%	100,0%		54,6%	17,0%	28,4%	100,0%	
	RACM	47	18	20	85		81	2	2	85		45	20	20	85	
		55,3%	21,2%	23,5%	100,0%	,254*	95,3%	2,4%	2,4%	100,0%	<0,000**	52,9%	23,5%	23,5%	100,0%	,475*
	RABM	21	11	4	36		29	0	7	36		18	6	12	36	
		58,3%	30,6%	11,1%	100,0%		80,6%	0,0%	19,4%	100,0%		50,0%	16,7%	33,3%	100,0%	
	R	8	3	0	11		7	2	2	11		8	0	3	11	
		72,7%	27,3%	0,0%	100,0%		63,6%	18,2%	18,2%	100,0%		72,7%	0,0%	27,3%	100,0%	

*Aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson

**Aplicação do Teste Exato de Fisher

O= Ótimo RACM=Regular Acima Média RABM=Regular Abaixo Média R=Risco

N= Normal L=Limítrofe A=Anormal

Verificou-se associação significativa entre a prática educativa monitoria positiva e comportamento pró – social ($p=,001$) e total de dificuldades ($p=,013$). Mães que adotam monitoria positiva tendem a ter mais crianças classificadas na categoria normal, no que se refere ao resultado geral da avaliação da saúde mental.

A prática educativa comportamento moral mostrou associação significativa com o comportamento pró – social ($p<0,000$).

A análise de associação entre os problemas de saúde mental e as práticas educativas negativas punição inconsistente, negligência e disciplina relaxada está apresentada na tabela 38.

Tabela 38 – Associação entre os problemas de saúde mental e as práticas negativas: punição inconsistente, negligência e disciplina relaxada.

		Sintomas emocionais				Valor-p	Problemas de conduta				Valor-p	Problemas de relacionamento				Valor-p
		N	L	A	Total		N	L	A	Total		N	L	A	Total	
Punição inconsistente	O	145	43	106	294	,004*	205	29	60	294	,001**	232	27	35	294	,211
		49,3%	14,6%	36,1%	100,0%		69,7%	9,9%	20,4%	100,0%		78,9%	9,2%	11,9%	100,0%	
	RACM	38	12	20	70		39	10	21	70		55	6	9	70	
		54,3%	17,1%	28,6%	100,0%		55,7%	14,3%	30,0%	100,0%		78,6%	8,6%	12,9%	100,0%	
	RABM	44	10	62	116		58	14	44	116		88	9	19	116	
Negligência		37,9%	8,6%	53,4%	100,0%		50,0%	12,1%	37,9%	100,0%		75,9%	7,8%	16,4%	100,0%	
	R	18	3	25	46		23	3	20	46		29	9	8	46	
		39,1%	6,5%	54,3%	100,0%		50,0%	6,5%	43,5%	100,0%		63,0%	19,6%	17,4%	100,0%	
	O	85	27	66	178	,334*	124	15	39	178	<0,000*	139	18	21	178	,213*
		47,8%	15,2%	37,1%	100,0%		69,7%	8,4%	21,9%	100,0%		78,1%	10,1%	11,8%	100,0%	
	RACM	46	9	34	89		61	10	18	89		69	11	9	89	
		51,7%	10,1%	38,2%	100,0%		68,5%	11,2%	20,2%	100,0%		77,5%	12,4%	10,1%	100,0%	
	RABM	55	13	41	109		72	12	25	109		90	6	13	109	
Disciplina relaxada		50,5%	11,9%	37,6%	100,0%		66,1%	11,0%	22,9%	100,0%		82,6%	5,5%	11,9%	100,0%	
	R	59	19	72	150		68	19	63	150		106	16	28	150	
		39,3%	12,7%	48,0%	100,0%		45,3%	12,7%	42,0%	100,0%		70,7%	10,7%	18,7%	100,0%	
	O	80	21	48	149	<0,000*	115	17	17	149	<0,000*	124	10	15	149	,014*
		53,7%	14,1%	32,2%	100,0%		77,2%	11,4%	11,4%	100,0%		83,2%	6,7%	10,1%	100,0%	
	RACM	81	30	62	173		109	17	47	173		133	20	20	173	
		46,8%	17,3%	35,8%	100,0%		63,0%	9,8%	27,2%	100,0%		76,9%	11,6%	11,6%	100,0%	
	RABM	37	7	27	71		39	6	26	71		58	7	6	71	
		52,1%	9,9%	38,0%	100,0%		54,9%	8,5%	36,6%	100,0%		81,7%	9,9%	8,5%	100,0%	
	R	47	10	76	133		62	16	55	133		89	14	30	133	
		35,3%	7,5%	57,1%	100,0%		46,6%	12,0%	41,4%	100,0%		66,9%	10,5%	22,6%	100,0%	

continua..."

		Hiperatividade					Comportamento pro - social					Total de dificuldades				
		N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p
Punição inconsistente	O	188	55	51	294	,012*	275	9	10	294	,050	182	48	64	294	,002*
		63,9%	18,7%	17,3%	100,0%		93,5%	3,1%	3,4%	100,0%		61,9%	16,3%	21,8%	100,0%	
	RACM	35	11	24	70		64	2	4	70		38	10	22	70	
		50,0%	15,7%	34,3%	100,0%		91,4%	2,9%	5,7%	100,0%		54,3%	14,3%	31,4%	100,0%	
	RABM	59	27	30	116		110	1	5	116		48	25	43	116	
Negligência		50,9%	23,3%	25,9%	100,0%		94,8%	,9%	4,3%	100,0%		41,4%	21,6%	37,1%	100,0%	
	R	28	12	6	46	,313*	37	4	5	46	,004**	18	10	18	46	<0,000*
		60,9%	26,1%	13,0%	100,0%		80,4%	8,7%	10,9%	100,0%		39,1%	21,7%	39,1%	100,0%	
	O	113	30	35	178		166	7	5	178		111	30	37	178	
		63,5%	16,9%	19,7%	100,0%		93,3%	3,9%	2,8%	100,0%		62,4%	16,9%	20,8%	100,0%	
	RACM	58	16	15	89		87	1	1	89		54	17	18	89	
Disciplina relaxada		65,2%	18,0%	16,9%	100,0%		97,8%	1,1%	1,1%	100,0%		60,7%	19,1%	20,2%	100,0%	
	RABM	62	24	23	109	,590*	105	2	2	109	,272*	63	23	23	109	<0,000*
		56,9%	22,0%	21,1%	100,0%		96,3%	1,8%	1,8%	100,0%		57,8%	21,1%	21,1%	100,0%	
	R	77	35	38	150		128	6	16	150		58	23	69	150	
		51,3%	23,3%	25,3%	100,0%		85,3%	4,0%	10,7%	100,0%		38,7%	15,3%	46,0%	100,0%	
	O	96	25	28	149		139	3	7	149		102	28	19	149	
		64,4%	16,8%	18,8%	100,0%		93,3%	2,0%	4,7%	100,0%		68,5%	18,8%	12,8%	100,0%	
	RACM	97	33	43	173	,590*	160	5	8	173	,272*	90	30	53	173	<0,000*
		56,1%	19,1%	24,9%	100,0%		92,5%	2,9%	4,6%	100,0%		52,0%	17,3%	30,6%	100,0%	
	RABM	41	16	14	71		69	0	2	71		36	14	21	71	
		57,7%	22,5%	19,7%	100,0%		97,2%	0,0%	2,8%	100,0%		50,7%	19,7%	29,6%	100,0%	
	R	76	31	26	133		118	8	7	133		58	21	54	133	
		57,1%	23,3%	19,5%	100,0%		88,7%	6,0%	5,3%	100,0%		43,6%	15,8%	40,6%	100,0%	

conclusão.

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

** Aplicação do Teste Exato de Fisher

O= Ótimo RACM=Regular Acima Média RABM=Regular Abaixo Média R=Risco

N= Normal L=Limítrofe A=Anormal

É possível verificar que a prática negativa punição inconsistente apresenta associação significativa com os sintomas emocionais ($p=,004$), com problemas de conduta ($p=,001$), com hiperatividade ($p=,012$) e com o total de dificuldades ($p=,002$).

A negligência mostrou associação com os problemas de conduta ($p<0,000$), comportamento pró – social ($p=,002$) e total de dificuldades ($p<0,000$).

A prática educativa disciplina relaxada apresentou associação com os sintomas emocionais ($p<0,000$), com problemas de conduta ($p<0,000$), com problemas de relacionamento ($p=,014$) e com o total de dificuldades ($p<0,000$).

Análise da associação entre os problemas de saúde mental e as práticas educativas negativas monitoria negativa, abuso físico e estilo parental está apresentada na tabela 39.

Tabela 39 – Associação entre os sintomas emocionais, os problemas de conduta, os problemas de relacionamento e as práticas negativas: monitoria negativa, abuso físico e estilo parental.

		Sintomas emocionais					Problemas de conduta					Problemas de relacionamento				
		N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p	N	L	A	Total	Valor-p
Monitoria negativa	O	12	6	11	29		20	5	4	29		21	1	7	29	
		41,4%	20,7%	37,9%	100,0%		69,0%	17,2%	13,8%	100,0%		72,4%	3,4%	24,1%	100,0%	
	RACM	19	3	8	30		22	1	7	30		22	3	5	30	
		63,3%	10,0%	26,7%	100,0%		73,3%	3,3%	23,3%	100,0%		73,3%	10,0%	16,7%	100,0%	
	RABM	56	14	39	109		76	14	19	109		79	16	14	109	
		51,4%	12,8%	35,8%	100,0%		69,7%	12,8%	17,4%	100,0%		72,5%	14,7%	12,8%	100,0%	
	R	158	45	155	358		207	36	115	358		282	31	45	358	
		44,1%	12,6%	43,3%	100,0%		57,8%	10,1%	32,1%	100,0%		78,8%	8,7%	12,6%	100,0%	
Abuso físico	O	52	16	32	100		78	10	12	100		84	5	11	100	
		52,0%	16,0%	32,0%	100,0%		78,0%	10,0%	12,0%	100,0%		84,0%	5,0%	11,0%	100,0%	
	RACM															
	RABM	34	9	16	59		38	9	12	59		49	7	3	59	
		57,6%	15,3%	27,1%	100,0%		64,4%	15,3%	20,3%	100,0%		83,1%	11,9%	5,1%	100,0%	
	R	159	43	165	367		209	37	121	367		271	39	57	367	
		43,3%	11,7%	45,0%	100,0%		56,9%	10,1%	33,0%	100,0%		73,8%	10,6%	15,5%	100,0%	
IEP	O	57	19	31	107		82	10	15	107		85	11	11	107	
		53,3%	17,8%	29,0%	100,0%		76,6%	9,3%	14,0%	100,0%		79,4%	10,3%	10,3%	100,0%	
	RACM	70	19	42	131		106	11	14	131		110	10	11	131	
		53,4%	14,5%	32,1%	100,0%		80,9%	8,4%	10,7%	100,0%		84,0%	7,6%	8,4%	100,0%	
	RABM	64	12	53	129		77	18	34	129		95	14	20	129	
		49,6%	9,3%	41,1%	100,0%		59,7%	14,0%	26,4%	100,0%		73,6%	10,9%	15,5%	100,0%	
	R	54	18	87	159		60	17	82	159		114	16	29	159	
		34,0%	11,3%	54,7%	100,0%		37,7%	10,7%	51,6%	100,0%		71,7%	10,1%	18,2%	100,0%	

continua...

		Hiperatividade				Valor-	Comportamento pro - social				Valor-	Total de dificuldades				Valor-p
		N	L	A	Total		N	L	A	Total		N	L	A	Total	
Monitoria negativa	O	18	6	5	29		24	0	5	29		17	4	8	29	
		62,1%	20,7%	17,2%	100,0%		82,8%	0,0%	17,2%	100,0%		58,6%	13,8%	27,6%	100,0%	
	RACM	21	6	3	30		27	0	3	30		22	4	4	30	
		70,0%	20,0%	10,0%	100,0%	,389*	90,0%	0,0%	10,0%	100,0%	,010**	73,3%	13,3%	13,3%	100,0%	,071*
	RABM	71	16	22	109		98	7	4	109		68	19	22	109	
Abuso físico		65,1%	14,7%	20,2%	100,0%		89,9%	6,4%	3,7%	100,0%		62,4%	17,4%	20,2%	100,0%	
	R	200	77	81	358		337	9	12	358		179	66	113	358	
		55,9%	21,5%	22,6%	100,0%		94,1%	2,5%	3,4%	100,0%		50,0%	18,4%	31,6%	100,0%	
	O	66	19	15	100		91	4	5	100		72	12	16	100	
		66,0%	19,0%	15,0%	100,0%		91,0%	4,0%	5,0%	100,0%		72,0%	12,0%	16,0%	100,0%	
IEP	RACM					,066*					,092*					<0,000
	RABM	41	11	7	59		52	5	2	59		42	8	9	59	
		69,5%	18,6%	11,9%	100,0%		88,1%	8,5%	3,4%	100,0%		71,2%	13,6%	15,3%	100,0%	
	R	203	75	89	367		343	7	17	367		172	73	122	367	
		55,3%	20,4%	24,3%	100,0%		93,5%	1,9%	4,6%	100,0%		46,9%	19,9%	33,2%	100,0%	
	O	69	15	23	107		98	5	4	107		75	16	16	107	
		64,5%	14,0%	21,5%	100,0%		91,6%	4,7%	3,7%	100,0%		70,1%	15,0%	15,0%	100,0%	
	RACM	88	24	19	131		128	1	2	131		92	18	21	131	
		67,2%	18,3%	14,5%	100,0%	,005*	97,7%	,8%	1,5%	100,0%	,030**	70,2%	13,7%	16,0%	100,0%	<0,000*
	RABM	80	25	24	129		121	4	4	129		69	25	35	129	
		62,0%	19,4%	18,6%	100,0%		93,8%	3,1%	3,1%	100,0%		53,5%	19,4%	27,1%	100,0%	
	R	73	41	45	159		139	6	14	159		50	34	75	159	
		45,9%	25,8%	28,3%	100,0%		87,4%	3,8%	8,8%	100,0%		31,4%	21,4%	47,2%	100,0%	

conclusão.

* Aplicação do Teste Qui-quadrado de Pearson

** Aplicação do Teste Exato de Fisher

O= Ótimo RACM=Regular Acima Média RABM=Regular Abaixo Média R=Risco

N= Normal L=Limítrofe A=Anormal

Verificou-se que prática monitoria negativa mostrou associação significativa apenas com os problemas de conduta ($p=,015$) e com o comportamento pró – social ($p=,010$).

A prática abuso físico mostrou associação significativa com os sintomas emocionais ($p=,031$), com problemas de conduta ($p<0,000$) e com o total de dificuldade ($p<0,000$).

O estilo parental mostrou associação significativa com os problemas emocionais ($p<0,000$), com problemas de conduta ($p<0,000$), com hiperatividade ($p=,005$), com comportamento pró – social ($p= ,030$) e com o total de dificuldades ($p<0,000$).

5.3 Análise regressão logística ordinal

Na análise de regressão logística ordinal, as variáveis que permaneceram no modelo foram o sexo masculino, a profissão com remuneração, a classificação econômica C, DE, o estilo parental regular acima da média, regular abaixo da média e de risco.

Tabela 40 - Análise regressão ordinal entre a avaliação dos problemas gerais da saúde mental e o sexo da criança, o trabalho remunerado, a classe econômica e o estilo parental.

Variáveis	SDQ limítrofe/anormal		SDQ Anormal
	Valor - p	OR IC 95%	IC IC 95%
Sexo feminino		1,00	1,00
Sexo masculino	0,002	1,74 (1,22-2,48)	1,74 (1,22-2,48)
Trabalho sem remuneração		1,00	1,00
Trabalho com remuneração	0,019	0,65 (0,45-0,93)	0,65 (0,45-0,93)
Classificação econômica AB		1,00	1,00
Classificação econômica C	0,0079	1,94 (1,19-3,16)	1,94 (1,19-3,16)
Classificação econômica DE	0,2078	1,59 (0,77-3,29)	1,59 (0,77-3,29)
IEP ótimo		1,00	1,00
IEP regular acima da média	0,8301	1,06 (0,60-1,86)	1,06 (0,60-1,86)
IEP regular abaixo da média	0,0212	1,88 (1,09-3,21)	1,88 (1,09-3,21)
IEP de risco	<0,000	4,64 (2,77-7,78)	4,64 (2,77-7,78)

Observa-se na tabela 40 que crianças do sexo masculino têm 1,74 vezes mais chance de serem classificadas como limítrofes/anormais e anormais do que crianças do sexo feminino.

Mães que possuem trabalho remunerado têm 0,65 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como limítrofes/anormais e anormais do que mães que não possuem trabalho remunerado. Isso equivale a dizer que a variável trabalho remunerado atua como fator de proteção para a saúde mental da criança.

Famílias pertencentes à classe econômica C têm 1,94 vezes mais chance de apresentarem crianças classificadas como limítrofes/anormais e anormais do que famílias pertencentes à classe econômica AB.

Mães que adotam estilo parental de risco têm 4,64 vezes mais chances de apresentarem crianças classificadas como limítrofes/anormais e anormais do que mães que adotam estilo parental ótimo.

6 DISCUSSÃO

6.1 Prevalência dos problemas de saúde mental nas crianças

Os problemas de saúde mental na criança, identificados por meio do SDQ, mostrou uma taxa de prevalência de 27,9% com escore anormal, indicando que esta necessita de intervenção especializada.

Estudos epidemiológicos e de investigação de problemas de saúde mental infantil indicam que a prevalência de transtornos psiquiátricos em crianças em países desenvolvidos está entre 10 a 20% (KIELING et al., 2011). Em países em desenvolvimento, onde crianças e adolescentes formam uma proporção maior da população, a prevalência dos problemas de saúde mental podem atingir valores ainda maiores (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004), dependendo da região investigada, da exposição a fatores de risco e a fatores de proteção e da metodologia empregada nos estudos (KIELING et al., 2011; PETRESCO et al., 2014).

Cury e Golfeto (2003) realizaram um estudo transversal em uma escola pública da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, com o objetivo de verificar a prevalência de problemas de saúde mental em 108 estudantes, entre 6 a 11 anos, das quatro primeiras séries do ensino fundamental. Os pais dessas crianças responderam SDQ e foram encontradas taxas de prevalência de 18,7%.

Investigação que objetivou verificar a prevalência e fatores de risco para problemas de saúde mental em 454 crianças escolares, com idade entre 7 e 11 anos, das primeiras três séries do ensino fundamental de escolas públicas e particulares de Taubaté, São Paulo, encontrou taxas de prevalência de 35,2% de problemas de saúde mental, sendo 22,7% em nível clínico e 12,5% em nível limítrofe (VITOLLO et al., 2005).

Em outro estudo de corte transversal, Goodman et al. (2005) avaliaram a saúde mental de 430 crianças e adolescentes com idade entre cinco e 14 anos, na Ilha de Maré, Bahia. Verificaram a partir do SDQ que a taxa de prevalência para problemas de saúde mental de acordo com a percepção dos pais foi de 15,1%.

Um estudo de prevalência de transtornos emocionais e comportamentais em crianças entre 6 a 12 anos de idade, em Minia , Egito, usando SDQ, indicou prevalência de 20,6% para o total de dificuldades (ELHAMID; HOWE; READING, 2009).

Paula et al. (2010) realizaram 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 reportaram taxas de prevalência variando de 12% a 24,6%, com base em instrumentos de rastreamento.

Sá et al. (2010) conduziram um estudo em comunidade urbana do município de Embu, São Paulo, com o objetivo de identificar fatores associados a problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Os problemas de saúde mental estiveram presentes em 22,4% das crianças.

Cid e Matsukura (2014) realizaram um estudo com 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, objetivando avaliar a prevalência de problemas de saúde mental dessas crianças. A taxa de prevalência de problemas de saúde mental infantil encontrada, expressa pelo total de dificuldades, foi de 43%.

Polanczyk et al. (2015) realizaram um estudo de revisão sistemática da literatura, utilizando a meta-análise para estimar a prevalência de transtornos mentais. Foram incluídos 41 estudos conduzidos em 27 países de todas as regiões do mundo. A prevalência de transtornos mentais foi de 13,4 % (IC 95 % 11,3-15,9).

Em um estudo que objetvou validar o SDQ na cidade de Malayalam, na Índia, encontrou taxa de prevalência de 13,6% para o total de dificuldades, segundo a percepção dos responsáveis por 1984 crianças (OWEN; MIRZA; GOODMAN, 2015).

Matos et al. (2015) realizaram um estudo transversal com 1.075 estudantes matriculados em duas escolas públicas de ensino fundamental, de uma cidade do Sul Brasil, com o objetivo de verificar a prevalência de problemas de saúde mental em que o SDQ foi aplicado aos pais das crianças. A prevalência de escore anormal para o SDQ variou de 25% (escala de relacionamento) a 36% (escala de conduta).

Conforme descrito, os estudos científicos realizados no contexto nacional e internacional, utilizando instrumentos de rastreamento, mostram taxas variadas de prevalência de problemas de saúde mental na criança.

A despeito do resultado da prevalência obtido neste estudo, 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.

A importância da identificação de problemas de saúde mental na infância se deve à possível continuidade destes no decorrer do processo de desenvolvimento, o que implica prejuízos para o desempenho de atividades e de habilidades relativas às fases posteriores do ciclo de vida. Além disso, 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 (ASSIS; AVANCI; OLIVIERA, 2009; D'ABREU; MARTURANO, 2011).

O presente estudo permitiu também identificar as taxas de prevalência de cada subescala do SDQ.

Em relação aos sintomas apontados pelo SDQ, a subescala problemas emocionais é a mais pontuada pelas crianças, segundo seus responsáveis 231 (40,5%). A escala de sintomas emocionais contém itens relativos às queixas somáticas, de ansiedade, de tristeza, de desânimo e de insegurança, que são característicos de problemas internalizantes.

Nas perturbações de internalização, ao contrário das de externalização, os sintomas estão mais centrados na criança do que no exterior, incluindo sintomas depressivos e ansiosos, isolamento social, perturbações e queixas somáticas, (AUNOLA; NURMI, 2005; GONÇALVES; SIMÕES, 2000) com um grande impacto no relacionamento interpessoal.

Na escala problemas de conduta, 145 (27,6%) crianças encontram-se na categoria anormal, o que significa que geralmente ficam bravos, são desobedientes, brigam, mentem e/ou pegam coisas que não lhes pertencem, que são característicos de problemas externalizantes.

Os comportamentos externalizantes são problemas expressos diretamente no ambiente e estão associados ao desenvolvimento do transtorno da conduta e ao transtorno desafiador opositivo, como o comportamento agressivo, a impulsividade e a violação de regras (ACHENBACH, 2001; APA, 1994; AUNOLA; NURMI, 2005).

A subescala comportamento pró – social foi a que menos apresentou crianças avaliadas como anormal 24(4,6%). Esse achado pode se explicar 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), e as habilidades sociais são cobradas e testadas nos diferentes contextos de sua vivência. Hipotetiza-se que, embora possa ser difícil, as crianças esforçam-se para cumprir com êxito essa tarefa, isto é, elas manifestam menos problemas no que se refere à consideração pelo outro. Porém os problemas emocionais e comportamentais apontados poderão colocar em risco esse comportamento nas fases posteriores do desenvolvimento.

Esse resultado é semelhante ao obtido em estudo realizado por Cid e Matsukura (2014) que, ao avaliarem a saúde mental de 321 crianças escolares, encontraram altas taxas de problemas emocionais (53%) e baixas taxas (6%) de comportamento pró - social

Ao se avaliar a subescala suplemento de impacto, observa-se uma prevalência de 9,5% das crianças pontuadas como anormais e 7,6% como limítrofes. Isso significa que os responsáveis por essas crianças identificam e percebem a presença de problemas e que estes impactam negativamente no cotidiano familiar e escolar, trazendo prejuízos. É importante ressaltar que a literatura científica sobre o tema estudado traz poucos trabalhos que utilizam o suplemento de impacto.

Apesar de o instrumento utilizado no presente estudo ser útil no rastreamento de problemas de saúde mental, outras informações sobre a criança são necessárias quando se pensa em diagnóstico. No entanto, seu uso é importante para fornecer elementos que poderão ser utilizados como meio de prevenção e, principalmente, como estratégias na elaboração de políticas de assistência à criança.

6.2 Práticas educativas e estilo parental familiar

Práticas educativas parentais são estratégias que os pais utilizam para atingir objetivos específicos no que diz respeito a vários aspectos do comportamento infantil. Tais estratégias podem incluir a utilização de explicações e de punições, bem como o uso de recompensas (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003; SAMPAIO; GOMIDE, 2007; TEIXEIRA; BARDAGI; GOMES, 2004). As chamadas práticas educativas positivas são a monitoria positiva e o comportamento moral. As

práticas educativas negativas envolvem a negligência, o abuso físico e psicológico, a disciplina relaxada, a punição inconsistente e a monitoria negativa (GOMIDE, 2011).

Pinheiro (2003) considera a possibilidade de que toda família utilize tanto de ações educacionais positivas quanto negativas. Porém o que determinará se o estilo parental é de risco ou não de risco ao desenvolvimento de comportamentos antissociais é a frequência com que as diferentes práticas são utilizadas pelos pais na interação com seus filhos.

A monitoria positiva refere-se à obtenção de informações por parte dos pais sobre a localização, as atividades, os gostos e as preferências de seus filhos (GOMIDE, 2009). No presente estudo, verifica-se que 308 (58,6%) dos pais enquadram-se no nível ótimo de monitoria.

Ainda quanto às práticas educativas positivas, o comportamento moral, de acordo com Bolsoni-Silva et al., (2008) implica uma promoção de comportamentos que favorecem o desenvolvimento de virtudes, tais como empatia, senso de justiça, responsabilidade e trabalho. Essa dimensão também foi pontuada de forma muito positiva neste estudo, em que 394 (74,9%) estão em nível ótimo.

Pode-se constatar que, nesta amostra, os pais demonstraram envolvimento com os filhos de forma consistente.

Em contrapartida, o resultado das práticas educativas negativas mostrou um índice elevado de situações de risco com relação à monitoria negativa 358 (68,1%) (excesso de instruções e ameaças, ainda que nem sempre sejam cumpridas) e abuso físico 367 (69,8%) (uso de força física contra a criança, seja por palmadas ou por agressões mais graves). Essas dimensões foram as responsáveis pelos indicativos de risco na dimensão da escala. Esses resultados revelam o quanto, no contexto da amostra investigada, a utilização de ameaças e de agressões físicas contra crianças é algo presente.

Essa peculiaridade foi descrita por Carvalho e Gomide (2005), em estudo no qual os pais respondiam aos itens dessas práticas, sugerindo que eram atitudes importantes e adequadas na educação dos filhos.

O controle excessivo ou a falta de supervisão são aspectos que caracterizam a monitoria negativa (Gomide, 2001) e, conseqüentemente, acabam conduzindo a não efetivação de disciplina e afetando o desenvolvimento da autonomia e da independência (PETIT et al., 2001).

Essa modalidade de prática prejudica não só a criança, como a relação

entre ela e os pais. A criança fica emocionalmente mais dependente dos pais, pois compromete o desenvolvimento de sua independência de seu autodirecionamento, o que contribui para o surgimento de sentimentos de angústia e de inadequação (BARBER, 1996; GOMIDE, 2006).

Com uma dependência prolongada, as relações entre pais e filhos são prejudicadas, visto que acontecem em um ambiente de hostilidade, de insegurança e de dissimulações, e no qual o diálogo é quase inexistente, visto que os filhos se tornam agressivos com os pais, afastando-os de sua privacidade (GOMIDE, 2003).

Resultados semelhantes foram encontrados por Carvalho e Gomide (2005), que, entre outros resultados, constataram, em uma amostra de 41 famílias de jovens em conflito com a lei, índices de monitoria negativa situados na faixa de risco.

O abuso físico é caracterizado pela disciplina por meio de práticas corporais negativas (por atos de socar, espancar, chutar, morder, queimar, sacudir ou por simplesmente machucar a criança), ameaça e chantagem de abandono e de humilhação do filho (GERSHOFF, 2002; GOMIDE, 2009). É um método educativo frequentemente utilizado em várias regiões do mundo, com sérias repercussões na saúde mental das crianças (GERSHOFF 2002; KRUG et al., 2002; SMITH; MOSBY, 2003)

Weber, Viezzer e Brandenburg (2004) afirmam que a punição corporal pode gerar um efeito imediato, funcionando no momento em que é aplicada. No entanto há prejuízos em longo prazo para o indivíduo que recebe a punição, bem como para os outros indivíduos com os quais ele convive, já que há um maior risco para o desenvolvimento de criminalidade, de delinquência e de violência contra outras pessoas.

O estilo parental é o resultado da combinação das práticas educativas adotadas pelos pais. Tem-se um estilo parental positivo quando as práticas educativas positivas são predominantes em relação às negativas.

No presente estudo, o estilo parental obteve média positiva 3,49, porém com uma tendência ao predomínio do estilo parental classificado regular abaixo da média 129 (24,5%). Gomide (2011) alerta para a importância da participação de grupos de treinamento de pais e do estilo parental de risco para desenvolvimento de comportamentos antissociais 159 (30,2%), sinalizando para a necessidade de participação de programas de intervenção terapêutica, de grupo, de casal ou

individualmente.

O treinamento de pais está fundamentado na premissa de que a falta de habilidades parentais é, pelo menos parcialmente, responsável pelo desenvolvimento ou pela manutenção de padrões de interação familiar perturbadores e, conseqüentemente, de problemas de comportamento nos filhos (MARINHO, 2005). Por essas razões, os pais são usualmente o principal agente de mudança no processo terapêutico de seus filhos, atuando como mediadores entre a orientação profissional e a implementação de contingências favoráveis à mudança da criança em seu ambiente natural (CAMINHA, PELISOLI, 2007).

6.3 Variáveis de caracterização familiar e os problemas de saúde mental

O desenvolvimento infantil é influenciado 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, os resultados negativos do desenvolvimento são produzidos numa interação complexa entre eles, tornando-se fatores de risco para o desenvolvimento saudável das crianças (BANDIN, 2008; HALPERN; FIGUEIRAS, 2004; LINHARES; BORDIM; CARVALHO, 2004).

Hutz (2005) aponta algumas situações como sendo de risco pessoal e social: nível socioeconômico baixo e condições de miserabilidade; número grande de indivíduos na composição familiar; ausência dos pais e psicopatologias na família.

Vitolo et al. (2005), em estudo realizado em Taubaté (SP), obtiveram resultados indicando que pertencer às classes econômicas D e E é um fator de risco para a ocorrência de problemas de conduta, ansiedade/depressão e para problemas de saúde mental geral na infância.

Dessen e Szelbrackowski (2006) verificaram que o baixo nível socioeconômico esteve relacionado diretamente aos problemas externalizantes da

criança, assim como a baixa escolaridade dos genitores.

Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) realizaram um estudo transversal com 100 crianças de seis a 12 anos e suas mães, assistidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município de Ribeirão Preto, e encontraram correlação entre instabilidade financeira e sintomas de hiperatividade e déficit de atenção nas crianças.

A configuração familiar é outro fator ambiental associado à ocorrência de problemas de saúde mental. Segundo Roberts; Roberts e Xing (2007), viver com ambos os pais é um fator protetivo contra a ocorrência de qualquer transtorno mental. Do mesmo modo, Baptista; Baptista e Dias (2001) afirmam que a estrutura e o apoio familiar atenuam os efeitos dos eventos cotidianos estressantes, ou seja, podem prevenir o surgimento de algum distúrbio psicológico/ psiquiátrico.

Assis, Avanci e Oliveira (2009), em estudo realizado com 479 crianças entre seis e 13 anos de escolas públicas de São Gonçalo, RJ, os resultados mostraram que viver em condições socioeconômicas muito precárias, ter pais com baixa escolaridade e famílias monoparentais são fatores relacionados com a baixa competência social e com problemas de comportamento em crianças.

Os resultados do presente estudo são coerentes com esses achados, em que crianças de famílias que pertenciam à classe econômica AB, os pais tinham trabalho remunerado, maior grau de escolaridade, e que as mães tinham companheiro, apresentaram melhores resultados quanto à saúde mental.

Ressalta-se que, dentre as variáveis familiares, a classificação econômica familiar apresentou maior associação com os problemas de saúde mental das crianças (SDQ geral; sintomas emocionais; problemas de conduta e hiperatividade).

Não obstante, torna-se fundamental destacar que a condição socioeconômica não pode ser considerada variável única em um processo de desenvolvimento que é multideterminado (BANDIN, 2008; HALPERN; FIGUEIRAS, 2004), mas ela é reiteradamente apontada como uma variável contextual importante.

6.4 Variáveis de caracterização da criança e os problemas de saúde mental

No presente estudo, verificou-se associação entre o sexo e os problemas de saúde mental, sendo que crianças do sexo masculino têm mais chance de apresentarem problemas de saúde mental do que crianças do sexo feminino. Esse resultado é semelhante ao obtido em outros estudos brasileiros e internacionais com crianças encaminhadas para atendimento em saúde mental (BOAZ, 2009; PETRESCO et al., 2014). Os dados sugerem que transtornos mentais são mais comuns em meninos que em meninas e que os problemas aumentam no período próximo e durante a adolescência (COUNSELLING DIRECTORY, 2014).

Rescorla et al (2007) observaram que em seis sociedades os meninos obtiveram escores mais elevados que as meninas na Escala Total de Problemas Emocionais/Comportamentais, o que também ocorreu com a amostra brasileira. Isso significa que, de modo geral, os meninos brasileiros apresentam mais dificuldades comportamentais e emocionais que as meninas, segundo a avaliação de seus pais.

Saur e Loureiro (2014) investigaram problemas de saúde mental, incluindo problemas comportamentais e emocionais, em uma coorte de crianças em idade escolar diferenciadas pelo gênero. Foram avaliadas 677 crianças nascidas em Ribeirão Preto (SP), aos 10/11 anos de idade, por meio da versão brasileira do Questionário de Capacidades e Dificuldades. A taxa de prevalência de dificuldades foi maior para meninos, 41,7%, que para as meninas 34,5%

Zahn-Waxler, Shirtcliff e Marceau (2008) destacam que tanto os processos ambientais quanto os biológicos estão possivelmente envolvidos na etiologia das psicopatologias e podem explicar as diferenças entre meninos e meninas em relação à apresentação de dificuldades.

O estereótipo de masculino e feminino imposto pela sociedade pode ser um dos fatores ambientais responsáveis pelas diferenças nas taxas de prevalência de psicopatologias (VIERHAUS; LOHAUS; SCHMITZ, 2011).

Essas pressões sociais podem contribuir para que meninos tendam a apresentar comportamentos desarmoniosos, como demonstrar raiva e caçoar dos outros, com maior expressão de agressividade (CHAPLIN; COLE; ZAHN-WAXLER, 2005; GUIMARÃES; PASIAN, 2006), sendo que os pais, principalmente o pai, dispensam uma atenção diferencial que pode reforçar estes padrões de comportamentos (LYTTON; ROMNEY, 1991).

Na perspectiva biológica, argumenta-se que as diferenças podem estar

relacionadas às questões hormonais e do desenvolvimento (ZAHN-WAXLER, SHIRTCLIFF; MARCEAU, 2008), por exemplo, há diferenças no cérebro de meninos e meninas. Esses autores discutem a teoria do cérebro hipermasculinizado e do cérebro hiperfeminilizado. No primeiro, haveria um atraso na maturação neural o que levaria à desinibição observada nas crianças do sexo masculino. Isso se daria pela alta circulação do hormônio testosterona. Esse atraso na maturação traria os comportamentos típicos em meninos, como problemas comportamentais, motores, sociais e emocionais, podendo apresentar psicopatologias como o autismo ou problemas de conduta. Já no cérebro hiperfeminino, as crianças com essa formação cerebral teriam as seguintes características: organizadas e boas com as relações sociais; e, caso elas fossem expostas a ambientes disfuncionais, poderiam apresentar patologias ligadas à ansiedade, à depressão e à transtornos alimentares. Tais características se devem à circulação dos hormônios estrogênio e progesterona.

Por outro lado, a partir de uma perspectiva mais abrangente, Assis et al. (2009) reforçam o impacto diferenciado de problemas infantis segundo o sexo levando em consideração o contexto socioeconômico da família. Nessa mesma perspectiva, em um estudo com 480 mães de uma cidade de São Paulo, Bordin et al. (2009) constataram que, em famílias de baixa renda, meninas tenderam duas vezes mais a problemas emocionais do que meninos; mas, em famílias de classe média, meninos e meninas estão em condições similares de risco.

6.5 Variáveis de caracterização dos responsáveis e práticas e estilo parental familiar

As estratégias utilizadas pelos pais para a educação de seus filhos dependem de diversos fatores que influenciam na maneira como eles escolhem e fazem uso dessas estratégias no seu cotidiano.

Um dos fatores que influenciam os cuidados parentais e de desenvolvimento infantil é o nível de escolaridade parental (KOBARG; VIEIRA, 2008). De fato, verificou-se em um estudo que mães que moravam na zona urbana,

com escolaridade superior à das mães da zona rural, valorizavam mais a estimulação de seus filhos. Também se preocupavam mais com seus cuidados básicos do que as que viviam no contexto rural. Já mães da zona rural, enfatizavam a disciplina, valorizando normas e regras. Esse estudo mostrou que tanto a escolaridade quanto o contexto sociocultural influenciam nas crenças sobre desenvolvimento infantil e, conseqüentemente, nas práticas educativas utilizadas (BRAZ; DESSEN; SILVA, 2005; KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006; KOBARG; VIEIRA, 2008).

O nível socioeconômico é uma variável expressiva, já que condições de vida diferenciadas afetam a visão que a pessoa possui sobre sua realidade social. Estudos revelaram que progenitores com nível socioeconômico mais elevado e que apresentam escolaridade mais alta priorizam valores de autodireção nas crianças, tais como autocontrole, responsabilidade e curiosidade. Esses pais costumam fazer uso de estratégias indutivas (uso da explicação) (BEM; WAGNER, 2006; KOBARG; SACHETTI; VIEIRA, 2006; KOBARG; VIEIRA, 2008). Já famílias com nível socioeconômico inferior e escolaridade mais baixa, tendem a preocupar-se mais com valores de conformidade, tais como limpeza, bons modos e obediência. Esses genitores acabam fazendo uso de estratégias coercitivas, que se baseiam na afirmação do poder (BEM; WAGNER, 2006; MONTANDON, 2005).

Cecconello, De Antoni e Koller (2003) e Montandon (2005) sugeriram que as famílias monoparentais femininas possuem maiores dificuldades no cuidado e no provimento de sua prole. Na maioria das vezes, as mães, pelo acúmulo de tarefas, ficam impossibilitadas de atender aos filhos; comportando-se de forma mais indulgente, elas os supervisionam e monitoram menos. Além disso, a falta de apoio emocional e instrumental geralmente dificulta o desenvolvimento de práticas educativas positivas, uma vez que o cuidador enfrenta uma sobrecarga de atividades.

6.6 Variáveis de caracterização das crianças e práticas e estilo parental familiar

O gênero da criança pode influenciar o comportamento parental, embora nem sempre se encontre significância entre estas duas variáveis. Existem alguns fatores que podem promover diferenças nas práticas parentais face ao sexo, como o tipo de relação que os meninos e as meninas estabelecem com os pais e com as mães, a identidade, em que os filhos de identificam mais com o parente do mesmo sexo, e por último, as expectativas que os próprios pais têm face ao sexo do seu bebê e a comunicação que se estabelece entre ambos (SAMPAIO, 2007).

No presente estudo, crianças do sexo masculino estão menos propensos a estar exposto a estilos parentais classificados como regular acima da média, um resultado que corrobora alguns achados da literatura científica.

Weber, Prado e Viezzer (2004) identificaram que, tanto mães quanto pais, parecem ser mais exigentes com as meninas do que com os meninos. Já em relação à distribuição de afeto, parecem ser igualmente responsivos a ambos os sexos. As diferenças encontradas na dimensão exigência podem ser explicadas por questões culturais de gênero, as quais veiculam uma representação das meninas como mais fracas e dependentes; nesse sentido, necessitariam de maior orientação. Já os meninos, são percebidos como mais fortes e autônomos, sendo, por vezes, negligenciados pelos progenitores, uma vez que receberiam maior liberdade e incentivo à autonomia. No estudo de Mckinney e Renk (2008), os meninos tinham a percepção de serem alvo de uma parentalidade mais permissiva em comparação com as meninas

Existem, no entanto estudos como o de Weber et al. (2004), e o de Moreira (2008), em que não apresentam nos seus resultados qualquer diferença significativa em função do gênero.

6.7 Problemas de saúde mental e práticas e estilo parental familiar

Ao realizar o estudo de associação entre as práticas educativas maternas e problemas saúde mental nas crianças, observou-se que as práticas positivas: monitoria positiva e o comportamento moral tiveram associação significativa ($p < 0,05$) ao comportamento pró-social e ao total de dificuldades. Mães que utilizaram dessas

práticas com seus filhos tenderam a ter melhores índices de comportamento social saudável e de saúde mental. Esses resultados apresentam concordância com outros estudos, entre eles, o de Salvo, Silvaes e Toni (2005), os quais verificaram que a ausência da prática de monitoria positiva foi associada ao comportamento agressivo da criança, cuja presença foi associada com a sociabilidade; o comportamento moral foi relacionado à competência social. Sakuramoto; Squassoni e Matsukura, (2014) apontam que as práticas parentais positivas estão relacionadas à saúde mental da criança e do adolescente.

Assim, práticas educativas podem operar como fator de proteção ao desenvolvimento das crianças. Fatores protetivos são compreendidos como condições ou variáveis que diminuem os fatores de risco, isto é, eles modificam, melhoram ou alteram a resposta do indivíduo a ambientes hostis que predispõem o indivíduo a consequências mal adaptativas (MORAIS, 2009; RUTTER, 1985, 1987, 1996).

Como exemplo desses fatores protetivos, Reppold et al. (2002) destacam as características individuais da criança (autoestima, autonomia), as características familiares (afetividade, ausência de negligência) e as características do contexto (apoio da escola, por exemplo). Entre as características familiares, algumas práticas educativas parentais podem ser consideradas fatores de proteção para o desenvolvimento humano. Por exemplo, práticas que envolvem maiores índices de monitoria, vínculo afetivo e limites são considerados fatores que protegem o indivíduo do desenvolvimento de depressão, de baixa autoestima e de problemas de comportamento (BAUMRIND, 1997; CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003; REPPOLD et al. 2002; WEBER, 2007).

Outra dimensão, também importante para o desenvolvimento dos filhos, refere-se à exigência. Essa dimensão encontra-se associada ao desenvolvimento de indivíduos competentes, com altos escores em medidas de desempenho e de obediência e baixos escores em problemas de comportamento (BAUMRIND, 1997). Ela inclui monitoria, supervisão e controle (MACCOBY; MARTIN, 1983; TEIXEIRA; BARDAGI; GOMES, 2004). Nesse sentido, o uso da explicação, associado a um firme controle que direciona a atenção da criança para as consequências de seus atos, instrumentaliza-a para o desenvolvimento de comportamentos desejáveis, tornando-a mais autônoma. Essas práticas capacitam o indivíduo a regular seu próprio comportamento em situações futuras, sem necessidade de controle externo,

possibilitando a internalização de normas sociais, essenciais ao convívio em sociedade. Esse tipo de prática educativa, além de incentivar a autonomia, desenvolve senso de autoeficácia no indivíduo (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003; REPPOLD et al. 2002; REPPOLD, PACHECO; HUTZ, 2005).

A reponsividade é uma dimensão positiva em termos de relacionamento entre pais e filhos. Essa dimensão inclui atenção, comunicação, carinho e afeto, estando relacionada a melhores índices de bem-estar psicológico, de autoestima e de autoconfiança (BAUMRIND, 1997). Além disso, a afetividade nessa relação facilita a educação, já que os indivíduos tornam-se mais receptivos às técnicas disciplinares. Assim, a afetividade tende a tornar os filhos emocionalmente seguros; esses tendem a seguir o exemplo dos progenitores, sendo empáticos com outras pessoas (MOTTA et al., 2006; REPPOLD et al. 2002; REPPOLD; PACHECO; HUTZ, 2005; WEBER;PRADO; VIEZZER, 2004).

O uso do reforço positivo, o ensino da resolução de problemas, a supervisão, a monitoria positiva dos filhos, o incentivo à aquisição de hábitos de estudar para melhorar o desempenho escolar são habilidades parentais fundamentais para o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais nos indivíduos. Esses comportamentos tendem a aumentar a autoestima e a diminuir a possibilidade do aparecimento de comportamentos antissociais (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003; GOMIDE et al., 2005)..

O comportamento moral materno aparece como prática preditora de atividades e de competência social. Essa prática, junto com a monitoria positiva, leva ao desenvolvimento de comportamentos pró - sociais.

Segundo Gomide (2003), a prática de comportamento moral não se refere apenas a comportamentos ligados à justiça e à moral, mas também a comportamento empático, a coerência dos pais, a possibilidades de acertos e erros por parte da criança, com a adequada reflexão sobre seus atos. Assim, o comportamento moral, ao predizer atividades e competência social, mostra a importância dessa prática como forma de apoio e de modelo de repertório para a criança, colaborando para que esta se desenvolva de forma adequada.

Percebe-se que o clima afetivo permite o estabelecimento de uma relação agradável entre os membros da família, que facilita a superação de divergências. Dessa forma, os contatos de pele, o abraço, o carinho, os beijos, entre outras manifestações de afeto, são fortes inibidores do desenvolvimento de

comportamentos agressivos. Nesse sentido, demonstrar aos filhos que eles são importantes, amados e capazes faz parte das obrigações dos pais, pois propicia que cresçam felizes e bem adaptados à convivência social (GOMIDE, 2006, 2009; WEBER, 2007).

Progenitores que monitoram a conduta das crianças e dos adolescentes, corrigindo as atitudes negativas, gratificando as positivas, realizando uma comunicação clara e aberta baseada no respeito mútuo, educam de forma protetiva. Pais afetuosos, que respondem às necessidades das crianças, encorajando-as a tomarem decisões, exercem influência positiva em seu comportamento, ao mesmo tempo em que os protegem do desenvolvimento de psicopatologias (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

A punição inconsistente caracteriza-se pela punição dependente do humor dos pais e não pela conduta dos filhos. Dessa forma, há inconstâncias nas consequências direcionadas aos comportamentos dos filhos que não sabem como agir e aprendem mais a discriminar o humor dos pais do que agir de forma correta (GOMIDE, 2001).

Quanto mais o comportamento da criança é coercitivo e difícil, mais ele desencadeia a punição inconsistente nos pais, o que sugere um ciclo de múltiplas influências. Desse modo, quanto mais inconsistente o comportamento dos pais, mais os filhos aprendem a manipular a situação a seu favor (JAFFEE et al., 2003).

A punição inconsistente compromete a socialização, já que os pais reagem positivamente tanto ao comportamento pró – social quanto ao antissocial. Esse processo desencadeia instabilidade emocional nas crianças, o que as deixa ansiosas e agressivas por causa das frustrações decorrentes do não saber o que fazer para agradar os pais.

A negligência é considerada por alguns autores como uma das práticas parentais mais prejudiciais ao desenvolvimento da criança e um dos principais fatores de risco para o surgimento de comportamentos antissociais (DODGE; PETTIT; BATTES, 1994; GOMIDE, 2005).

O termo negligência pode ser entendido como falta de cuidado, indolência e, falta de compromisso e cuidado para com os filhos. Pais negligentes agem como expectadores na vida dos filhos e não de forma ativa e participativa, caracterizando ausência dos pais, falta de atenção, descaso, omissão e até mesmo falta de amor (GOMIDE, 2005).

A literatura científica aponta para os prejuízos da negligência, que, por se caracterizar em pela ausência de reforçamento, independentemente do tipo de comportamento que a criança emita, leva muitas vezes ao desenvolvimento do comportamento anti-social, como apontam pesquisas com crianças institucionalizadas ou abandonadas na própria família (WEBER, 1998; WEBER; KOSSOBUDSKY, 1996).

O apego pobre entre pais e filhos, a falta de calor e de carinho são fatores que podem desencadear nas crianças sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, eventual hostilidade e até mesmo agressividade (DODGE; PETTIT; BATTES, 1994). A carência ou a ausência de afeto prejudicam fortemente a capacidade do indivíduo para constituir relações afetivas com outras pessoas (FELDMAN, 1977).

Esses dados corroboram os do presente estudo, em que a prática negativa da negligência mostrou associação com os problemas de conduta, de comportamento pró – social e com o total de dificuldades.

A disciplina relaxada é caracterizada pela baixa capacidade dos pais em fazerem valer regras e acordos nas suas interações com os filhos, levando a um ambiente instável na família. Para Malagris e Castro (2000), mães com dificuldades em manter na família um ambiente seguro, devido a sua própria ansiedade (o que pode levar à disciplina relaxada), podem transmitir insegurança para seus filhos, favorecendo o desenvolvimento de transtornos de ansiedade, de depressão e de outros transtornos internalizantes na infância, devido ao apego inseguro.

A monitoria negativa caracteriza-se pela repetição de instruções, independentemente de elas serem seguidas ou não, pelo tom hostil e de cobrança com que são feitas e pela falta de confiança dos pais em relação aos filhos.

O uso da força física contra criança pelos pais ou por cuidadores revela uma crença nos valores autoritários e na asserção do poder dos pais sobre os filhos, geralmente justificado e compreendido como uma prática disciplinar (CECCONELLO; DE ANTONI; KOLLER, 2003). O estudo de Padovani e Williams (2011) pressupõe que altos índices de ansiedade dos pais, combinados com práticas parentais inapropriadas, colaboram para a ocorrência de comportamentos impulsivos e/ou agressivos diante de situações nas quais as crianças sentem que suas necessidades ou desejos não são satisfeitos.

Ao se utilizar de práticas educativas baseadas na punição, os pais estão ensinando a seus filhos modelos cognitivos e comportamentais de violência. Esses

modelos passam a ser percebidos como uma forma apropriada de resolução de conflitos e de relacionamento entre homens e mulheres, adultos e crianças/adolescentes (MALDONADO; WILLIAMS, 2005).

Sobre os efeitos das práticas coercitivas (punição física, por exemplo) no desenvolvimento de crianças, estudos mostram que tais práticas podem provocar emoções intensas – como hostilidade, medo e ansiedade – que interferem na capacidade de adaptação do comportamento à situação (WEBER, 2007; WEBER; VIEZZER; BRANDENBURG, 2004). Estudo realizado por Alvarenga; Magalhães e Gomes (2012) mostraram que a prática materna de punição física esteve positivamente correlacionada com problemas de externalização.

Pode-se inferir que bater não significa educar; pelo contrário, a punição física é uma prática educativa de risco para o desenvolvimento de crianças e de adolescentes. Da mesma forma, bater não é uma estratégia eficaz de socialização, pois não facilita a internalização de normas sociais (PATIAS; SIQUEIRA; DIAS, 2012).

Todas as formas de violência são consideradas violações ao direito da criança, e, assim, o disciplinamento coercitivo pode estar na origem de muitas violações realizadas às crianças e aos adolescentes. O Projeto de Lei nº 7.672 (BRASIL, 2010) que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) determina claramente que as crianças e os adolescentes devem ser educados sem a utilização de castigo corporal ou de tratamento cruel e degradante. Ele define como castigo corporal a ação de natureza disciplinar ou punitiva, com uso da força física, que resulta em dor ou em lesão à criança ou ao adolescente. O tratamento cruel ou degradante refere-se à conduta que humilha, ameaça gravemente ou ridiculariza a criança ou o adolescente.

Tal projeto, também conhecido como Lei da Palmada, tem gerado controvérsias entre as pessoas, provocando opiniões favoráveis e desfavoráveis. Para alcançar seu objetivo, o PL estabeleceu as seguintes ações: a promoção e a realização de campanhas educativas e a divulgação dessa lei e dos direitos humanos; a inclusão nos currículos escolares, em todos os níveis de ensino, de conteúdos relativos aos direitos humanos e à prevenção de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente; a formação continuada dos profissionais que atuam na promoção dos direitos de crianças e de adolescentes; o apoio e o incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos, dentre outras ações

(BRASIL, 2010).

Pinheiro (2003), Sabbag (2003) constataram que práticas negativas estavam positivamente correlacionadas ao comportamento antissocial, bem como ao estresse, à ansiedade, à agressividade e ao baixo índice de habilidades sociais, enquanto as práticas parentais positivas estavam correlacionadas positivamente com comportamentos pró-sociais e com habilidades sociais.

Estudo de Sakuramoto et al. (2014) encontrou correlação negativa entre as práticas parentais negativas e a saúde mental da criança (total de dificuldades da criança; problemas de conduta e hiperatividade), e correlação positiva com o comportamento pro- social.

O presente estudo mostrou associação significativa entre alterações na saúde mental das crianças e estilos parentais adotados pelas cuidadoras. Quanto pior o estilo parental, maiores são os problemas de saúde mental nas crianças, com evidência para os problemas emocionais, para os problemas de conduta e para a hiperatividade, reforçando os achados da literatura (GOMIDE, 2003; TEIXERA; BARDAGI; GOMES, 2004).

Estilos parentais avaliados como regulares abaixo da média ou de risco aumentam a probabilidade de respostas na categoria anormal, indicando que, quanto mais os responsáveis utilizam de práticas negativas no cotidiano com as crianças e quanto pior o estilo parental adotado por eles, mais problemas referentes à saúde mental as crianças apresentam, reforçando os achados na literatura da área (COLLINS et al., 2000; COSTA; TEIXERA; GOMES, 2000; GOMIDE 2003; TEIXERA; BARDAGI; GOMES 2004).

Os achados do presente estudo remetem à discussão a respeito da importância da atitude dos pais para o desenvolvimento e para a saúde mental das crianças, bem como o que pode estar envolvido na adoção pelos responsáveis de estilos parentais de risco.

Rutter (2005), ao descrever sobre os fatores de riscos ambientais e os possíveis efeitos que eles podem causar ao desenvolvimento socioemocional infantil, cita que características presentes no relacionamento e na interação entre mãe/pai e filho são determinantes para o desenvolvimento e para a saúde mental das crianças, sendo que, quando tais relações são permeadas por atitude negativas (negligência e violência, por exemplo), a probabilidade de a criança apresentar dificuldades em sua saúde mental aumenta, independentemente de suas

características genéticas que poderiam deixá-la mais ou menos vulnerável a tal situação.

O estudo de Fernandes (2014) buscou avaliar o poder explicativo dos estilos parentais maternos em relação a problemas de conduta em crianças escolares da cidade de Fortaleza, Ceará. Os resultados mostraram que pais que exibiram pontuação alta em estilos positivos tinham filhos com menores índices de problemas de conduta.

Enfim, coexistem infâncias distintas, inseridas em realidades sociais, culturais e econômicas diferentes que impedem de as definirmos da mesma forma. O ponto em comum dessas diferentes infâncias é a dependência do adulto para a sua sobrevivência e para o seu desenvolvimento (NASCIMENTO; BRANCHER; OLIVEIRA, 2013).

Nesse contexto, aponta-se para a necessidade de se compreender a saúde mental infantil a partir de um contexto mais amplo, no qual os mecanismos de risco vivenciados pelas famílias sejam considerados nas ações de promoção, de prevenção e de tratamento em saúde mental, a partir de ações intersetoriais, por meio da articulação entre os diferentes setores públicos que assistem crianças e adolescentes (CID, 2011).

7 CONCLUSÃO

Em conformidade com os objetivos propostos, os principais resultados encontrados indicaram que:

- 1 - 27,9% das crianças apresentaram problemas relativos à saúde mental, segundo avaliação das cuidadoras principais a partir do SDQ. Tal resultado está um pouco acima do que se fixou como resultado hipotético.
- 2 - A maioria das cuidadoras apresentou práticas educativas positivas (monitoria positiva 58,6% e comportamento moral 74,9%) que se enquadraram no nível ótimo;
 - 32,9% das cuidadoras adotaram a prática disciplina relaxada em nível regular acima da média;
 - 68,1% das cuidadoras exercem monitoria negativa e 69,8% abuso físico, classificadas no índice de risco;
 - O índice de estilo parental mostrou um valor positivo (3,49);
 - 30,2% das cuidadoras apresentaram estilo parental de risco e 24,5%, estilo parental regular abaixo da média;
- 3.- Houve associação significativa entre a classe econômica familiar e os sintomas emocionais, os problemas de conduta, a hiperatividade e o comportamento pró – social e total de dificuldades. Famílias que pertenciam à classe econômica C e DE, tiveram mais chance de apresentar crianças classificadas como anormais e limítrofes que famílias pertencentes às classes A B;
 - Cuidadoras que vivem sem companheiro, tiveram mais chance de apresentarem crianças classificadas como anormais na avaliação geral da saúde mental;
 - O trabalho remunerado apresentou associação com os sintomas emocionais, a hiperatividade e o total de dificuldades Cuidadoras que não possuíam trabalho remunerado tiveram mais chances de apresentar crianças classificadas como anormais;
 - O grau de parentesco mostrou associação significativa com os sintomas emocionais, com problemas de conduta e com hiperatividade. Crianças que tinham a avó como cuidadora principal apresentaram mais chances de

serem classificadas como limítrofes e anormais;

- A escolaridade mostrou associação significativa com os sinais de hiperatividade e com o total de dificuldades. Cuidadoras com nível superior tiveram mais chances de apresentar crianças com melhores escores na saúde mental;

- 4 - Houve associação significativa do sexo com os sintomas de hiperatividade e com o total de dificuldades. Crianças do sexo masculino tiveram mais chances de ser classificadas como anormais na avaliação geral da saúde mental.

Frente a essas conclusões, a hipótese 3 foi parcialmente confirmada, uma vez que foi constatado que apenas algumas variáveis estudadas (classificação econômica familiar; situação conjugal; trabalho remunerado; grau de parentesco; escolaridade e sexo da criança) apresentaram associação significativa com os problemas de saúde mental.

- 5 - A classe econômica familiar mostrou associação significativa com estilo parental, com as práticas educativas punição inconsistente e com o abuso físico. Famílias pertencentes à classe C têm mais chances de adotarem escores de risco e regular abaixo da média que famílias pertencentes à classe AB;
 - A escolaridade do responsável mostrou associação significativa com o estilo parental, monitoria positiva, monitoria negativa e abuso físico. Cuidadoras com maior grau de escolaridade adotam estilo e práticas educativas com melhores escores;
 - A situação conjugal e o trabalho remunerado, mostraram associação significativa com as práticas educativas monitoria negativa e abuso físico;
 - O grau de parentesco mostrou associação significativa com a prática educativa punição inconsistente.
- 6 - Crianças do sexo masculino tiveram mais chances de exposição ao estilo parental de risco;

Conforme apresentado, a hipótese 4 foi parcialmente confirmada, uma vez que foi constatado apenas algumas associações significativas entre as variáveis familiares (classificação econômica familiar; situação conjugal; trabalho remunerado; grau de parentesco e escolaridade), da criança (sexo) e o estilo parental e as práticas educativas.

- 7 - A prática de monitoria positiva mostrou associação com o comportamento pró-social e o total de dificuldades;
 - O comportamento moral mostrou associação significativa com o comportamento pró-social;
 - A punição inconsistente mostrou associação significativa com os sintomas emocionais, com os problemas de conduta, com a hiperatividade e com o total de dificuldades;
 - A negligência mostrou associação com o total de dificuldades, com os problemas de conduta e comportamento pró-social;
 - A disciplina relaxada mostrou associação significativa com o total de dificuldades, com sintomas emocionais, com problemas de conduta e com problemas de relacionamento;
 - A monitoria negativa apresentou associação significativa apenas com problemas de conduta e com comportamento pró-social;
 - O abuso físico apresentou associação significativa com o total de dificuldades, com sintomas emocionais e com problemas de conduta;
 - O estilo parental mostrou associação significativa com os problemas de saúde mental. Famílias que exerciam estilo parental de risco tenderam a apresentar crianças classificadas como anormais no SDQ total e nos domínios: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e comportamento pró-social.

- 8 - Cuidadoras que tinham trabalho remunerado, famílias pertencentes à classe econômica C, crianças do sexo masculino e o estilo parental de risco aumentaram as chances de apresentarem crianças classificadas como limítrofes/anormais e anormais na avaliação geral da saúde mental.

Frente a essa conclusão, confirma-se a hipótese 1 do trabalho, crianças expostas ao estilo parental de risco apresentaram maiores índices de problemas de saúde mental.

Cabe ressaltar que, apesar de o estilo parental adotado pelos pais ser de extrema relevância para o desenvolvimento de comportamentos adaptativos e não adaptativos de crianças e de adolescentes, este não é o único fator que influencia em seu desenvolvimento. Outros fatores devem ser considerados, tais como rede de apoio social (interação com pares e/ou outros familiares); características individuais; capacidades individuais e familiares de enfrentamento das adversidades (resiliência). No entanto, percebe-se que muitos são os estudos que revelam a importância da família, percebendo-a tanto como fator de risco como de proteção para o desenvolvimento dos filhos. A família é o primeiro e mais importante ambiente de socialização nela, a criança aprenderá a interagir com as outras pessoas e a desenvolver aspectos importantes de sua personalidade.

É importante mencionar as principais limitações do estudo, a utilização do método transversal, que se prende com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre a exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do problema. Outra limitação está relacionada à obtenção dos dados coletados a partir de apenas um informante, uma vez que o instrumento para avaliar a saúde mental, o SDQ, possui três versões destinadas a três tipos de respondentes (versão para pais/ responsáveis, versão para professores e versão para crianças de 11 anos ou mais). No presente estudo foi utilizada somente a versão para pais/responsáveis. A avaliação das práticas e do estilo parental feita por meio do IEP, que possui a versão dos filhos avaliando as práticas parentais paternas e maternas e a versão de autoaplicação, que verifica a maneira utilizada pelos pais na educação dos filhos. A maioria das famílias investigadas é nuclear, o que reforça a limitação do estudo, pois as práticas e o estilo parental foram avaliados a partir de uma única fonte de informação, as cuidadoras principais.

Apesar das limitações referidas, trata-se de um estudo de base populacional, de crianças cadastradas em todas as Unidades de Estratégias da Família do município de Alfenas, MG, com a utilização de instrumentos validados no contexto nacional para avaliação da saúde mental e do estilo parental.

Ressalta-se que os objetivos foram atingidos e os resultados contribuem

para maior compreensão da realidade da saúde mental de crianças escolares, identificando fatores associados à saúde mental, sinalizando importantes questões a serem consideradas pelas políticas públicas de saúde e de educação infantil.

Nesse contexto, novas questões de estudo com delineamentos diferentes devem ser conduzidos, com o envolvimento de diferentes informantes, que avaliem a relações causais entre os fatores familiares e das crianças e o estilo parental com a saúde mental, além de avaliações de intervenções acerca da saúde mental infantil e do estilo parental positivo.

REFERÊNCIAS

ACHENBACH, T. M. **Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile**. Burlington: University of Vermont, 2001.

ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical efforts. **Psychol. Bull.**, Washington, v. 85, n. 6, p. 1275-1301, 1978.

ACHENBACH, T. M.; RESCORLA, L. A. **Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology**. New York: Guilford Press, 2007.

ALMEIDA, F. N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 225-236, 1982.

ALVARENGA, P.; MAGALHÃES, M. O.; GOMES, Q. S. Relações entre práticas educativas maternas e problemas de externalização em pré-escolares. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 29, n. 1, p. 33-42, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, V. C. Socioeconomic inequalities and child mental health. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 92-100, 2009.

ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (AAP). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (AAP). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Questionário de classificação sócio-econômico**. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

AUNOLA, K.; NURMI, J. The role of parenting styles in children's. Problem behavior. **Child. Dev.**, Chicago, v. 76, n. 6, p. 114-115, 2005.

BANDIN, J. A criança em situação de pobreza extrema. In: ASSUMPÇÃO, J. F.; KUCZYNSKI, E. **Situações psicossociais na infância e adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 113-123.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 52-61, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932001000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2015.

BARBER, B. K. Parental psychological control: revisiting a neglected construct. **Child. Dev.**, Chicago, v. 67, p. 3296-3319, 1996.

BARNES, J.; MULLER, L. Promoção da saúde mental: uma perspectiva desenvolvimental. **Psychol. Health Med.**, Abingdon, v. 2, n. 5, p.17-27, Sept. 2000.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative parental control on child behavior. **Child. Dev.**, Chicago, v. 37, n. 4, p. 887-907, 1996.

BAUMRIND, D. The discipline encounter: contemporary issues. **Aggress. Violent. Behav.**, Oxford, v. 2, p. 321-335, 1997.

BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.

BENETTI, S. P. C.; BALBINOTTI, M. A. A. Elaboração e estudos de propriedades psicométricas do inventário de práticas parentais. **Psico-USF**, Itatiba, v. 8, n. 8, p. 103-113, 2003.

BIRD, H. R.; DUARTE, C. S. Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil. **Rev. Bras. de Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 162-163, out. 2002.

BOAZ, C. **Caracterização das queixas apresentadas por meninos e meninas encaminhados a clínicas-escola**. 2009. 49 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/>>

4869>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Avaliação de um programa de intervenção de habilidades sociais educativas parentais: um estudo-piloto. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 28, n. 1, p.18-33, mar. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2015.

BORDIN, I. A.; PAULA, C. S. **Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BORDIN, I. A. et al. Severe physical punishment and mental health problems in an economically disadvantaged population of children and adolescents. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 290-296, 2006.

BORDIN, I. A. et al. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. **Bull. World Health Organ.**, Geneve, v. 87, n. 5, p. 336-344, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. **Cadernos da Atenção Básica**: programa de saúde da família. Caderno 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/050379_M.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. **Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. 2002. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)**.

Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:
<<http://www.esfma.org.br/manuais/siab.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança de modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. 2007. Disponível em:
<http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 7.672, de 16 de julho de 2010**. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente, para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/projetos/PL/2010/msg%20409%20-%20100714.htm>. Acesso em: 05 fev. 2014.

BRAZ, M. P.; DESSEN, M. A.; SILVA, N. L. P. Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 151-161, 2005.

CAMINHA, M. G.; PELISOLI, C. Treinamento de pais: aspectos teóricos e clínicos. In: CAMINHA, R. M.; CAMINHA, M. G. (Orgs.). **A prática cognitiva na infância**. São Paulo: Santos, 2007. p. 274-289.

CARVALHO, M. C. N.; GOMIDE, P. I. C. Práticas educativas parentais em famílias de adolescentes em conflito com a lei. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 22, n. 3, p. 263-275, set. 2005.

CECCONELLO, A. M.; DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 8, p. 45-54, 2003. Número especial.

CHAPLIN, T. M.; COLE, P. M.; ZAHN-WAXLER, C. Parental socialization of emotion expression: gender differences and relations to child adjustment. **Emotion.**, Washington, v. 5, n. 1, p. 80, 2005.

CID, M. F. B. **Saúde mental de escolares**: um estudo de prevalência e de fatores de risco e proteção. 2011. 141 f. Tese (Doutorado) – Centro de Educação e Ciências

Humanas, Universidade de São Carlos, São Carlos, 2011. Disponível em: <http://www.btdtd.ufscar.br/htdocs/tedeSimplificado//tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4702>. Acesso em: 10 fev. 2014.

CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-10, jan./abr. 2014.

COLLINS, W. A. et al. Contemporary research on parenting. The case for nature and nurture. **Am. Psychol.**, Washington, v. 55, p. 218-232, 2000.

COSTA, M. C.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para infância e adolescência. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, set./out. 2007.

COSTA, E. T.; TEIXEIRA, M. A. P.; GOMES, W. B. Responsividade e exigência: duas escalas para avaliar estilos parentais. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 13, p. 465-473, 2000.

COUNSELLING DIRECTORY. **Key statistics about children and young people.** Surrey, 2014. Disponível em: <<http://www.counseling-directory.org.uk/child-renstats.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

CRITTENDEN, P. M. Maltreated infants: vulnerability and resilience. **J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discipl.**, Elmsford, v. 26, p. 85-96, 1985.

CURY, C. R.; GOLFETO, J. H. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p.139-145, 2003.

D'ABREU, L. C. F.; MARTURANO, E. M. Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. **Psico.**, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 152-158, abr./jun. 2011.

DESSEN, M. A.; SZELBRACIKOWSKI, A. C. Estabilidades e mudanças em padrões familiares de crianças com problemas de comportamento exteriorizado. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, p. 71-80, 2006.

DISHION, T. J.; MCMAHON, R. J. Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation. **Clin. Child Fam. Psychol. Rev.**, New York, v. 1, p. 61-75, 1998.

DODGE, K. A.; PETTIT, G. S.; BATTES, J. E. Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. **Child Dev.**, Chicago, v. 65, n. 2, p. 649-665, 1994.

DROTAR, D. Behavioral and emotional problems in infants and young children: challenges of clinical assessment and intervention. **Infants Young Child.**, Philadelphia, v. 14, n. 4, p. 1-5, 2002.

DUARTE, C. S. et al. Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. **Int. J. Psychiatry Med.**, New York, v. 33, n. 3, p. 203-222, 2003.

ELHAMID, A. A.; HOWE, A.; READING, R. Prevalence of emotional and behavioural problems among 6-12 year old children in Egypt. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemio.**, Berlin, v. 44, n. 1, p. 8-14, Jan. 2009.

ERICKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

FALCKE, D.; ROSA, L. W.; STEIGLEDER, V. A. T. Estilos parentais em famílias com filhos em idade escolar. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora, v. 5, n. 2, p. 282-293, 2012.

FELDMAN, M. P. **Comportamento criminoso**: uma análise psicológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

FERNANDES, D. P. **Explicando comportamentos socialmente desviantes**: uma análise do modelo da coerção de Patterson. 2014. 121 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/7802>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

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

FLEITLICH-BILY, K. B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 43, p. 727-734, 2004.

FLEITLICH, B. W.; CORTÁZAR, P. G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Infanto. Rev. Neuropsiquiatr. Infanc. Adolesc.**, São Paulo,

v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

FERREIRA, M.; MARTURANO, E. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 35-44, 2002.

FREEMAN, E. J. et al. Public health surveillance for mental health. **Prev. Chronic Dis.**, Atlanta, v. 7, n. 1, p. 17, 2010.

GAUY, F. V.; GUIMARÃES, S. S. Triagem em saúde mental infantil. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 05-16, jan./abr. 2006.

GAUY, F. V.; ROCHA, M. M. Manifestação clínica, modelos de classificação e fatores de risco/proteção para psicopatologias na infância e adolescência. **Temas Psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 783-793, dez. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2015.

GERSHOFF, E. T. et al. Corporal punishment by parents and associated child behaviors and experiences. **Psychol. Bull.**, Washington, v. 128, p. 539-579, 2002.

GOMIDE, P. I. C. Efeito das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V. E. (Orgs.). **Psicologia clínica e da saúde**. Londrina: UEL, 2001. p. 3-21.

GOMIDE, P. I. C. Crianças e adolescentes em frente à TV: o que e quanto assistem televisão. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 30, n. 19, p. 17-28, 2002.

GOMIDE, P. I. C. Estilos Parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, 2003. p. 21-60.

GOMIDE, P. I. C. **Pais presentes, pais ausentes**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOMIDE, P. I. C., et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico. USF**, Itatiba, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais**. Modelo teórico, manual de

aplicação, apuração e interpretação. São Paulo: Vozes, 2006.

GOMIDE, P. I. C. A influência da profissão no estilo parental materno percebido pelos filhos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 1, p. 25-34, 2009.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais**: modelo teórico. Manual de aplicação, apuração e interpretação. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

GOMIDE, P. I. C. et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **Psico. USF.**, Bragança Paulista, v. 10, n. 2, p. 169-178, 2005.

GOODMAN, R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. **J. Child Psychol. Psychiatry**, Oxford, v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.

GOODMAN, R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, Baltimore, v. 40, p. 1337-1345, 2001.

GOODMAN, R. et al. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, Berlim, v. 40, n.1, p. 11-17, 2005.

GONÇALVES, M. M.; SIMÕES, M. R. O modelo multiaxial de Achenbach (ASEBA) na avaliação clínica de crianças e adolescentes. In: SOARES I., (Ed.). **Psicopatologia do desenvolvimento**: trajetórias adaptativas ao longo da vida. Coimbra: Quarteto, 2000. p. 43-87.

GUIMARAES, N. M; PASIAN, S. R. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 89-97, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jul. 2015.

HAAPASOLOA, J.; POKELAA, E. Child-rearing and abuse antecedents of criminality. **J. Aggres. Violent. Behav.**, New York, v. 4, p. 107-127, 1999.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, p. 104-110, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572004000300013>>. Acesso em: 02 ago. 2015.

HOFFMANN, M. L. Discipline and internalization. **Dev. Psychol.**, Washington, v. 30, n. 1, p. 26-28, 1994.

HOFFMANN, M. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 633-642, 2008.

HUGHES, C.; DUNN, J. Hedonism or empathy? Hard-to-manage children's moral awareness and links with cognitive and maternal characteristics. **Br. J. Dev. Psychol.**, Chichester, v. 18, p. 227-245, 2000.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 27 set. 2012.

JAFFEE, S. R. et al. Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. **Child Dev.**, Chicago, v. 74, n. 1, p. 109-126, 2003.

KELLERMAN, J. **Filhos selvagens: reflexão sobre crianças violentas**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

KESSLER, R. C. et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. **Curr. Opin. Psychiatr.**, Philadelphia, v. 20, n. 1, p. 359-364, 2007.

KIELING, C. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet**, London, v. 378, n. 9801, p. 1515-1525, 2011.

KOBARG, A. P.; VIEIRA, M. Crenças e práticas de mães sobre o desenvolvimento infantil nos contextos rural e urbano. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 401-408, 2008.

KOBARG, A. P. R.; SACHETTI, V. A. R.; VIEIRA, M. L. Valores e crenças parentais: reflexões teóricas. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 16, n. 2, p.96-102, ago. 2006 .Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2015.

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: WHO, Child abuse and neglect by parents and other caregivers, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico:** procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

LINDAHL, N. Z. Personalidade humana e cultura aplicações educacionais da teoria de Erik Erikson. **RBEP**, Brasília, v. 69, p. 492-509, 1988.

LINHARES, M. B. M.; BORDIN, A. B. M.; CARVALHO, A. E. V. Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar, 2004. In: MARTURANO, E. M.; LINHARES, M. B. M.; LOUREIRO, S. R. (Eds.). **Vulnerabilidade e proteção:** indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 75-106.

LOOS, H.; FERREIRA, S. P. A.; VASCONCELOS, F. C. Julgamento moral: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 47-70, 1999.

LYTTON, H.; ROMNEY, D. M. Parents' differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. **Psychol. Bull.**, Washington, v. 109, n. 2, p. 267, 1991.

MARTURANO, E. M. et al. Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar: comparação com alunos não referidos. **Interam. J. Psychol.**, San Juan, v. 31, p. 223-241, 1997.

MACCOBY, E. E. The role of parents in the socialization of children: An historical overview. **Dev. Psychol.**, Washington, v. 28, n. 6, p. 1006-1017, 1992.

MACCOBY, E. E.; MARTIN, J. A. Socialization in the context of the family: parental-child interaction. In: MUSSEN, P. H. **Handbook of child psychology**. New York: Wiley, 1983. v. 4, p.1-102.

MALAGRIS, L. E. N.; CASTRO, M. A. Distúrbios emocionais e elevações de stress em crianças. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. Campinas: Papirus, 2000. p. 65-100.

MALDONADO, D.; WILLIAMS, L. O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 353-362, 2005.

- MARINHO, M. L. Um programa estruturado para o treinamento dos pais. In: CABALLO, V. E.; SIMON, M. A. (Orgs.). **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos específicos**. São Paulo: Santos, 2005. p. 417-443.
- MATOS, M. B. et al. Stressor events in the family environment that are indicative of mental health problems in children of school age. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2157-2163, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000702157&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 ago. 2015.
- MCKINNEY, C.; RENK, K. Differential parenting between mothers and fathers: implications for late adolescents. **J. Fam. Issues**, New York, v. 9, n. 6, p. 806-827, 2008.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MONDIN, E. M. C. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 26, n. 54, p. 233-244, 2008.
- MONTANDON, C. As práticas educativas parentais e a experiência das crianças. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 485-507, 2005.
- MORAIS, N. A. **Trajetórias de vida de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social: entre o risco e a proteção**. 2009. 241 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- MOREIRA, C. **Estilos Educativos e posturas parentais face aos estudos, estratégias de estudo, metas acadêmicas e auto-conceito de alunos de 7º ano de escolaridade**. 2008. 158f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2008.
- MORRIS, A. S. et al. **Parenting research and themes: what we have learned and where to go next**. Washington: American Psychological Association, 2013. p. 35-58.
- MOTTA, D. et al. Práticas educativas positivas favorecem o desenvolvimento da empatia em crianças. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 523-532, 2006.
- NASCIMENTO, C. T.; BRANCHER, V. R.; OLIVEIRA, V. F. A construção do conceito

de infância: algumas interlocuções históricas e sociológicas. **Contexto & Educação**, Ijuí, v. 23, n. 79, p. 47-63, 2013.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH). **Estatísticas desordens mentais na infância**. 2010. Disponível em: <<http://nimh.nih.gov/health/topics/child-and-adolescent-mental-health/>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

MRAZEK, P.; HAGGERTY, R. J. Reducing risks for mental disorders. **Frontiers for preventive intervention research**. Committee on prevention of mental disorders. Washington, DC: Institute of Medicine - National Academy Press, 1994.

OL DERSHAW, L.; WALTERS, G. C.; HALL, D. K. Control strategies and noncompliance in abuse mother-child yards: an observational study. **Child Dev.**, Chicago, v. 57, p. 722-732, 1986.

OLIVEIRA, E. A. et al. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança - 2001. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

OWEN, J. A. P.; MIRZA, K. A. H.; GOODMAN, R. Validating screening tool in malayalam for mental disorders. **Indian J. Pediatric.**, Calcutta, v. 82, n.7, p. 595-600, July 2015.

PACHECO, J. T. B.; SILVEIRA, L. M. O. B.; DE ALMEIDA SCHNEIDER, A. M. Estilos e práticas educativas parentais: análise da relação perspectiva dos adolescentes. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 1, 2008.

PADOVANI, R. C.; WILLIAMS, L. C. A. Estilo parental de origem e ansiedade em homens com histórico de agressão à parceira. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 16, n. 3, p. 263-269, dez. 2011.

PAULA, C. S. et al. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN- RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Orgs.).

Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 75-92.

PATTERSON, G. et al. **Antisocial boys.** OR: Castalia Publishinh Company, 1992.

PATIAS, N. D.; SIQUEIRA, A. C.; DIAS, A. C. G. Bater não educa ninguém! Práticas educativas parentais coercitivas e suas repercussões no contexto escolar. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 981-996, 2012.

PETRESCO, S. et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.**, Berlin, v. 49, n. 6, p. 975-983, 2014. Disponível em: <<http://download.springer.com/static/pdf/651/art%253A10.1007%252Fs00127-014-0826-z.pdf?>>. Acesso em: 24 ago. 2015.

PETTIT, G. et al. Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. **Child Dev.**, Chicago, v. 72, n. 2, p. 583-598, 2001.

PINHEIRO, D. P. N. **Estilo parental:** uma análise qualitativa. 2003.136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Setor de Ciências Humanas Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

POLANCZYK, G. V. et al. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **J. Child Psychol. Psychiatry Allied Discipl.**, Baltimore, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Essentials of nursing research.** 6th ed. Philadefia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

RAMIRES, V. R. R. et al. Saúde mental de crianças no Brasil: uma revisão de literatura. **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 311-322, 2009.

REPPOLD, C. T. **Estilo parental percebido e adaptação psicológica de adolescentes adotados.** 2001. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

REPPOLD, C. T. et al. Prevenção de problemas de comportamento e o desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. (Org.).

Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 9-51.
REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; HUTZ, C. Comportamento agressivo e práticas disciplinares parentais. In: HUTZ, C. (Org.). **Violência e risco na infância e adolescência:** pesquisa e intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 9-42.

RESCORLA, L. A. et al. Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. **J. Emot. Behav. Disord.**, Austin, v. 15, n. 3, p.130-142, 2007.

ROBERTS, R. E.; ROBERTS, C. R, XING, Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 41, n. 11, p. 959-967, 2007.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **Br. J. Psychiatr.**, London, v. 147, p. 598-611, 1985.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **Am. J. Orthopsychiatr.**, New York, v. 57, p. 316-331, 1987.

RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: ROLF, J. et al. (Eds.). **Risk and protective factors in the development of psychopathology.** New York: Cambridge University Press, 1996. p. 181-214.

RUTTER, M.; TAYLOR, E. **Child and adolescent psychiatry.** Oxford: Blackwell Publishing, 2002.

RUTTER, M. Environmentally mediated risks for psychopathology: research strategies and findings. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.**, Baltimore, v. 44, n. 1, p. 3-18, 2005.

SÁ, D. G. F. et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência. **Psicol. Teor. Pesqui.**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2010.

SABBAG, G. M. **Validação externa do inventário de estilos parentais:** um estudo de caso com duas famílias de risco. 2003. 95 f. Monografia (Curso de Psicologia) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2003.

SACROISKY, G. Maltrato físico: um problema de salud que nos involucra. **Arch.**

Argent. Pediatr., Buenos Aires, v. 10, n. 1, p. 64-72, 2003.

SAKURAMOTO, S. M.; SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 38, p. 169-178, abr./jun. 2014.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 187-95, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 20 jul. 2015.

SAMPAIO, I. T. A. Práticas educativas parentais, gênero e ordem de nascimento dos filhos: atualização. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 144-152, 2007.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de Estilos Parentais (IEP) - Gomide (2006) percurso de padronização e normatização. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 25, n. 48, p. 15-26, 2007.

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.

SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Problemas comportamentais e emocionais de escolares segundo o gênero. **Arqui. Bras. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 102-116, 2014.

SIMONS, R. L. et al. A cross-cultural examination of the link between corporal punishment and adolescent antisocial behavior. **Criminol.**, London, v. 38, n.1, p. 47-80, 2000.

SMITH, E. D.; MOSBY, G. Jamaican child-rearing practices: the role of corporal punishment. **Adolescence.**, Roslyn Heights, v. 38, p. 369-81, 2003.

STATTIN, H.; KERR, M. Parental monitoring: a reinterpretation. **Child Dev.**, Chicago, v. 71, p. 1072-1085, 2000.

TEIXEIRA, M. A. P.; BARDAGI, M. P.; GOMES, W. B. Refinamento de um instrumento para avaliar responsividade e exigência parental percebidas na adolescência. **Aval. Psicol.**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1-12, 2004.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNDERWOOD, L. A.; FALWELL, S. H. Screening and assessing co-occurring disorders. **Corrections Today**, New York, v. 64, n. 3, p. 22-23, 2002.

VIERHAUS, M.; LOHAUS, A.; SCHMITZ, A.-K. Sex, gender, coping, and self-efficacy: mediation of sex differences in pain perception in children and adolescents. **Eur. J. Pain**, London, v. 15, n. 6, p. 621-628, 2011.

VINOCUR, E.; PEREIRA, H. V. F. S. Avaliação dos Transtornos do Comportamento na Infância. **Revista HUP.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 26-34, 2011.

VITOLO, Y. L. C. et al . Crenças e atitudes educativas dos pais e problemas de saúde mental em escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 716-724, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2015.

WEBER, L. N. D. **Laços de ternura: pesquisa e histórias de adoção**. Curitiba: Santa Mônica, 1998

WEBER, L. N. D. **Eduque com carinho: equilíbrio entre amor e limites**. 2. ed. Rev. atual. Curitiba: Juruá, 2007.

WEBER, L. N. D.; KOSSOBUDSKY, L. H. M. **Filhos da solidão**. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1996.

WEBER, L. N. D.; PRADO, P. M.; VIEZZER, A. P. Identificação de estilos parentais: o ponto de vista dos pais e dos filhos. **Psicol. Reflex. Crític.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 323-331, 2004.

WEBER, L. N. D.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como prática educativa. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 2, p. 227-237, 2004.

WEBER, L. et al. Identificação de Estilos Parentais: O ponto de vista dos pais e dos filhos. *Psicologia*. **Reflexão Crític.**, Porto Alegre, v.17, n.3, p.323-331, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Caring for children and adolescents with mental disorders**. Setting WHO Directions. Geneva: World Health

Organization, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Child and adolescent mental health policies and plans**. Mental health policy and service guidance package. Geneva, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Caring for children and adolescents with mental disorders**: setting WHO Directions. Geneva: WHO, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental health**: a state of well-being. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/features>>. Acesso em: 15 maio 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); INTERNATIONAL SOCIETY FOR PREVENTION OF CHILD ABUSE AND NEGLECT (IPSCAN). **Preventing child maltreatment**: a guide to taking action and generating evidence, 2006. Disponível em: <<http://www.ispcan.org/publications.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

WRIGHT, J. P.; CULLEN, F. T. Parental efficacy and delinquent behavior: do control and support matter? **Criminol.**, London, v. 39, n. 3, p. 677-705, 2001.

ZAHN-WAXLER, C.; SHIRTCLIFF, E.A.; MARCEAU, K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. **Ann. Rev. Clin. Psychol.**, Palo Alto, v. 4, p. 275-303, 2008.

APÊNDICE A- Autorização do secretário municipal de saúde

Carta de Autorização

Alfenas, junho de 2013.

Ilmo Sr.
Kleuber Batista Rocha
Secretário Municipal de Saúde

Eu, Cláudia Umbelina Baptista Andrade, enfermeira e professora de Universidade José do Rosário Vellano e aluna do Programa de Pós graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho, estou realizando uma pesquisa intitulada: "Saúde Mental na Infância e Estilos Parentais", com o objetivo de identificar os principais problemas de saúde mental de crianças na faixa etária de 7 a 12 anos e os estilos parentais apresentados pelas famílias.

Solicito sua autorização para levantamento dos dados e realização da pesquisa e abordagem junto às famílias (crianças de 7 a 12 anos e seus responsáveis) cadastradas nos Programas de Saúde da Família do município.

Esclareço que serão obedecidas as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato das crianças e seus respectivos responsáveis.

Desde já agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.

Atenciosamente,

Cláudia Umbelina Baptista Andrade

Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho

Kleuber Batista Rocha
Secretário Municipal de
Saúde de Alfenas

Contato: e-mail: claudia.andrade@usp.br. Pelo telefone: 35-3292-1597. No endereço:
Avenida Bandeirantes, 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto

APÊNDICE B- Autorização do coordenador das Unidades de Saúde da Família

Carta de Autorização

Alfenas, junho de 2013

Ilmo Sr.
Maurício Durval de Sá
Coordenador do Programa de Saúde da Família

Eu, Cláudia Umbelina Baptista Andrade, enfermeira e professora de Universidade José do Rosário Vellano e aluna do Programa de Pós graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho, estou realizando uma pesquisa intitulada: "Saúde Mental na Infância e Estilos Parentais", com o objetivo de identificar os principais problemas de saúde mental de crianças na faixa etária de 7 a 12 anos e os estilos parentais apresentados pelas famílias.

Solicito sua autorização para levantamento dos dados e realização da pesquisa e abordagem junto às famílias (crianças de 7 a 12 anos e seus responsáveis) cadastradas nos Programas de Saúde da Família do município.

Esclareço que serão obedecidas as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos, sendo preservado o anonimato das crianças e seus respectivos responsáveis.

Desde já agradecemos a atenção dispensada a nossa solicitação.

Atenciosamente,

Cláudia Umbelina Baptista Andrade

Profª Drª Ana Maria Pimenta Carvalho

Maurício Durval de Sá
Coordenador do Programa de Saúde da Família
Secretaria Municipal de Saúde
CPF 045.317.986-59

Contato: e-mail: claudia.andrade@usp.br. Pelo telefone: 35-3292-1597. No endereço:
Avenida Bandeirantes, 3900, Campus da USP, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

APÊNDICE C –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Decreto 93.933 de 14/01/1987, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado (a) Senhor(a)

Você está convidado a participar como voluntário de um projeto de pesquisa denominada: “Saúde Mental na Infância e Estilos Parentais” que tem o objetivo de verificar a prevalência de problemas de saúde mental em crianças de 6 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade e a maneira como os pais educam seus filhos o que pode colaborar com a identificação precoce de problemas de saúde mental nas crianças. Meu nome é Cláudia Umbelina Baptista Andrade, sou professora na Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) e aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica, nível doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para participar deste projeto de pesquisa você precisará responder três questionários que tratam: da saúde emocional da criança, sobre a maneira que você educa a criança pela qual você é responsável e as condições econômicas da família. Para responder cada questionário você levará em torno de 7 minutos.

O desenvolvimento de estudos deste tipo que buscam identificar como está a saúde mental de seus filhos favorece o planejamento e a implantação de políticas públicas de saúde que favorecem a prevenção de problemas de saúde. Este estudo não oferecerá nenhum risco a você à criança a qual é responsável. Se durante a entrevista você se sentir desconfortável em responder a qualquer pergunta, estarei disponível para esclarecer e conversar com você.

Sua participação não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento. Garantimos que todas as informações serão confidenciais e sua privacidade será preservada. Todas as informações serão apresentadas para fins exclusivos da tese de doutorado e os dados gerados serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não. Nenhum participante da pesquisa será identificado, de maneira alguma.

Você não terá nenhum tipo de despesa durante a participação da pesquisa e também não receberá nenhuma forma de remuneração. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Eu _____, RG _____

abaixo assinado(a), responsável pelo menor _____

estou ciente em participar do projeto de pesquisa que está sendo realizado com responsáveis por crianças de 6 a 11 anos, 11 meses e 29 dias de idade visando identificar problemas de saúde mental infantil e a maneira como as crianças são educadas. Declaro estar ciente: do objetivo do projeto, a segurança de que eu e a criança por quem sou responsável não seremos identificados que será mantido em sigilo todas as informações que prestarei, de que caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos deste projeto poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável nos telefones (35)-99030831e (35)-32921597, ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (órgão responsável por avaliar os projetos colaborando para manter a ética na pesquisa que envolve seres humanos), no endereço Avenida dos Bandeirantes 3900, de segunda a sexta-feira de 08 às 17 horas ou pelo telefone (16)-36023386, a fim esclarecê-las, de que não serei remunerado pela participação do projeto, e terei liberdade em recusar a qualquer momento a minha participação. Declaro ainda que concordo em participar desse estudo e que recebi uma via assinada pelo pesquisador deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Alfenas, _____ de _____ de 201 .

Assinatura do responsável

Assinatura do pesquisador

ANEXO A- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Par)

Pa 4-16

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis ... com outras crianças	☐	☐	☐
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	☐	☐	☐
Frequentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral, é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo	☐	☐	☐
É gentil com crianças mais novas	☐	☐	☐
Frequentemente engana ou mente	☐	☐	☐
Outras crianças 'pegam no pé' ou atormentam-no	☐	☐	☐
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)	☐	☐	☐
Pensa nas coisas antes de fazê-las	☐	☐	☐
Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares	☐	☐	☐
Se dá melhor com adultos do que com outras crianças	☐	☐	☐
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	☐	☐	☐
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	☐	☐	☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a página. Há mais algumas perguntas no outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "Sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho/a em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	☐	☐	☐	☐
AMIZADES	☐	☐	☐	☐
APRENDIZADO ESCOLAR	☐	☐	☐	☐
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	☐	☐	☐	☐

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma) Data

Mãe/pai/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO B- Critério de Classificação Econômica Brasil

CRITÉRIO
DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013

A dinâmica da economia brasileira, com variações importantes nos níveis de renda e na posse de bens nos domicílios, representa um desafio importante para a estabilidade temporal dos critérios de classificação socioeconômica. Em relação ao CCEB, os usuários têm apresentado dificuldades na manutenção de amostras em painel para estudos longitudinais. As dificuldades são maiores na amostragem dos estratos de pontuação mais baixa.

A ABEP vem trabalhando intensamente na avaliação e construção de um critério que seja fruto da nova realidade do país. Porém, para que os estudos produzidos pelos usuários do Critério Brasil continuem sendo úteis ao mercado e mantenham o rigor metodológico necessário, as seguintes recomendações são propostas às empresas que tenham estudos contínuos, com amostras em painel:

- A reclassificação de domicílios entre as classe C2 e D deve respeitar uma região de tolerância de 1 ponto, conforme descrito abaixo:
 - Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe D --> são reclassificados como C2, apenas no momento em que atingirem 15 pontos;
 - Domicílios classificados, no momento inicial do estudo, como classe C2 --> são reclassificados como D, apenas no momento em que atingirem 12 pontos;
 - O momento inicial de estudos desenvolvidos a partir de amostra mestra é o da realização da amostra mestra;
 - O momento inicial de estudos desenvolvidos sem amostra mestra é o da primeira medição (onda) do estudo.

IMPORTANTE: As alterações descritas acima são apenas para os estudos que usem amostras contínuas em painéis. Estudos *ad hoc* e estudos contínuos, com amostras independentes, devem continuar a aplicar o Critério Brasil regularmente.

Outra mudança importante no CCEB é válida para todos os estudos que utilizem o Critério Brasil. As classes D e E devem ser unidas para a estimativa e construção de amostras. A justificativa para esta decisão é o tamanho reduzido da classe E, que inviabiliza a leitura de resultados obtidos através de amostras probabilísticas ou por cotas, que respeitem os tamanhos dos estratos.

A partir de 2013 a ABEP deixa de divulgar os tamanhos separados destes dois estratos.

Finalmente, em função do tamanho reduzido da Classe A1 a renda média deste estrato deixa de ser divulgada. Assim, a estimativa de renda média é feita para o conjunto da Classe A.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ANEXO C- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 276/2013

Ribeirão Preto, 20 de novembro de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 20 de novembro de 2013.

Protocolo: 18113313.9.0000.5393

Projeto: Saúde mental na infância e estilos parentais.

Pesquisadores: Ana Maria Pimenta Carvalho
Cláudia Umbelina Baptista Andrade

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Ana Maria Pimenta Carvalho
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP