UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUCIRLEY GUIMARÃES DE SOUSA ARAÚJO

Relação entre comportamento na infância e a vulnerabilidade social na
cidade de Belo Horizonte - MG

São Paulo
2010

LUCIRLEY GUIMARÃES DE SOUSA ARAÚJO

**Relação entre comportamento na infância e a vulnerabilidade
social na cidade de Belo Horizonte - MG**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Titular Dra. Edwiges
Ferreira de Mattos Silveiras

São Paulo

2010

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.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Araújo, Lucirley Guimarães de Sousa.

Relação entre comportamento na infância e a vulnerabilidade social na cidade de Belo Horizonte - MG / Lucirley Guimarães de Sousa Araújo; orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras. -- São Paulo, 2010.

121 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Comportamento 2. Infância 3. Vulnerabilidade 4. Avaliação I. Título.

QL751

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Araújo, Lucirley Guimarães de Sousa

Título: Relação entre comportamento na infância e a vulnerabilidade social na cidade de Belo Horizonte – MG

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Titular Dra. **Edwiges Ferreira de Mattos Silvaes**

Instituição: Universidade de São Paulo Assinatura: _____

Prof. Dr. **Francisco Baptista Assumpção Júnior**

Instituição: Universidade de São Paulo Assinatura: _____

Dra. **Márcia Helena da Silva Melo**

Instituição: Consultório Particular Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sônia e Paulinho,
que sempre me ensinaram que
humildade e caráter
vêm antes de todas as coisas.

AGRADECIMENTOS

Felizes os que têm o hábito de agradecer, pois a gratidão é um parente próximo de amizade!

Agradeço a Deus pela saúde e coragem na realização de um sonho que parecia tão distante.

Aos meus pais, Sônia e Paulinho, por serem alicerce de minha educação e o apoio em todos os passos.

Ao meu irmão, Vianey, meu primeiro modelo de estudo, amizade e valores.

À minha avó Joana e todos os demais familiares, pelas orações e torcida.

À minha namorada, Carine, presente de Deus em minha vida, amor e auxílio incondicional nas horas mais difíceis desta caminhada.

Às professoras da graduação na UFMG, Sônia Castanheira e Carmen Flores, pela formação profissional e amizade sincera.

Ao professor Lincoln Coimbra e as estagiárias Clarissa, Karina, Isabela e Vanessa, da UFMG, pela confiança e trabalho incansável nas coletas da pesquisa.

À Marina Monzani, pela amizade sincera e competência em tantas situações de apoio ao meu trabalho.

À Vivi, minha orientadora, pela sabedoria e competência de me ensinar a arte de ser um pesquisador.

Ao Rodrigo Pereira, pela leitura e considerações tão cuidadosas deste trabalho.

À CAPES pelo apoio à pesquisa como bolsista de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da USP.

Às professoras, aos pais e toda equipe pedagógica das escolas municipais Anne Frank e Prof. Amilcar Martins, em Belo Horizonte, por tornarem viável a realização deste trabalho e contribuir voluntariamente para o crescimento da ciência.

Aos demais amigos da USP, UFMG, Belo Horizonte, Sete Lagoas, meu obrigado sincero acompanhado das lágrimas de quem alcança um sonho!

EPÍGRAFE

“O mundo precisa daqueles que
conseguem produzir pérolas
em situações de extrema dificuldade”

Pe. Fábio de Melo.

RESUMO

Araújo, Lucirley Guimarães de Sousa (2010). Relação entre comportamento na infância e a vulnerabilidade social na cidade de Belo Horizonte – MG. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O campo de estudo dos primeiros anos da vida escolar da criança ainda é carente de novas investigações. Resultados de pesquisas têm demonstrado que o desenvolvimento de competências e a exposição a situações de adversidade apresentados nessa etapa do desenvolvimento predizem a qualidade do funcionamento social, do sucesso acadêmico e da saúde mental do indivíduo. Nesse contexto, este trabalho buscou verificar a relação entre o nível de vulnerabilidade social e comportamento na infância. Participaram do estudo pais e professores de 248 crianças com idades entre 6 e 11 anos, alunas do primeiro e segundo ciclo do Ensino Fundamental de escolas públicas municipais de Belo Horizonte. Essas escolas situavam-se, respectivamente, em dois bairros com as classes de vulnerabilidade investigadas (I e IV), a partir do Índice de Vulnerabilidade Social da cidade. Os instrumentos utilizados foram o Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes (CBCL/6-18), respondido pelos pais, e o Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para os Professores (TRF/6-18). A análise dos dados incluiu comparações entre médias de escores T (Teste T de Student ou Mann Whitney U) para as duas amostras de vulnerabilidade nas escalas de competências (CBCL), funcionamento adaptativo (TRF) e problemas de comportamento (CBCL e TRF); nessas análises foram observadas diferenças entre os sexos e as faixas etárias (alunos mais jovens – 6 a 8 anos; alunos mais velhos – 9 a 11 anos); avaliou-se também o nível de concordância entre pais e professores quanto ao perfil comportamental das crianças para os mesmos grupamentos de escalas (Teste T Pareado e Teste de Correlação de Pearson). Os resultados indicaram baixos índices de competência no desempenho de atividades fora do ambiente escolar para as duas amostras de vulnerabilidade, com médias piores para o sexo masculino. Houve baixo nível de concordância entre pais e professoras, sempre com os cuidadores informando maior intensidade e frequência nos problemas de comportamento. Entretanto, notou-se maior concordância entre os informantes para as amostras da região de menor vulnerabilidade, com as médias do relato parental da área mais vulnerável configurando muito próximo do perfil da amostra normativa americana encaminhada. Já o relato das professoras as crianças mantiveram perfil semelhante ao da amostra normativa americana não encaminhada, independente do nível de vulnerabilidade da vizinhança. Os dados permitiram concluir que, para as amostras investigadas, a falta de acesso social a condições básicas de sobrevivência mantém relação com o aumento da discordância entre pais e professores sobre o comportamento das crianças. Sugere-se que novos trabalhos verifiquem se o baixo índice de atividades encontrado para as amostras das duas regiões é uma característica específica de crianças belorizontinas, alunas de escolas públicas, ou se da cultura brasileira.

Palavras-chave: Comportamento. Infância. Vulnerabilidade. Avaliação.

ABSTRACT

Araújo, Lucirley Guimarães de Sousa (2010). Relationship among behavior in the childhood and the social vulnerability in the city of Belo Horizonte – MG. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The study of the first years of the child's school life is still a lacking field of new investigations. Research results have been demonstrating that the development of competences and the exhibition to adversity situations presented in that stage of the development they predict about the quality of the social operation, of the academic success and of the individual's mental health. In that context, this work search to verify the relationship between the level of social vulnerability and behavior in the childhood. The participants are parents and 248 children's teachers with ages among 6 and 11 years, students of the first and second cycle of the Fundamental Teaching of municipal public schools of Belo Horizonte. Those schools represent, respectively, the two classes of investigated vulnerability (I and IV), starting from the Índice de Vulnerabilidade Social of the city. The used instruments are Child Behavior Checklist (CBCL/6-18), applied to parents, and Teacher Report Form (TRF/6-18). The analysis of data includes comparisons among averages of T scores (T of Student Test or Mann Whitney U Test) for the two vulnerability samples in competence scales (CBCL), adaptative functioning (TRF) and behavior problems (CBCL and TRF); in those analyses differences are observed between the sexes and the age groups (younger students - 6 to 8 years; older students - 9 to 11 years); it is also evaluated the agreement level between parents and teachers with relationship to the children's profile behavioral for the same groups of scales (T Linked Test and Pearson's Correlation Test). The results indicate low competence indexes out in the acting of activities of the school atmosphere for the two vulnerability samples, with worse averages for the boys. There is low agreement level between parents and teachers, always with the caretakers informing larger intensity and frequency in the problems of behavior. However, it is noticed larger agreement among the informers for the samples of the area of smaller vulnerability, with the averages of parental reports of the most vulnerable area configuring very close of the American normative referred sample' profile. Already the teachers' report children maintain similar profile to the American normative sample not referred, independent of the neighborhood vulnerability. The data allow to end that, for the investigated samples, the lack of social access to basic conditions of survival maintains relationship with the increase of the disagreement between parents and teachers about the children's behavior. It is suggested that new works verify the low index of activities found for the two area samples, observing if it is a specific characteristic of Belo Horizonte children, public schools students, or if our Brazilian culture.

Keywords: Behavior. Childhood. Vulnerability. Assessment.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01 Resumo das faixas limítrofe e clínica nos perfis do ASEBA
- Figura 02 Dados sócio-demográficos das amostras de CBCL das duas regiões de vulnerabilidade
- Figura 03 Dados sócio-demográficos das amostras de TRF das duas regiões de vulnerabilidade

LISTA DE TABELAS

Tabela 01	Composição do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e ponderações
Tabela 02	Classificação das unidades de planejamento de Belo Horizonte de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social
Tabela 03	Distribuição da amostra conforme a área em que a escola está localizada e o número de respostas por instrumento
Tabela 04	Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de competências da amostra de CBCL da região de alta vulnerabilidade
Tabela 05	Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de competências da amostra de CBCL de alta vulnerabilidade
Tabela 06	Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região de alta vulnerabilidade
Tabela 07	Comparação entre as médias dos escores T crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região de alta vulnerabilidade
Tabela 08	Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de competências da amostra de CBCL da região de baixa vulnerabilidade
Tabela 09	Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de competências da amostra de CBCL da região de baixa vulnerabilidade
Tabela 10	Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região de baixa vulnerabilidade

Tabela 11	Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de região menos vulnerável
Tabela 12	Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de competências da amostra de CBCL das duas regiões de vulnerabilidade
Tabela 13	Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL das duas regiões de vulnerabilidade
Tabela 14	Comparação entre os escores T de meninos e meninas para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade
Tabela 15	Comparação entre os escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade
Tabela 16	Comparação entre os escores T de crianças meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade
Tabela 17	Comparação entre os escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade
Tabela 18	Comparação entre os escores T de meninos e meninas para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade
Tabela 19	Comparação entre os escores T de alunos mais jovens e mais velhos para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade
Tabela 20	Comparação entre os escores T de meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade

Tabela 21	Comparação entre os escores T de alunos mais jovens e mais velhos para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de vulnerabilidade
Tabela 22	Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de funcionamento adaptativo das amostras de TRF das duas regiões de vulnerabilidade
Tabela 23	Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de problemas de comportamento das amostras de TRF das duas regiões de vulnerabilidade
Tabela 24	Comparação entre as médias de escores T para as escalas de problemas de comportamento entre as amostras de CBCL e TRF da região de alta vulnerabilidade
Tabela 25	Análise de correlação entre as médias dos escores T para as escalas de competências do CBCL e funcionamento adaptativo do TRF das amostras da região de alta vulnerabilidade
Tabela 26	Comparação entre as médias de escores T para as escalas de problemas de comportamento entre as amostras de CBCL e TRF da região de baixa vulnerabilidade
Tabela 27	Análise de correlação entre as médias dos escores T para as escalas de competências do CBCL e funcionamento adaptativo do TRF das amostras da região de baixa vulnerabilidade

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADM	Assessment Data Manager (Software Gerenciador de Dados de Avaliação)
APA	American Psychiatric Association (Associação Americana de Psiquiatria)
ASEBA	Sistema de Avaliação Baseada em Evidências
ASR	Questionário de Auto-Avaliação para Adultos
BVS – Psi	Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia
C	Escore T na faixa clínica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CBCL	Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes
CEPH-IP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
CID	Classificação Internacional das Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECOSOC	Conselho Econômico e Social
FAO	Organização das Nações Unidas da Agricultura e Alimentação
H_0	Hipótese nula
H_1	Hipótese alternativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Urbano
IEX	Índice de Exclusão Social
ILH	Índice de Liberdade Humana
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – Paraná
IP/USP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
IQVU	Índice de Qualidade de Vida Urbana
ISSQV	Índice Sintético de Satisfação da Qualidade de Vida
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
L	Escore T na faixa limítrofe
MG	Minas Gerais
N	Tamanho da Amostra
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PUC Minas	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Q	Coefficientes de correlação
TMM5	Taxa de Mortalidade de Menores de Cinco Anos
TOF	Formulário de Observação em Situação de Teste
TRF	Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para Professores
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UP	Unidade de Planejamento
USP	Universidade de São Paulo
VS	Vulnerabilidade Social
YSR	Inventário de Auto-Avaliação para Jovens
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	Carta Convite para a Escola
Anexo II	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Direção da Escola
Anexo III	Carta Convite aos Pais ou Cuidadores
Anexo IV	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais ou Cuidadores
Anexo V	Carta Convite aos Professores
Anexo VI	Carta com o Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – CEPH-IP/USP

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	22
1.1	AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA: RAZÕES E MODELOS	22
1.1.1	Por que avaliar	22
1.1.2	Sistemas de avaliação e a preocupação com a infância	23
1.1.3	Sistema Achenbach de Avaliação Baseada em Evidências (ASEBA)	25
1.2	PANORAMA DOS ESTUDOS SOBRE VIZINHANÇA	29
1.2.1	Modelos explicativos	29
1.2.2	Designs mais usados	31
1.2.3	A relação com o comportamento na infância	33
1.3	INDICADORES SOCIAIS: UM BREVE HISTÓRICO E SIGNIFICADO	37
1.3.1	O cenário internacional	37
1.3.2	Panorama nacional	39
1.3.3	Por que trabalhar com um indicador de vulnerabilidade social em Psicologia	43
2	JUSTIFICATIVAS	45
2.1	CIENTÍFICA	45
2.2	SOCIAL	45
3	OBJETIVOS	46

3.1	GERAL	46
3.2	ESPECÍFICOS	46
4	MÉTODO	49
4.1	COLABORADORES	49
4.2	PARTICIPANTES	49
4.3	A ESCOLHA DAS ESCOLAS	50
4.4	INSTRUMENTOS	51
4.4.1	Instrumentos de Avaliação	51
4.4.1.1	Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – CBCL	51
4.4.1.2	Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para Professores – TRF	53
4.4.2	Carta convite para a Escola	54
4.4.3	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Direção da Escola	54
4.4.4	Carta Convite aos Pais ou Cuidadores	54
4.4.5	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais ou Cuidadores	54
4.4.6	Carta Convite aos Professores	55
4.5	PROCEDIMENTOS	55
4.5.1	Treinamento da equipe	55
4.5.2	Contatos e coletas nas escolas	55
4.5.2.1	Região de alta vulnerabilidade social	55
4.5.2.2	Região de baixa vulnerabilidade social	56
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	57

5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA	58
5.1.1	Amostras de TRF	58
5.1.2	Amostras de CBCL	60
5.2	ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE CBCL DA REGIÃO DE ALTA VULNERABILIDADE	63
5.2.1	Escala de Competências	63
5.2.2	Escala de Problemas de Comportamento	66
5.3	ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE CBCL DA REGIÃO DE BAIXA VULNERABILIDADE	69
5.3.1	Escala de Competências	69
5.3.2	Escala de Problemas de Comportamento	71
5.4	ANÁLISE INFERENCIAL COMPARATIVA ENTRE AS AMOSTRAS DE CBCL DAS DUAS REGIÕES	73
5.4.1	Escala de Competências	73
5.4.2	Escala de Problemas de Comportamento	74
5.5	ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE TRF DA REGIÃO DE ALTA VULNERABILIDADE	76
5.5.1	Escala de Funcionamento Adaptativo	76
5.5.2	Escala de Problemas de Comportamento	77
5.6	ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE TRF DA REGIÃO DE BAIXA VULNERABILIDADE	80
5.6.1	Escala de Funcionamento Adaptativo	80
5.6.2	Escala de Problemas de Comportamento	82
5.7	ANÁLISE INFERENCIAL COMPARATIVA ENTRE AS AMOSTRAS DE TRF DAS DUAS REGIÕES	85
5.7.1	Escala de Funcionamento Adaptativo	85
5.7.2	Escala de Problemas de Comportamento	86

5.8	ANÁLISE INFERENCIAL DO NÍVEL DE CONCORDÂNCIA ENTRE INFORMANTES	88
5.8.1	Região de alta vulnerabilidade	88
5.8.2	Região de baixa vulnerabilidade	91
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
	REFERÊNCIAS	99
	ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

1.1 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA: RAZÕES E MODELOS

1.1.1 Por que avaliar

O Moderno Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa (Editora Melhoramentos, 1998) define avaliar como um processo de “reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de”. Unindo ao verbo destacado o aditivo “ação”, temos a palavra “avaliação” que nos dizeres do mesmo dicionário implica em “apreciação, cômputo, estimação”. Logo, pode-se definir que avaliação seja o processo de apreciar ou estimar uma grandeza ou força desconhecida. Chega-se ao segundo aspecto importante relacionado à avaliação: quem a faz não conhece de antemão os resultados que irá encontrar, embora possua expectativas relacionadas ao fenômeno estudado.

Assim também o fazemos na ciência psicológica. A avaliação prescinde um ponto de partida, expectativas levantadas a partir de uma breve revisão da literatura a respeito das características, causas e relações verificadas nas publicações.

Ao escolher um tema de investigação um pesquisador se atreve a conhecer de perto um aspecto da realidade que pode atender ou não às suas expectativas e isso, por si só, já se constitui em resultado.

Quando o objeto de estudo é o comportamento humano, especialmente na abordagem comportamental, a intenção do psicólogo é identificar circunstâncias ambientais envolvidas no controle dos padrões comportamentais de um indivíduo (Skinner, 1953/1965, 1971, 1974). Dessa forma, ao sistematizar e organizar suas estratégias de levantamento de informações acerca de uma pessoa, grupo ou cultura o pesquisador está realizando uma avaliação. E é baseado nesse processo que ele planeja as intervenções e instrumentos para investir em duas tarefas básicas: tratamento (quando os problemas ou circunstâncias já se encontram instaladas) ou prevenção (caso seja possível alterar circunstâncias problemáticas antes que elas se instalem ou se consolidem).

No campo de pesquisa em psicologia clínica, especialmente, há uma importante distinção: a elaboração de estudos de avaliação visa compreender o funcionamento de uma

questão clínica ainda que a circunstância ou espaço físico de coleta de dados não seja o consultório. O fenômeno clínico transcende o caráter material do local de investigação, podendo ser realizadas pesquisas em locais como escolas (Marturano & Elias, 2006), serviços de saúde (Farias & Schöen-Ferreira, 2006), na comunidade (Silvares, 1996, 2000, 2001) etc.

Por conseguinte, o presente estudo opta pela infância como faixa do desenvolvimento a ser investigada em seu contexto escolar de vizinhança. Segundo o Vocabulário de Terminologias em Psicologia da Biblioteca Virtual em Saúde da Psicologia (BVS – Psi), define-se infância como “o período que compreende as idades entre 0 e 12 anos”. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infância é dividida em duas grandes etapas: a primeira infância (0-6 anos), marcada pelas atividades e rotinas da fase pré-escolar, e a segunda infância (7-12 anos), representada pelos anos elementares da vida escolar (Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 2009).

1.1.2 Sistemas de avaliação e a preocupação com a infância

A preocupação com a saúde mental infantil é um movimento recente da ciência, se comparado a outras linhas de investigação em saúde (Achenbach & Rescorla, 2007a; Belfer & Rohde, 2005; Ribeiro, 2006).

Taxonomias atualmente vigentes na psiquiatria têm seu início com o desenvolvimento de síndromes voltadas a problemas mentais de adultos e não de crianças e adolescentes (Achenbach & Edelbrock, 1978).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM (Associação Psiquiátrica Americana - APA, 2000) e a Classificação Internacional das Doenças – CID (OMS, 1992), por exemplo, surgem nessa linha de pensamento, sendo o primeiro com a função de instrumentalizar o trabalho clínico, e o segundo, com a finalidade de padronizar internacionalmente os diagnósticos físicos e psiquiátricos (Achenbach & Rescorla, 2007a).

Classificações nosológicas como as apresentadas no DSM (APA, 2000) e na CID (WHO, 1992) pertencem a um modelo classicamente intitulado “*top-down*” (ou sistema de avaliação baseado em diagnósticos), no qual os critérios de classificação são definidos “de cima para baixo”. Pesquisadores considerados *experts* em cada circunstância clínica abordada são indicados para formar uma comissão de especialistas que define conceitos centrais responsáveis por caracterizar as linhas gerais de cada transtorno. Com base em discussões

dessa comissão acerca desses conceitos são desenvolvidas as categorias diagnósticas e seus padrões clínicos esperados.

Entretanto, faz-se importante salientar que esse modelo surge em um contexto conflitivo dentro da história da psiquiatria. Achenbach e Edelbrock (1978) relembram que até os anos 50, as únicas categorias reservadas aos transtornos mentais infantis no DSM – I (APA, 1952) eram “reação de ajustamento” e “esquizofrenia infantil”, sendo esta última fortemente influenciada pelo trabalho de Kraepelin (1883, citado por Achenbach & Edelbrock, 1978) ainda ao final do século XIX.

Não obstante, nos anos 60 e 70 as queixas pela inclusão de mais informações sobre a psicopatologia infantil permanecem cada vez mais fortes na psiquiatria, resultando, entre outros aspectos na inclusão de algumas classificações no DSM-II (APA, 1968). Nessa edição, são adicionadas categorias comportamentais de reação infantil, tais como: “comportamento hipercinético”, “ansiedade excessiva”, “agitação excessiva”, “falta de socialização e agressividade” e “grupo de reações delinquentes”. Todas elas constituíam-se em classificações baseadas em uma mistura de inferências teóricas e descrições de comportamento, sem um modelo de operacionalização das mesmas (Achenbach & Edelbrock, 1978).

Em 1980, a publicação do DSM-III dá início a um novo modelo de classificações publicadas pela APA que se diferencia das versões anteriores (DSM-I e DSM-II) pelos seguintes aspectos:

- a) inclusão de definições operacionais que especificam os critérios a serem observados para a realização do diagnóstico;
- b) inclusão de mais categorias diagnósticas voltadas ao público infantil (e.g. “transtornos de ajustamento”, “transtornos de ansiedade”, “transtornos depressivos”, “transtornos disruptivos” e “transtornos alimentares”), revisadas e acrescentadas nas versões posteriores (APA, 1987, 1994, 2000) de classificações como transtornos invasivos do desenvolvimento, transtornos de eliminação etc;
- c) inclusão de cinco eixos diagnósticos, sendo os três primeiros considerados os mais importantes para o eixo da avaliação: Eixo I – Transtornos clínicos e outras condições que mereçam foco da atenção clínica; Eixo II – Transtornos de Personalidade e Retardo Mental; Eixo III – Condições médicas gerais; Eixo IV – Problemas ambientais e psicossociais e Eixo V – Avaliação global do funcionamento.

Mesmo com todas essas inovações, como ressaltam Achenbach e Rescorla (2007), o modelo DSM não responde a outra necessidade quando se trabalha especialmente com o

público infantil: definir operacionalmente formas de avaliação que demonstrem o quanto de um critério diagnóstico é ou não encontrado na população, permitindo inclusive a contextualização do diagnóstico de acordo com a cultura na qual o indivíduo sobrevive.

Nessa conjuntura, entre os anos 60 e 70 começa a se consolidar outro modelo de avaliação denominado “*bottom-up*” (“de baixo para cima”) também chamado de avaliação empiricamente baseada. Nesse sistema são coletados dados de múltiplos informantes que convivem com crianças em diversos contextos (família, escola, serviços de saúde etc) e, com base nessas informações, são realizadas análises estatísticas que resultam em síndromes de problemas de comportamento (Achenbach & Rescorla, 2007a; Arseneault, Moffitt, Caspi, Taylor, Rijdsdijk et al., 2003; Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer & Maughan, 2007; Holmbeck, Bachanas, Garber, Miller, Abad et al., 2007; Ferdinand, van der End & Verhulst, 2007; Janssens & Deboutte, 2009; van der Valk, van den Oord, Verhulst & Boomsma, 2001).

Nesse capítulo, em virtude dos instrumentos de avaliação utilizados nesse trabalho, descreve-se o Sistema de Avaliação Baseada em Evidências do Achenbach (ASEBA), embora existam outros instrumentos amplamente destacados na literatura com finalidade semelhante, tais como: *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, *Children’s Global Assessment Scale* e *Conner’s Rating Scales-Revised, Family History Screen* entre outros (Holmbeck et. al, 2007; Youngstrom & Joseph, 2008; Milne, Caspi, Crump, Poulton, Rutter et al., 2008).

1.1.3 Sistema Achenbach de Avaliação Baseada em Evidências (ASEBA)

O Sistema Achenbach de Avaliação Baseada em Evidências (ASEBA) constitui-se num conjunto de instrumentos desenvolvidos para avaliação empírica de síndromes diagnósticas. É amplamente citado na literatura internacional, constituindo-se como o sistema de avaliação psicológica mais usado e pesquisado no mundo (com mais de 6000 publicações científicas em 67 culturas diferentes) (Achenbach & Rescorla, 2004) e traduzido para mais de 70 idiomas (Achenbach & Rescorla, 2007b).

O ASEBA é constituído por uma gama de inventários passíveis de utilização em diversos contextos: clínica, escola, serviços de saúde, entre outros (Achenbach & Rescorla, 2004). São exemplos o Inventário de Auto-Avaliação para Jovens (YSR) (que se encontra em estudo de validação brasileira por Rocha, 2009), o Questionário de Auto-Avaliação para

Adultos (ASR) (com idades entre 18 e 59 anos), o Formulário de Observação em Situação de Teste (TOF) (preenchido por psicólogos em contexto de aplicação de testes), entre outros.

As primeiras versões de três de seus instrumentos (*Child Behavior Checklist – CBCL*, *Youth Self Report – YSR* e *Teacher Report Form – TRF*) surgiram nos anos 60 e 70, com objetivo de identificar empiricamente síndromes encontradas nas versões I e II do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) (APA, 1952, 1968). Foram baseadas em revisões clínicas da literatura e relatos de profissionais. Seus itens incluíam um spectrum de problemas que podem ser relatados por diversos informantes: pais, professores e profissionais da saúde mental. Posteriormente, esses itens foram revisados a partir de uma análise fatorial revelando que os informantes apresentavam em seus relatos mais problemas psiquiátricos que os descritos nas classificações do DSM- I e II.

Nos anos 80, foram realizadas análises fatoriais exploratórias a partir de estudos com grandes populações americanas. Essas análises permitiram a obtenção de normas para as escalas iniciais de competência e síndromes de problemas de comportamento para o CBCL, YSR e TRF (Achenbach, Becker, Dopfner, Heiervang, Roessner et al. 2008).

Na década de 90, estudos realizados com populações clínicas americanas elaboraram análises fatoriais exploratórias que permitiram chegar a oito síndromes, identificadas a partir de comparações de gênero, idade e múltiplos informantes (pais, professores e auto-avaliação) (Achenbach et al., 2008).

Essa mesma linha de pesquisa permitiu a adição no ASEBA, em 1991, de coeficientes de correlação (Q) entre cada tipo de informante: pais, professores, adolescentes. Achenbach, MacConaughy e Howell (1987) realizam um estudo meta-analítico de avaliação de concordância entre múltiplos informantes adultos para as escalas de problemas de comportamento que revelaram baixos coeficientes: $Q = 0,28$ (entre pais, professores, profissionais de saúde mental e observadores); $Q = 0,27$ (entre pais e professores); $Q = 0,22$ (entre auto-avaliação de adolescentes e pais); $Q = 0,60$ (entre adultos que seguiram as mesmas instruções – pais, professores, profissionais da saúde mental e observadores) e $Q = 0,45$, em meta análise realizada por Achenbach, Krukowski, Dumenci e Ivanova (2005) envolvendo auto-avaliação e relatório colateral de presença de psicopatologia em adulto.

Nas análises para a amostra normativa americana, Achenbach & Rescorla (2001) encontraram índice de concordância $Q = 0,25$ entre pais e professores, para as escalas de problemas de comportamento observadas no CBCL e TRF.

Esses resultados deixam claro o aspecto limitante da concordância entre múltiplos informantes. Conforme mencionam Achenbach et. al (2008): “informantes vêem as crianças

em diferentes contextos, interagem de forma diferente com elas, e têm concepções diferentes para julgar e reporter-se às crianças”. Nesse sentido, os autores afirmam que os baixos coeficientes de correlação entre múltiplos informantes (*cross-informant comparisons and correlations*) não apontam erros nos instrumentos, e, pelo contrário, reforçam estatisticamente a observância de que os instrumentos avaliam alguns aspectos em comum (correlação positiva), mas não de maneira sobreposta (baixo índice de correlação). Se o nível de correlação entre os diferentes informantes fosse muito elevado, bastaria a validação de um único instrumento para todos os contextos.

Nessa linha de pesquisa, estudos têm demonstrado que professores são considerados melhores informantes que os pais e os adolescentes, para detectar problemas de atenção e externalização (Achenbach & Rescorla, 2007b; Javo, Roning, Handgard & Rudmin, 2009) e os pais e familiares mais próximos demonstram maior acurácia no relato de aspectos internalizantes (Stevens, Volleberg, Pels & Crijnen, 2005).

Há que se considerar também que toda avaliação obtida a respeito de qualquer indivíduo traz consigo uma chance de erro, sendo, portanto, apenas uma estimativa da “verdade”. Por isso, é importante que as normas sejam entendidas como aproximações do que se é esperado, uma vez que o julgamento do indivíduo pode sofrer alterações de acordo com a ocasião (Achenbach & Rescorla, 2007b).

Em 2001 foi publicada uma revisão das versões do CBCL, YSR e TRF que estabeleceu, a partir de análise fatorial confirmatória, uma atualização das oito síndromes que compõem cada instrumento: Ansiedade/Depressão, Queixas Somáticas, Problemas Sociais, Problemas com o Pensamento, Problemas de Atenção, Comportamentos de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo. Outra análise fatorial também foi realizada no mesmo estudo, organizando algumas dessas síndromes em outras duas escalas totais: Escala de Internalização (composta por Ansiedade/Depressão, Isolamento/Depressão e Queixas Somáticas) e a Escala de Externalização (integrada por Comportamento de Quebrar Regras e Comportamento Agressivo).

Ainda em 2001 foram adicionadas na avaliação dos instrumentos seis escalas orientadas pelo DSM: Transtornos Afetivos, Transtornos de Ansiedade, Queixas Somáticas, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno Desafiador de Oposição e Transtorno de Conduta. Segundo Achenbach et al. (2008) essas escalas são compostas por itens relatados de maneira consistentes por especialistas que verificaram os critérios diagnósticos do DSM-IV em 16 diferentes culturas.

Mantendo versões anteriores dos instrumentos, o CBCL e o YSR permaneceram avaliando além de problemas de comportamento, as competências de crianças e adolescentes, distribuídas em três escalas síndromes: atividades, interações sociais, e desempenho acadêmico (que compõem a escala total de competências). De maneira semelhante, o TRF manteve uma escala total de funcionamento adaptativo, composta por escalas sobre o desempenho acadêmico e características favoráveis, como comportamento adaptativo e grau de esforço no trabalho (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach et al, 2008).

Conforme amostra normativa americana, nos escores obtidos com a aplicação dos inventários ASEBA foram organizados em duas faixas próximas às médias encontradas para a amostra de crianças encaminhadas. A faixa clínica se refere a escores mais próximos dessas médias, enquanto a faixa limítrofe encontra-se um pouco mais distante (Achenbach & Rescorla, 2001). A seguir, a Figura 1 destaca o resumo dessas faixas nos perfis ASEBA.

Figura 1. Resumo das faixas limítrofe e clínica nos perfis do ASEBA. Para dicotomizar entre escores normais e alterados, os usuários podem classificar escores clínicos e limítrofes como alterados. Achenbach e Rescorla (2004).

As novas perspectivas do ASEBA se voltaram para os estudos multiculturais realizados a parte da década de 90 com o intuito de validar e normatizar os instrumentos para diversas culturas. A disposição dos itens para geração de escores se manteve a mesma para todas os idiomas em que os instrumentos se encontram traduzidos (Achenbach & Rescorla, 2007b). As normas multiculturais têm sido organizadas em três grandes grupos: I – sociedades que apresentam os escores médios mais baixos (e.g. China, Alemanha, Japão, Noruega); II – sociedades que apresentam escores médios considerados intermediários (e.g. amostra ASEBA, Estados Unidos, Itália, Israel, Holanda) – único grupo de sociedades nas quais as normas incluem os escores médios esperados para as escalas de competência e funcionamento adaptativo; e III – sociedades que apresentam escores médios elevados (Argélia, Etiópia, Portugal, Porto Rico) (Achenbach & Rescorla, 2007b).

Em 2007, as escalas avaliadas pelo CBCL, TRF e YSR receberam a integração de normas multiculturais no software *Assessment Data Manager* (ADM). Através desse programa são gerados perfis (sob a forma de gráficos) sobre o indivíduo avaliado que situam seus escores em todas as escalas do instrumento preenchido, em relação à amostra normativa escolhida. Além disso, o ADM também oferece uma possibilidade de cruzamento entre os julgamentos de múltiplos informantes, gerando um índice de correção chamado “*cross correlation*”. Esse valor especifica o nível de concordância observado para cada par de respondentes (e.g. pais e professores, pais e adolescentes; professores e adolescentes). Desta forma, os escores brutos obtidos em uma avaliação podem ser comparados aos padrões de diversas culturas, organizadas em três grupos (ou padrões) básicos: sociedades com escores baixos, escores médios, e escores altos. Esse recurso tem permitido a realização de estudos em diversas áreas, como: epidemiologia e saúde pública, taxonomia e diagnóstico, investigações sobre abuso e trauma, estudos longitudinais e de acompanhamento, entre outros.

1.2 PANORAMA DOS ESTUDOS SOBRE VIZINHANÇA

1.2.1 Modelos explicativos

A literatura especializada em estudos sobre vizinhança é uma área multidisciplinar que apresenta forte influência de ciências sociais, como sociologia (Massey, 1990; O’Brien,

1990; Brewster, 1994) e criminologia (Briggs, 1997; Bursik, 1988), além de contar com estudos desenvolvidos dentro da psicologia do desenvolvimento (Campbell & Ramey, 1994; Steinberg & Dornbusch, 1991; Steinberg, Fegley & Dornbusch, 1993; Sameroff, Seifer, Baldwin & Baldwin, 1993), psicologia clínica e da personalidade (Caspi & Moffit, 1991; Reynolds, 1994), psicologia da educação (Crain & Wells, 1994; Zigler, 1987), psiquiatria (Rutter, 1987, 1989; Rutter, Champion, Quinton, Maughan & Pickles, 1995; Richters & Martinez, 1993) e saúde pública (Collins & David, 1990; Roberts, 1997).

De modo geral, os estudos sobre vizinhança têm sua origem nos anos 40, com a publicação do trabalho de Shaw e Mackay (1942), intitulado *Juvenile delinquency and urban areas*. Esses autores dão início ao primeiro modelo historicamente investigado nas pesquisas sobre vizinhança, denominado teoria da desorganização social da comunidade. Trata-se de um modelo que aponta fatores estruturais da vizinhança (pobreza, instabilidade residencial, paternidade solitária e heterogeneidade étnica) como limitadores ou promotores da organização social e mantenedores da ordem pública.

Tal perspectiva é exacerbada nos anos 70 e 80 (Bursik, 1988; Kornhauser, 1978; Sampson & Groves, 1989), principalmente com a publicação de Wilson (1987), *The truly disadvantaged: the inner city, the under class and the public policy*, que identifica a teoria da desorganização social da comunidade como modelo explicativo para delinquência, crimes e problemas de comportamento encontrados em estudos sobre vizinhanças pobres.

O segundo modelo explicativo mais usado em estudos sobre vizinhança surge nos anos 90 (Massey, 1990, 1996; Massey & Denton, 1993). Trata-se de um modelo que compreende os padrões de comportamento apresentados pelas populações a partir da história de ocupação dos espaços públicos. Nesta perspectiva, a segregação desses locais em vizinhanças pobres tem explicações históricas relacionadas ao processo de ocupação das minorias. Nesse processo comum nos anos 70 e 80 nas grandes metrópoles mundiais, a população socialmente discriminada passa a residir em áreas isoladas das cidades, enquanto a não discriminada migra para regiões fora da cidade, como condomínios, áreas de segurança etc. Esse movimento gera na região evadida um desequilíbrio financeiro e demográfico, desfavorecendo economicamente essa área e criando espaços de segregação em sua vizinhança.

Paralelamente, também na década de 90, Jencks e Mayer (1990) lançam um terceiro modelo de estudos nesta área, com o trabalho intitulado *The social consequences of growing up in a poor neighborhood*. Trata-se de uma teoria de cinco eixos com modelos que relacionam o comportamento do indivíduo aos efeitos da vizinhança:

Eixo I – modelos de recursos institucionais da vizinhança: indica que recursos da vizinhança como presença da polícia, a existência de parques, bibliotecas, centros comunitários e de saúde podem promover o bem estar e o desenvolvimento adequado das crianças.

Eixo II – modelos de socialização coletiva: propõe que a vizinhança pode influenciar as crianças através de sua organização social, com base na presença de modelos de regras e de supervisão parental atrelados ao seu cotidiano.

Eixo III – modelos de contágio ou epidemia: parte da premissa de que comportamentos negativos presentes na vizinhança ou por parte dos pares pode influenciar fortemente o comportamento de outras crianças.

Eixo IV – modelos de competição: sugere que os vizinhos ou os pares competem entre si para usufruir dos recursos disponíveis na comunidade inserida.

Eixo V – modelos de depreciação relativa: indica que as condições da vizinhança podem afetar o comportamento de seus habitantes de tal forma que um morador ou sua família sejam sempre “reconhecidos” pela evolução histórica de sua condição em relação aos vizinhos e pares; em outros termos, trata-se de uma espécie de status ou imagem propagada na comunidade sobre como o morador ou sua família são vistos perante a vizinhança.

De modo geral, esses três modelos explicativos parecem mais complementares que excludentes, tendo em vista que a proposta de Shaw e McKay está contida no trabalho de Wilson (1987) e na influência exercida pelos modelos da comunidade, na proposta de Jencks e Mayer (1990). No aspecto prático dos estudos sobre vizinhança, as diferenças marcantes emergem então a partir do design escolhido para a investigação.

1.2.2 Designs mais usados

Leventhal & Brooks-Gunn (2000), em um artigo de revisão discriminam os trabalhos da literatura sobre efeitos de vizinhança em quatro tipos básicos de designs:

I) Estudos nacionais ou de várias redes de indivíduos ou famílias

Tratam-se de estudos realizados com grandes amostras de indivíduos ou famílias, geralmente em caráter nacional ou mesmo internacional. Os dados base utilizados são relativos ao nível sócio-econômico da população investigada. Via de regra, são obtidos

através de censos que antecedem a pesquisa propriamente dita. Dessa forma, possuem a desvantagem de trabalhar com dados coletados para outras finalidades e não com objetivo de identificar impactos de vizinhança. Este tipo de estudo permite investigar os efeitos da vizinhança em grupos de indivíduos ou famílias que pertençam a cada categoria sócio-econômica encontrada. Constituem-se no desenho científico mais utilizado nessa linha de pesquisa.

II) Estudos de cidades ou regionais

São trabalhos desenvolvidos com dados da própria cidade ou região (podendo se tratar de regiões metropolitanas). São mais ricos em dados locais do que os estudos propriamente baseados na vizinhança (descritos no item III) e freqüentemente realizados através de escolas presentes nas comunidades investigadas. A estratégia inicial não está focada em questões da vizinhança, mas sim no público que freqüenta as instituições incluídas na pesquisa. Conseqüentemente, em razão do critério de escolha estratificada da amostra (localização), esses estudos acabam levantando dados a respeito da vizinhança.

III) Estudos propriamente baseados na vizinhança

São investigações que utilizam dados de censos para estratificar amostras populacionais e definir grupos de vizinhança por nível sócio-econômico e composição étnica, por exemplo. Baseiam-se em amostras de tamanho médio, em torno de 100 participantes por cada vizinhança.

IV) Estudos com desenhos experimentais

Trata-se de pesquisas que envolvem o deslocamento de famílias de uma vizinhança para outra, geralmente de uma área mais pobre (ou de risco) para outra menos pobre. Por esse motivo, permitem desenhos experimentais de avaliação dos efeitos da vizinhança sobre famílias e indivíduos. A escolha das famílias geralmente segue critérios relacionados a programas governamentais ou de ajuda internacional, mas também pode ser aleatória, em se tratando de pesquisas autorizadas.

Com base nessas distinções, o modelo de investigação utilizado neste estudo se aproxima dos estudos de cidades ou regionais (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000), tendo em vista as seguintes características:

- a) Ser um estudo realizado a partir de amostras estratificadas, escolhidas a partir de características das vizinhanças;
- b) ser realizado em escolas;

c) possuir foco das análises voltado para a identificação de padrões da população investigada, neste caso, do comportamento das crianças que frequentam as escolas participantes da pesquisa, e não para a caracterização de aspectos da vizinhança.

A idéia central é considerar que os perfis dos alunos de cada região investigada, bem como as perspectivas oferecidas por cada informante (pais, cuidadores ou professores) trazem consigo as influências de morar ou lecionar em áreas de maior ou menor vulnerabilidade, ou seja, de diferentes níveis de acesso social a condições básicas de cidadania. Nesse contexto, torna-se importante retomar as contribuições da literatura a respeito de como fatores de risco ou proteção se relacionam com o comportamento na infância.

1.2.3 A relação com o comportamento na infância

A literatura especializada tem apresentado um consenso entre pesquisadores sobre a importância de se investigar aspectos envolvidos nos primeiros anos da vida escolar da criança, como o desenvolvimento de competências, a exposição a situações de adversidade, a história familiar etc, uma vez que nesse período, os padrões de interação apresentados pela criança já permitem predições sobre seu funcionamento social, sucesso acadêmico e saúde mental (Collishaw et al., 2007; Gadeyne, Ghèsquierre & Onghena, 2004; Honkinnen, Aromaa, Suominen, Rautava, Sourander & Sillanpaa, 2009; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Patterson, Shaw, Snyder & Yoerger, 2005; Rutter, 2007).

Nesse sentido, autores vêm propondo a difusão da periodicidade em pesquisas avaliação sobre o grau de adaptação das crianças a seus ambientes de sobrevivência e a identificação preventiva de aspectos ligados à promoção de psicopatologias na infância (Hatamizadeh, Ghassemi, Saeedi & Kazemnejad, 2008; Jansens & Deboutte, 2009).

Estudos longitudinais têm demonstrado que a perspectiva de uma boa saúde mental na vida adulta mantém relação com fatores de proteção na infância, como supervisão parental positiva, acompanhamento da vida escolar, atitudes maternas de flexibilidade moderada e apoio em circunstâncias de dificuldades (Honkineen et al., 2009; Najmi, Bureau, Chen & Lyons-Ruth, 2009). Rutter (1985) define como fatores de proteção aspectos que modificam ou alteram a resposta do indivíduo a eventos ambientais de risco relacionados a dificuldades de adaptação. Garmezy (1985) organiza esses fatores em três grandes grupos: a) atributos

disposicionais da criança; b) características ou história familiar; e c) fontes de apoio individual ou institucionais oferecidos à criança e sua família.

No primeiro grupo encontram-se os modelos de internalização de valores e regras, fortemente influenciados pela cultura e que permitem a aquisição de autonomia por parte da criança. Somam-se a esse aspecto as estratégias de supervisão e atitudes parentais perante situações de dificuldades e condutas da criança. Autores como Najmi, Bureau, Chen e Lyons-Ruth (2009) destacam que padrões de atitude materna pautados na inflexibilidade constante mantêm relação com o desenvolvimento de comportamentos hostis e agressivos por parte de crianças e adolescentes. Patterson, Reid e Dishion (1992) salientam que a grande maioria das crianças na cultura americana aprendem, entre três e quatro anos, diversos comportamentos agressivos, mas nem todas mantêm esse padrão de interação com o avanço da idade. Esses autores assumem que a forma como os pais ou cuidadores reagem a apresentação desses comportamentos por parte da criança é primordial na estabilidade ou não desse fenômeno. Quando os pais apresentam repertório de estratégias de enfrentamento vinculadas a promoção de comportamentos pró-sociais dos filhos, aumenta a chance de reversão e controle dos padrões disruptivos (Patterson, Reid & Dishion, 1992; Rutter, 2007).

A título de exemplo, Steinberg e Blatt-Eisengart (2006) investigaram a relação entre padrões de competência parental e o ajustamento de adolescentes tidos como ofensores graves, moradores de uma vizinhança pobre, habitada por minorias americanas. Eles observaram que adolescentes que descrevem os pais como “autoritativos” demonstram melhor maturidade psicossocial, melhor desempenho acadêmico e menor propensão a dificuldades internalizantes e externalizantes que os adolescentes que declaravam pais com perfil negligente.

Tais resultados direcionam então para a influência de características familiares como fatores de proteção, segundo grupo conforme organização de Garnezy (1985). A qualidade da interação pais-criança é um dos fatores de proteção mais importante nesse grupo. A qualidade das relações conjugais (Maia & Williams, 2005) e a ausência de discordância conjugal (Silvares & Souza, 2008) são outros elementos que favorecem o desenvolvimento infantil. Soma-se a isso o apoio emocional de caráter assertivo: comportamentos reforçados ou encorajados sob contingências adequadas (Maia & Williams, 2005; Najmi, Bureau, Chen & Lyons-Ruth, 2009).

Garnezy (1985) distingue ainda as fontes de apoio individual ou institucional para a criança e sua família como um terceiro grupo de fatores de proteção. Nesse conjunto estariam envolvidos a qualidade das redes de relacionamento social da criança e de sua família, o

suporte cultural, acesso a atendimento médico ou psicológico e a instituições religiosas e as competências e o nível de resiliência apresentada pela criança. As competências ou o comportamento social na infância dizem respeito a estratégias utilizadas pelas crianças na interação com seus pares e familiares. São resultado de um processo que reúne aprendizagem e seguimento de modelos familiares, predisposição genética e habilidades cognitivas (Patterson, Reid e Dishion, 1992). A resiliência, conforme Rutter (2007), seria uma inferência elaborada a partir de diferenças individuais observadas na resposta do indivíduo a situações de estresse ou adversidade. Não se trata de um fenômeno que possa ser observado e, além disso, as crianças podem se mostrar resilientes em determinados ambientes, mas em outros não. De modo geral, o bom nível de competências estaria positivamente relacionado a apresentação de resiliência, bom desempenho acadêmico, qualidade nas interações sociais e maior rede de apoio social (Dishion, Loeber, Stouthamer-Loeber & Patterson, 1984; Marturano, Toller & Elias, 2005; Gadeyne, Ghèsquierre & Onghena, 2004).

Em contrapartida, uma série de trabalhos tem sinalizado que a presença de fatores de risco e adversidade ambiental podem comprometer seriamente a saúde mental da criança e levar ao desenvolvimento de problemas de comportamento e déficits em competências.

Os fatores de risco podem ser entendidos como circunstâncias vigentes no desenvolvimento, capazes de comprometer significativamente a saúde mental da criança (Patterson, Shaw, Snyder & Yoerger, 2005; Rutter, 2007). Dentre alguns aspectos dessa adversidade encontram-se: a presença de psicopatologia ou uso de álcool e drogas pelos pais ou familiares (Rutter, 2007), o abuso físico e ou psicológico (Collishaw et al., 2007), a convivência com a violência (Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2009) a falta de apoio social ou institucional (Steinberg e Blatt-Eisengart, 2006), práticas educativas parentais negativas (Gomide, 2006)

De modo geral, os fatores de risco encontram-se ligados ao desenvolvimento de problemas de comportamento na infância de duas naturezas: internalizante (predominante no sexo feminino) e externalizantes, mais frequentes no sexo masculino (Kerr, Lunkenheimer & Olson, 2007; Patterson, Shaw, Snyder & Yoerger, 2005).

Estudos nacionais realizados em serviços-escola de psicologia (Santos, 1990; Marturano, Linhares, Loureiro & Machado, 1997; Rocha & Silvaes, 2006; Silvaes, Meyer, Santos & Gerencer, 2006) ou internacionais realizados em serviços de saúde (Ford, Collishaw, Meltzer & Goodman, 2007; Essex, Kraemer, Armstrong, Boyce, Goldsmith et al., 2006) têm encontrado marcante associação entre os tipos de problemas de comportamento apresentados por crianças em idade escolar e o sexo: os meninos tendem a apresentar níveis

mais elevados de problemas externalizantes (principalmente agressividade e problemas de atenção associadas a baixo desempenho escolar), enquanto às meninas se sobressaem no perfil internalizante (ansiedade, depressão e problemas somáticos).

Avanci, Assis, Oliveira e Pires (2009), em publicação recente intitulada “*Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo*” investigam a associação entre o comportamento retraído/depressivo em escolares e a presença/ausência de violências sofridas em casa, na escola ou na comunidade. O resultado do estudo demonstra que diferentes vitimizações de violência tendem a estar mais próxima de comportamentos de retraimento/depressão a nível clínico e limítrofe, ressaltando uma tendência do sexo masculino a maior frequência de exposição a situações violentas em diversos contextos. Segundo as autoras, esse é um dado de relevância internacional amplamente estabelecido na literatura, mas que salienta o quanto os meninos que habitam áreas de risco encontram-se amplamente mais vulneráveis a desenvolver problemas de comportamento diante dessas circunstâncias.

As evidências mais consistentes sobre os efeitos da vizinhança em padrões de comportamento na infância e adolescência estão vinculadas a populações de baixo nível sócio-econômico (Leventhal & Brooks-Gunn, 2000). Ainda segundo esses autores é mais comum encontrar nessa população problemas de ordem externalizante (especialmente agressividade e desobediência à regras) que internalizante (depressão e isolamento). A maioria dos estudos nessa linha de pesquisa são baseados em relato materno a respeito dos problemas da prole.

Trabalhos como o de Chase-Lansdale et al. (1997) e Duncan et al. (1994) têm encontrado que o relato materno de problemas externalizantes está frequentemente associado a vizinhanças de baixo nível sócio-econômico. Por outro lado, estudos como o de Chase-Lansdale & Gordon (1996) revelam que problemas de ordem internalizante encontram-se mais associados a vizinhanças de nível sócio-econômico mais alto.

Conforme demonstram Briggs (1997) e Ludwig, Duncan e Hirschfield (1998), um dado ainda mais grave é que a associação entre problemas de externalização e pobreza se mantém até a adolescência para jovens com idades entre 13 e 17 anos. Não bastasse isso, em muitos casos o padrão externalizante passa a se associar também a atos criminosos e delinquentes. Os estudos revelam ainda que adolescentes que se mudam de vizinhanças de classe média baixa para vizinhanças pobres apresentam menos chance de se envolverem com o mundo do crime do que aqueles que nascem e permanecem em áreas de risco.

1.3 INDICADORES SOCIAIS: UM BREVE HISTÓRICO E SIGNIFICADO

1.3.1 O cenário internacional

A preocupação com a sustentabilidade do desenvolvimento humano tem explicações históricas. Na década de 40, com o fim da Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas - ONU, em 1945, diversas nações como China, Estados Unidos, França, Reino Unido e a ex-União Soviética perceberam a necessidade de um movimento de organização internacional em torno de propósitos e princípios universais, explicitados na Carta das Nações Unidas (ONU, 2001, 2009).

Tal período constituiu-se, na visão do historiador Eric Hobsbawn (1995), como o início de uma Revolução Social caracterizada pela rapidez e universalidade das transformações econômicas, sociais e culturais. As nações fortemente afetadas pela II Grande Guerra encontravam-se em processo de reconstrução, necessitando aplicar com máxima eficácia os recursos financeiros de que dispunham, bem como as ajudas externas que recebiam. A Europa central e ocidental, tal qual a América do Norte passaram a desenvolver produtos e tecnologias visando o mercado consumidor das nações em recuperação. Houve uma forte migração de trabalhadores do campo para as grandes cidades, em busca de melhor renda e condições de vida (saúde, educação, saneamento básico etc).

Foi neste contexto, em 1966, nos Estados Unidos, que surgiu oficialmente a expressão “indicadores sociais”, através da obra de Raymond Bauer, intitulada *Social Indicators* (Santagada, 1993). A nação americana atravessava um momento paradoxal de prosperidade econômica e intensas reivindicações sociais de grupos étnicos excluídos. Diante dessa conjuntura, sociólogos americanos foram convidados a desenvolver trabalhos que explicassem esse fenômeno além do aspecto econômico, utilizando um modelo teórico e empírico fortemente baseado na teoria sociológica da modernização. Nessa corrente, o objetivo era promover a modernização e o desenvolvimento industrial da sociedade capitalista, procurando sempre entender as disfunções deste sistema social, sem afetá-lo. Havia uma noção de bem estar social comum, sem espaço para interesses antagônicos aos do Estado, na tentativa de um controle social (Altman, 1981).

Segundo Nahas (2005), foi nessa conjuntura que surgiu o indicador: “um dado, uma informação, valor ou descrição que retrata uma situação, um estado de coisas (...) é conceito

vinculado à função, ao papel daquele dado (...) deve ter abrangência de expressão, ou seja, deve informar além daquilo que expressa diretamente” (p.12).

A partir dos anos 70, as concepções da sociologia americana foram expandidas para a América Latina, nações européias (Alemanha, Inglaterra, França) e Japão. Esse processo trouxe consigo uma reformulação do conceito de indicadores sociais, que incluiu, além do aspecto econômico, questões sobre qualidade de vida e bem estar comum. Houve uma busca por mensurar o bem estar social e dar visibilidade a esta informação (Santagada, 1993).

Com base nessas articulações, os indicadores sociais passaram a ser entendidos como ferramentas numéricas obtidas a partir de estudos interdisciplinares que fornecem informações específicas acerca das condições de sobrevivência de uma determinada população (Nahas, 2005; Santagada, 1993). Estão frequentemente associados à disponibilidade de recursos e ao acesso das pessoas aos mesmos (Torres, Ferreira & Dini, 2003). Nesse sentido, podem incluir informações a respeito das condições de saúde, educação e trabalho, entre outros aspectos. Passou-se a investir em estratégias capazes de mensurar a qualidade de vida das populações, facilitando assim a identificação de circunstâncias e regiões geográficas de maior desigualdade social. Órgãos governamentais e não governamentais passaram a trabalhar nesse tipo de atividade. No cenário internacional, ocorreu uma onda de criação de agências especializadas, programas e fundos de auxílio humanitário vinculados à ONU.

As agências especializadas são organismos intergovernamentais autônomos vinculados à ONU por meio de acordos especiais e coordenados pelo Conselho Econômico e Social (ECOSOC). São exemplos dessas instituições: a Organização Internacional do Trabalho – OIT (criada em 1919, mas vinculada à ONU em 1946), a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação – FAO (criada em 1945), a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (criada em 1946) e a Organização Mundial da Saúde (criada em 1946 e ratificada em 1948) (ONU, 2009).

Os programas e fundos de auxílio são organismos intergovernamentais especializados, criados pela ONU com propósitos específicos de caráter social, econômico e humanitário, coordenados pela Assembléia das Nações Unidas. São exemplos dessas ações: o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (criado em 1965), o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (criado em 1946), o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente – PNUMA (criado em 1972) e o Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA (criado em 1969) (ONU, 2009). Foram elaborados também diversos indicadores, tais como: a Taxa de Mortalidade de Menores de Cinco Anos - TMM5, o Índice de

Desenvolvimento Humano - IDH e o Índice de Liberdade Humana – ILH, entre outros. A TMM5 representa o número de crianças que morrem antes dos cinco anos por 1.000 nascidas vivas. Trata-se de um indicador utilizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF para mensurar mudanças no bem estar social infantil, além de contribuir para a colocação dos países no ranking do relatório da Situação Mundial da Infância. O Índice de Desenvolvimento Humano – IDH é um instrumento que classifica os países de acordo com sua capacidade de ofertar condição humana (esperança de vida ao nascer, grau de alfabetização dos adultos, e poder real de renda per capita de cada nação). O Índice de Liberdade Humana – ILH classifica os países de acordo com o grau de liberdade de seus povos, tomando como base a Declaração Universal dos Direitos Humanos, além de outras convenções internacionais.

Nessa conjuntura, países sulamericanos como o Brasil também aderiram a esse perfil de produção de dados e pesquisas a partir dos anos 70, conforme demonstra o panorama nacional.

1.3.2 Panorama nacional

No Brasil, a demanda para criação de indicadores sociais surgiu ainda no início dos anos 70, com a constatação de setores governamentais de que o país vivia um crescimento econômico, mas totalmente desprovido de melhorias sociais (Santagada, 1993). Entre 1975 e 1979, lançou o II Plano Nacional de Desenvolvimento e reconheceu a existência de sérias desigualdades sociais no país. Mas o marco oficial só ocorreu em 1975, quando o Conselho Nacional de Desenvolvimento Social propôs a criação de um sistema nacional de indicadores sociais coordenado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tratava-se de uma tentativa de mapear as condições de bem estar material de grupos em situação de pobreza absoluta, visando planejamento governamental de ações sociais, especialmente nas regiões norte e nordeste do país.

Apesar dos esforços para ampliação e diversificação de indicadores nacionais nos anos 80, o processo só realmente ganhou força a partir dos anos 90, principalmente com a elaboração do Índice de Desenvolvimento Urbano – IDH, em 1990, desenvolvido para proporcionar a comparação internacional de condições de saúde, educação e renda em mais de 100 países.

De 1987 a 1996, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba – PR (IPPUC) desenvolveu o Índice Sintético de Satisfação da Qualidade de Vida (ISSQV), com a finalidade de expressar o acesso da população a grupos de necessidades sociais: habitação, saúde, educação e transporte. É composto por indicadores georreferenciados¹ em 75 bairros da capital paranaense, mantendo vínculo com a administração municipal. Neste modelo, os bairros com melhores condições de acesso recebem valores mais altos, e aqueles que apresentam piores condições, valores mais baixos (Nahas, 2005).

Em São Paulo, formulou-se o Índice de Exclusão Social – IEX (Sposati, 1996) na construção do Mapa de Exclusão/Inclusão Social da cidade. Trata-se de um sistema integrado por indicadores georreferenciados em 96 distritos administrativos, com a finalidade de mensurar o grau de exclusão da população em quatro variáveis temáticas: Autonomia, Desenvolvimento Humano, Qualidade de Vida e Equidade. O IEX não mantém vínculo com a administração municipal.

Em Belo Horizonte foi desenvolvido um sistema de indicadores integrado por dois índices-síntese: o Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) e o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) (Nahas, 2005). Ambos vinculados à Secretaria de Planejamento da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em parceria com a equipe multidisciplinar, coordenada pela Profª Maria Inês Pedrosa Nahas (PUC Minas)².

Conforme Nahas (2005) um *índice* é:

um valor que expressa a agregação matemática de informações numéricas (...) um conceito vinculado à estrutura formal do cálculo. Pode se referir a um único tema ou a diversos temas, podendo estar composto pela agregação de dados simples ou (...) compostos, ou seja, de outros índices (...). Os índices parciais representam os níveis de agregação de valores para cálculo do índice final (índice síntese). (p.13)

¹ O termo *georreferenciado* diz respeito à relação feita entre os valores dos índices e a localização ou unidade geográfica da cidade à qual ele corresponde.

² Maria Inês Pedrosa Nahas (coordenadora), Otávio Avelar Esteves (Dep. De Engenharia Eletrônica), Vera Lúcia Alves Batista Martins (Dep. de Sociologia) e Carla A. Ribeiro (Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte), contando com a colaboração de Samy Kopit Moscovitch e José Nonato Saraiva Filho.

Ainda na visão dessa autora, o conjunto dessas informações pode gerar um sistema de indicadores:

Na experiência de Belo Horizonte, por exemplo, os dois índices que compõem o sistema avaliam uma única situação: a qualidade de vida urbana. Entretanto, cada um destes índices é também um sistema e enfocam duas situações (que interferem na qualidade de vida urbana): o acesso espacial da população a serviços urbanos (IQVU) e a vulnerabilidade da população à exclusão social, ou seja, o acesso (ou ausência de acesso) social aos bens considerados (IVS). (p.13)

O Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) foi lançado originalmente em 1996, com dados de 1994, visando distribuição mais igualitária de recursos públicos do município. Composto por indicadores georreferenciados para 81 unidades de planejamento da capital mineira, com 75 indicadores que dimensionam a oferta de equipamentos e serviços dos setores de Abastecimento Alimentar, Assistência Social, Cultura, Educação, Esportes, Habitação, Infra-Estrutura, Saúde, Segurança Urbana e Serviços Urbanos. Seus dados viabilizaram discernir as localidades carentes em cada um desses aspectos, o que possibilita replanejamento da Prefeitura para os investimentos públicos.

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é um indicador social de produção pioneira no Brasil e exclusiva da cidade de Belo Horizonte – MG (Nahas, 2001). Acompanha padrões internacionais de mapeamento da exclusão social, realizado a partir da construção de indicadores ambientais e urbanos. Entende-se por exclusão social a falta de acesso das populações a condições básicas de sobrevivência, tais como: educação, saúde, lazer, trabalho moradia etc. Desse conceito deriva a vulnerabilidade social, definida como o nível de acesso de uma determinada comunidade a aspectos básicos de cidadania: moradia, serviços de infraestrutura urbana, educação, trabalho, renda, assistência jurídica, serviços de saúde, segurança alimentar e previdência social. Com base nesses dois conceitos, surgiu o IVS, baseado no Mapa da Exclusão Social de Belo Horizonte - MG. Composto por 11 indicadores georreferenciados nas 81 Unidades de Planejamento da cidade, que avaliam as condições populacionais quantificando o acesso da comunidade a cinco Dimensões de Cidadania, conforme apresentado na Tabela 1: Ambiental (Acesso à Habitação e Acesso à Infra-estrutura básica); Cultural (Acesso à Escolaridade); Econômica (Acesso à Renda e Acesso ao Trabalho), Jurídica (Acesso à Assistência Jurídica) e Segurança de Sobrevivência (Acesso à Saúde, à Segurança Alimentar e à Previdência Social) (Nahas, 2001).

Tabela 1. Composição do Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e ponderações (Nahas, 2005).

NÍVEIS DE AGREGAÇÃO		
DIMENSÕES DE CIDADANIA	VARIÁVEIS	INDICADORES
AMBIENTAL – 0,23	Acesso à moradia – 0,60	Densidade domiciliar – 0,57 (hab./dormitório).
		Qualidade do domicílio – 0,43 (Taxa de domicílios por padrão de acabamento).
CULTURAL – 0,18	Acesso aos serviços de infraestrutura urbana – 0,40	Acesso à infraestrutura básica (Taxa de domicílios com rede de esgoto e pavimentação).
		Índice de escolaridade relativa (Taxa popul. por faixa etária, da 6ª série ao curso superior).
ECONÔMICA – 0,27	Acesso ao trabalho – 0,70	Acesso à ocupação – 0,44 (Taxa de população ocupada, entre 25 e 50 anos).
		Ocupação formal/informal – 0,56 (Relação entre a taxa de população em ocupação formal/informal).
	Acesso à renda – 0,30	Renda média nominal familiar “per capita”.
JURÍDICA – 0,08	Acesso à assistência jurídica	Acesso à assistência jurídica (Taxa de processos assistidos por assistência privada).
SEGURANÇA DE SOBREVIVÊNCIA – 0,24	Acesso aos serviços de saúde – 0,44	Mortalidade neo e pós-neonatal (Mortalidade infantil entre 0 e 27 dias de idade e até um ano).
	Garantia de segurança alimentar – 0,36	Segurança alimentar (Taxa de crianças abaixo de 5 anos, atendidas com desnutrição em centros de saúde).
	Acesso à previdência social – 0,20	Acesso à previdência (Total de recursos da previdência pública oriundos de aposentadoria e pensão, auferidos pela população de 3ª idade e idosa).

Trata-se de uma medida de acesso social, com objetivo de mensurar o quanto à população de cada unidade de planejamento está vulnerável à exclusão do conjunto das Dimensões de Cidadania (o que é representado pelo valor final do IVS; o índice síntese), e à exclusão de cada uma delas (expresso pelo valor dos índices parciais). De acordo com o IVS, as unidades de planejamento de Belo Horizonte, definidas a partir do Plano Diretor do município, são organizadas em cinco classes (Tabela 2).

Tabela 2. Classificação das unidades de planejamento de Belo Horizonte de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (Nahas, 2005).

Unidade de Planejamento	IVS	Unidade de Planejamento	IVS
CLASSE I		CLASSE III	
Barragem	0,79	Boa Vista	0,49
Jardim Felicidade	0,78	Barreiro de Baixo	0,49
Taquaril	0,77	Betânia	0,49
Mariano de Abreu	0,77	Castelo	0,49
Capitão Eduardo	0,76	Abílio Machado	0,48
Cafezal	0,76	Santa Maria	0,48
Baleia	0,75	Estoril/Buritis	0,48
Olhos D'Água	0,72	São Francisco	0,47
Confisco	0,71	Cachoeirinha	0,47
Ribeiro de Abreu	0,70	Camargos	0,46
Gorduras	0,70	Antônio Carlos	0,46
Mantiqueira/Sesc	0,67	Pompéia	0,45
Prado Lopes	0,67	Santa Efigênia	0,44
Jardim Montanhês	0,67	Jardim América	0,42
Moro das Pedras	0,65	Venda Nova/Centro	0,41
Jatobá	0,64	CLASSE IV	
Jaqueline	0,64	Jaraguá	0,39
CLASSE II		Concórdia	0,39
Belmonte	0,62	Santa Inês	0,38
Barreiro de Cima	0,60	Planalto	0,37
Primeiro de Maio	0,60	Santa Amélia	0,37
Garças/Braúnas	0,60	PUC	0,36
Isidoro Norte	0,59	Instituto Agrônômico	0,36
São Bernardo	0,59	Cristiano Machado	0,35
Céu Azul	0,59	Padre Eustáquio	0,34
Tupi/Floramar	0,59	Caiçara	0,34
Jardim Europa	0,57	Pampulha	0,30
Copacabana	0,57	Floresta/Sta Tereza	0,29
São Paulo/Goiânia	0,57	CLASSE V	
Lindéia	0,57	Barroca	0,21
Piratininga	0,56	Santo Antônio	0,20
Cabana	0,56	São Bento/Santa Lúcia	0,20
São João Batista	0,54	Belvedere	0,19
Serra Verde	0,54	Mangabeiras	0,18
Sarandi	0,53	Barro Preto	0,18
Cardoso	0,52	Centro	0,18
Glória	0,52	Serra	0,17
Ouro Preto	0,52	Francisco Sales	0,16
Bairro das Indústrias	0,52	Prudente de Moraes	0,16
		Anchieta/Sion	0,14
		Savassi	0,12

A Classe I, por exemplo, representa as unidades de planejamento com maior Índice de Vulnerabilidade Social; a Classe II, pelas unidades de planejamento com índices um pouco menores; e assim sucessivamente até a Classe V que reúne os menores índices e, portanto, o menor nível de vulnerabilidade (Nahas, 2001).

1.3.3 Por que trabalhar com um indicador de vulnerabilidade social em Psicologia

A grande vantagem de se trabalhar com um indicador é a otimização de tempo e mão-de-obra. No caso específico de Belo Horizonte, o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) oferece um mapeamento da cidade em classes de maior ou menor vulnerabilidade, poupando este trabalho a um pesquisador. O instrumento já está pronto, o que no entendimento de Nahas (2005), proporciona benefícios a três tipos básicos de usuários:

a) imediatos: pessoas, grupos ou segmentos sociais para os quais ocorre a formulação do indicador, funcionando este como instrumento de gestão urbana. O exemplo mais comum são os administradores municipais (as prefeituras);

b) finais: são beneficiados pelos resultados obtidos com o cálculo do indicador e pelas ações geradas a partir da utilização do instrumento criado. Em se tratando de distribuição de verbas municipais, os moradores constituem o exemplo mais freqüente;

c) e potenciais: são beneficiários que usufruem da aplicação do indicador mesmo que este não tenha sido elaborado para atender aos seus interesses. São exemplos bem característicos desta modalidade: as universidades e organizações não-governamentais de intervenção urbana.

No caso específico deste trabalho, o uso do IVS proporciona um tipo de estudo pouco comum na psicologia no Brasil: uma investigação na qual se relaciona uma variável psicológica (padrões de comportamento na infância) a um indicador social. Tendo em vista que o IVS mapeia o acesso social das populações a condições básicas de cidadania (ambiental, cultural, econômica, jurídica e segurança de sobrevivência) e não se resume ao aspecto sócio-econômico das comunidades (Nahas, 2001, 2005), a idéia central é verificar se, para as amostras investigadas, existe relação entre esses níveis de acesso e os perfis comportamentais das crianças, informados pelos pais ou cuidadores e professores) quanto às competências, o funcionamento adaptativo e os problemas de comportamento. Portanto, não se trata de uma pesquisa de causalidade.

Além disso, os resultados aqui apresentados também podem sinalizar os limites e possibilidades desta área de exploração, podendo oferecer à ciência um modelo de investigação a ser replicado ou otimizado, para análise de diversos outros fenômenos como desempenho escolar, ajustamento social, práticas educativas, entre outros.

2 JUSTIFICATIVAS

2.1 CIENTÍFICA

A população infantil ainda permanece pouco privilegiada em serviços de saúde mental especializados. São baixos os índices de acesso desse público a serviços de triagem em saúde mental infantil, sendo frequente o fato de crianças com padrões comportamentais considerados excessivos ou desviantes não receberem tratamento (Gauy & Guimarães, 2006; Marturano, Linhares, Loureiro & Machado, 1997; Santos, 1990; Silhares, 1996; Silhares, 2000).

No Brasil, especialmente nas periferias das grandes cidades, esse fato parece se agravar principalmente em áreas consideradas de risco (Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2009), onde além das restrições no acesso aos serviços básicos de saúde (Caiaffa, Almeida, Oliveira, Friche, Mattos et al., 2005) as crianças convivem com aspectos de adversidade ambiental, tais como: os diversos tipos de violência – física, psicológica, conjugal e sexual (Maia & Williams, 2005), a discórdia conjugal (Silhares & Souza, 2008), dificuldades econômicas e estressores psicossociais no ambiente familiar (Ferreira & Marturano, 2002; Lordelo, Calhub, Guirra & Carvalho, 2007; Marturano, Toller & Elias, 2005; Melo & Silhares, 2003) e as práticas educativas parentais negativas (Gomide, 2006).

Nesse sentido, o presente estudo procura contribuir para as pesquisas em psicologia clínica infantil levantando dados sobre padrões de comportamento na infância a partir de um mapeamento de exclusão social. Trata-se de uma tentativa de gerar dados capazes de instrumentalizar políticas públicas de saúde, voltadas para melhorias em avaliação, intervenção e prevenção de problemas de comportamento, dificuldades relacionadas a competências e funcionamento adaptativo na infância.

2.2 SOCIAL

O comportamento de um cientista aplicado é controlado, basicamente, por dois grandes interesses: a aquisição de novos conhecimentos e o impacto desses conhecimentos sobre problemas práticos (Lattal, 2005).

Os indicadores sociais foram criados, dentre outras finalidades, com o objetivo de proporcionar aos administradores públicos visibilidade de características populacionais, contribuindo para uma melhor destinação de recursos públicos (Nahas, 2005).

A proposta de associação do Índice de Vulnerabilidade Social a um estudo sobre padrões de comportamento pode revelar carências sociais de natureza psicológica que, se identificadas na infância, permitem a realização de trabalhos de prevenção vinculados à melhoria do ambiente de sobrevivência da população investigada, tanto no que tange ao espaço da escola, quanto à vizinhança habitada pelos alunos e suas famílias.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

O presente trabalho tem como objetivo geral verificar se padrões de comportamento na infância mantêm relação com o nível de vulnerabilidade social tendo como referência as seguintes hipóteses:

- a) *Hipótese nula* (H_0): padrões de comportamento na infância não mantêm relação com o nível de vulnerabilidade social;
- b) *Hipótese alternativa* (H_1): padrões de comportamento na infância mantêm relação com o nível de vulnerabilidade social.

3.2 ESPECÍFICOS

Nos objetivos específicos, procura-se contemplar três variáveis intervenientes presentes nessa investigação: o *sexo* e a *idade* das crianças, e o *tipo de informante*. Nesse panorama, busca-se:

- a) verificar se há diferenças entre os sexos quanto aos padrões de comportamento na infância;
- b) verificar se há diferenças nos padrões de comportamento das crianças conforme as faixas etárias observadas e delimitadas para este trabalho (6-8 anos – crianças mais jovens e 9-11 anos – crianças mais velhas);
- c) verificar se há diferenças nos padrões de comportamento das crianças de acordo com o tipo de informante.

Com base nessas questões, a análise de dados deve considerar os dois tipos básicos de informantes (pais/cuidadores e professores), além de ser realizada de forma independente (internamente para as amostras de cada região de vulnerabilidade social) e comparativa (entre as duas regiões de vulnerabilidade social). A divisão das crianças conforme a faixa etária é uma distinção arbitrária não encontrada na literatura, mas que neste trabalho pretende facilitar

a identificação de dados que sinalizem a necessidade de prevenção em idades nas quais possíveis dificuldades possam ainda não estar consolidadas.

4 MÉTODO

4.1 COLABORADORES

Tendo em vista a otimização da logística nas coletas de dados, em dezembro de 2007 foi estabelecida uma parceria com o Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, visando recrutamento e seleção de quatro estagiárias voluntárias. Todas eram alunas de graduação em psicologia (a partir do 4º período) pela mesma universidade e foram treinadas para participar da pesquisa em Belo Horizonte – MG.

4.2 PARTICIPANTES

Participam do estudo pais (ou cuidadores) e professores de 248 crianças, alunas do 1º e 2º Ciclos do Ensino Fundamental (da Fase Introdutória ao 2º ano do 2º Ciclo) em escolas públicas municipais de Belo Horizonte – MG, com idades entre 6 e 11 anos.

No caso dos pais ou cuidadores os critérios de participação eram os seguintes:

- a) participar das reuniões promovidas pelas escolas visando entrega de resultados acadêmicos dos filhos;
- b) responder apenas um inventário por criança, e no máximo sobre dois filhos (ocorreram somente quatro casos: duas mães e uma avó na escola da área de maior vulnerabilidade, e uma mãe na escola da região menos vulnerável);
- c) não havia distinção de sexo, idade (desde que a partir de 18 anos), etnia, nível de parentesco ou escolaridade.

Já para os professores, valiam as seguintes regras:

- a) responder instrumentos apenas sobre crianças que fossem suas alunas e cujos pais também já tivessem preenchido o inventário, e autorizado voluntariamente a participação;
- b) ter experiência mínima de três meses de contato com a criança no ambiente escolar (diante de questões limitantes nas coletas como licença, férias, greves e afastamentos do professorado público municipal, esse critério se mostrou o mais próximo possível das

orientações no CBCL e TRF sobre percepção do informante de acordo com os últimos seis meses).

A tabela a seguir destaca a distribuição das amostras conforme a categoria do informante, o tipo de instrumento preenchido e o nível de vulnerabilidade social.

Tabela 3. Distribuição da amostra conforme a área em que a escola está localizada e o número de respostas por instrumento

Área	Total de crianças	CBCLs respondidos	TRFs respondidos
		(pais ou cuidadores)	(professores)
Alta vulnerabilidade	123	123	102
Baixa vulnerabilidade	125	125	112

A amostra de CBCL é superior à de TRF, tendo em vista grande parte da amostra de TRF foi obtida em momentos diferentes do CBCL e ainda porque muitas crianças deixaram as escolas por desistência da matrícula ou transferência, durante o período de coleta de dados. Para esses casos, os professores se recusaram a preencher o inventário.

4.3 A ESCOLHA DAS ESCOLAS

Foram escolhidas duas escolas que localizam-se, respectivamente, em bairros das classes I (alta vulnerabilidade) e IV (baixa vulnerabilidade) do IVS. A primeira foi representada pela Escola Municipal Anne Frank, localizada na Unidade de Planejamento Confisco, de IVS = 0,71; a segunda, pela Escola Municipal Prof. Amilcar Martins, sediada na Unidade de Planejamento Santa Amélia, com IVS = 0,37 (Nahas, 2001).

Inicialmente, a pretensão do pesquisador era selecionar uma escola localizada em área de menor vulnerabilidade social pertencente à classe V. Entretanto, em contato telefônico e presencial com a coordenação de todas as escolas sediadas nesse contexto, constatou-se que os alunos dessas escolas não residem próximo às mesmas. Eles moram em áreas de alta vulnerabilidade (principalmente favelas) que circundam as unidades de planejamento da classe V e participam de um programa da Secretaria de Educação da Prefeitura de Belo Horizonte que inclui o transporte diário dos alunos no trajeto casa-escola-casa. A explicação

passada pela maioria das diretoras ouvidas é de que a população infantil vizinha às escolas dessa área geralmente estuda em escolas particulares e não na rede pública. Diante desse fato, e em concordância com sua orientadora, o pesquisador optou por substituir a classe V pela IV, resguardando-se de que nesse caso, assim como na classe I, a maioria dos alunos reside na vizinhança da escola participante.

4.4 INSTRUMENTOS

4.4.1 Instrumentos de Avaliação

4.4.1.1. Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – CBCL

O Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes de 6 a 18 anos (CBCL) é um instrumento integrante do Sistema de Avaliação Baseada em Evidências – ASEBA, destinado ao preenchimento por parte de pais ou cuidadores. É composto por 120 itens que permitem uma avaliação global a respeito de uma criança. Os sete primeiros itens são a respeito das competências da criança ou adolescente, e os outros 113, relativos a problemas de comportamento apresentados nos últimos seis meses. Quanto à forma de aplicação, o CBCL pode ser lido pelo aplicador (em caso de informantes com problemas visuais, deficientes ou analfabetos) ou entregue ao respondente para preenchimento sem auxílio (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach & Rescorla, 2004).

Inicialmente, solicita-se ao cuidador que preencha um cabeçalho informando os seguintes dados: nome completo da criança, idade, sexo, etnia, escolaridade e data de nascimento da criança, data de preenchimento do inventário, tipo de trabalho dos pais/cuidadores, nome completo e sexo do respondente, além do tipo de relação do respondente com a criança sobre a qual ele preenche o instrumento. Ainda nesta primeira parte, logo na sequência, o informante responde a itens sobre atividades desempenhadas pela criança: prática de esportes, brincadeiras, passatempos, jogos etc, participação em organizações, clubes ou grupos e trabalhos ou tarefas desempenhadas pela criança em casa.

Para todos esses itens, pede-se ao respondente que compare o desempenho dessa criança em relação a outras da mesma idade, destacando também o tempo dedicado a cada atividade.

Em seguida, são apresentados itens a respeito da interação social da criança com seus pares e familiares (irmãos e pais), verificando a qualidade desses relacionamentos comparados a outras crianças de mesma idade. Avalia-se também o desempenho escolar e mais algumas questões qualitativas: a primeira solicita informações a respeito do desempenho da criança nas disciplinas escolares, pedindo ao informante que localize os resultados “abaixo”, “pior”, “igual” ou “melhor que a média exigida pela escola onde a criança estuda; a segunda questiona se o filho (a) frequenta escola, aula de reforço ou estabelecimento de ensino especial; a terceira pergunta se a criança já repetiu alguma série; a quarta pede informações sobre problemas apresentados pela criança na vida escolar: quais são eles, quando começaram e se já foram resolvidos. Na sequência, são apresentadas outras três questões qualitativas: 1 – se o filho possui doença, deficiência física ou mental; 2 – qual é a maior preocupação do cuidador em relação à criança; 3 – pede-se ao informante que descreva os aspectos mais positivos da criança.

Já na segunda parte do instrumento, pede-se ao informante que responda a uma lista de itens com afirmações sobre comportamentos de crianças e adolescentes. O cuidador deve avaliar cada sentença levando em consideração a vida da criança nos últimos seis meses, circulando apenas uma resposta para cada item, organizadas em uma escala *lickert* que vai de 0-2: 0 = quando a afirmativa “Não é verdadeira”; 1 = “Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira”; e 2 = “Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira”. No item 113 o cuidador pode acrescentar outros problemas da criança que não tenham sido mencionados ao longo da lista.

Para a coleta de dados neste trabalho, é utilizada a versão mais recente do CBCL, relativa à época de início da pesquisa (2007), traduzida para a Língua Portuguesa pela equipe do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP.

O CBCL possui estudo de validação preliminar de versão em português publicado (Bordin, Mari & Caeiro, 1995), tendo alcançado bom nível de sensibilidade na avaliação de competência social e problemas de comportamento para casos “clínicos” e “não-clínicos” em 49 crianças brasileiras de ambos os sexos.

Quanto às propriedades psicométricas, Achenbach et al. (2008) relatam que o CBCL apresenta índices elevados para todos os conjuntos de escalas do instrumento. Os estudos de validação e normatização realizados com crianças americanas encaminhadas e não encaminhadas para serviços de atendimento em saúde mental, revelaram para as todas as

Escalas Síndromes Empiricamente Baseadas um índice Alpha de 0,83, com índice de fidedignidade de 0,89 ($p < 0,05$). Para as Escalas de Internalização e Externalização, o valor de Alpha e de teste-reteste são idênticos e ficam em 0,92 ($p < 0,05$). Os melhores resultados ficam por conta da Escala Total de Problemas, com Alpha 0,97 e teste-reteste de 0,94 ($p < 0,05$). Não obstante, as Escalas Orientadas pelo DSM são as que apresentam os menores valores, mesmo assim considerados elevados para índices de correlação de Cronbach: Alpha 0,82 e teste-reteste 0,88 ($p < 0,05$).

4.4.1.2 Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para Professores – TRF

Constitui-se em um questionário com 123 itens, sendo os dez primeiros a respeito do funcionamento adaptativo da criança ou adolescente e os outros 113 sobre problemas de comportamento. É entregue aos professores, a fim de que estes façam uma avaliação global sobre os padrões de comportamento de seus alunos (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach & Rescorla, 2004). É utilizada sua versão mais recente, relativa à época de início da pesquisa (2007), traduzida para a Língua Portuguesa pela equipe do Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP, aos moldes do CBCL.

Segue o mesmo modelo de escala *lickert* do CBCL. Sua diferença básica fica por conta das escalas de funcionamento adaptativo: “Grau de Esforço no Trabalho”, “Comportamento Adaptativo”, “Grau de Aprendizagem” e “Grau de Felicidade”.

Segundo Achenbach et al. (2008) em estudos realizados com crianças americanas encaminhadas para serviços de saúde mental o TRF apresenta-se como um instrumento fortemente confiável e com índices psicométricos elevados. Quanto às escalas síndromes empiricamente baseadas, o TRF apresenta as seguintes propriedades psicométricas: índice Alpha de Cronbach de 0,85 ($p < 0,05$), índice teste-reteste 0,89 ($p < 0,05$), coeficiente de estabilidade em longo prazo de 0,68 ($p < 0,05$). Para as escalas orientadas pelo o DSM, as propriedades psicométricas são: índice Alpha de 0,84, coeficiente de 0,85 para teste-reteste e 0,65 para estabilidade em longo prazo, todos eles com nível de significância $p < 0,05$. Quanto às Escalas de Internalização e Externalização os coeficientes encontrados são: Alpha 0,93; teste-reteste 0,88; e estabilidade em longo prazo 0,79; todos significantes a menos de 5%. Para a escala Total de Problemas os índices também são elevados: Alpha 0,97; teste-reteste

0,95; estabilidade em longo prazo 0,77; todos com $p < 0,05$. Cabe mencionar que o TRF não apresenta estudos brasileiros de validação ou normatização.

4.4.2 Carta convite para a Escola (Anexo I)

Documento que fornece à direção das escolas breve explanação a respeito da justificativa, instrumentos e procedimentos a serem aplicados, aspectos éticos, dentre outras informações essenciais da pesquisa. Destaca também o vínculo do pesquisador com o Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da USP.

4.4.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Direção da Escola (Anexo II)

Autorização por escrito assinada e carimbada pela direção da escola, concordando em participar do estudo e permitindo o acesso do pesquisador e equipe à comunidade (pais ou cuidadores, filhos e professores).

4.4.4 Carta Convite aos Pais ou Cuidadores (Anexo III)

Documento explicativo dos objetivos da pesquisa, salientando juntos aos pais e cuidadores a importância e os procedimentos adequados para sua participação.

4.4.5 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Pais ou Cuidadores (Anexo IV)

Autorização por escrito assinada por um dos pais ou cuidadores, permitindo que a criança sob sua responsabilidade participe do estudo, por meio de colaboração dos próprios pais e professores.

4.4.6 Carta Convite aos Professores (Anexo V)

Documento explicativo dos objetivos da pesquisa, reforçando junto aos professores a importância e os procedimentos adequados para sua participação. Ressalta-se ao docente que ele responderá inventários apenas sobre as crianças cujos pais também já participaram.

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Treinamento da equipe

As alunas da equipe de apoio receberam instruções a respeito dos objetivos, instrumentos, procedimentos e cuidados éticos da pesquisa, especialmente sobre as etapas envolvidas nas visitas e coletas de dados nas escolas participantes.

4.5.2 Contatos e coletas nas escolas

4.5.2.1 Região de alta vulnerabilidade social

Em fevereiro de 2008 deu-se início ao contato com a direção de escolas da região de maior vulnerabilidade.

Em maio de 2008 teve início a coleta de dados na Escola Municipal Anne Frank. Após assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido por parte da direção da escola, bem como por todos os pais que participaram voluntariamente da pesquisa, houve aplicação do CBCL aos pais e do TRF aos professores. Os pais (ou cuidadores) responderam aos instrumentos após as reuniões para entrega de resultados bimestrais dos filhos, agendada e divulgada previamente pela equipe pedagógica da escola. Nestas ocasiões, eles receberam toda a assistência necessária para leitura e compreensão do instrumento, o que foi passado

pelas estagiárias e pelo mestrando. Num segundo momento, os professores foram convidados a preencher o TRF apenas sobre os alunos cujos pais haviam participado voluntariamente da pesquisa. Cada professor (a) recebia um envelope com a listagem de alunos sobre os quais deveria preencher o inventário. Um prazo máximo de 15 dias era combinado entre o (a) professor (a) e a equipe do projeto para devolução completa do material, bem como para esclarecimento de possíveis dúvidas no preenchimento.

4.5.2.2 Região de baixa vulnerabilidade social

O contato com a Escola Municipal Prof. Amilcar Martins foi iniciado em fevereiro de 2009, imediatamente após o retorno das atividades escolares. A coleta inicial de CBCL junto aos pais ocorreu na primeira reunião para entrega de resultados bimestrais (maio do mesmo ano). Nesta aplicação foi encontrada uma limitação: os alunos do ensino fundamental dessa escola estudam em período vespertino e as reuniões de pais são agendadas para uma hora e meia antes do término do horário letivo. Diante desse fato, e em acordo com a direção da escola, foi combinado com os pais/cuidadores que eles poderiam levar o questionário para casa e respondê-lo, com devolução via os próprios alunos. As professoras também foram avisadas desse procedimento e o pesquisador solicitou colaboração das mesmas para relembrar os alunos quanto ao prazo máximo de devolução (quatro dias). Os resultados demonstraram razoável eficácia dessa estratégia, tendo em vista que na primeira coleta nessa escola, foram devolvidos cinquenta e cinco inventários CBCL (com preenchimento completo) de um total de duzentos exemplares distribuídos aos pais após a reunião para entrega de resultados bimestrais dos alunos. Na segunda coleta, foram distribuídas noventa cópias com retorno de trinta exemplares devidamente respondidos. Com base nesses resultados, essa estratégia foi mantida até se atingir a amostra planejada para essa região (N=100).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo aos preceitos éticos de pesquisa (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists e à Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde), a adesão da direção das escolas, bem como dos pais das crianças à participação no projeto foi voluntária, podendo os mesmos retirar seu Consentimento Livre e Esclarecido a qualquer momento. As escolas ficaram responsáveis por convidar os pais a participar da pesquisa, utilizando a forma de comunicação mais usual que mantinham com a comunidade. Todos os dados coletados foram mantidos em sigilo absoluto, sob responsabilidade do profissional coordenador e de sua orientadora.

A partir de março de 2010, cada escola participante receberá um retorno geral acerca das crianças avaliadas, em termos dos resultados do CBCL e do TRF, bem como uma síntese de dados qualitativos e quantitativos do grupo. Estratégias de encaminhamento serão estudadas e implementadas junto às instituições para os casos mais urgentes, visando sempre alternativas que se mostrem financeiramente adequadas à realidade da comunidade em questão, e se traduzam em benefícios para as escolas e suas clientelas.

Em hipótese alguma os dados dos participantes serão divulgados ou repassados para quem quer que seja, salvo a circunstância acima mencionada no caso das equipes pedagógicas das escolas participantes. As folhas de respostas, assim como todo o material obtido na coleta encontram-se arquivadas para finalidade de comprovação da pesquisa e para estudos posteriores.

Todos os cuidados éticos aqui mencionados contam com o Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IP/USP (CEPH-IP), vide Anexo VI.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Neste capítulo são apresentadas as características principais das amostras de CBCL e TRF coletadas nas duas classes de vulnerabilidade investigadas (I e IV). Em cada caso, inicialmente são fornecidas as informações sobre os informantes e, posteriormente, sobre as crianças.

5.1.1 Amostras de CBCL

Para obtenção das amostras de CBCL, pais ou cuidadores responderam ao inventário nas duas regiões. Na área de maior índice de vulnerabilidade o grupo de informantes estava distribuído entre as seguintes categorias: mães/pais biológicos (N=100), mães/pais adotivos (N=2), padrasto/madrasta (N=1), cuidador(a) (N=3), avôs/avós (N=9) e grau de proximidade não declarado (N=8). Desse total, 16 participantes eram do sexo masculino, e o restante, do feminino (N=106). Enquanto isso, no grupo de informantes da outra região, havia 109 mães/pais biológicos, 06 mães/pais adotivos, 01 padrasto/madrasta, 01 cuidador(a), 05 avôs/avós, e mais 03 pessoas que não declararam o grau de proximidade com a criança.

Quanto ao perfil das informações fornecidas pelos pais ou cuidadores sobre as crianças, a Figura 2 destaca as principais informações.

Figura 2. Dados sócio-demográficos das amostras de CBCL das duas regiões de vulnerabilidade.

Em primeiro lugar, no que se refere à variável sexo, há um equilíbrio aparente para as amostras de CBCL das duas regiões. Já para a idade, nota-se que as crianças de 6, 7, 8 e 10 anos encontram-se melhor representadas na Classe I de vulnerabilidade, enquanto as de 7, 9 e 10 anos estão em maior número na Classe IV. Quanto à faixa etária, embora as distribuições sejam equilibradas, na área mais vulnerável o grupo de alunos mais jovens (6-8 anos) está mais numeroso, situação que se inverte para a amostra da outra região. Analisando a escolaridade, os dados sinalizam que o 1º ano do 2º Ciclo é o único nível com baixa representação entre as crianças da Classe I, com o 1º Ciclo sendo o mais numeroso na amostra. Por outro lado, na Classe IV, a situação se inverte para superioridade do 2º Ciclo. Em relação à variável etnia, o grupo de alunos declarados “pardos” é sempre maior, seguido pelo de crianças declaradas “brancas” (área mais vulnerável), e pelo de crianças com etnia “não declarada” (região de menor vulnerabilidade). É bem provável que essa distribuição fosse alterada, caso os pais declarassem a etnia de todas as crianças. De qualquer forma, chama atenção a alta porcentagem de não declaração nas duas amostras.

5.1.2 Amostras de TRF

Para composição das amostras de TRF participaram da pesquisa 17 professoras da Escola Municipal Anne Frank (área mais vulnerável) e 15 professoras da Escola Municipal Professor Amílcar Martins (região menos vulnerável). Desse total de 32 educadoras, apenas duas da escola de Classe I de vulnerabilidade eram auxiliares, e todas as outras, regulares. Entende-se por professora regular aquela que acompanha a classe diariamente em todas as disciplinas do currículo mínimo. Já as professoras auxiliares são responsáveis por ministrar aulas de reforço ou atividades complementares (ex.: aulas de arte, trabalhos de campo etc). Cada professora respondeu questionários sobre um mínimo de cinco, e um máximo de vinte alunos.

A Figura 3 apresenta os dados sócio-demográficos relativos às amostras de TRF das duas regiões investigadas.

Figura 3. Dados sócio-demográficos das amostras de TRF das duas regiões de vulnerabilidade.

A Figura 3 mostra que as amostras de TRF das duas regiões são semelhantes em relação a diversos aspectos.

Primeiramente, em relação à variável sexo, observa-se equilíbrio na composição das duas amostras. Com relação à idade, para a área mais vulnerável, os grupos melhor representados nos questionários respondidos pelos professores são as crianças com 7, 10 e 11 anos, enquanto na outra área há uma representatividade um pouco melhor distribuída entre 7 e 10 anos. Quanto à faixa etária, nota-se que os dois grupos (crianças mais jovens - 6-8 anos, e mais velhas - 9-11 anos) apresentam equilíbrio para as amostras das duas áreas, com maior representatividade para as crianças mais velhas.

No que tange a escolaridade das crianças, vale lembrar que as coletas de CBCL e TRF foram realizadas em momentos diferentes da pesquisa. Isso explica o fato de parte dos alunos apresentarem idade e escolaridade diferentes entre CBCL e TRF. Soma-se a isso o fato dos anos iniciais do Ensino Fundamental contarem com maior número de desistências ou transferências de alunos. Como as professoras se recusaram a preencher o inventário sobre crianças que já haviam deixado as escolas, alguns alunos cujos pais responderam o CBCL não tiveram o TRF preenchido. Por esse motivo, o 2º Ciclo do Ensino Fundamental encontra-se melhor representado que o 1º nas amostras das duas áreas, embora a distribuição na região menos vulnerável seja um pouco melhor para o 1º Ciclo.

A distribuição por etnia acompanha perfis encontrados para essa mesma variável nas amostras de CBCL, destacando a elevada porcentagem de casos em que as professoras não declaram a categoria do aluno. O grupo de crianças declaradas “pardas” é o mais numeroso nas duas amostras, seguido pelo de alunos declarados “brancos” (área mais vulnerável) e de crianças com etnia “não declarada” (região menos vulnerável). Os grupos de crianças declaradas “negras” mostram-se menos numerosos nos dois casos.

5.2 ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE CBCL DA REGIÃO DE ALTA VULNERABILIDADE

5.2.1 Escalas de Competências

Todas as análises da região de alta vulnerabilidade social foram feitas a partir do teste T de Student para comparação de médias entre duas amostras independentes (e.g. sexo: masculino e feminino; faixa etária: mais jovens e mais velhos). Quando necessário (Teste Levene apresentando $p < 0,05$, indicando que não permite a realização de teste paramétrico), foi o utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney U. Em todos os casos foi utilizado um índice de confiabilidade de 95%, sendo considerados significativos resultados de diferenças com $p < 0,05$.

A primeira análise realizada foi a comparação entre as médias dos escores T nas escalas de competências para a variável sexo (Tabela 04).

Tabela 04. Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de competências da amostra de CBCL da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Atividades	Masculino	62	30,81 – C	6,040	0,263	0,035*
	Feminino	55	33,20 – L	6,057		
Social	Masculino	62	41,50	8,202	1,220	0,009*
	Feminino	55	45,40	7,482		
Desempenho Acadêmico	Masculino	55	43,18	8,549	0,472	0,790
	Feminino	50	42,72	9,207		
Total de Competências	Masculino	51	32,04 – C	6,612	0,145	0,019*
	Feminino	47	35,30 – C	6,937		

* $p < 0,05$ (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

Nesse comparativo foram encontradas diferenças significativas para as escalas “Atividades”, “Social” e “Total de Competências”, com as meninas, apresentando valores mais elevados.

De forma geral, esses resultados indicam que na amostra da região de alta vulnerabilidade tanto meninos quanto meninas apresentam escores médios de competências

abaixo do esperado em intensidade ou frequência, conforme normas americanas, especialmente em relação ao baixo índice e à qualidade das atividades desenvolvidas fora da escola. Esse resultado na escala “Atividades” influencia nitidamente as médias da Escala “Total de Competências”, sendo ainda mais acentuado para o sexo masculino.

Segundo Patterson, Reid e Dishion (1992) o déficit de competências é um aspecto fortemente associado ao desenvolvimento de problemas de comportamento ao longo da infância e na adolescência, especialmente de ordem externalizante para o sexo masculino. Esse perfil é frequentemente associado a presença de fatores de risco na vida da criança, como ausência ou baixa qualidade da supervisão parental ou dos vínculos sociais (Rutter, 1985, 2007).

Dentro dessa perspectiva, os resultados encontrados para os dois sexos na área de maior vulnerabilidade podem sinalizar que esses alunos apresentem ausência de supervisão de cuidadores em atividades desenvolvidas fora do ambiente escolar, e ainda que o apoio social nesse período seja pequeno (Garmezy, 1985).

Perfis nessa linha comprometem o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e favorecem o comportamento agressivo e delinqüente na adolescência. Merecem atenção preventiva ou interventiva já nos anos iniciais da vida escolar (Gadeyne, Ghèsquierre & Onghena, 2004).

A segunda comparação realizada diz respeito aos escores obtidos por crianças mais jovens e mais velhas nas escalas de competências (Tabela 05).

Tabela 05. Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de competências da amostra de CBCL de alta vulnerabilidade**.

Escala	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Atividades	Mais jovens	67	30,94 – C	5,351	8,753	0,069***
	Mais velhos	50	33,26 – L	6,895		
Social	Mais jovens	66	42,35	8,258	0,669	0,134
	Mais velhos	51	44,61	7,733		
Desempenho Acadêmico	Mais jovens	57	43,21	8,259	1,347	0,755
	Mais velhos	48	42,67	9,541		
Total de Competências	Mais jovens	51	32,63 – C	5,600	9,766	0,160***
	Mais velhos	47	34,66 – C	8,063		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene não permite testes paramétricos para as escalas “Atividades” e “Total de Competências”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

Observa-se que não há diferenças significativas entre os dois grupos investigados.

Em linhas gerais, esses dados revelam que a faixa etária é uma variável que atualmente não diferencia os escores apresentados pelas crianças da região de alta vulnerabilidade em relação às competências.

Esses resultados fogem ao que é esperado pela literatura quanto ao curso normal do desenvolvimento das competências (Dishion, Luber, Stoutarmer-Louber & Patterson, 1984). Embora o presente estudo não faça avaliação longitudinal das crianças investigadas e apenas compare as médias dos escores obtidos pelas duas faixas etárias no relato parental, seria esperado que os alunos mais velhos apresentassem indicativo de ganhos no repertório das atividades desenvolvidas fora do ambiente escolar.

Entretanto, o que se observa na Tabela 5 é que, no julgamento parental, as crianças da área de maior vulnerabilidade não apresentam os ganhos esperados no repertório de interação social. Conforme mencionam Patterson, Reid e Dishion (1992), esse é um perfil fortemente relacionado ao desenvolvimento de problemas de comportamento no sexo masculino, especialmente de ordem externalizante, refletindo em dificuldades de adaptação por parte das crianças em seu ambiente de sobrevivência: família, escola, contatos com pares etc, uma vez que nos dizeres de Rutter (2007), competência e resiliência encontram-se frequentemente relacionadas.

A ausência de diferenças pode ainda estar associada a estabilidade de fatores de risco para essa amostra, especialmente quanto à falta de apoio social para esses alunos em instituições que permeiam seu cotidiano, como família, escola e vizinhança (Collishaw et al., 2007; Honkineen et al., 2009; Najmi, Bureau, Chen & Lyons-Ruth, 2009).

5.2.2 Escalas de Problemas de Comportamento

A análise seguinte diz respeito aos resultados de meninos e meninas nas escalas de problemas de comportamento (Tabela 06).

Tabela 06. Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Masculino	65	63,97	10,235	0,147	0,732
	Feminino	58	63,34	9,881		
Isolamento/Depressão	Masculino	65	62,45	8,686	0,028	0,100
	Feminino	58	59,88	8,448		
Queixas Somáticas	Masculino	65	58,94	7,955	2,535	0,087
	Feminino	58	61,90	10,988		
Problemas Sociais	Masculino	65	61,97	10,676	1,388	0,799
	Feminino	58	61,50	9,565		
Problemas com o Pensamento	Masculino	65	58,63	9,070	0,190	0,568
	Feminino	58	59,67	11,086		
Problemas de Atenção	Masculino	65	60,57	10,775	0,434	0,598
	Feminino	58	61,69	12,721		
Comportamento de Quebrar Regras	Masculino	65	58,03	8,193	0,006	0,886
	Feminino	58	57,81	8,809		
Comportamento Agressivo	Masculino	65	62,65	11,540	0,573	0,606
	Feminino	58	61,59	11,115		
Escala de Internalização	Masculino	65	63,17 – C	8,999	0,597	0,923
	Feminino	58	63,34 – C	11,174		
Escala de Externalização	Masculino	65	59,46	11,203	0,179	0,854
	Feminino	58	59,09	11,410		
Total de Problemas	Masculino	65	61,32 – L	11,530	1,366	0,833
	Feminino	58	61,76 – L	11,255		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

A primeira constatação é que não são encontradas diferenças significativas entre os sexos, ou seja, meninos e meninas apresentam médias muito semelhantes para todas as escalas avaliadas. Para a maioria das médias observadas nessa amostra, os resultados se encontram na faixa não clínica (Achenbach & Rescorla, 2004) e se assemelham as médias observadas na

amostra normativa americana para crianças entre 6 e 11 anos, não encaminhadas para serviço de saúde mental (Achenbach & Rescorla, 2001).

Já para os aspectos de internalização, as médias observadas para os dois sexos fogem à expectativa de resultados para uma amostra, a priori, não referida para atendimento.

Uma das justificativas encontradas na literatura para esses resultados é que crianças que convivem com fatores de risco como a violência tendem a apresentar dificuldades internalizantes associadas a ansiedade ou depressão (Avanci, Assis, Oliveira & Pires, 2009; Janses & Deboutte, 2009). Em crianças que se encontram sob esse tipo de influência, é mais comum que o sexo masculino seja mais afetado por vivenciar maior exposição a situações de adversidade (Kerr, Luckenheimer & Olson, 2007; Patterson, Shaw, Snyder & Yoerger, 2005). No entanto, é o sexo feminino que chega mais frequentemente aos serviços de saúde apresentando este tipo de queixa (Marturano, Linhares, Loureiro & Machado, 1997; Rocha & Silvaes, 2006).

Outra justificativa, tendo em vista que os informantes do presente estudo são em sua maioria de mães biológicas, é que conforme mencionam Ferdinand, Ende & Verhulst (2007), o relato parental, especialmente feito pelo sexo feminino, tende a qualificar dificuldades de ordem internalizante com maior intensidade e frequência.

Na sequência, fez-se a comparação entre as faixas etárias para as escalas de problemas de comportamento (Tabela 07).

Tabela 07. Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Mais jovens	72	61,74	9,283	0,946	0,010*
	Mais velhos	51	66,41 – L	10,498		
Isolamento/Depressão	Mais jovens	72	60,07	8,604	0,056	0,075
	Mais velhos	51	62,88	8,492		
Queixas Somáticas	Mais jovens	72	59,60	8,665	0,333	0,313
	Mais velhos	51	61,37	10,746		
Problemas Sociais	Mais jovens	72	60,85	9,618	1,631	0,243
	Mais velhos	51	63,02	10,777		
Problemas com o Pensamento	Mais jovens	72	58,75	9,591	1,029	0,627
	Mais velhos	51	59,65	10,722		
Problemas de Atenção	Mais jovens	72	59,72	11,034	0,042	0,122
	Mais velhos	51	63,04	12,426		
Comportamento de Quebrar Regras	Mais jovens	72	57,54	7,970	0,601	0,550
	Mais velhos	51	58,47	9,148		
Comportamento Agressivo	Mais jovens	72	60,78	10,647	1,115	0,111
	Mais velhos	51	64,08	12,021		
Escala de Internalização	Mais jovens	72	61,58 – L	9,293	0,134	0,028*
	Mais velhos	51	65,61 – C	10,664		
Escala de Externalização	Mais jovens	72	57,94	11,045	0,158	0,117
	Mais velhos	51	61,18 – L	11,387		
Total de Problemas	Mais jovens	72	60,01 – L	10,847	0,088	0,079
	Mais velhos	51	63,67 – C	11,818		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

Nota-se que há diferenças significativas para as escalas “Ansiedade/Depressão” e “Escala de Internalização”. Nestes casos, as crianças mais velhas apresentam médias mais elevadas. Já para as outras escalas de problemas de comportamento não são encontradas diferenças entre os dois grupos.

De forma geral, o que se observa é que, na visão parental, os alunos mais velhos apresentam padrões em intensidade e frequência acima do esperado conforme normas americanas, tanto para questões internalizantes (especialmente relacionadas a ansiedade e depressão) quanto externalizantes. Ainda nessa análise, a diferença entre faixas etárias mostram-se relacionadas ao aumento de características de problemas de comportamento na

avaliação dos cuidadores. Isso pode estar relacionado à falta de acompanhamento de dificuldades apresentadas pelos alunos dessa região ainda nos primeiros anos da vida escolar, possibilitando agravamento desses aspectos no grupo mais velho.

5.3 ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE CBCL DA REGIÃO DE BAIXA VULNERABILIDADE

5.3.1 Escalas de Competências

Para as análises da região de baixa vulnerabilidade, utiliza-se o mesmo tipo de teste mencionado na região mais vulnerável: T de Student para comparação de médias entre duas amostras independentes e Mann-Whitney U, como equivalente não-paramétrico.

Em relação às escalas de competências, a Tabela 08 traz os resultados de meninos e meninas da região menos vulnerável.

Tabela 08. Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de competências da amostra de CBCL da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Atividades	Masculino	59	34,36 - L	8,077	3,473	0,225
	Feminino	64	35,95	6,405		
Social	Masculino	60	44,38	8,868	0,012	0,790
	Feminino	64	43,97	8,440		
Desempenho Acadêmico	Masculino	59	45,34	8,790	0,348	0,776
	Feminino	62	45,79	8,622		
Total de Competências	Masculino	58	37,02 - L	8,874	0,810	0,745
	Feminino	61	37,52 - L	8,121		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

L - Escore T na faixa limítrofe.

Em todas as escalas de competências não há diferenças significativas entre as médias dos dois sexos.

Tais resultados indicam semelhanças entre os padrões de meninos e meninas quanto às competências avaliadas. O índice de atividades realizadas fora da escola merece atenção psicológica. Levando-se em consideração que os resultados da área mais vulnerável no mesmo tipo de comparativo são semelhantes, uma hipótese levantada é a de que seja uma característica de crianças belorizontinas entre 6 e 11 anos, alunas de escolas públicas, apresentar escores mais baixos nas escalas de competências (especialmente na escala “Atividades”) na visão parental, em relação às normas americanas (Achenbach & Rescorla, 2001).

Dando continuidade, fez-se a análise comparativa entre as duas faixas etárias da área menos vulnerável para as escalas de competências (Tabela 09).

Tabela 09. Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de competências da amostra de CBCL da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Atividades	Mais Jovens	54	34,43 - L	6,889	0,878	0,306
	Mais velhos	69	35,78	7,550		
Social	Mais Jovens	55	42,36	8,960	1,645	0,037*
	Mais velhos	69	45,61	8,114		
Desempenho Acadêmico	Mais Jovens	52	47,31	7,547	3,155	0,055
	Mais velhos	69	44,26	9,268		
Total de Competências	Mais Jovens	51	36,49 - C	8,489	0,017	0,382
	Mais velhos	68	37,87 - L	8,460		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

Em todas as escalas avaliadas não se observa diferenças significativas entre as médias dos dois grupos, exceto para a escala “Social”, onde os alunos mais velhos apresentam média mais elevada.

Novamente chamam a atenção os dados relativos às atividades realizadas pelas crianças fora do ambiente escolar, com resultados semelhantes mesmo entre faixas etárias diferentes. Nota-se também uma tendência de que a qualidade do desempenho acadêmico das crianças dessa área seja menor para os alunos mais velhos. Por outro lado, observa-se que, na visão parental, os padrões de interação social desses alunos melhoram para o grupo mais

velho, o que provavelmente mantém relação com a qualidade da rede de apoio social (escola, família, acompanhamento preventivo em saúde etc) da comunidade em que estão inseridos.

5.3.2 Escalas de Problemas de Comportamento

Em relação às escalas de problemas de comportamento a Tabela a seguir destaca dados das crianças da área menos vulnerável.

Tabela 10. Comparação entre as médias dos escores T de meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Masculino	60	59,40	7,221	1,064	0,940
	Feminino	65	59,51	8,550		
Isolamento/Depressão	Masculino	60	58,08	7,502	0,001	0,264
	Feminino	65	56,55	7,702		
Queixas Somáticas	Masculino	60	56,75	7,073	1,756	0,705
	Feminino	65	57,26	7,906		
Problemas Sociais	Masculino	60	57,75	6,047	0,030	0,777
	Feminino	65	57,43	6,485		
Problemas com o Pensamento	Masculino	60	56,12	6,892	0,866	0,927
	Feminino	65	56,00	7,289		
Problemas de Atenção	Masculino	60	56,73	6,297	1,402	0,466
	Feminino	65	57,71	8,366		
Comportamento de Quebrar Regras	Masculino	60	55,02	5,896	1,143	0,359
	Feminino	65	56,03	6,369		
Comportamento Agressivo	Masculino	60	58,78	7,812	0,002	0,635
	Feminino	65	58,11	8,049		
Escala de Internalização	Masculino	60	58,62	8,537	0,671	0,592
	Feminino	65	57,71	10,218		
Escala de Externalização	Masculino	60	55,35	10,013	0,416	0,783
	Feminino	65	55,83	9,463		
Total de Problemas	Masculino	60	57,27	9,660	0,410	0,924
	Feminino	65	57,43	9,404		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

De maneira padrão, os dois grupos, masculino e feminino não apresentam diferenças significativas em todas as escalas de problemas de comportamento. Desperta a atenção a

distância entre as médias das crianças dessa região em relação às faixas limítrofe e clínica, conforme normas americanas. Em geral, meninos e meninas da amostra dessa área apresentam, conforme julgamento de pais ou cuidadores, padrões de comportamento equivalentes aos das crianças não encaminhadas da amostra normativa americana (Achenbach & Rescorla, 2001).

Perfazendo o conjunto de análises, na sequência a Tabela 11 traz o comparativo entre os resultados dos dois grupos etários da região menos vulnerável.

Tabela 11. Comparação entre as médias dos escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL da região menos vulnerável**.

Escalas	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Mais jovens	55	59,84	7,840	0,033	0,636
	Mais velhos	70	59,16	8,005		
Isolamento/Depressão	Mais jovens	55	56,51	7,363	0,939	0,313
	Mais velhos	70	57,90	7,840		
Queixas Somáticas	Mais jovens	55	56,67	8,378	1,385	0,652
	Mais velhos	70	57,29	6,766		
Problemas Sociais	Mais jovens	55	57,09	6,135	0,787	0,437
	Mais velhos	70	57,97	6,366		
Problemas com o Pensamento	Mais jovens	55	56,07	6,771	1,287	0,981
	Mais velhos	70	56,04	7,349		
Problemas de Atenção	Mais jovens	55	56,42	6,303	2,095	0,275
	Mais velhos	70	57,89	8,198		
Comportamento de Quebrar Regras	Mais jovens	55	55,80	6,396	0,791	0,681
	Mais velhos	70	55,34	5,976		
Comportamento Agressivo	Mais jovens	55	58,45	7,833	0,004	0,978
	Mais velhos	70	58,41	8,028		
Escala de Internalização	Mais jovens	55	58,13	9,173	0,324	0,986
	Mais velhos	70	58,16	9,678		
Escala de Externalização	Mais jovens	55	55,75	9,781	0,007	0,883
	Mais velhos	70	55,49	9,695		
Total de Problemas	Mais jovens	55	57,18	9,373	0,309	0,860
	Mais velhos	70	57,49	9,646		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

A Tabela acima evidencia que não existem diferenças significativas entre os dois grupos para o conjunto de escalas em questão. As médias dos mais jovens são semelhantes às dos mais velhos e encontram-se todas na faixa não clínica.

Complementa estes dados a observação de que as médias de ambos os grupos está distante das faixas clínica e limítrofe. Isto permite hipotetizar que, para essa amostra, exista estabilidade dos padrões de comportamento próximos aos da amostra normativa americana não encaminhada (Achenbach & Rescorla, 2001). Tal aspecto pode estar relacionado à assistência preventiva ou remediativa recebida por essas crianças na escola, família ou comunidade a que pertencem, ainda nos primeiros anos da vida escolar.

5.4 ANÁLISE INFERENCIAL COMPARATIVA ENTRE AS AMOSTRAS DE CBCL DAS DUAS REGIÕES

5.4.1 Escalas de Competências

Em relação a análise entre as duas regiões de vulnerabilidade social diferentes, permanece a utilização do teste T de Student, visando comparação entre duas amostras independentes. Nos casos em que o nível de significância do teste Levene não permite testes paramétricos, faz-se uso do teste não-paramétrico Mann-Whitney U, como equivalente estatístico.

Para as escalas de competências, a Tabela 09 expõe os resultados da comparação entre as médias das duas regiões.

Tabela 12. Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de competências da amostra de CBCL das duas regiões de vulnerabilidade**.

Escalas	Nível de vulnerabilidade	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Atividades	Alta	117	31,93 - L	6,140	3,371	0,001*
	Baixa	123	35,19 - L	7,269		
Social	Alta	117	43,33	8,078	0,368	0,439
	Baixa	124	44,17	8,617		
Desempenho acadêmico	Alta	105	42,96	8,828	0,022	0,026*
	Baixa	121	45,57	8,671		
Total de Competências	Alta	98	33,60 - C	6,931	3,254	0,001*
	Baixa	119	37,28 - L	8,464		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

C - Escore T na faixa clínica.

L - Escore T na faixa limítrofe.

Observa-se que todas as escalas, exceto a escala “Social”, apresentam diferenças significativas entre as médias das duas regiões. As médias da região de alta vulnerabilidade são sempre mais baixas, o que indica piores resultados.

Os dados fortalecem a hipótese de que o baixo índice no desempenho de atividades seja uma característica de crianças belorizontinas alunas de escolas públicas do Ensino Fundamental, na faixa etária entre 6 e 11 anos. Por conseguinte, é possível que normas brasileiras do CBCL venham reduzir os pontos de corte para as faixas limítrofe e clínica da escala “Atividades”, caso esse fenômeno se repita em outras amostras.

Por outro lado, também é possível que essa seja uma característica inerente das populações específicas investigadas, resultado que pode ser discutido junto à coordenação pedagógica de cada escola participante desta pesquisa.

De forma geral, as crianças da área menos vulnerável mostram-se mais competentes, especialmente quanto ao desempenho acadêmico, enquanto que para o índice de atividades os valores observados encontram-se mais próximos aos da amostra normativa americana encaminhada.

5.4.2 Escalas de Problemas de Comportamento

No caso das escalas de problemas de comportamento, a Tabela 11 destaca as médias das duas áreas de vulnerabilidade.

Tabela 13. Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de problemas de comportamento da amostra de CBCL das duas regiões de vulnerabilidade**.

Escalas	Nível de vulnerabilidade	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Alta	123	63,67	10,033	4,869	0,002***
	Baixa	125	59,46	7,908		
Isolamento/Depressão	Alta	123	61,24	8,636	3,620	0,001*
	Baixa	125	57,29	7,615		
Queixas Somáticas	Alta	123	60,33	9,581	6,363	0,009*
	Baixa	125	57,02	7,492		
Problemas Sociais	Alta	123	61,75	10,128	27,828	0,006***
	Baixa	125	57,58	6,256		
Problemas com o Pensamento	Alta	123	59,12	10,042	11,962	0,015***
	Baixa	125	56,06	7,073		
Problemas de Atenção	Alta	123	61,10	11,697	21,876	0,039***
	Baixa	125	57,24	7,432		
Comportamento de Quebrar Regras	Alta	123	57,93	8,454	9,756	0,039***
	Baixa	125	55,54	6,143		
Comportamento Agressivo	Alta	123	62,15	11,308	13,825	0,022***
	Baixa	125	58,43	7,911		
Escala de Internalização	Alta	123	63,25 – C	10,041	0,294	0,001*
	Baixa	125	58,14	9,422		
Escala de Externalização	Alta	123	59,28	11,256	2,847	0,006*
	Baixa	125	55,60	9,695		
Total de Problemas	Alta	123	61,53 – L	11,357	6,445	0,004***
	Baixa	125	57,35	9,490		

*p<0,05.

** O Teste Levene não permite testes paramétricos para todas as escalas.

***Nível de significância obtido a partir do Teste Mann-Whitney U.

C - Escore T na faixa clínica.

L - Escore T na faixa limítrofe.

Em todas as escalas de problemas de comportamento observam-se diferenças significativas entre as médias das duas regiões, sendo os valores mais elevados sempre para a área de maior vulnerabilidade.

Estes resultados permitem dizer que os pais ou cuidadores das crianças da região mais vulnerável indicam mais características relacionadas a problemas de comportamento que os responsáveis pelas crianças da amostra de baixa vulnerabilidade, tendo em vista as normas americanas (Achenbach & Rescorla, 2001). Além disso, é possível perceber que, na visão parental, o grupo da área mais vulnerável apresenta escore médio em maior frequência e intensidade do que o esperado quanto a Escala de Internalização e a Escala Total de Problemas. (Achenbach & Rescorla, 2004).

O perfil encontrado para as crianças da área mais vulnerável se aproxima de características encontradas em populações que convivem com fatores de risco (Patterson, Shaw, Snyder & Yoerger, 2005). Essas características favorecem o desenvolvimento de padrões disruptivos como comportamento agressivo e dificuldades na interação social (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Nessa perspectiva, também é esperado que esse perfil comportamental na infância esteja associado a dificuldades para lidar com situações estressoras e adversas do ambiente (Rutter, 2007).

Já os alunos da área menos vulnerável, apresentam um perfil mais próximo da convivência com fatores de proteção ao desenvolvimento, e aparentemente, possuem melhores condições para melhorias no repertório de comportamentos pró-sociais e bom desempenho acadêmico (Garmezy, 1985; Dishion, Loeber, Stouthamer-Loeber & Patterson, 1984; Marturano, Toller & Elias, 2005; Gadeyne, Ghèsquierre & Onghena, 2004).

5.5 ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE TRF DA REGIÃO DE ALTA VULNERABILIDADE

5.5.1 Escalas de Funcionamento Adaptativo

As análises vinculadas ao TRF, Relatório do Professor, são baseadas nos mesmos tipos de testes estatísticos realizados com a amostra de CBCL: teste T de Student para comparação de médias entre duas amostras independentes e seu correspondente não-paramétrico – teste Mann-Whitney U, com intervalo de confiança de 95% $p < 0,05$.

O primeiro grupo de análises diz respeito à comparação entre as médias de cada sexo para os alunos da área de maior vulnerabilidade nas escalas de funcionamento adaptativo (Tabela a seguir).

Tabela 14. Comparação entre os escores T de meninos e meninas para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Desempenho Acadêmico	Masculino	55	47,33	7,888	0,819	0,604
	Feminino	46	48,20	8,876		
Grau de Esforço no Trabalho	Masculino	55	46,87	5,460	0,474	0,613
	Feminino	47	47,47	6,392		
Comportamento Adaptativo	Masculino	55	46,31	5,676	0,087	0,403
	Feminino	47	45,32	6,217		
Grau de Aprendizagem	Masculino	55	45,09	6,421	1,696	0,980
	Feminino	47	45,13	8,026		
Grau de Felicidade	Masculino	55	46,78	6,070	1,009	0,544
	Feminino	45	47,51	5,833		
Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	Masculino	55	45,44	5,587	3,903	0,690
	Feminino	45	44,93	7,001		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas.

Nesta análise não se encontram diferenças significativas entre as médias, conforme o sexo dos alunos. De forma geral, os dados da Tabela 14 indicam que, na avaliação das professoras, tanto os meninos quanto as meninas da área mais vulnerável apresentam padrões semelhantes aos da amostra normativa americana não encaminhada, para as escalas de funcionamento adaptativo (Achenbach & Rescorla, 2001).

Em seguida, a Tabela 15 traz os dados relativos à comparação entre faixas etárias para as escalas de funcionamento adaptativo, para a amostra da região de alta vulnerabilidade.

Tabela 15. Comparação entre os escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Faixa Etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Desempenho Acadêmico	Mais jovens	42	49,48	8,329	0,043	0,074
	Mais velhos	59	46,47	8,157		
Grau de Esforço no Trabalho	Mais jovens	43	48,60	5,301	1,471	0,032*
	Mais velhos	59	46,08	6,103		
Comportamento Adaptativo	Mais jovens	43	47,58	5,869	0,185	0,011*
	Mais velhos	59	44,59	5,685		
Grau de Aprendizagem	Mais jovens	43	46,47	7,707	0,451	0,103
	Mais velhos	59	44,12	6,641		
Grau de Felicidade	Mais jovens	41	48,41	7,011	7,858	0,045***
	Mais velhos	59	46,20	4,940		
Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	Mais jovens	41	47,10	5,696	1,142	0,011*
	Mais velhos	59	43,90	6,302		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas, exceto para “Grau de Felicidade”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

O que se observa é a presença de diferenças significativas entre os dois grupos, com as crianças mais jovens apresentando médias mais elevadas que as mais velhas. Isso acontece para as escalas: “Grau de Esforço no Trabalho”, “Comportamento Adaptativo”, “Grau de Felicidade” e “Soma de itens de Funcionamento Adaptativo”.

Em termos gerais, os resultados demonstram que, segundo as educadoras, os alunos mais velhos apresentam funcionamento adaptativo pior que os mais jovens. As crianças mais velhas se esforçam menos em tarefas, têm comportamento menos adaptativo e são menos felizes que as mais jovens. No entanto, tais diferenças encontram-se mais próximas dos valores identificados para a amostra normativa americana não encaminhada (Achenbach & Rescorla, 2001).

5.5.2 Escalas de Problemas de Comportamento

Na sequência das análises, a Tabela 16 destaca a comparação entre médias de meninos e meninas da região mais vulnerável para as escalas de problemas de comportamento do TRF.

Tabela 16. Comparação entre os escores T de crianças meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Masculino	55	54,20	5,445	0,176	0,838
	Feminino	47	54,43	5,640		
Isolamento/Depressão	Masculino	55	57,11	7,745	1,399	0,111
	Feminino	47	54,94	5,518		
Queixas Somáticas	Masculino	55	52,91	5,867	2,398	0,377
	Feminino	47	51,96	4,787		
Problemas Sociais	Masculino	55	55,09	6,174	0,980	0,982
	Feminino	47	55,06	6,155		
Problemas com o Pensamento	Masculino	55	52,47	5,055	2,376	0,439
	Feminino	47	53,38	6,758		
Problemas de Atenção	Masculino	55	55,20	6,020	4,562	0,896***
	Feminino	47	56,43	8,602		
Comportamento de Quebrar Regras	Masculino	55	56,31	6,537	3,782	0,889
	Feminino	47	56,51	8,062		
Comportamento Agressivo	Masculino	55	57,36	8,665	0,696	0,980
	Feminino	47	57,32	9,056		
Escala de Internalização	Masculino	55	52,89	9,678	0,191	0,142
	Feminino	47	50,09	9,401		
Escala de Externalização	Masculino	55	54,96	10,000	1,843	0,978
	Feminino	47	55,02	11,378		
Total de Problemas	Masculino	55	54,09	9,379	2,546	0,604
	Feminino	47	53,00	11,773		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas, exceto para “Problemas de Atenção”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

A primeira observação sobre os dados acima é que não são encontradas diferenças significativas entre os sexos para todas as escalas de problemas de comportamento. Assim como na avaliação das professoras para as escalas de funcionamento adaptativo, meninos e meninas são vistos como portando padrões semelhantes, tanto em aspectos internalizantes (ex. ansiedade/depressão, queixas somáticas) quanto externalizantes (comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo).

Nota-se também que, para esse conjunto de escalas, conforme valores encontrados via perspectiva das educadoras, os dois sexos apresentam médias semelhantes às da amostra normativa americana não encaminhada.

Em seguida, a Tabela 17 destaca o comparativo entre as médias dos alunos da região de alta vulnerabilidade, conforme a faixa etária, para as escalas de problemas de comportamento do TRF.

Tabela 17. Comparação entre os escores T de crianças mais jovens e mais velhas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Mais jovens	43	53,49	4,940	3,006	0,203
	Mais velhos	59	54,90	5,860		
Isolamento/Depressão	Mais jovens	43	55,05	6,918	0,047	0,184
	Mais velhos	59	56,88	6,780		
Queixas Somáticas	Mais jovens	43	51,98	5,262	1,581	0,432
	Mais velhos	59	52,83	5,500		
Problemas Sociais	Mais jovens	43	54,44	4,787	5,036	0,791***
	Mais velhos	59	55,54	6,959		
Problemas com o Pensamento	Mais jovens	43	51,77	3,696	14,794	0,352***
	Mais velhos	59	53,71	6,990		
Problemas de Atenção	Mais jovens	43	53,65	4,011	21,576	0,125***
	Mais velhos	59	57,31	8,700		
Comportamento de Quebrar Regras	Mais jovens	43	54,79	5,519	11,958	0,174***
	Mais velhos	59	57,58	8,122		
Comportamento Agressivo	Mais jovens	43	55,51	6,500	7,675	0,209***
	Mais velhos	59	58,68	10,002		
Escala de Internalização	Mais jovens	43	50,79	8,456	3,372	0,471
	Mais velhos	59	52,19	10,398		
Escala de Externalização	Mais jovens	43	53,16	8,748	4,529	0,195***
	Mais velhos	59	56,32	11,666		
Total de Problemas	Mais jovens	43	52,49	6,692	16,808	0,393***
	Mais velhos	59	54,39	12,585		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos apenas para as escalas “Ansiedade/Depressão”, “Isolamento/Depressão”, “Queixas Somáticas” e “Escala de Internalização”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

Os dados demonstram que não há diferenças significativas entre as duas faixas etárias para esse conjunto de escalas. No entanto, chama a atenção os valores mais elevados do grupo de alunos mais velhos nas escalas “Comportamento Agressivo”, “Comportamento de Quebrar Regras” e “Problemas de Atenção”. Uma hipótese é que a percepção das professoras sobre esses padrões de comportamento das crianças mais velhas mantenha relação com as diferenças encontradas entre os dois grupos etários para as escalas de funcionamento

adaptativo. Significa dizer que quanto pior o funcionamento adaptativo do grupo, mais aspectos de problemas de comportamento ele apresenta na visão das educadoras.

5.6 ANÁLISE INFERENCIAL DA AMOSTRA DE TRF DA REGIÃO DE BAIXA VULNERABILIDADE

5.6.1 Escalas de Funcionamento Adaptativo

A análise inicial da amostra menos vulnerável de TRF diz respeito ao comparativo entre os sexos para as escalas de funcionamento adaptativo (Tabela 18).

Tabela 18. Comparação entre os escores T de meninos e meninas para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Desempenho Acadêmico	Masculino	52	49,54	10,193	3,000	0,483
	Feminino	56	48,27	8,518		
Grau de Esforço no Trabalho	Masculino	52	49,42	9,013	6,649	0,060***
	Feminino	59	46,56	6,670		
Comportamento Adaptativo	Masculino	52	47,81	8,003	8,300	0,062***
	Feminino	59	44,86	5,625		
Grau de Aprendizagem	Masculino	52	49,02	8,678	5,506	0,002***
	Feminino	59	45,88	6,990		
Grau de Felicidade	Masculino	51	47,98	7,750	0,265	0,326
	Feminino	57	46,56	7,206		
Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	Masculino	51	48,02	8,887	5,167	0,038***
	Feminino	57	44,82	6,812		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos apenas para as escalas “Desempenho Acadêmico” e “Grau de Felicidade”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

Notam-se diferenças significativas entre os sexos para as escalas “Grau de Aprendizagem” e “Soma de itens de Funcionamento Adaptativo”, com os meninos apresentando médias mais elevadas nos dois casos. Para as outras escalas deste grupamento não se observam diferenças.

Em termos gerais, as professoras da área de menor vulnerabilidade avaliam que os meninos possuem um funcionamento adaptativo melhor que as meninas, e os dois grupos apresentam médias semelhantes as encontradas na amostra normativa americana não encaminhada (Achenbach & Rescorla, 2001).

Em seguida, a Tabela 19 destaca-se a comparação entre as médias de crianças da área menos vulnerável conforme a faixa etária para as escalas de funcionamento adaptativo.

Tabela 19. Comparação entre os escores T de alunos mais jovens e mais velhos para as escalas de funcionamento adaptativo da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Desempenho Acadêmico	Mais jovens	41	51,83	9,187	0,911	0,010*
	Mais velhas	67	47,07	9,031		
Grau de Esforço no Trabalho	Mais jovens	43	48,67	7,289	0,518	0,417
	Mais velhas	68	47,41	8,355		
Comportamento Adaptativo	Mais jovens	43	45,51	6,994	0,022	0,381
	Mais velhas	68	46,71	6,963		
Grau de Aprendizagem	Mais jovens	43	47,42	8,045	0,661	0,944
	Mais velhas	68	47,31	7,944		
Grau de Felicidade	Mais jovens	43	46,63	6,145	10,033	0,406***
	Mais velhas	65	47,63	8,247		
Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	Mais jovens	43	46,33	7,568	0,084	0,993
	Mais velhas	65	46,34	8,307		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas, exceto para “Grau de Felicidade”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

A única diferença significativa encontrada é para a escala “Desempenho Acadêmico”, com os alunos mais jovens apresentando média mais elevada. Chama a atenção o fato de que as médias mais elevadas dos alunos mais jovens estão nas escalas “Desempenho Acadêmico” e “Grau de esforço no trabalho”.

As professoras da escola dessa região avaliam que crianças mais velhas apresentam desempenho acadêmico pior. Já em relação aos outros aspectos do funcionamento adaptativo como comportamento adaptativo, grau de aprendizagem e grau de felicidade, o julgamento por parte das educadoras quanto às faixas etárias permite levantar a hipótese de estabilidade dos padrões apresentados pelos alunos. De modo geral, os valores apresentados pelas crianças dos dois grupos (mais jovens e mais velhas) se aproxima das médias observadas na amostra normativa americana para crianças não encaminhadas.

5.6.2 Escalas de Problemas de Comportamento

Quanto à comparação entre meninos e meninas dessa região para as escalas de problemas de comportamento do TRF, a Tabela a seguir apresenta os resultados.

Tabela 20. Comparação entre os escores T de meninos e meninas para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Sexo	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Masculino	52	55,85	7,373	11,604	0,012***
	Feminino	60	52,88	4,614		
Isolamento/Depressão	Masculino	52	56,37	7,776	6,913	0,138***
	Feminino	60	54,10	5,763		
Queixas Somáticas	Masculino	52	53,54	7,261	21,023	0,026***
	Feminino	60	51,05	3,427		
Problemas Sociais	Masculino	52	57,62	9,108	6,422	0,021***
	Feminino	60	54,23	6,334		
Problemas com o Pensamento	Masculino	52	53,04	6,206	1,314	0,538
	Feminino	60	52,33	5,876		
Problemas de Atenção	Masculino	52	55,08	7,743	2,258	0,235
	Feminino	60	53,52	6,077		
Comportamento de Quebrar Regras	Masculino	52	57,65	9,553	3,734	0,076
	Feminino	60	54,68	7,976		
Comportamento Agressivo	Masculino	52	60,12	12,339	2,289	0,032*
	Feminino	60	55,48	10,282		
Escala de Internalização	Masculino	52	53,15	11,748	1,599	0,002*
	Feminino	60	46,80	9,730		
Escala de Externalização	Masculino	52	56,71	13,255	0,853	0,038*
	Feminino	60	51,68	12,056		
Total de Problemas	Masculino	52	53,73	13,643	0,494	0,024*
	Feminino	60	48,12	12,389		

*p<0,05.

** O Teste Levene não permite testes paramétricos para as escalas “Ansiedade/Depressão”, “Isolamento/Depressão”, “Queixas Somáticas” e “Problemas Sociais”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

Os dados demonstram diferenças significativas entre os sexos para as escalas: “Ansiedade/Depressão”, “Queixas Somáticas”, “Problemas Sociais”, “Comportamento Agressivo”, “Escala de Internalização”, “Escala de Externalização” e “Escala Total de Problemas”, sempre com os meninos apresentando médias mais elevadas. Chama a atenção a presença de valores mais elevados para o sexo masculino nas escalas “Comportamento Agressivo”, “Comportamento de Quebrar Regras” e “Problemas Sociais”.

Em linhas gerais, observa-se na visão das professoras dessa região que os meninos são tidos como mais problemáticos que as meninas, especialmente em relação à agressividade e aos problemas sociais. Entretanto, mesmo havendo essa discrepância, esses padrões se localizam dentro da média esperada para a amostra normativa americana não encaminhada.

Dando continuidade à análise, a Tabela 21 traz o comparativo entre as faixas etárias da área menos vulnerável para as escalas de problemas de comportamento do TRF.

Tabela 21. Comparação entre os escores T de alunos mais jovens e mais velhos para as escalas de problemas de comportamento da amostra de TRF da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Faixa etária	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Mais jovens	43	55,56	6,009	0,815	0,080
	Mais velhos	69	53,45	6,230		
Isolamento/Depressão	Mais jovens	43	56,81	7,202	0,301	0,042*
	Mais velhos	69	54,12	6,434		
Queixas Somáticas	Mais jovens	43	51,70	4,475	1,987	0,456
	Mais velhos	69	52,52	6,296		
Problemas Sociais	Mais jovens	43	57,53	7,526	0,019	0,067
	Mais velhos	69	54,72	7,978		
Problemas com o Pensamento	Mais jovens	43	53,74	6,455	4,483	0,032***
	Mais velhos	69	51,99	5,666		
Problemas de Atenção	Mais jovens	43	55,07	6,738	0,336	0,319
	Mais velhos	69	53,72	7,019		
Comportamento de Quebrar Regras	Mais jovens	43	57,86	10,006	8,090	0,164
	Mais velhos	69	54,94	7,879		
Comportamento Agressivo	Mais jovens	43	60,49	12,595	3,163	0,037*
	Mais velhos	69	55,86	10,410		
Escala de Internalização	Mais jovens	43	52,72	10,308	0,298	0,025*
	Mais velhos	69	47,90	11,292		
Escala de Externalização	Mais jovens	43	57,33	13,981	3,191	0,030*
	Mais velhos	69	51,96	11,674		
Total de Problemas	Mais jovens	43	54,26	12,726	0,001	0,025*
	Mais velhos	69	48,52	13,147		

*p<0,05.

** O Teste Levene permite testes paramétricos para todas as escalas, exceto para “Problemas com o Pensamento”.

*** Nível de significância encontrado a partir do teste Mann-Whitney U.

Inicialmente o que se observa é a presença de diferenças significativas entre as faixas etárias para as escalas “Isolamento/Depressão”, “Problemas com o Pensamento”, “Comportamento Agressivo”, “Escala de Internalização”, “Escala de Externalização” e “Total de Problemas”, sempre com médias mais altas para as crianças mais jovens. Cabe ressaltar

que os valores mais elevados para o sexo masculino encontram-se nas escalas “Comportamento Agressivo”, “Comportamento de Quebrar Regras” e “Problemas Sociais”.

Diante desses dados, é possível afirmar que, em média, as professoras dessa região avaliam que os alunos mais velhos apresentam melhor controle de aspectos vinculados a problemas de comportamento. Uma hipótese explicativa para essa percepção das educadoras é que as crianças da escola da área menos vulnerável recebam acompanhamento para as dificuldades apresentadas desde os anos iniciais do Ensino Fundamental, e isso se reflita na percepção dessa alteração.

5.7 ANÁLISE INFERENCIAL COMPARATIVA ENTRE AS AMOSTRAS DE TRF DAS DUAS REGIÕES

5.7.1 Escalas de Funcionamento Adaptativo

Seguindo o padrão adotado em todas as análises anteriores, na comparação entre médias de escores T do TRF para as duas regiões de vulnerabilidade, utiliza-se o Teste T de Student e seu equivalente não-paramétrico, Teste Mann-Whitney U (IC=95%, $p<0,05$).

A Tabela 22 traz os resultados comparativos entre as amostras de TRF de maior e menor vulnerabilidade para as escalas de funcionamento adaptativo.

Tabela 22. Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de funcionamento adaptativo das amostras de TRF das duas regiões de vulnerabilidade**.

Escalas	Nível de vulnerabilidade	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Desempenho Acadêmico	Alta	101	47,72	8,321	1,497	0,347
	Baixa	108	48,87	9,339		
Grau de Esforço no Trabalho	Alta	102	47,14	5,885	8,552	0,509***
	Baixa	111	47,90	7,948		
Comportamento Adaptativo	Alta	102	45,85	5,922	1,374	0,661
	Baixa	111	46,24	6,967		
Grau de Aprendizagem	Alta	102	45,10	7,168	0,249	0,032*
	Baixa	111	47,35	7,947		
Grau de Felicidade	Alta	100	47,11	5,945	4,773	0,451***
	Baixa	108	47,23	7,466		
Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	Alta	100	45,21	6,234	4,729	0,552***
	Baixa	108	46,33	7,984		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene permite testes paramétricos apenas para as escalas “Desempenho Acadêmico”, “Comportamento Adaptativo” e “Grau de Aprendizagem”.

*** Nível de significância obtido a partir do Teste Mann-Whitney U.

O que se observa, em primeira instância, é a presença de diferença significativa entre as perspectivas das professoras das duas áreas para a escala “Grau de Aprendizagem”. Neste caso, as educadoras da região menos vulnerável qualificam os comportamentos de seus alunos com média mais elevada. Esse dado parece fortalecer a hipótese de que a vulnerabilidade social esteja relacionada a piores condições de aprendizagem por parte das crianças, tendo em vista a comparação entre as amostras investigadas.

Em relação aos outros aspectos avaliados, observa-se maior concordância entre as professoras de ambos os grupos, sinalizando a possibilidade de não relação entre vulnerabilidade social e os padrões apresentados pelas crianças nesses aspectos. Vale mencionar que as médias obtidas pelos dois grupos no julgamento feito pelas educadoras, encontram-se mais próximas dos valores observados para a amostra normativa americana não encaminhada (Achenbach & Rescorla, 2001).

5.7.2 Escalas de Problemas de Comportamento

Logo em seguida a Tabela 23 integra-se pelo comparativo entre os resultados das duas regiões de vulnerabilidade para as escalas de problemas de comportamento do TRF.

Tabela 23. Comparação entre as médias dos escores T para as escalas de problemas de comportamento das amostras de TRF das duas regiões de vulnerabilidade**.

Escalas	Nível de vulnerabilidade	N	Média (escore T)	DP	F	p*
Ansiedade/Depressão	Alta	102	54,30	5,509	0,262	0,955
	Baixa	112	54,25	6,204		
Isolamento/Depressão	Alta	102	56,10	6,864	0,427	0,309
	Baixa	112	55,15	6,835		
Queixas Somáticas	Alta	102	52,47	5,391	0,322	0,726
	Baixa	112	52,20	5,658		
Problemas Sociais	Alta	102	55,07	6,134	4,950	0,946***
	Baixa	112	55,80	7,893		
Problemas com o Pensamento	Alta	102	52,89	5,888	0,033	0,777
	Baixa	112	52,66	6,014		
Problemas de Atenção	Alta	102	55,76	7,310	0,395	0,119
	Baixa	112	54,24	6,912		
Comportamento de Quebrar Regras	Alta	102	56,40	7,242	2,491	0,760
	Baixa	112	56,06	8,828		
Comportamento Agressivo	Alta	102	57,34	8,803	4,657	0,216***
	Baixa	112	57,63	11,468		
Escala de Internalização	Alta	102	51,59	9,607	4,447	0,113***
	Baixa	112	49,75	11,129		
Escala de Externalização	Alta	102	54,99	10,603	4,630	0,249***
	Baixa	112	54,01	12,818		
Total de Problemas	Alta	102	53,58	10,510	6,588	0,044***
	Baixa	112	50,72	13,229		

*p<0,05 (IC = 95%).

** O Teste Levene não permite testes paramétricos para as escalas “Problemas Sociais”, “Comportamento Agressivo”, “Escala de Internalização”, “Escala de Externalização” e “Total de Problemas”.

*** Nível de significância obtido a partir do Teste Mann-Whitney U.

Neste conjunto de escalas, o primeiro dado que chama a atenção é a figuração da escala “Total de Problemas” como única a apresentar diferença significativa entre as médias das duas áreas de vulnerabilidade e as crianças da área mais vulnerável apresentam valor mais elevado. Há que se lembrar que essa escala se constitui pela soma de resultados encontrados para todas as outras escalas do conjunto, tanto síndromes quanto totais (internalização e externalização).

De forma geral, os dados demonstram que, na avaliação das educadoras, os alunos da área mais vulnerável apresentam um perfil mais relacionado a aspectos de problemas de comportamento, embora as médias encontradas para os dois grupos sejam semelhantes às da amostra normativa americana não encaminhada (Achenbach & Rescorla, 2001) e, portanto,

sinalizem intensidade e frequência dos comportamentos dentro dos padrões normativos para as idades entre 6 e 11 anos no TRF.

.8 ANÁLISE INFERENCIAL DO NÍVEL DE CONCORDÂNCIA ENTRE INFORMANTES

5.8.1 Região de alta vulnerabilidade

Para avaliação do nível de concordância entre pais e professores de cada região são utilizados o Teste T Pareado (IC=95%, $p<0,05$; para comparação entre medidas repetidas) para as escalas de problemas de comportamento, e Teste de Correlação de Pearson (IC=95%, $p<0,05$) para as escalas de competências e funcionamento adaptativo.

A Tabela 24 destaca os resultados da comparação entre as médias dos escores dos dois tipos de informantes para as escalas de problemas de comportamento da amostra de alta vulnerabilidade.

Tabela 24. Comparação entre as médias de escores T para as escalas de problemas de comportamento entre as amostras de CBCL e TRF da região de alta vulnerabilidade**.

Escalas	Instrumentos	Média (escore T)	N	DP	p*
Ansiedade/Depressão	CBCL	63,46	102	9,868	0,001*
	TRF	54,30	102	5,509	
Isolamento/Depressão	CBCL	61,08	102	8,531	0,001*
	TRF	56,11	102	6,865	
Queixas Somáticas	CBCL	60,00	102	9,301	0,001*
	TRF	52,47	102	5,391	
Problemas Sociais	CBCL	62,08	102	10,186	0,001*
	TRF	55,08	102	6,135	
Problemas com o Pensamento	CBCL	59,17	102	10,059	0,001*
	TRF	52,89	102	5,888	
Problemas de Atenção	CBCL	60,61	102	11,022	0,001*
	TRF	55,76	102	7,311	
Comportamento de Quebrar Regras	CBCL	58,05	102	8,460	0,109
	TRF	56,40	102	7,243	
Comportamento Agressivo	CBCL	61,97	102	11,559	0,002*
	TRF	57,34	102	8,803	
Escala de Internalização	CBCL	63,03 – C	102	9,553	0,001*
	TRF	51,60	102	9,607	
Escala de Externalização	CBCL	59,10	102	11,325	0,009*
	TRF	54,99	102	10,603	
Total de Problemas	CBCL	61,47 – L	102	11,135	0,001*
	TRF	53,59	102	10,510	

*p<0,05.

** Comparações realizadas a partir de Teste T pareado para medidas repetidas.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

Os dados demonstram que há diferenças significativas entre as perspectivas de pais e professores sobre os comportamentos das crianças em todas as escalas, exceto para “Comportamento de Quebrar Regras”. Em todas as escalas com exceção desta, é maior o escore médio do CBCL, ou seja, do instrumento preenchido pelos pais, indicando que eles relatam problemas de comportamento com mais frequência do que os professores.

O baixo nível de concordância detectado entre pais e professores é previsto pela literatura especializada em múltiplos informantes (Achenbach & Rescorla, 2007a; Achenbach, Krukowski, Dumenci & Ivanova, 2005). Nesses estudos, a justificativa mais utilizada é a de que cada informante interage com a criança em um determinado contexto e isso permite o aparecimento de julgamentos diferentes quanto aos padrões de comportamento na infância

(Achenbach & Edelbrock, 1978; Achenbach et al., 2008). A partir dessa perspectiva, os dados permitem formular a hipótese de que as crianças dessa amostra apresentam mais problemas de comportamento dentro do contexto doméstico do que no contexto escolar.

Entretanto, chama atenção a presença de concordância entre pais e educadoras para o comportamento de quebrar regras. Nesse caso as médias encontradas via perspectiva dos dois grupos encontram-se mais próximas dos valores observados para a amostra normativa americana não referida (Achenbach & Rescorla, 2001).

Por outro lado, em relação às outras escalas sobre problemas de comportamento investigadas, as médias encontradas no julgamento parental encontram-se mais próximas dos valores identificados para a amostra normativa americana de crianças encaminhadas. Isso fica ainda mais claro para a “Escala de Internalização” (escore T na faixa clínica) e “Escala Total de Problemas” (escore T na faixa limítrofe)” (Achenbach & Rescorla, 2001). Já na avaliação feitas pelas educadoras, as médias obtidas pelas crianças em todas as escalas se aproximam do escore médio encontrado na amostra normativa americana de crianças não encaminhadas (Achenbach & Rescorla, 2001).

Em linhas gerais, esses dados permitem afirmar que há alto índice de discordância entre pais e professores sobre os padrões de comportamento apresentados pelas crianças da área de maior vulnerabilidade. Para o desempenho dessa amostra nesse conjunto de escalas, os pais avaliam os filhos como piores que no julgamento feito pelas professoras.

Em seguida, a Tabela 25 apresenta uma análise de correlação entre as médias obtidas nas avaliações feitas por pais e professores quanto às competências e funcionamento adaptativo dos alunos de área mais vulnerável.

Tabela 25. Análise de correlação entre as médias dos escores T para as escalas de competências do CBCL e funcionamento adaptativo do TRF das amostras da região de alta vulnerabilidade.

Escalas - CBCL	Média (escores T)	Escalas - TRF	Média (escores T)	Correlação**
Atividades	31,93 – L	Grau de Esforço no Trabalho	47,15	0,094
Social	43,33	Comportamento Adaptativo	45,85	0,253*
Desempenho Acadêmico	42,96	Desempenho Acadêmico	47,72	0,083
Total de Competências	33,60 - C	Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	45,21	0,141

*p<0,05.

C – Escore T na faixa clínica.

L – Escore T na faixa limítrofe.

**Resultados obtidos a partir do Teste de Correlação de Pearson.

Novamente o que se percebe é que na perspectiva dos pais os filhos apresentam escores mais propensos à faixa clínica que na dos professores em todas as comparações realizadas na Tabela 22, com predomínio de baixo nível de concordância entre informantes, exceto para a combinação das escalas “Social” e “Comportamento Adaptativo”. Nesse caso a correlação, ainda que baixa é significativa ($r = 0,253$; IC=95%, $p < 0,05$), e se assemelha a resultados encontrados em trabalhos como o de Achenbach, MacConaughy & Howell (1987) que avaliaram o nível de concordância entre pais, professores, profissionais da saúde e observadores, e encontraram nível de correlação $r = 0,28$.

Para as escalas “Atividades” e “Total de Competências”, as médias do relato parental se aproximam dos resultados encontrados para a amostra normativa americana encaminhada, enquanto para as escalas “Social” e “Desempenho Acadêmico”, o perfil está mais próximo da amostra normativa de crianças não encaminhadas.

Para as escalas “Grau de Esforço no Trabalho” e “Desempenho Acadêmico”, as médias obtidas no relato das educadoras se assemelham as da amostra normativa não encaminhada, ao passo que nas escalas “Comportamento Adaptativo” e “Soma de itens de Funcionamento Adaptativo”, se aproximam das médias da amostra normativa de crianças encaminhadas.

5.8.2 Região de baixa vulnerabilidade

As análises de verificação de concordância para a amostra dessa região também são baseadas em um Teste T Pareado para as escalas de problemas de comportamento, e em um Teste de Correlação de Pearson para escalas de competências e funcionamento adaptativo, sempre com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$).

A Tabela 26 traz os dados da comparação entre as médias das avaliações feitas por pais e professores para as escalas de problemas de comportamento sobre as crianças da área menos vulnerável.

Tabela 26. Comparação entre as médias de escores T para as escalas de problemas de comportamento entre as amostras de CBCL e TRF da região de baixa vulnerabilidade**.

Escalas	Instrumento	Média (escores T)	N	DP	p*
Ansiedade/Depressão	CBCL	59,18	112	7,576	0,001*
	TRF	54,26	112	6,205	
Isolamento/Depressão	CBCL	56,88	112	7,344	0,048*
	TRF	55,15	112	6,836	
Queixas Somáticas	CBCL	57,00	112	7,531	0,001*
	TRF	52,21	112	5,659	
Problemas Sociais	CBCL	57,21	112	6,147	0,144
	TRF	55,80	112	7,893	
Problemas com o Pensamento	CBCL	55,96	112	6,858	0,001*
	TRF	52,66	112	6,014	
Problemas de Atenção	CBCL	57,22	112	7,390	0,002*
	TRF	54,24	112	6,913	
Comportamento de Quebrar Regras	CBCL	55,29	112	6,081	0,420
	TRF	56,06	112	8,829	
Comportamento Agressivo	CBCL	58,10	112	7,561	0,706
	TRF	57,63	112	11,469	
Escala de Internalização	CBCL	57,72	112	9,350	0,001*
	TRF	49,75	112	11,129	
Escala de Externalização	CBCL	55,20	112	9,644	0,404
	TRF	54,02	112	12,819	
Total de Problemas	CBCL	56,95	112	9,503	0,001*
	TRF	50,72	112	13,229	

*p<0,05.

** Comparações realizadas a partir de Teste T pareado para medidas repetidas.

Os dados indicam a presença de maior número de concordâncias entre pais e professores, se comparados aos resultados obtidos no mesmo tipo de análise para a amostra da área mais vulnerável. O que se detecta na Tabela 26 é que os informantes avaliam com maior proximidade o comportamento das crianças para problemas de interação social e questões externalizantes, como a agressividade e a desobediência a regras. Esses resultados podem ser um indício de que, na região de menor vulnerabilidade, os cuidadores participam mais da vida escolar das crianças e, desta forma, se inteiram melhor a respeito da percepção das educadoras sobre seus filhos. Estudos como o de Lordelo, Calhub, Guirra & Carvalho (2007), por exemplo, caminham nesse sentido e destacam que a frequência da criança à escola e a qualidade do rendimento escolar mantêm relação com a assistência proporcionada pelos pais.

Na Tabela 26, nota-se ainda que as discordâncias entre os informantes se concentram em aspectos internalizantes e problemas com o pensamento e de atenção. De forma geral, as médias encontradas no relato feito pelos dois grupos estão mais próximos dos resultados identificados para a amostra normativa americana de crianças não encaminhadas, exceto para o escore médio do CBCL na escala “Ansiedade/Depressão”, que se localiza mais próximo da média observada para crianças encaminhadas da amostra normativa americana (Achenbach & Rescorla, 2001).

Na sequência das análises, a Tabela 27 apresenta dados sobre o nível de correlação entre as médias de escores T presentes nas avaliações de pais e professores para as escalas de competências e algumas escalas de funcionamento adaptativo.

Tabela 27. Análise de correlação entre as médias dos escores T para as escalas de competências do CBCL e funcionamento adaptativo do TRF das amostras da região de baixa vulnerabilidade.

Escalas – CBCL	Média (escores T)	Escalas - TRF	Média (escores T)	Correlação**
Atividades	35,19	Grau de Esforço no Trabalho	47,90	-0,066
Social	44,17	Comportamento Adaptativo	46,24	0,054
Desempenho Acadêmico	45,57	Desempenho Acadêmico	48,88	0,180
Total de Competências	37,28 – L	Soma de itens – Funcionamento Adaptativo	46,33	0,079

L – Escore T na faixa limítrofe.

**Resultados obtidos a partir do Teste de Correlação de Pearson, utilizando-se $p < 0,05$.

Os resultados desta análise deixam claro que o grau de concordância entre pais e professores para as combinações das escalas mencionadas é baixo, mesmo para o par de escalas de “Desempenho Acadêmico” – CBCL-TRF. Chama atenção a correlação negativa (embora não significativa) para “Atividades” e “Grau de Esforço no Trabalho”, demonstrando visões totalmente diferentes entre os informantes quanto a esses aspectos. O desempenho acadêmico parece ser o aspecto de maior concordância, mesmo não apresentando correlação significativa.

As médias para todas as escalas observadas no TRF se aproximam do perfil de crianças não encaminhadas da amostra normativa americana. No relato parental, isso ocorre para as escalas “Social” e “Desempenho Acadêmico”, mas em relação a “Atividades” e “Total de Competências”, os valores estão mais próximos das médias observadas para a amostra normativa de crianças encaminhadas (Achenbach & Rescorla, 2001).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira distinção importante diz respeito ao modelo de investigação utilizado neste estudo. Suas características o aproximam dos estudos de cidades ou regionais e, portanto, o foco das análises está voltado para a identificação de padrões de comportamento das crianças que freqüentam as escolas participantes da pesquisa, e não para a caracterização de aspectos da vizinhança. Não obstante, considera-se que os perfis dos alunos de cada região, bem como as perspectivas oferecidas por cada informante (pais, cuidadores ou professores) trazem consigo as influências de morar ou lecionar em áreas de maior ou menor vulnerabilidade social. Nesse sentido, dá-se a escolha do Índice de Vulnerabilidade Social, como ferramenta para identificação de amostras estratificadas, conforme características da vizinhança.

Este trabalho teve como objetivo central verificar se padrões de comportamento na infância mantêm relação com o nível de vulnerabilidade social. Os resultados encontrados demonstram que, para as amostras investigadas, há diferenças nos perfis comportamentais observados entre alunos das duas regiões de vulnerabilidade.

Na comparação entre as médias obtidas pelas amostras de CBCL das duas regiões, para as escalas de competências, observa-se que em todas as escalas, exceto a escala “Social”, há diferenças significativas entre os escores médios das duas amostras. Os valores encontrados para a região de alta vulnerabilidade são sempre mais baixos, indicando piores resultados. No comparativo entre as duas amostras de CBCL para as escalas de problemas de comportamento, observam-se diferenças significativas entre as médias obtidas pelas crianças das duas regiões em todas as escalas, sendo os valores mais elevados sempre para a área de maior vulnerabilidade.

Na análise comparativa entre as amostras de TRF das duas regiões para as escalas de funcionamento adaptativo, há diferença significativa entre as perspectivas das professoras para a escala “Grau de Aprendizagem”, com as educadoras da região menos vulnerável qualificando os comportamentos de seus alunos com média mais elevada. Já no comparativo entre essas mesmas amostras para as escalas de problemas de comportamento, figura uma diferença significativa para a escala “Total de Problemas”, com as crianças da área mais vulnerável apresentando média mais elevada.

De forma geral, esses dados demonstram que, tanto na avaliação das educadoras quanto na dos pais ou cuidadores, as crianças da área mais vulnerável apresentam um perfil

mais relacionado a aspectos de problemas de comportamento e a déficits em competências e funcionamento adaptativo (especialmente quanto ao grau de aprendizagem) que as da região menos vulnerável. Isso pode ser um indicativo de que o grupo da área mais vulnerável esteja mais exposto a fatores de risco como violência, supervisão parental deficiente, ausência de apoio familiar e social. Também é possível que essas crianças estejam mais propensas a desenvolver perfis psicopatológicos tanto de caráter internalizantes (ansiedade, depressão) quanto externalizantes (comportamento anti-social e delinquência), com maior chance de envolvimento com a criminalidade.

Por outro lado, as crianças da área menos vulnerável apresentam perfil mais característico de convivência com fatores de proteção ao desenvolvimento. Nesse contexto, é provável que elas apresentem maior chance de desenvolver comportamentos pró-sociais e níveis adequados de resiliência para lidar com situações adversas do ambiente.

Entretanto, vale a ressalva de que o controle de vínculo das crianças e seus cuidadores foi feito via coordenação pedagógica das escolas participantes. Dessa forma, é possível que alguns alunos cujos pais e professores tenham participado na pesquisa não mantenham residência na vizinhança da escola e isso também influencia, de forma não controlada, os resultados observados quanto ao nível de vulnerabilidade.

Quanto aos objetivos específicos, observa-se que o sexo não é uma variável determinante de diferenças entre os escores de problemas de comportamento na visão de pais e professoras (se comparada com as diferenças encontradas quanto ao nível de vulnerabilidade).

Na comparação entre as médias obtidas pelos dois sexos na escala de competências para a região de alta vulnerabilidade, notam-se diferenças significativas para as escalas “Atividades”, “Social” e “Total de Competências”, com as meninas, apresentando valores mais elevados. Quando a comparação entre esses dois grupos se volta para as médias obtidas nas escalas de problemas de comportamento, não são encontradas diferenças significativas entre os sexos. Em relação à amostra da área menos vulnerável, na comparação entre as médias, conforme o sexo, os resultados demonstram que tanto para as escalas de competências quanto de problemas de comportamento, não há diferenças significativas.

Nas análises sobre os grupos masculino e feminino da área de maior vulnerabilidade, os dados não demonstram diferenças significativas entre as médias dos dois grupos, tanto na comparação para as escalas de funcionamento adaptativo, quanto de problemas de comportamento. Quando a comparação se volta para as médias obtidas pelas crianças da área menos vulnerável no TRF, conforme o sexo, os resultados indicam diferenças significativas

para as escalas “Grau de Aprendizagem” e “Soma de itens de Funcionamento Adaptativo”, com os meninos apresentando médias mais elevadas nos dois casos. O mesmo padrão de presença de diferenças é encontrado para escalas de problemas de comportamento, sempre como os meninos apresentando escores médios mais elevados para as escalas: “Ansiedade/Depressão”, “Queixas Somáticas”, “Problemas Sociais”, “Comportamento Agressivo”, “Escala de Internalização”, “Escala de Externalização” e “Escala Total de Problemas”.

Ainda nos objetivos específicos, percebe-se que a variável idade que mantém relação com diferenças nas amostras.

Para as crianças da região de alta vulnerabilidade, observa-se que não há diferenças significativas entre os dois grupos investigados (alunos mais jovens – 6-8 anos e alunos mais velhos – 9-11 anos) para as escalas de competências. Já para as escalas de problemas de comportamento, encontram-se diferenças significativas para as escalas “Ansiedade/Depressão” e “Escala de Internalização”. Nestes casos, as crianças mais velhas apresentam médias mais elevadas. Quando análise se volta para a amostra da área menos vulnerável, no conjunto das escalas de competências, identifica-se diferença significativa para a escala “Social”, para a qual os alunos mais velhos apresentam média mais elevada. Para as escalas de problemas de comportamento, os resultados do mesmo tipo de análise demonstram que não existem diferenças significativas entre os dois grupos.

Nas escalas do TRF, os dados obtidos pela amostra da classe de maior vulnerabilidade nas escalas de funcionamento adaptativo, sinalizam diferenças significativas entre os dois grupos para as escalas: “Grau de Esforço no Trabalho”, “Comportamento Adaptativo”, “Grau de Felicidade” e “Soma de itens de Funcionamento Adaptativo”. Em todos os casos as crianças mais jovens apresentam médias mais elevadas. Esses mesmos grupos não apresentam diferenças significativas quanto aos resultados nas escalas de problemas de comportamento.

Para os alunos da área menos vulnerável, os resultados nas escalas de funcionamento adaptativo demonstram diferenças significativas entre as faixas etárias para a escala de “Desempenho Acadêmico”, com os alunos mais jovens obtendo médias superiores. Quanto às escalas de problemas de comportamento, observa a presença de diferenças significativas entre as faixas etárias dessa região, para as escalas “Isolamento/Depressão”, “Problemas com o Pensamento”, “Comportamento Agressivo”, “Escala de Internalização”, “Escala de Externalização” e “Total de Problemas”, sempre as crianças mais jovens apresentando escores médios mais elevados.

Cabe ponderar que a delimitação de faixa etária utilizada neste estudo (6-8 anos, alunos mais jovens; 9-11 anos, alunos mais velhos) foi arbitrária, visando facilitar a análise de resultados e a identificação de necessidades preventivas para as crianças mais novas. É possível que uma abordagem diferente dos dados relacionados a idade produzisse resultados distintos aos observados aqui.

No que diz respeito às análises para verificação do nível de concordância entre informantes, para a região de alta vulnerabilidade, são encontradas diferenças significativas entre as médias do relato de pais e professores para todas as escalas de problemas de comportamento. Não obstante, na correlação entre as escalas de competências e funcionamento adaptativo, encontra-se apenas uma correlação positiva ($r = 0,253$; $p < 0,05$) entre a escala “Social” (CBCL) e a escala “Comportamento Adaptativo” (TRF). No mesmo tipo de análise para a área menos vulnerável, os dados sinalizam a presença de maior número de concordâncias entre pais e professores, se comparados aos resultados obtidos no mesmo tipo de análise para a amostra da área mais vulnerável. Nesse sentido, são encontradas menos diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos de informantes. De maneira complementar, na análise de correlação entre as escalas de competências e funcionamento adaptativo não são encontradas correlações entre as visões dos dois tipos de informantes.

De modo geral, os resultados obtidos no relato parental para as crianças da região de alta vulnerabilidade, convergem para um perfil semelhante ao de crianças da amostra normativa americana encaminhadas para atendimento em serviços de saúde mental ou serviços escola de psicologia. Esse grupo apresenta resultados associados a baixo nível de competências e a problemas de comportamento de ordem internalizante e externalizante.

Em contrapartida, para a amostra da área de baixa vulnerabilidade, o perfil encontrado no relato parental está mais próximo ao de crianças não encaminhadas para atendimento, na amostra normativa utilizada. Esses alunos não apresentam indicativo de dificuldades associadas a problemas de comportamento e recebem avaliação de maior intensidade e frequência nas escalas de competências, para o grupo mais velho.

Há, no entanto, que se considerar que os resultados encontrados neste trabalho não significam diagnóstico ou definição absoluta a respeito dos perfis encontrados para as crianças das duas amostras. O objetivo colocado e alcançado foi o de uma avaliação exploratória da relação entre aspectos de competências e problemas de comportamento, em amostras com níveis diferentes de vulnerabilidade. Nesse sentido, os dados encontrados podem favorecer o desenvolvimento de novas pesquisas direcionadas a verificação de

elementos aqui não investigados, ou ainda para organização e aplicação de estratégias preventivas e interventivas, tanto com os informantes (pais, cuidadores e professoras) quanto com os alunos.

Outra contribuição importante deste trabalho diz respeito ao aproveitamento das amostras investigadas para estudos posteriores de validação brasileira, tanto do CBCL quanto do TRF. Nesse campo, é possível também que as análises de concordância realizadas entre informantes contribuam para a realização de estudos de meta-análise específicos de nossa cultura.

Sugere-se que trabalhos futuros voltados para a avaliação do comportamento de crianças escolares em amostra brasileiras de outras cidades e estados, verifiquem o padrão encontrado de baixos escores na escala “Atividades” para as duas amostras de vulnerabilidade do CBCL. Estudos dessa natureza poderão confirmar ou refutar a hipótese de que esses resultados sejam um perfil específico de crianças belorizontinas, entre 6 e 11 anos, alunas de escolas públicas municipais. Conforme a representatividade das amostras dessas novas pesquisas, será possível inclusive verificar se esse é um padrão da cultura brasileira, observado na avaliação parental.

No campo metodológico, faz-se a ressalva de que a diferença na estratégia de coleta de dados com os pais ou cuidadores (preenchimento na própria escola ou em casa) tenha possivelmente se tornado mais uma variável envolvida na avaliação parental sobre o comportamento dos filhos. Dessa forma, é importante que novas pesquisas que abordem um público semelhante em idade escolar, se previnam identificando previamente junto a coordenação pedagógica das escolas, como se dá o funcionamento das reuniões para entrega de resultados, além de levantar a existência de outras circunstâncias de acesso aos familiares.

Espera-se que a iniciativa deste trabalho abra precedentes para novas investigações na psicologia brasileira utilizando esse e outros indicadores sociais e de qualidade de vida para observação de fenômenos psicológicos.

REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1978). The Classification of Child Psychopathology: a Review and Analysis of Empirical Efforts. *Psychological Bulletin*, 6, 1275-1301.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youth & Families.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2004). *Mental health practitioners' guide for the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* (4th ed.). Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youth, & Families.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2007a). *Multicultural Understanding of Child And Adolescent Psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2007b). *Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H-C. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 251-275.
- Achenbach, T. M.; Krukowski, R. A., Dumenci, L., & Ivanova, M. Y. (2005). Assessment of adult psychopathology: Meta-analyses and implications os cross-informant correlations. *Psychological Bulletin*, 131, 361-382.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Altmann, W. (1981). A temática dos indicadores sociais e sua resultante atual: a qualidade de vida. *Indicadores Sociais de Sergipe*, Aracajú, (3), 187-204.
- American Psychiatry Association. (1952, 1968, 1980, 1987, 1994, 2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st edn, 2nd edn, 3rd edn, 3rd edn rev. 4th edn, 4th edn rev.) Washington, DC, Author.

- Arsenault, L., Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Rijdsdijk, F. V., Jaffee, S. R., et al. (2003). Strong genetic effects on cross-situational antisocial behavior among 5-year-old children according to mother's, teachers, examiner-observers, and twins' self-reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 832-848.
- Avanci, J., Assis, S., Oliveira, R., & Pires, T. (2009). Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 383-394.
- Belfer, L. M. & Rohde, L. A. (2005). Child and adolescent mental health in Latin America and the Caribbean's: problems, progress, and policy research. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 18(4/5), 359-365.
- Bordin, I. A. S., Mari, J. J., & Caeiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e da Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP – APAL*, 17(2), 55-66.
- Brewster, K. L. (1994). Race differences in sexual activity among adolescent women. The role of neighborhood characteristics. *American Sociological Review*, 59, 408-424.
- Briggs, X. S. (1997). Moving up versus moving out: Neighborhood effects in housing mobility programs. *Housing Policy Debate*, 8, 195-234.
- Bursik, R. J. (1988). Social disorganization and theories of crime and delinquency: Problems and prospects. *Criminology*, 26, 515-552.
- Caiaffa, W. T., Almeida, M. C. M., Oliveira, C. D. L., Friche, A. A. L., Mattos, S. G. et al. (2005). O urbano sob o olhar da saúde: o caso de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 958-967.
- Campbell, F. A., & Ramey, C. T. (1994). Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow-up study of children from low-income families. *Child Development*, 65, 684-698.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (1991). Individual differences are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 157-168.

- Chase-Lansdale, P. L., & Gordon, R. A. (1996). Economic hardship and the development of five- and six-year-olds: Neighborhood and regional perspectives. *Child Development*, 67, 3338-3367.
- Chase-Lansdale, P. L., Gordon, R. A., Brooks-Gunn, J., & Klebanov, P. K. (1997). Neighborhood and family influences on the intellectual and behavioral competence of preschool and early school-age children. In J. Brooks-Gunn, G. J. Duncan, & J. L. Aber (Eds.), *Neighborhood poverty: Vol. 1 Context and consequences for children* (pp. 79-118). New York: Russell Sage Foundation.
- Collins, J. W., & David, R. J. (1990). The differential effect of traditional risk factors on infant birthweight among Blacks and Whites in Chicago. *American Journal of Public Health*, 80, 679-681.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C. & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 31, 211-229.
- Crain, R. L., & Wells, A. S. (1994). Perpetuation theory and the long-term effects of school desegregation. *Review of Educational Research*, 64, 531-553.
- Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Recuperado em 24 de junho, 2009, de: http://rio.unic.org/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=95.
- Dishion, T., Loeber, R., Stouthamer-Loeber & Patterson, G. R. (1984). Skill Deficits and Male Adolescent Delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12(1), 37-54.
- Duncan, G. J., Brooks-Gunn, J. P., & Klebanov, P. K. (1994). Economic deprivation and early-childhood development. *Child Development*, 65, 296-318.
- Essex, M. J., Kraemer, H. C., Armstrong, J. M., Boyce, T., Goldsmith, H., Klein, M. H. et al. (2006). Exploring risk factors for the emergence of children's mental health problems. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63, 1246-1256.
- Farias, M. A. & Schoen-Ferreira, T. H. (2006). O Atendimento ao Adolescente por Equipe Multidisciplinar em uma Clínica-Escola. Em: Silvaes, E. F. M. (Org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, Campinas: SP. Editora Alínea.

- Ferdinand, R. F., J. van der Ende, & Verhulst, F. C. (2007). Parent-teacher disagreement regarding psychopathology in children: a risk factor for adverse outcome? *Acta Psychiatr Scand*, 115, 48-55.
- Ferreira, M. C. T., & Marturano, E. M. (2002). Ambiente familiar e problemas de comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 35-44.
- Ford, T., Collishaw S., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). A prospective study of childhood psychopathology: independent predictors of change over three years. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 42, 953-961.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. (2009). *Situação da Infância e da Adolescência Brasileira 2009 – O Direito de Aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades*.
- Gadeyne, E., Ghèsquierre, P., & Onghena, P. (2004). Psychosocial functioning of Young children with learning problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 510-521.
- Garnezy, N. (1985). Stress-resistant children: the research for protective factors. In: J. E., Stevenson (Org.). *Aspects of Current Child Psychiatry Research*, Oxford: Pergamon.
- Gauy, F. V. & Guimarães S. S. (2006). Triagem em Saúde Mental Infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (1), 05-16.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de Estilos Parentais – IEP: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Paula Inez Cunha Gomide, (coordenadora); equipe Ana Maria Guimarães... [et al.]; apoio estatístico Plínio Marcos de Toni. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Hatamizadeh, N., Ghassemi, M., Saeedi, A., & Kazemnejad, A. (2008). Perceived competence and school adjustment of hearing impaired children in mainstream primary school settings. Journal compilation Blackwell Publishing Ltd, *Child: care, health and development*, 34(6), 789-794.
- Hobsbawn, E. (1995). *Era dos Extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras.

- Holmbeck, G. N., Thill, A. W., Bachanas, P., Garber, J., Miller, K. B., Abad, M., et al. (2007). Evidence-Based Assessment in Pediatric Psychology: Measures of Psychosocial Adjustment and Psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology Advance*, 28, 1-23.
- Honkinnen, P-L., Aromaa, M., Suominen, S., Rautava, P., Sourander A., Sillanpaa, H. H., & Sillanpaa, M. (2009). Early Childhood Psychological Problems Predict a Poor Sense of Coherence in Adolescents: A 15-year Follow-up Study. *Journal of Health Psychology*, 14(4), 587-600.
- Janssens, A. & Deboutte D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 691-700.
- Javo, C., Ronning, J. A., Handegard, B. H. & Rudmin, F. W. (2009). Cross-informant correlations on social competence and behavior problems in Sami and Norwegian preadolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18, 154-163.
- Jencks, C., & Mayer, S. (1990). The social consequences of growing up in a poor neighborhood. In L. E. Lynn & M. F. H. McGahey (Eds.), *Inner-city poverty in the United States* (pp. 111-186). Washington, DC: National Academy Press.
- Kerr, D. C. R., Lunkenheimer, E. S., & Olson, S. L. (2007). Assessment of child problem behaviors by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(10), 967-975.
- Kornhauser, R. (1978). *Social sources of delinquency*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lattal, K. A. (2005). Ciência, Tecnologia e Análise do Comportamento. Em: J. Abreu-Rodrigues e M. R. Ribeiro (Orgs.). *Análise do Comportamento: pesquisa, teoria e aplicação* (pp.15-26). Porto Alegre: ARTMED.
- Leventhal, T., & Brooks-Gunn, J. (2000). The neighborhoods they live in: effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*, 126(2), 309-337.
- Lordelo, E. R., Calhub, A. A., Guirra, R. C. & Carvalho, C. S. (2007). Contexto e desenvolvimento cognitivo: frequência à creche e evolução do desenvolvimento mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 324-334.

- Ludwig, J., Duncan, G. J., & Hirschfield, P. (1998). *Urban poverty and juvenile crime: Evidence from a randomized housing-mobility experiment*. Unpublished manuscript.
- Maia, J. M. D., & Williams, L. C. A. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em Psicologia*, 13(2), 91-103.
- Marturano, E. M., Linhares, M. B. M., Loureiro, S. R. & Machado, V. L. (1997). Crianças referidas para atendimento psicológico em virtude de baixo rendimento escolar: comparação entre alunos não referidos. *Revista Interamericana de Psicologia*, 31, 223-241.
- Marturano, E. M., Toller, G. P., & Elias, L. C. S. (2005). Gênero, adversidade familiar e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 371-380.
- Marturano, E. M. & Elias, L. C. S. (2006). O Atendimento Psicológico a Crianças com Dificuldades Escolares. Em: Silhares, E. F. M. (Org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, Campinas: SP. Editora Alínea.
- Massey, D. S. (1990). American apartheid: Segregation and the making of the underclass. *American Journal of Sociology*, 96, 329-358.
- Massey, D. S., & Denton, N. A. (1993). *American apartheid: Segregation and the making of the underclass*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Massey, D. S. (1996). The age for extremes: Concentrated affluence and poverty in the twenty-first century. *Demography*, 33, 395-412.
- Melo, M. H. S., & Silhares, E. F. M. (2003). Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com déficits em habilidades sociais e acadêmicas. *Temas em Psicologia*, 11(2), 122-133.
- Milne, B., J., Caspi, A., Crump, R., Poulton, R., Rutter, M., Sears, M. R. & Moffitt, T. E. (2008). The validity of the Family History Screen for Assessing Family History of Mental Disorders. *American Journal of Medical Genetics*, 150B.
- Moderno Dicionário Michaelis de Língua Portuguesa* (1998). Weiszflog, W. (editor). São Paulo: Editora Melhoramentos.

- Nahas, M. I. P. (2001). Experiência de Construção e Perspectivas de Aplicabilidade de Índices e Indicadores na Gestão Urbana da Qualidade de Vida: uma síntese da experiência de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). *Anuário Estatístico de Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal (p. 4.5 - 4.20).
- Nahas, M. I. P. (2005). Indicadores intra-urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida em grandes cidades: discussão teórico-metodológica. *Governança Democrática*. Capítulo 1: Planejamento público e indicadores sociais. (p. 7-30). Capítulo 2: Experiência de construção e perspectivas de aplicabilidade de índices e indicadores na gestão urbana da qualidade de vida: uma síntese da experiência de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). (p. 31/58). Curitiba, PR: Governo do Estado do Paraná.
- Najmi, S., Bureau, J-F., Chen, D., & Lyons-Ruth, K. (2009). Maternal attitudinal inflexibility: Longitudinal relations with mother-infant disrupter interaction and childhood hostile-aggressive behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 33, 924-932.
- O'Brien R. (1990). Estimating the reliability of aggregate-level variables based on individual-level characteristics. *Sociological Methods and Research*, 18, 473-504.
- Organização das Nações Unidas (2001). *Carta das Nações Unidas e Estatuto da Corte Internacional de Justiça*. Rio: UNIC, 06, Julho, recuperado em 24 de junho, 2009, de: http://rio.unic.org/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=95.
- Organização das Nações Unidas (2009). *ABC das Nações Unidas*. Versão atualizada, maio/2009. Recuperado em 23 de junho, 2009, de: http://rio.unic.org/index.php?option=com_content&task=view&id=260&Itemid=95.
- Patterson, G, Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial Boys. A Social Interactional Approach*. Volume 4. Oregon Social Learning Center Eugene, Oregon.
- Patterson, G., Shaw, D. S., Snyder, J. J., & Yoerger, K. (2005). Changes in Maternal Ratings of Children's Overt and Covert Antisocial Behavior. *Aggressive Behavior*, 31, 473-484.
- Reynolds, A. J. (1994). Effects of a preschool plus follow-on intervention for children at risk. *Developmental Psychology*, 30, 787-804.
- Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 24 de junho, 2009, de: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>.

- Ribeiro, P. R. M. (2006). História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 001-018.
- Richters, P., & Martinez, J. E. (1993). The NIMH Community Violence Project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-21.
- Roberts, E. M. (1997). Neighborhood social environments and the distribution of low birthweight in Chicago. *American Journal of Public Health*, 87, 597-603.
- Rocha, M. M. & Silvaes, E. F. M. (2006). Algumas Novas Formas Alternativas de Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola: Grupos recreativos. Em: Silvaes, E. F. M. (Org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, Campinas: SP. Editora Alínea.
- Rocha, M. M. (2009). *Auto-avaliação de competências e problemas de comportamento entre adolescentes brasileiros: um estudo de validação do "Inventário de Auto-avaliação para Jovens" (YSR/2001)*. Projeto de qualificação de mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines*, 30, 23-51.
- Rutter, M., Champion, L., Quinton, D., Maughan B., & Pickles, A. (1995). Understanding individual differences in environmental-risk exposure. In P. Moen, G. H. Elder, & K. Luscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 61-96). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Baldwin, A., & Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from preschool to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.

- Sampson, R. J., & Groves, W. B. (1989). Community structure and crime: Testing social-disorganization theory. *American Journal of Sociology*, 94, 774-780.
- Santagada, S. (1993). Indicadores sociais: contexto social e breve histórico. *Indicadores Econômicos. FEE*, 20(4), 245-255.
- Santos, L. C. (1990). Caracterização da clientela de uma clínica psicológica da Prefeitura de São Paulo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 42, 79-94.
- Shaw, C., & McKay, H. (1942). *Juvenile delinquency and urban áreas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Silvares, E. F. M. (1996). É satisfatório o atendimento psicológico nas clínicas-escola brasileiras? Em R. M. Carvalho (Org.). *Repensando a formação do psicólogo clínico. Coletâneas da ANPEPP*, 9, 137-147. Campinas: Átomo.
- Silvares, E. F. M. (2000). Invertendo o caminho tradicional do atendimento psicológico em uma clínica-escola brasileira. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 149-180.
- Silvares, E. F. M. & Melo, M. H. S. (2001). A psicologia clínica e os programas preventivos de intervenção comunitária. *Boletim de Psicologia*, 1 (113), 85-97.
- Silvares, E. F. M., & Souza, C. L. (2008). Discórdia conjugal: distúrbios psicológicos infantis e avaliação diagnóstica comportamental-cognitiva. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 200-213.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L. & Gerencer, S. T. T. (2006). Um Estudo em Cinco Clínicas-Escola Brasileiras com a Lista de Verificação Comportamental para Crianças (CBCL). Em: Silvares, E. F. M. (Org.) *Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola*, Campinas: SP. Editora Alínea.
- Skinner, B. F. (1965). *Science and human behavior*. New York: Macmillan. (Original publicado em 1953).
- Skinner, B. F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Alfred A. Knopf.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf.

- Sposati, A. (1996). Mapa da inclusão/exclusão social da cidade de São Paulo. EDUC, 126p.
- Steinberg, L., & Dornbusch S. (1991). Negative correlates of part-time work in adolescence: Replication and elaboration. *Developmental Psychology*, 17, 304-313.
- Steinberg, L., Fegley, S., & Dornbusch S. (1993). Negative impact of part-time work on adolescent adjustment: Evidence from a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 29, 171-180.
- Steinberg, L, & Blatt-Eisengart, I. (2006). Patterns of Competence and Adjustment Among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Homes: A Replication in a Sample of Serious Juvenile Ofenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16(1), 47-58.
- Stevens, G. W. J. M., Vollebergh, W. A. M, Pels, T. V. M. & Crijnen, A. A. M. (2005). Predicting internalizing problems in Moroccan immigrant adolescents in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 1003-1011.
- Torres, H. da G., Ferreira, M. P., & Dini, N. P. (2003). Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. *São Paulo em Perspectiva*, 17(3-4), 80-90.
- Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists*. Recuperado em 13 de junho, 2009, de <http://www.sbponline.org.br/noticiasinterna>.
- Van der Valk, J. C., van den Oord, E. J. C. G., Verhulst, F. C., & Boomsma, D. I. (2001). Using parental ratings to study the etiology of 3-year-old twins' problem behaviors: Different views or rater bias? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 921-931.
- Vocabulário de Terminologias em Psicologia. Biblioteca Virtual de Psicologia – BVS Psi*. Recuperado em 26 de julho, 2009 de: <http://www.bvs-psi.org.br>.
- Wilson, W. J. (1987). *The truly disadvantaged: the inner city, the under class and the public policy*. Chicago: University of Chicago Press.
- World Health Organization (1992). *The ICI-10 Classification of Mental Health and Behavior Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO: Geneva.
- Youngstrom, E. A. & Joseph, M. F. (2008). Comparing the Psychometric Properties of Multiple Teacher Report Instruments as Predictors of Bipolar Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 64(4), 382-401.

Zigler, E. F. (1987). The effectiveness of Head Start: Another look. *Educational Psychologist*, 13, 71-77.

ANEXOS

ANEXO I**CARTA CONVITE PARA A ESCOLA**

CARTA CONVITE

São Paulo, maio de 2008.

At. À Direção da Escola Municipal Anne Frank

Diante da importância de se avaliar a incidência de problemas de comportamento na população infantil brasileira, relacionando tal aspecto com a vulnerabilidade social das comunidades, solicito autorização de Vossa Senhoria para efetuar aplicações de questionários em sua escola.

Serão aplicados dois instrumentos: o “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – CBCL”, e o “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para os Professores – TRF”, respectivamente, para os pais e professores de alunos do 1º e 2º Ciclos do Ensino Fundamental (da Fase Introdutória ao 2º ano do 2º Ciclo). Essas crianças devem também pertencer à faixa etária de 6 a 11 anos de idade.

A coleta de dados será realizada pelo coordenador desta pesquisa, em parceria com estudantes de psicologia da UFMG, nas datas das “reuniões de pais”, preferencialmente antes de seu início, o que será avisado aos pais e responsáveis por meio de comunicado. Os professores poderão levar os questionários para casa e devolvê-los preenchidos ao pesquisador no prazo máximo de 20 dias.

A partir da colaboração de escolas da rede pública municipal de ensino de Belo Horizonte – MG, pretende-se levantar dados acerca da relação entre o acesso da população às Dimensões de Cidadania (saúde, segurança, trabalho, educação etc) e a manifestação de problemas de comportamento infantis (ansiedade, agressividade, problemas de atenção etc).

Ressalto que haverá devolução para a escola dos resultados dos questionários preenchidos pelos pais e professores, de maneira global, em data a ser agendada.

Havendo confirmação do interesse desta instituição em participar voluntariamente deste estudo, pede-se que assine o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em anexo.

Desde já coloco-me à inteira disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Lucirley Guimarães de Sousa Araújo
Mestrando em Psicologia Clínica – USP
Contatos: lucirleyaraujo@terra.com.br
Fones: (31) 8853-2803 ou (11) 3091-1961

ANEXO II**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
DA DIREÇÃO DA ESCOLA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(DIREÇÃO DA ESCOLA)**

Na qualidade de Diretor (a) da Escola Municipal _____

autorizo a aplicação dos questionários “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – CBCL” e “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – Relatório para os Professores – TRF”, respectivamente, aos pais e professores de crianças que sejam nossas alunas do 1º e 2º Ciclos do Ensino Fundamental (da Fase Introdutória ao 2º ano do 2º Ciclo), com idades entre 6 e 11 anos como parte da pesquisa coordenada pelo mestrando em psicologia clínica pela USP, Lucirley Guimarães de Sousa Araújo.

Pretende-se, com este estudo, levantar dados acerca da relação existente entre o acesso da população às Dimensões de Cidadania e a manifestação de problemas de comportamento infantis, relacionados a competências sociais, atividades escolares e não-escolares como práticas de esportes, participação em grupos etc.

Estou ciente de que o psicólogo supracitado irá realizar as aplicações dos referidos questionários em dias e horários previamente agendados com a direção desta escola.

Solicito que, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, seja garantido pela coordenação desta pesquisa sigilo absoluto a respeito das informações e resultados obtidos, bem como a retirada a qualquer momento do Consentimento Livre e Esclarecido por parte de nossa instituição e dos participantes a ela ligados.

Assinatura da Direção da Escola

Data ____/____/____

Assinatura da Testemunha

(somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste cliente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ____/____/____

Contatos com o pesquisador: lucirleyaraujo@terra.com.br

Fones: (31) 8853-2803 ou (11) 3091-1961

ANEXO III**CARTA CONVITE AOS PAIS OU CUIDADORES**

Belo Horizonte, julho de 2009.

Senhores pais ou responsáveis,

Vocês estão recebendo um questionário com perguntas sobre os comportamentos de seu filho.

Ele faz parte de uma pesquisa da Universidade de São Paulo – USP, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, iniciada em Maio/09, quando estivemos na Escola Municipal Prof. Amilcar Martins participando das reuniões de pais.

A pesquisa mencionada é parte do trabalho de mestrado do psicólogo Lucirley Araújo sobre problemas de comportamento na infância. Seu objetivo é comparar as visões de pais e professores em relação aos comportamentos apresentados por crianças com idades entre 6 e 11 anos, alunas do Ensino Fundamental em escolas públicas municipais de Belo Horizonte.

Estamos dando continuidade a esse trabalho e gostaríamos que você colaborasse conosco.

Para colaborar, VOCÊ DEVERÁ ASSINAR O TERMO DE CONSENTIMENTO E PREENCHER O QUESTIONÁRIO EM ANEXO, ALÉM DE DEVOLVER ESSES DOIS DOCUMENTOS À PROFESSORA DE SEU FILHO na Escola Municipal Prof. Amilcar Martins até a próxima terça-feira, dia 07 de julho de 2009.

Sua participação permitirá que passemos um retorno geral à coordenação pedagógica da escola de seu filho sobre cada idade e série avaliada.

O seu nome e o de seu filho ficarão em sigilo.

Com base nesses dados, a escola terá ainda mais informações organizadas e esclarecedoras sobre o perfil de seus alunos.

Certo de sua colaboração, agradeço!

Atenciosamente,

Lucirley Araújo

Psicólogo – CRP-04/24.502

Mestrando em Psicologia Clínica (USP)

(lucirleyaraujo@terra.com.br)

ANEXO IV**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DOS PAIS OU
CUIDADORES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(PAIS OU RESPONSÁVEIS)**

Eu, _____, RG _____, na qualidade de responsável por _____, RG _____, concordo em responder ao questionário “Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes – CBCL” como parte da pesquisa coordenada pelo mestrando em psicologia clínica pela USP, Lucirley Guimarães de Sousa Araújo.

A pesquisa será realizada em escolas públicas municipais de Belo Horizonte - MG, com os pais e professores de alunos do 1º e 2º Ciclos do Ensino Fundamental (da Fase Introdutória ao 2º ano do 2º Ciclo). Essas crianças devem pertencer à faixa etária de 6 a 11 anos de idade. Pretende-se levantar dados acerca da relação existente entre o acesso da população às Dimensões de Cidadania e a manifestação de problemas de comportamento infantis, relacionados a competências sociais, atividades escolares e não-escolares como prática de esportes, participação em grupos etc.

Estou ciente de que o psicólogo supracitado e equipe realizarão as aplicações do referido questionário, em dias e horários previamente agendados com a direção da escola onde meu filho estuda. Solicito que, nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, seja garantido pela coordenação desta pesquisa sigilo absoluto a respeito das informações e resultados obtidos, bem como a retirada a qualquer momento, por minha parte, do Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do Responsável pela Criança

Data ____/____/____

Assinatura da Testemunha

(somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste cliente ou representante legal para a participação neste estudo.

Data ____/____/____

Contatos com o pesquisador: lucirleyaraujo@terra.com.br

Fones: (31) 8853-2803 ou (11) 3091-1961

ANEXO V**CARTA CONVITE AOS PROFESSORES**

Belo Horizonte, julho de 2009.

Cara Professora,

Você está recebendo neste envelope uma lista com nomes de alguns de seus alunos na E. M. Anne Frank.

Trata-se de alunos cujos pais participaram de uma pesquisa da Universidade de São Paulo – USP, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, em reuniões para entrega de resultados acadêmicos, realizadas ao longo do ano de 2008.

A pesquisa mencionada é parte do trabalho de mestrado do psicólogo Lucirley Araújo sobre problemas de comportamento na infância. Seu objetivo é comparar as visões de pais e professores em relação aos comportamentos apresentados por crianças com idades entre 6 e 11 anos, alunas do Ensino Fundamental em escolas públicas municipais de Belo Horizonte.

Estamos dando continuidade a esse trabalho e contamos com sua colaboração respondendo sinceramente a um questionário sobre cada aluno listado neste envelope.

Sua participação, assim como a dos pais dos alunos, permitirá que passemos um retorno geral à coordenação pedagógica de sua escola sobre cada idade e série avaliada.

Com base nesses dados, a escola terá ainda mais informações organizadas e esclarecedoras sobre o perfil de seus alunos.

Certo de sua colaboração, agradeço!

Atenciosamente,

Lucirley Araújo

Psicólogo – CRP-04/24.502

Mestrando em Psicologia Clínica (USP)

(lucirleyaraujo@terra.com.br)

ANEXO VI

**CARTA COM O PARECER FAVORÁVEL
DO COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – CEPH-IP/USP**

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Prot-2407/CEPH-IP/12/09/2007

Senhora Professora,

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (CEPH-IP) aprovou, em 26/03/2007, o projeto intitulado “Relação entre Transtornos Internalizantes e Externalizantes Infantis e a Vulnerabilidade Social na Cidade de Belo Horizonte – MG: um estudo exploratório”, a ser desenvolvido pelo mestrando Lucirley Guimarães de Souza Araújo, junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, sob a orientação de V. Sa.

Atenciosamente,

Dalva Aparecida Paes da Silva
Assistente Acadêmica - IPUSP

Ilma. Sra.
Professora Titular Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Departamento de Psicologia Clínica
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo