

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EDUARDA SOUZA DILLEGGI

**Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos
pelas famílias de crianças com transtornos mentais**

Ribeirão Preto

2018

Eduarda Souza Dilleggi

**Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos
pelas famílias de crianças com transtornos mentais**

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Linha de Pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profª. Dra. Patricia Leila dos Santos

Ribeirão Preto

2018

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.

Dilleggi, Eduarda Souza

Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos pelas famílias de crianças com transtornos mentais / Ribeirão Preto, 2018.

104 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Santos, Patricia Leila dos.

1. Funcionamento familiar. 2. Ambiente familiar. 3. Transtornos mentais.
4. Criança. 5. Fatores de proteção.

Nome: DILLEGGI, Eduarda Souza

Título: Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos pelas famílias de crianças com transtornos mentais

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

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Para a minha família, meus maiores amores...

Minha mãe Marisa, meu pai Roberto e meu irmão Kauê,
Por acreditarem sempre em mim e por todo amor compartilhado nessa vida.

Para a Patricia...

Por ter me mostrado o verdadeiro encanto e significado da pesquisa,
Por ser fonte de inspiração,
Por todo suporte e parceria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir que esse processo estivesse no propósito de vida que Ele criou para mim, por ser fonte de luz, inspiração, força e por estar sempre por perto.

À CAPES (Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de nível superior), pela concessão da bolsa de estudo e tornar tudo isso mais possível.

À Prof^a Dra. Patricia por ter me recebido tão bem, por me orientar com tanta dedicação e entusiasmo, por todo aprendizado, pela parceria e por me fazer sentir tão especial.

À banca examinadora por participarem e contribuírem com essa etapa da minha vida e dividirem todo o conhecimento em relação ao tema.

À minha família, mãe Marisa, pai Roberto e meu irmão Kauê, por toda dedicação, suporte, paciência, apoio e por acreditarem sempre em mim e no meu potencial. Vocês são o motivo disso se tornar possível, vocês são a minha vida.

Às minhas queridas ajudantes de pesquisa, Ana Paula, Laís e Lívia, por estarem disponíveis, por aceitarem e ajudarem a fazer parte disso, vocês foram fundamentais.

A todos da equipe do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência, por permitirem a realização desse trabalho e acreditarem no propósito do mesmo.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e o Programa de Enfermagem Psiquiátrica, onde foi possível realizar um sonho, o Mestrado. Muito obrigada por todo o aprendizado e formação.

Às meninas do grupo de pesquisa e estudos, por todo conhecimento compartilhado, pelas trocas, ajudas e dicas durante todo esse processo.

Aos meus amigos de vida, Talita, Maria Luiza, Marina Sanches, Maria Angélica, Stefânia, Jéssica, Thalita, Marina Barbin, Mariana, Gabriela Delfim, Rafaela, Raquel, Vitória, Thais, Gabriela Lazarini, Vinicius, Julio, Fábio por estarem comigo em todos os momentos, pela paciência, pelas potencialidades e de todo amor de todos os encontros de vida. Sou muito grata em tê-los na minha vida.

À todas as famílias que participaram do presente estudo, por compartilharem suas experiências e vivências familiares, por permitirem a realização deste estudo e por acreditarem que de alguma forma iriam ajudar as suas crianças.

*Vou mostrando como sou
E vou sendo como posso
Jogando meu corpo no mundo
Andando por todos os cantos
E pela lei natural dos encontros
Eu deixo e recebo um tanto...*

(Novos Baianos)

RESUMO

Dilleggi, Eduarda Souza. **Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos pelas famílias de crianças com transtornos mentais**. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Embora exista um corpo de pesquisa dedicado a investigar as relações entre família e adoecimento psíquico, ainda faltam muitas informações sobre como se dão estas interações. Os transtornos mentais apresentam um impacto significativo sobre as famílias e, ao mesmo tempo, podem ser afetados por características da mesma. Além disto, a depender dessas características, a família pode apresentar-se como fator de proteção (suporte, apoio) ou risco ao desenvolvimento do portador de transtorno mental, em especial na infância. Neste contexto, o objetivo deste estudo foi caracterizar as famílias de crianças com transtorno mental em relação ao funcionamento familiar e os recursos ambientais que estas famílias oferecem para suas crianças, buscando identificar associações entre o funcionamento familiar, a disponibilização de recursos no ambiente familiar e as variáveis sociodemográficas. Responsáveis por 33 pacientes de um serviço de Psiquiatria foram entrevistados para o preenchimento de um questionário sociodemográfico, o Questionário de Capacidades e Dificuldades – SDQ, o Inventário de Recursos do Ambiente Familiar – RAF, e a Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar - FACES IV. Foram realizadas análises descritivas e aplicados o teste de correlação de Spearman para verificar associações entre as dimensões de funcionamento familiar e os recursos do ambiente familiar; as variáveis sociodemográficas foram categorizadas e submetidas a análises comparativas, utilizando o teste de Mann Whitney (variáveis dicotômicas) e teste de Kruskal Wallis (variáveis com três categorias). A maioria dos pacientes investigados eram do sexo masculino (69,7%) e frequentavam escola (78,8%). Os diagnósticos mais frequentes foram Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (39,4%) e Transtorno do Espectro Autista (39,4%). Apenas 12,1% das famílias foram consideradas disfuncionais. Os recursos mais presentes no ambiente foram brinquedos (6,9 ±2,0), a família estar reunida para atividades de rotina (6,6 ±2,3), realização de atividades conjuntas com os pais em casa (6,0 ±2,1) e organização dos horários/rotina (5,9 ±2,5). Variáveis sociodemográficas como frequência à escola, o responsável exercer atividade profissional, percepção familiar sobre a gravidade das dificuldades da criança, escolaridade do responsável e classe social mostraram influência sobre funcionamento familiar. Frequência da criança à escola, responsável trabalhar fora, presença de comorbidades, escolaridade do responsável e classe socioeconômica também influenciaram a oferta de recursos pela família. A subescala emaranhada (disfuncional) de funcionamento familiar mostrou associação positiva com sintomas emocionais ($r=0,376$; $p<0,01$) e a subescala satisfação familiar correlacionou-se negativamente com os mesmos sintomas ($r=-0,365$; $p<0,05$). As subescalas desequilibradas (desengajada, emaranhada e caótica) apresentaram correlações negativas fracas ou moderadas com os recursos ambientais (variando de $r=-0,348$ a $r=-0,484$). As subescalas equilibradas (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiar) correlacionaram-se positivamente (variando de $r=0,348$ a $r=0,515$) com a maioria dos recursos investigados pelo RAF. A presença de sintomas de hiperatividade e de sintomas emocionais mostrou-se negativamente correlacionada com os recursos investigados. De modo geral, as famílias investigadas apresentam um bom funcionamento, entretanto, há indicadores de disfuncionalidade presentes. Os resultados evidenciam que crianças com transtorno mental têm poucos recursos disponíveis no ambiente familiar que possam promover seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e social. Além disto, os achados sugerem que quanto mais dificuldades a criança apresenta, menor é seu acesso a estes recursos. Apesar das dificuldades, recursos pessoais e familiares estão presentes.

Palavras-chave: funcionamento familiar, ambiente familiar, transtornos mentais, criança, fatores de proteção

ABSTRACT

Dilleggi, Eduarda Souza. **Family functioning and environmental resources offered by families of children with mental disorders**. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Although there is a body of research dedicated to investigate the relationship between family and mental illness, still lack a lot of information about these interactions. Mental disorders have a significant impact on families and, at the same time, may be affected by family characteristics. In addition, depending on these characteristics, the family can present itself as a protective or risk factor to the development of the bearer of mental disorder, especially in childhood. In this context, the objective of this study was to characterize the families of children with mental disorder in relation to family functioning and the environmental resources that these families provide for their children, seeking to identify associations between family functioning, the availability of resources in the family environment and sociodemographic variables. Parents of 33 patients from a Psychiatry service were interviewed to complete a sociodemographic questionnaire, the Capacities and Difficulties Questionnaire - SDQ, the Family Environment Resource Inventory - RAF, and the Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV). Descriptive analyzes were performed and the Spearman correlation test was applied to verify associations between the dimensions of family functioning and the resources of the family environment; the sociodemographic variables were categorized and submitted to comparative analysis using the Mann Whitney test (dichotomous variables) and Kruskal Wallis test (variables with three categories). The majority of the patients investigated were males (69.7%) and attended school (78.8%). The most frequent diagnoses were Attention Deficit Hyperactivity Disorder (39.4%) and Autism Spectrum Disorder (39.4%). Only 12.1% of the families considered were dysfunctional. The resources more present in the environment were toys (6.9 ± 2.0), the family be gathered for routine activities (6.6 ± 2.3), carrying out joint activities with parents at home (6.0 ± 2.1) and the organization of schedules /routine (5.9 ± 2.5). Sociodemographic variables such as attendance at school, the respondent engage in professional activity, family perception about the severity of the child's difficulties, schooling of the respondent and social class showed influence on family functioning. Frequency of the child to school, respondent work outside, presence of comorbidities, schooling of the respondent and socioeconomic class also influenced the supply of resources by the family. The enmeshed subscale (unbalanced) showed a positive association with emotional symptoms ($r = 0.376$, $p < 0.01$) and the family satisfaction subscale correlated negatively with the same symptoms ($r = -0.365$, $p < 0.05$). Unbalanced subscales (disengaged, enmeshed and chaotic) showed weak or moderate negative correlations with environmental resources (ranging from $r = -0.348$ to $r = -0.484$). The balanced subscales (cohesion, flexibility, communication and family satisfaction) correlated positively (ranging from $r = 0.348$ to $r = 0.515$) with the majority of the resources investigated by the RAF. The presence of hyperactivity and emotional symptoms were negatively correlated with the investigated resources. In general, families investigated have a good functioning; however, indicators of dysfunction are present. The results show that children with mental disorders have few resources available in the family environment that can promote their affective, cognitive and social development. In addition, the findings suggest that the more difficulties the child presents, the less is the access to these resources. Despite difficulties, personal and family resources are present.

Keywords: family functioning, family environment, mental disorders, child, protective factors.

RESUMEN

Dilleggi, Eduarda Souza. **Funcionamiento familiar y recursos ambientales ofrecidos por las familias de niños con trastornos mentales**. 2018. 104f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Aunque exista un cuerpo de investigación dedicado a explorar las relaciones entre familia y enfermedad mental, todavía hace falta más información acerca de cómo estas interacciones ocurren. Los trastornos mentales presentan un importante impacto en las familias y, mientras, pueden ser afectados por las características de la misma. Además, a depender de estas características, la familia puede presentarse como factor de protección (soporte, apoyo) o de riesgo para el desarrollo del portador de trastorno mental, especialmente en la infancia. En este contexto, el objetivo de este estudio ha sido caracterizar las familias de niños con trastorno mental en relación al funcionamiento familiar y los recursos ambientales que estas familias ofrecen a sus niños, tratando de identificar asociaciones entre el funcionamiento familiar, la disponibilidad de recursos en el entorno familiar y las variables sociodemográficas. Responsables de 33 pacientes de un servicio de psiquiatría fueron entrevistadas para rellenar un cuestionario sociodemográfico, Cuestionario de Capacidades y Dificultades - SDQ, Inventario de Recursos del Ambiente Familiar - RAF, y Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV – FACES IV. Han sido realizadas análisis descriptivos y aplicados el test de correlación de Spearman para verificar asociaciones entre las dimensiones del funcionamiento familiar y los recursos del entorno familiar; las variables sociodemográficas han sido clasificadas y sometidas a análisis comparativos, utilizando el test de Mann Whitney (variables dicotómicas) y la prueba de Kruskal Wallis (variables con tres categorías). La mayoría de los pacientes investigados eran del sexo masculino (69,7%) y asistían a la escuela (78,8%). Los diagnósticos más frecuentes fueron Trastorno del Déficit de Atención y Hiperactividad (39,4%) y Trastorno del Espectro Autista (39,4%). Sólo el 12,1% de las familias fueron consideradas disfuncionales. Los recursos más presentes en el ambiente han sido juguetes ($6,9 \pm 2,0$), la familia reunida para actividades de rutina ($6,6 \pm 2,3$), realización de actividades conjuntas con los padres en casa ($6,0 \pm 2,1$) y organización de los horarios /rutina ($5,9 \pm 2,5$). Las variables sociodemográficas como frecuencia a la escuela, el responsable ejercer actividad profesional, percepción familiar sobre la gravedad de las dificultades del niño, escolaridad del responsable y clase social han enseñado influencia sobre el funcionamiento familiar. La frecuencia de los niños a la escuela, responsable trabajar fuera, presencia de comorbilidades, escolaridad del responsable y clase socioeconómica también han influenciado la oferta de recursos de la familia. La subescala enmarañada (disfuncional) de funcionamiento familiar enseñó asociación positiva con síntomas emocionales ($r = 0,376$, $p < 0,01$) y la subescala satisfacción familiar se correlacionó negativamente con los mismos síntomas ($r = -0,365$; $p < 0,05$). Las subescalas desequilibradas (desengajada, enmarañada y caótica) presentaron correlaciones negativas débiles o moderadas con los recursos ambientales (que van desde $r = -0,348$ a $r = -0,484$). Las subescalas equilibradas (cohesión, flexibilidad, comunicación y satisfacción familiar) se correlacionaron positivamente (que van desde $r = 0,348$ a $r = 0,515$) con la mayoría de los recursos investigados por la RAF. La presencia de síntomas de hiperactividad y de síntomas emocionales se mostró negativamente correlacionada con los recursos investigados. En general, las familias investigadas presentan un buen funcionamiento, sin embargo, hay indicadores de disfuncionalidad presentes. Los resultados evidencian que los niños con trastorno mental tienen pocos recursos disponibles en el ambiente familiar que puedan promover su desarrollo afectivo, cognitivo y social. Además, el encontrado sugiere que cuanto más dificultades presenta el niño, menor es su acceso a estos recursos. A pesar de las dificultades, recursos personales y familiares están presentes.

Palabras-clave: funcionamiento familiar, ambiente familiar, trastornos mentales, niños, factores de protección

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

Quadro 1 - Fatores de risco em diferentes contextos	29
--	----

FIGURAS

Figura 1 - Resultados desenvolvimentais a partir da interação entre fatores de risco e proteção	30
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos responsáveis e família	50
Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto a diagnóstico, tratamento realizado e medicação utilizada	51
Tabela 3 - Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes às capacidades e dificuldades das crianças (subescalas do SDQ)	52
Tabela 4 - Frequência (f) e porcentagem (%) referentes ao impacto do transtorno mental da criança na casa, amizades, aprendizagem e lazer	52
Tabela 5 - Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes a funcionamento familiar (FACES IV)	53
Tabela 6 - Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes aos recursos do ambiente familiar (RAF)	53
Tabela 7 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme frequência à escola (teste Mann-Whitney)	54
Tabela 8 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme situação ocupacional do responsável (teste Mann-Whitney)	54
Tabela 9 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme percepção dos pais em relação as dificuldades da criança (teste Mann-Whitney)	55
Tabela 10 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme escolaridade do responsável (teste Kruskal- Wallis)	55
Tabela 11 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme classificação econômica (teste Kruskal- Wallis)	56
Tabela 12 - Recursos do ambiente familiar, conforme frequência à escola (teste Mann-Whitney)	56
Tabela 13 - Recursos do ambiente familiar, conforme situação ocupacional do responsável (teste Mann-Whitney)	57
Tabela 14 - Recursos do ambiente familiar, conforme quantidade de diagnósticos (teste Mann-Whitney)	57
Tabela 15 - Recursos do ambiente familiar, conforme grau de escolaridade do responsável (teste Kruskal- Wallis)	58

Tabela 16 - Recursos do ambiente familiar, conforme classificação econômica (teste Kruskal- Wallis)	59
Tabela 17 - Correlações significativas (r) entre funcionamento (FACES IV) e os recursos do ambiente familiar (RAF)	60
Tabela 18 - Resultados significativos da Correlação de Spearman (r) entre as dificuldades e capacidades (SDQ) e os recursos do ambiente familiar (RAF)	61

LISTA DE SIGLAS

HCFMRP-USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

PPCT - Processo, pessoa, contexto e tempo

OMS - Organização Mundial de Saúde

TDAH - Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

IC - Intervalo de confiança

DSM III- R - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição número 3 revisado

DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais edição número 4

CID - Classificação Internacional das Doenças

CBCL - Child Behavior Checklist

DISC IV - Diagnostic Interview Schedule for Children-Version 4

PIC-GAS - Parent Interview– Children's Global Assessment Scale

YSR - Youth Self Report

SACA - Service Assessment for Children and Adolescents

KSADS - PL - Kiddie - SADS - lifetime version

CAPSi - Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CID 10 - Classificação Internacional das Doenças edição número 10

TEA - Transtorno do Espectro Autista

TVs - Televisões

RAF - Inventário de Recursos do Ambiente Familiar

PIN - Ambulatório de Psiquiatria Infantil

PQITDAH - Ambulatório de Psiquiatria Infantil de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

PQITEADI - Ambulatório de Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual

PQIA - Ambulatório de Psiquiatria Infantil de Álcool

FACES IV - Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – versão IV

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

SPSS - Statistic Package for Social Science

dp - Desvio-padrão

f - Frequência

SE - Sintomas emocionais

PC - Problemas de conduta

H - Hiperatividade

R - Problemas de relacionamento com os colegas

PS - Comportamento pró- social

SI - Suplemento de impacto

RS - Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	17
2 INTRODUÇÃO	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 A perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano	21
3.2 Transtornos mentais na infância	23
3.3 Família como contexto de desenvolvimento e a presença do transtorno mental.....	32
3.4 Recursos do ambiente familiar	37
4 OBJETIVOS	42
5 METODOLOGIA.....	44
5.1 Tipo de estudo	44
5.2 Local e contexto.....	44
5.3 Participantes	44
5.4 Material.....	45
5.5 Procedimentos	47
5.5.1 Coleta dos dados.....	47
5.5.2 Tratamento estatístico e análise dos dados	47
6 RESULTADOS	50
7 DISCUSSÃO	63
8 CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	89
ANEXO A - Questionário de informações sociodemográficas e familiares	89
ANEXO B - FACES IV	93
ANEXO C - Permissão de uso do FACES IV.....	95

ANEXO D - Inventário de recursos do ambiente familiar (RAF).....	96
ANEXO E - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	100
ANEXO F - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102

1 APRESENTAÇÃO

A minha trajetória se iniciou com a minha identificação com a saúde mental, mais especificamente dentro do meu ambiente familiar, em que meu irmão foi diagnosticado com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, com isso sempre pude observar como a família influencia o desenvolvimento do indivíduo que apresenta alguma dificuldade, ora exercendo o papel de suporte, ou como mediadora das relações, ou como estimuladora de oferta de recursos.

Com isso busquei na minha formação profissional, uma ocupação que me preenchesse, que fizesse com que me sentisse completa, então eu escolhi ou fui escolhida pela Terapia Ocupacional. Durante a faculdade percorri algumas áreas dessa profissão, mas acabei retornando para a saúde mental, na qual percebo que posso fazer a diferença na vida das pessoas.

Ao finalizar mais uma etapa, a faculdade, ingressei no Programa de Aprimoramento Profissional em Terapia Ocupacional em Saúde Mental, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), e durante esse processo observei que apesar dos recursos oferecidos para as famílias e os atendimentos, ainda assim era necessário entender um pouco mais a respeito de como era o funcionamento dessas famílias, o que elas ofereciam para as suas crianças no ambiente familiar e como isso poderia ou não influenciar no desenvolvimento dessas crianças.

Nessa direção, o presente estudo buscou compreender como é o processo de funcionamento dessas famílias e o que estão oferecendo para suas crianças como promotores de desenvolvimento.

Introdução

2 INTRODUÇÃO

Uma gama de estudos tem buscado compreender as relações entre família e adoecimento psíquico, mas ainda restam muitas lacunas no conhecimento sobre estas interações.

Os transtornos mentais apresentam um impacto significativo sobre as famílias, pois podem afetar a dinâmica familiar e, ao mesmo tempo, podem ser afetados por características da mesma. Assim, a família pode estabelecer-se como fator de risco (no caso de presença de discórdia conjugal, abuso, desvantagem socioeconômica) para diversos problemas desenvolvimentais (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

No trabalho com crianças e adolescentes com transtornos mentais é frequente a busca de estratégias que possam ajudar na promoção do desenvolvimento, apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo paciente e sua família. De acordo com Marques e Dixe (2011), o bom funcionamento familiar demonstra que a família aprendeu a lidar de forma adequada a um comportamento problemático do seu filho. Esta é percebida como um foro privilegiado para ações que beneficiem a criança, sendo a principal cuidadora, mas, por outro lado, necessita alterar formas de funcionamento para adaptar-se às dificuldades.

Assim, na busca de caminhos para promover o desenvolvimento de crianças com transtorno mental é importante compreender quais as forças que atuam sobre o desenvolvimento da criança, e, também, como a família, enquanto grupo, responde a este desenvolvimento, criando condições favoráveis ao mesmo, como por exemplo, a disponibilização de recursos e promoção de relações saudáveis entre seus membros.

Revisão da Literatura

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A perspectiva bioecológica do desenvolvimento humano

Diversas teorias buscam explicar o desenvolvimento humano, diferindo quanto ao foco de atenção. Algumas abordagens teóricas focalizam mais sobre o papel da maturação biológica, enquanto outras dão destaque ao ambiente como propulsor do desenvolvimento. Entretanto, na atualidade, o mais comumente aceito é que fatores biológicos, ambientais, psicológicos e sociais interagem resultando em desenvolvimento.

O presente trabalho toma como referência a teoria bioecológica, proposta por Urie Bronfenbrenner no fim da década de 70, que busca explicar os processos através dos quais o desenvolvimento ocorre, considerando tanto fatores pessoais, quanto familiares e ambientais, em suas diferentes interações (BRONFENBRENNER, 1996).

O desenvolvimento é definido como um processo de constantes mudanças na vida de uma pessoa e está relacionado às percepções e ações do sujeito em seu contexto. Este, por sua vez, se estende por sucessivas gerações e envolve uma série de estruturas ou sistemas, que são conectados entre si e que se influenciam continuamente, sendo possível discriminar diferentes formas de relação entre a pessoa e contextos distintos (BRONFENBRENNER, 1996, 2011).

Bronfenbrenner (2011) descreve que durante todo o desenvolvimento no ciclo de vida, existe uma relação de interação recíproca, entre o indivíduo em desenvolvimento, as pessoas, as atividades, objetos e símbolos (tudo que se encontra no ambiente externo), essa interação quando estabilizada em um período de tempo é denominada como processos proximais, esses processos são vistos como a força motriz, o coração da teoria para o desenvolvimento humano e se estabelecem a partir das interações do indivíduo com as outras pessoas em seu meio, em diferentes papéis e por períodos prolongados de tempo, que ocorrem em um ambiente imediato.

Ainda que os processos proximais funcionem como a força motriz do desenvolvimento humano, é necessário considerar a energia que conduz essa força, a qual o autor se refere como experiencial ou forças subjetivas. Neste sentido, as experiências vivenciadas em conjunto com a família, os sentimentos e as crenças podem influenciar na promoção ou não de desenvolvimento.

Assim, da perspectiva bioecológica, estudos sobre o desenvolvimento humano precisam atentar para quatro eixos: pessoa, processo, contexto e tempo (PPCT).

A pessoa é o indivíduo em desenvolvimento e as suas características, tanto biopsicológicas (experiências já vividas e habilidades individuais) e aquelas que são construídas, as primeiras são vistas como produtoras ou produtos de desenvolvimento, pois constituem os elementos que influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direção dos processos proximais. O processo refere-se às interações da pessoa no ambiente imediato, suas atividades e seus papéis, os processos proximais. O contexto envolve os sistemas de acordo com o que está ocorrendo (microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema), é o ambiente imediato ou remoto em que o sujeito está inserido. O tempo é empregado não apenas para organizar os indivíduos de acordo com a idade, mas também para sequenciar eventos que ocorreram em determinada idade e o contexto histórico em que se viveu, pois isso pode vir a proporcionar reações diferentes a determinados eventos.

Durante o desenvolvimento e com as mudanças que ocorrem devido à interação da pessoa com o ambiente e todos os elementos presentes nele, o indivíduo sofre modificações em suas características ao mesmo tempo em que afeta os diferentes contextos nos quais participa, tanto direta quanto indiretamente, e provoca também modificações nas pessoas com as quais se relaciona (BRONFENBRENNER, 1996).

De acordo com o mesmo autor, pensar no ambiente é entender que sua complexidade se compõe por uma série de estruturas que são encaixadas, interligadas desde a parte mais interna até a parte mais externa, o qual pode ser definido em vários sistemas, tudo ocorre durante a mesma dimensão de tempo.

Bronfenbrenner (1996) distingue cinco sistemas que atuam sobre o curso do desenvolvimento humano.

Ao contexto imediato em que a pessoa em desenvolvimento está inserida, o qual envolve estruturas e processos, atividades, papéis e relações interpessoais, nos quais as características da pessoa, como disposição e recursos, também fazem parte e que afetam diretamente o indivíduo, o autor denominou microsistema (como exemplos, a família, a escola e a vizinhança). É nestes contextos que ocorrem os processos proximais, os quais fornecem impulso ao desenvolvimento e sustentam o indivíduo.

Às inter-relações que ocorrem em dois ou mais ambientes nos quais o indivíduo em desenvolvimento participa ativamente e em que os vínculos que surgem são significativos, como por exemplo, as relações que as crianças têm com os pais, com amigos na escola, e no caso dos adultos, as relações sociais (trabalho, família e vida social), caracterizam o mesossistema, o qual é considerado um sistema de microsistemas.

O mesossistema é ampliado em todos os momentos em que a pessoa passa a frequentar um novo ambiente (POLETTI; KOLLER, 2008). A essas interações, em que ocorre a passagem da pessoa em desenvolvimento para outro contexto, novas atividades e outros tipos de estrutura social, Bronfenbrenner (2011) denominou de transição ecológica.

Os ambientes imediatos (microssistemas e mesossistema) estão conectados a outros contextos nos quais o indivíduo não participa ativamente, mas que também podem interferir e alterar o curso de seu desenvolvimento, como por exemplo, para uma criança, o local do trabalho do pai, a sala de aula do irmão mais velho, família extensa, a comunidade em que está inserida. A este conjunto de ambientes Bronfenbrenner (1996) denominou exossistema.

Além disto, quando o desenvolvimento individual (da criança, da mãe, do pai) ou de grupos (família, por exemplo) é afetado e está sob a influência do contexto mais amplo, que abrange o sistema cultural, envolvendo os diferentes agrupamentos socioeconômicos, raças, etnias, religiões, culturas e subculturas, foi denominado de macrosistema.

Por fim, o desenvolvimento e todas as interações ocorrem em um dado momento histórico e o cronossistema se refere a isto, ao tempo. Refere-se também à organização dos eventos em sua sequência, além do contexto histórico, e à ordem cronológica das experiências vividas, bem como as diferenças entre uma geração e outra (por exemplo, a diferença na experiência subjetiva e no impacto sobre o desenvolvimento de um mesmo evento se ele ocorre na infância, na adolescência ou na velhice) (BRONFENBRENNER, 1996).

Assim, ao pensar sobre desenvolvimento, a bioecologia do desenvolvimento propõe que se dirija atenção não apenas para o indivíduo, mas aos contextos dos quais participa e aos processos proximais que estabelece com os outros que participam destes ambientes, destacando também o papel da família no estabelecimento destes processos.

3.2 Transtornos mentais na infância

“Um transtorno mental é caracterizado por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento de um indivíduo que reflete uma alteração nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. Estão frequentemente associados ao sofrimento ou a incapacidades significativas que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA, 2014).

A infância e a adolescência são fases que podem ser consideradas de alto risco para o início de vários transtornos psiquiátricos, pois, durante esses períodos, as taxas de incidência

umentam significativamente (MONTEIRO et al., 2015). É possível, que isso ocorra pelo fato de que o indivíduo encontra-se em constante e intensa mudança tanto em seu desenvolvimento físico quanto social e cognitivo, ao mesmo tempo, é imprescindível fazer uma observação em relação a esse alto risco, pois, por estarem em processo de desenvolvimento, é muito difícil distinguir os que apresentam um desenvolvimento “normal” de um desenvolvimento “anormal” (AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2010).

Dumas (2011) considerou que uma criança com indícios de apresentar transtornos mentais, responde a alguns critérios, como, o excesso ou insuficiência na intensidade de alguns comportamentos; apresenta dificuldades em seguir normas e regras; atraso no desenvolvimento (cognitivo, social, afetivo) e prejuízos no cotidiano e na autonomia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem duas grandes categorias específicas de transtornos mentais na infância: os transtornos do desenvolvimento psicológico e os transtornos de comportamento e emocionais. Os transtornos do desenvolvimento psicológico têm início na primeira ou na segunda infância, com comprometimento ou retardo do desenvolvimento de funções estreitamente ligadas à maturação biológica do sistema nervoso central e à evolução contínua sem remissões nem recaídas. Já os transtornos de comportamentos e emocionais incluem os distúrbios da atividade e da atenção e os distúrbios de conduta, que se iniciam precocemente, durante os primeiros cinco anos de vida, e podem vir acompanhados de um déficit cognitivo e de um atraso específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2001).

Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) realizaram uma revisão sistemática em que foi possível verificar que os transtornos mentais mais prevalentes entre crianças e adolescentes eram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), por uso de substâncias e transtorno de conduta. Esses autores apontam taxas alarmantes, referindo que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresenta algum transtorno mental (entre 20 e 25%).

Em uma revisão de literatura Paula, Miranda e Bordin (2010) identificaram estudos epidemiológicos no Brasil, em relação a prevalência de problemas de transtornos mentais na infância e adolescência, entre os anos de 2001 e 2009. Nos estudos em que foram utilizados instrumentos de rastreamento, as taxas de prevalência variaram de 12,0% a 24,6% e nos estudos em que as entrevistas diagnósticas foram utilizadas, as taxas variaram de 7,0% a 12,7%. É importante destacar que durante a revisão houve discrepância regional, assim como em algumas regiões do Brasil não houve indícios de estudos dentro da temática.

Segundo um estudo internacional de revisão com metanálise, realizada por Polanczyk et al. (2015), a prevalência de crianças e adolescentes com transtornos mentais, considerando 27 países de diferentes regiões do mundo, foi estimada em 13,4% (IC 95% 11.3–15.9) de crianças com algum tipo de transtorno mental. Nessa mesma revisão, os transtornos mentais mais comuns, foram transtornos de ansiedade, cerca de 117 milhões; transtornos disruptivos de comportamento, com 113 milhões; transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), 63 milhões e transtornos depressivos, com 47 milhões.

De acordo com Brauner e Stephens (2006), as taxas de prevalência podem variar de acordo com a diversidade do referencial teórico e métodos empregados nos estudos, alterando-se, por exemplo, conforme perspectivas do desenvolvimento e padrões de sintomas, pois foi observado que houve uma variação da prevalência entre alguns estudos. Em relação aos métodos utilizados, o autor se referiu ao procedimento de seleção da população, a qual se diferencia em cada estudo o que pode influenciar nessa variação dos dados.

A divergência na comparação dos estudos que envolviam a prevalência de transtornos mentais na infância também foi observada com os instrumentos utilizados para diagnóstico, rastreamento e prevalência, os quais foram: DSM- III - R, DSM- IV, CID, CBCL (Child Behavior Checklist), DISC IV (Diagnostic Interview Schedule for Children-Version 4), PIC-GAS (Parent Interview–Children’s Global Assessment Scale), YSR (Youth Self Report), SACA (Service Assessment for Children and Adolescents) e KSADS–PL (Kiddie-SADS-lifetime version). Essa variação interfere nos estudos de prevalência, pois não são utilizados os mesmos instrumentos e assim não é possível comparar os números da mesma forma, apesar dos estudos de prevalência estarem em constante crescimento. (ERCAN et al., 2016).

Dentro da perspectiva de desenvolvimento adotada sugere-se que as crianças devem ser vistas em diversos contextos, mais especificamente, no seu ambiente social (família, grupo de pares) e seu ambiente físico e cultural. Com isso é possível compreender como as taxas de prevalência estimadas para transtornos mentais em crianças variam em função do grau de comprometimento que uma criança experimenta em associação com padrões de sintomas específicos (BRAUNER; STEPHENS, 2006).

Em um estudo realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) em diferentes regiões do Brasil, cujo objetivo era caracterizar a distribuição geográfica dos CAPSi e descrever o perfil nosológico dos usuários que frequentam o serviço, foi possível observar que os diagnósticos (CID-10) de transtornos do comportamento e emocionais (distúrbios de atividade e da atenção, transtornos de conduta, distúrbio desafiador e de oposição, tiques, mutismo, depressão e ansiedade) foram os mais frequentes em quatro

regiões, sendo ultrapassados no Sudeste pelos de transtornos do desenvolvimento psicológico (transtorno da linguagem e transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado). Os transtornos de comportamento e do desenvolvimento figuram entre as três primeiras causas de utilização dos serviços (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015). É possível que os resultados em relação às diferenças de diagnósticos por regiões, tenha ocorrido devido a fatores de risco como níveis socioeconômico e questões sociais, ao mesmo tempo em que os fatores de proteção também são agentes influenciadores, como por exemplo, o nível de escolaridade dos responsáveis, suporte social e familiar.

Em relação às questões macrossociais, vale ressaltar a importância de se observar todos os ambientes e processos em que a criança está inserida, de forma a não culpabilizar a criança ou a família. Apesar das políticas de saúde mental infanto-juvenil assinalarem esta necessidade, na prática os serviços de saúde mental no Brasil, com foco nessa população, ainda necessitam de transformações em relação aos arranjos intersetoriais, atendimentos em conjunto com a família e o preparo/capacitação dos profissionais para essa área de atuação. (TAÑO; MATSUKURA, 2015).

Ainda no que tange a questões macrossociais, é possível fazer uma reflexão sobre uma tendência à medicalização da infância e da vida e os problemas que podem decorrer disto. Pretende-se ampliar o cuidado para essa população, entretanto, com a medicalização, muitas vezes, os comportamentos em diversos ambientes e os processos naturais da vida são mascarados; do mesmo modo que essa política tem sua relevância positiva, perde-se a atenção para a importância do olhar holístico sobre os transtornos mentais (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Retomando o referencial bioecológico, vale lembrar que estudos têm apontado que uma série de eventos adversos de vida podem desencadear mecanismos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo podendo resultar em transtornos no desenvolvimento. Tais eventos são considerados fatores de risco, uma vez que podem aumentar as chances de a pessoa desenvolver problemas futuros. De outro lado, diante de tais eventos, algumas condições podem se estabelecer como fatores de proteção, ao mudar o rumo desenvolvimental para uma trajetória mais positiva, resultando em resiliência (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Halpern e Figueiras (2004), afirmaram, com base em outros estudos da literatura, que o efeito cumulativo de múltiplos fatores de risco é mais importante que a presença de fatores de risco isolados, do mesmo modo que adversidades duradouras ou que se repetem com frequência são as mais prejudiciais ao desenvolvimento das crianças.

No contexto de saúde mental infantil alguns conceitos são importantes de definir, como: vulnerabilidade, fatores de risco, fatores de proteção e resiliência, pois esses elementos irão interferir no desenvolvimento do indivíduo (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Os fatores de risco são variáveis ambientais ou contextuais que aumentam a probabilidade da ocorrência de algum problema no desenvolvimento do indivíduo. Tais condições tornam a pessoa mais vulnerável e podem levar a um resultado desenvolvimental desadaptado ou fora do esperado (COWAN; COWAN; SCHULZ, 1996). Segundo Yunes e Szymanski (2001) essas variáveis estão relacionadas a eventos negativos. Importante lembrar que a relação risco-problema não é vista como causa e efeito, pois pode variar de acordo com a história de vida de cada indivíduo.

Um estudo que teve como objetivo verificar a associação entre variáveis do contexto familiar e o risco de problemas emocionais/comportamentais em crianças de 6 a 12 anos, verificou que estresse materno e instabilidade financeira mostraram-se fatores de risco importantes para o desenvolvimento de tais problemas na infância. Por outro lado, os autores verificaram que a rotina diária com horários definidos e o maior acesso a atividades para preencher o tempo livre, bem como todos os indicadores de estabilidade ambiental, mostraram-se como variáveis protetoras ao desenvolvimento (FERRIOLLI; MARTURANO; PUNTEL, 2007).

Em outro estudo, com crianças e adolescentes de 4 a 17 anos de idade, foram apontados como fatores de risco para problemas de saúde mental na infância, as seguintes condições: ser do sexo masculino e sofrer punição física grave; ideação suicida da mãe e violência conjugal física grave contra a mãe; embriaguez do pai/padrasto (SÁ et al., 2010).

Observa-se que a família possui forte influência em relação ao desenvolvimento infantil, pelas ações dos pais ou familiares que residem no mesmo ambiente, pois participam, em alguma instância, de todos os sistemas nos quais o indivíduo está presente, além de poderem oferecer oportunidades às crianças, que poderão se constituir em condições de proteção.

Em uma revisão realizada por Paula, Miranda e Bordin (2010), sobre pesquisas epidemiológicas relacionadas com saúde mental em crianças e adolescentes, foi possível identificar que os problemas de saúde mental nessa população são frequentes e que a prevalência é variável.

Os principais fatores de risco identificados nessa revisão, em associação aos problemas de saúde mental foram: condições socioeconômicas desfavoráveis (baixa renda, desemprego, grau de escolaridade do responsável e más condições de moradia), características

do ambiente doméstico (discórdia intrafamiliar, violência doméstica, práticas parentais negativas, problemas de saúde mental maternos e baixa estimulação do desenvolvimento infantil, qualidade das relações, recursos) e dificuldades no ambiente escolar (atraso escolar, suspensões e evasão escolar) (PAULA; MIRANDA; BORDIN, 2010).

Estudos também têm apontado como fatores de risco, a atividade de lazer limitada, pouca interação afetiva no ambiente domiciliar, presença de violência doméstica seja sofrida pela mãe ou pela criança como forma de punição, situação socioeconômica desfavorável, problemas de saúde mental materna e crianças do gênero masculino (MATSUKURA; FERNANDES; CID, 2012, 2014; SÁ et al., 2010).

Rutter (2005) menciona que os fatores de risco se distinguem em dois grupos: fator de risco proximal e distal.

O primeiro se fundamenta em influências diretas no funcionamento do indivíduo, o que remete ao microsistema e mesossistema. Têm-se como exemplo, no caso da criança, as práticas parentais negativas, o abuso físico, as interações pais-criança ou irmão-criança, conflito marital, separação dos pais e saúde mental parental. De outro lado, fatores de risco distais se referem a influências diretas em relação aos processos proximais e indiretas sobre o funcionamento das crianças, como ocorre com os eventos do exossistema (mudança de emprego dos pais, que pode alterar o tempo de interação pai-criança, por exemplo) e macrossistema (alterações na política econômica que levam à diminuição do poder aquisitivo e necessidade de trocar a criança de escola, afetando o seu relacionamento com outras crianças, por exemplo) (WRIGHT; MASTEN; NARAYAN, 2013).

A partir da teoria bioecológica, é possível descrever o risco como um processo e relacionar com os sistemas descritos por Bronfenbrenner (1996), dessa forma o quadro 1 representa a associação entre os fatores de risco nos diferentes contextos para problemas de saúde mental fundamentada na teoria bioecológica e na revisão dos estudos.

Quadro 1 - Fatores de risco em diferentes contextos

Sistemas	Fatores de risco
Microsistema e Mesossistema	Configuração/estrutura familiar, práticas parentais negativas, dinâmica familiar, conflito marital, escolaridade dos pais, violência familiar, dificuldades no ambiente escolar, pouca interação pais-filhos.
Exossistema	Nível socioeconômico, situação ocupacional dos responsáveis, estresse advindos do trabalho, fracas redes de suporte.

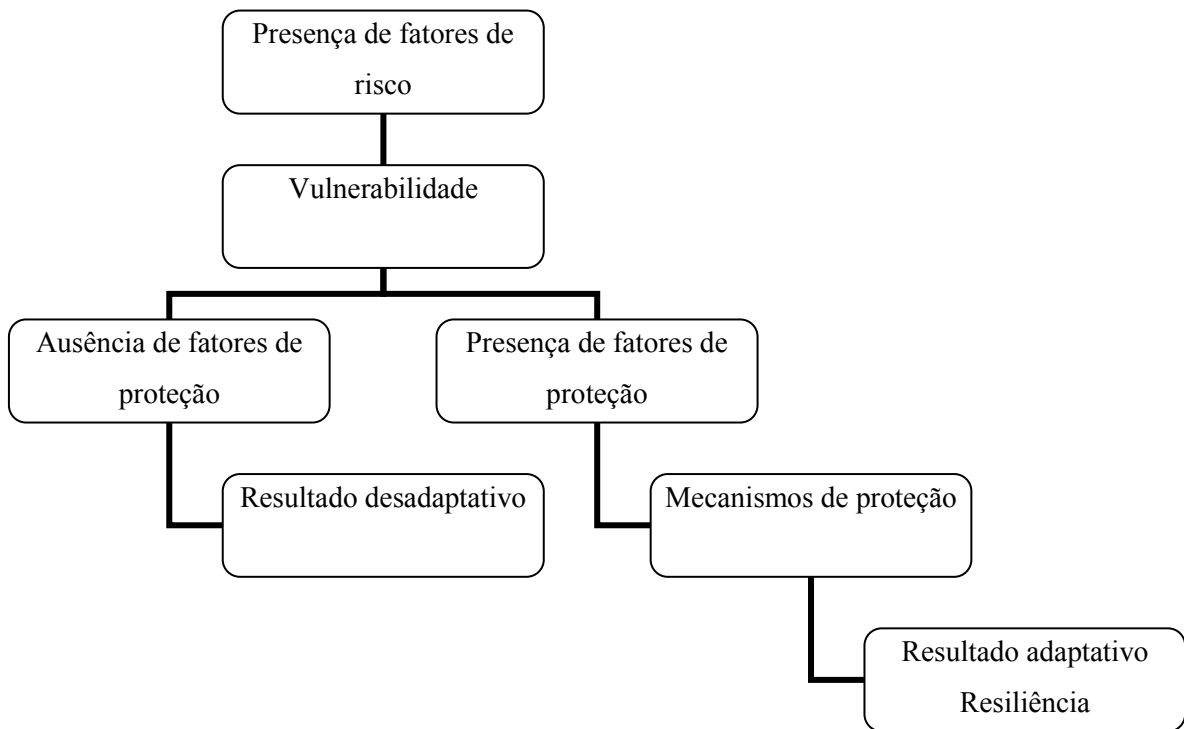
Fonte: A autora, com base em Bronfenbrenner (1996).

Os fatores de proteção estão ligados aos fatores de risco, e podem ser caracterizados como recursos pessoais ou sociais que amenizam ou inibem o impacto, podem atuar favorecendo o desenvolvimento humano, quando este está sendo ameaçado pela exposição ao risco, podem ser identificados e ativados na situação de risco ou vulnerabilidade (GREENBERG; DOMITROVICH; BUMBARGER, 2001).

O conceito de vulnerabilidade relaciona-se à suscetibilidade do indivíduo ao risco, como por exemplo, crianças com sintomas de ansiedade as quais estão inseridas em um contexto estressor (por exemplo, a escola, devido à pressão das demandas ou até mesmo o processo de transição de uma sala para outra) ou em relação a fatores biológicos, como a prematuridade (WRIGHT; MASTEN; NARAYAN, 2013).

Em um artigo de Buchanan (2014), a autora faz um questionamento sobre o que ocorre que algumas crianças resistem às adversidades (que teriam efeitos negativos) enquanto outras não (Figura 1). A partir disso discute a questão de promoção de resiliência, colocando a família em papel de destaque.

Figura 1 - Resultados desenvolvimentais a partir da interação entre fatores de risco e proteção



Fonte: A autora, baseado em Buchanan (2014).

Wright, Masten e Narayan (2013), apontam que os estudos em torno de resiliência se desenvolveram em três ondas: a primeira com o estudo da resiliência em relação à sua definição, seus conceitos chaves e estratégias para identificá-la; a segunda que compreende o desenvolvimento da resiliência como processos a partir dos sistemas ecológicos e a terceira onda em que os estudos focalizaram sobre intervenções para a promoção de resiliência.

De acordo com Pesce et al. (2004), a resiliência pode ser definida como um conjunto de aspectos sociais e psíquicos que possibilitam uma vida saudável, mesmo o indivíduo não vivendo em um ambiente saudável. O ambiente pode ser promotor de desenvolvimento, mas ao mesmo tempo pode apresentar risco. O que vai ser decisivo será a interação entre os atributos do indivíduo e o ambiente familiar, social e cultural, o que nos remete ao princípio da teoria de Bronfenbrenner.

A resiliência também pode ser definida como a habilidade de responder de forma positiva ou mais adaptativa às adversidades, por meio dos processos que envolvem o indivíduo no seu ambiente social. Pessoas consideradas resilientes, se recuperam mais facilmente diante de eventos estressantes e tendem a ter seu desenvolvimento “melhorado” a partir daí (YUNES; SZYMANSKI, 2001).

Moraes e Rabinovich (1996) referiram-se à resiliência como uma combinação de fatores que ajudam os seres humanos a enfrentar e superar os problemas e adversidades da vida. A partir dessa definição, uma síntese de pesquisas foi feita e mostrou que os três maiores determinantes de resiliência são: atributos da criança, atributos do funcionamento psicológico da criança e atributos do ambiente.

Nessa perspectiva, consideram-se atributos da criança: nível socioeconômico alto, ausência de deficiências orgânicas, temperamento fácil, idade precoce por ocasião de um trauma, ausência de perdas e separações precoces. Em relação aos atributos do funcionamento psicológico da criança, os quais protegem a criança do estresse, as autoras citam: inteligência e capacidade de resolver problemas; autonomia; boa autoestima; empatia; desejo e capacidade de planejamento; senso de humor, atividades, orientação social positiva, e por último suas preferências, entre outros. Os atributos do ambiente: maternagem competente, o que inclui responder às necessidades únicas da criança, oferecer modelos efetivos de comportamento, coesão, afetividade, suporte, ausência de discórdia e negligência; relacionamentos interpessoais da criança e da família, suporte social, dar oportunidades para desenvolver a criatividade e a expressividade; uma relação boa com ao menos um cuidador. (MORAES; RABINOVICH, 1996).

No que tange às diferentes dimensões de risco e proteção, Garmezy (1985 apud MAIA; WILLIAMS, 2005, p. 97), previamente já havia distinguido três categorias de fatores de proteção: a) atributos da criança - autonomia, atividades, orientação social positiva, autoestima, preferências, entre outros; b) características da família - coesão, afetividade, suporte, ausência de discórdia e negligência e c) fontes de apoio individual ou institucional para família e criança.

Deste modo, atributos da criança, características da família da qual ela participa e o ambiente/contexto social mais amplo em que ela está inserida podem funcionar como risco ou proteção dependendo da forma como se apresentam. Parelamente, a combinação das diversas condições de risco e proteção, bem como dos recursos disponíveis no ambiente, podem levar a processos de resiliência ou vulnerabilidade.

A criança em desenvolvimento necessita realizar atividades no seu dia a dia (cotidianas), que ficam mais complexas com o passar da idade. Essas atividades proporcionam o aperfeiçoamento do desenvolvimento intelectual, emocional, moral e social durante um período de tempo e, normalmente, são realizadas juntamente com quem a criança tenha um apego emocional mútuo e forte. Em geral, a pessoa que está comprometida em

oferecer um desenvolvimento do bem-estar da criança, proporciona também condições de proteção à criança (BRONFENBRENNER, 2011).

Assim, diversos elementos do ambiente familiar podem funcionar como risco ou proteção, a depender da forma como a família estabelece os diferentes papéis e funções internamente, como os diferentes membros se relacionam, o quanto ela consegue se manter coesa e o quanto ela consegue se adaptar a novas demandas, inclusive aquelas decorrentes do desenvolvimento individual de cada um de seus membros.

Segundo um estudo de Wright, Masten e Narayan (2013), as autoras discutem como tem sido difícil distinguir os fatores protetores no desenvolvimento humano, pois muitos deles são relacionados à boa adaptação sobre sistemas ou relações complexas, como por exemplo, as relações familiares. A partir desse artigo, as autoras classificam os fatores de proteção em dois tipos, a partir das características da criança e em relação às características familiares.

No primeiro tipo, são descritos como fatores de proteção: a presença de habilidades sociais, boas habilidades cognitivas e para solução de problemas, relações positivas com os pares, estratégias efetivas de regulação emocional e autoestima elevada. No segundo tipo, o qual se refere às características familiares, foram observados como fator de proteção: o ambiente familiar estável e de suporte, relação interparental harmoniosa, interação positiva entre criança e cuidador, estilo parental autoritário, boa relação entre irmãos, redes de suporte na família, envolvimento dos pais na educação da criança, grau de escolaridade dos pais, vantagens socioeconômicas e políticas públicas de proteção para as crianças (WRIGHT; MASTEN; NARAYAN, 2013).

Por outro lado, a saúde familiar pode também determinar o quanto ela consegue lidar e responder adequadamente a estas demandas do desenvolvimento e às adversidades que se interpõem na trajetória do grupo ou dos indivíduos.

3.3 Família como contexto de desenvolvimento e a presença do transtorno mental

Família é a relação que pode ocorrer a partir do momento em que um indivíduo em um determinado ambiente, presta atenção ou se faz um agente ativo, e participa de uma determinada atividade de outro indivíduo, é o primeiro ambiente que permite a socialização entre os pares. O ambiente familiar proporciona afeto, cuidados adequados, alimento, valores, normas e regras (GUZZO; TIZZEI, 2007).

Minuchin (1990), diz que é função da família auxiliar a criança no processo de socialização, em modelar e programar o comportamento e o sentido de identidade da mesma,

ou seja, ensinar a lidar e orientar de acordo com as mudanças que a sociedade sofre, como religiosas, econômicas e socioculturais, uma vez que as famílias, mais especificamente os pais, já adquiriram um aprendizado, podendo, então, transmiti-lo aos filhos. Outro papel que a família desempenha é o cuidado à criança, seja ele físico ou emocional.

Falar sobre o desenvolvimento e suas modificações, pensar no papel que cada indivíduo ocupa em determinada fase do ciclo da vida, em decorrência das transições ecológicas, remete ao papel da família e do seu funcionamento durante esse processo. O papel de cada pessoa inserida em determinada família irá depender das exigências dos papéis, dos estresses que podem ser causados e dos apoios oferecidos, como redes de suporte de outros ambientes (MINUCHIN, 1990).

A família possui duas funções no desenvolvimento humano: a proteção psicossocial dos seus membros e a transmissão da cultura mas nem sempre consegue atender a estas demandas, em especial diante de situações inesperadas como a presença de um problema de saúde de um dos membros.

Olson e Gorall (2003) propõem que o funcionamento familiar saudável ou não, resulta da relação e interação de três dimensões: coesão, flexibilidade (adaptabilidade) e comunicação, apresentando o Modelo Circumplexo de Sistemas Conjugais e Familiares, baseado nas abordagens sistêmicas de família.

Tal abordagem mostra o interesse nas relações familiares, em que a dinâmica da família influencia a problemática de saúde, da mesma forma que o contrário também ocorre - a problemática de saúde influencia a dinâmica familiar, seja nas relações interpessoais, no plano cognitivo e emocional ou nas atividades cotidianas, justificando assim a denominação de sistemas (complexo de interações mútuas/o todo) (WRIGHT; LEAHEY, 2013).

No contexto familiar e dentro do modelo circumplexo, a coesão pode ser definida como a ligação emocional/afetiva, a independência que os membros da família têm entre si, união e separação entre os membros (espaço de tempo que ficam ou não juntos), limites e tomada de decisão. Enquanto que flexibilidade/adaptabilidade é definida como a capacidade que os membros familiares possuem de mudarem a estrutura familiar, os papéis, os relacionamentos, as regras frente a situações de estresse, lideranças, disciplinas. A adaptabilidade familiar também pode ser definida como a mudança, e a flexibilidade remete ao poder familiar (OLSON, 2011).

A comunicação pode ser definida como a habilidade de escuta, da fala, de compartilhar sentimentos e resolução de problemas dentro do sistema familiar (OLSON, 2011).

Segundo o modelo circunflexo, à medida que a coesão é alterada a flexibilidade familiar também é afetada e vice-versa e a saúde ou funcionalidade familiar resulta do equilíbrio entre essas duas dimensões; a comunicação é facilitadora para compreender e verificar as outras dimensões.

De acordo com Marques e Dixe (2011), uma família com um bom funcionamento psicossocial deve apresentar um bom equilíbrio na coesão e adaptabilidade familiar. Esta família pode ser vista como fator de proteção para as crianças em desenvolvimento, já as famílias disfuncionais podem gerar mais situações de estresses.

Estudos têm apontado que o risco para problemas de saúde mental não necessariamente está relacionado com a estrutura familiar, mas aos processos dessas relações e dinâmicas que são estabelecidas no cotidiano e ambiente familiar, portanto, os conflitos, as práticas parentais, os processos de cuidado, as redes de suporte, as interações entre os membros passam a atuar como fatores de risco ou proteção associados as características familiares, sem desconsiderar os fatores macrossociais que circundam o contexto familiar (ZABLOTSKY; BRADSHAW; STUART, 2013; RUTTER, 2005).

Em um estudo de revisão, a literatura científica mostrou que ter um bom relacionamento familiar é visto como um fator de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais na infância, da mesma forma que modificar características do funcionamento familiar está associado a melhora da criança que tem transtorno mental (SOUZA et al., 2011).

No que diz respeito à dimensão de adaptabilidade/flexibilidade, ter níveis no extremo, ou seja, muito baixos podem levar à rigidez da relação entre os membros da família no que diz respeito aos papéis, funções e tarefas de cada membro. Por exemplo, quando um membro da família, a mãe, não pode realizar a limpeza doméstica, devido ao tratamento de seu filho, dificilmente ocorrerá uma inversão de papéis em que algum outro membro da família - como seu filho/filha - fará isso, a menos que seja solicitado. Em contrapartida, níveis muito elevados de flexibilidade podem causar o funcionamento caótico da família, de modo que suas atividades de vida diária não terão regras, orientação compartilhadas ou divisão de tarefas (PERRICONE et al., 2012).

Nesse mesmo raciocínio, mas a partir da teoria proposta por Bronfenbrenner (2011), as mudanças de papéis, de ambientes, de atividades que são realizadas por algum membro da família da criança com transtorno mental podem apresentar consequências no desenvolvimento humano e na dinâmica familiar. Como por exemplo, o desemprego de um dos responsáveis por essa criança, devido a ausências frequentes decorrentes dos diversos tratamentos ou por consequência da gravidade do transtorno.

Ainda dentro da teoria bioecológica, Bronfenbrenner (2011), faz um reflexão acerca de fator de risco, a partir de comportamentos que ocorrem no desenvolvimento que são mal adaptados que interferem os processos proximais e assim produzem uma desordem no desenvolvimento humano. Com isso dentro do contexto da família, pode ocorrer o caos (família disfuncional), com sistemas caóticos de flexibilidade, em que o ambiente interfere nos processos, nas interações, como por exemplo, a ausência de rotinas.

Bronfenbrenner (1996) relata que a avaliação dos pais do funcionamento familiar, assim como sua visão dos filhos, está relacionada a fatores externos do ambiente, como a flexibilidade dos horários no trabalho, a disponibilidade de vizinhos para cuidados de emergências, a qualidade dos serviços de saúde, educação e segurança disponíveis. De acordo com a cultura e subcultura, os serviços que oferecem rede de suporte podem variar e também serem melhorados, com políticas públicas adequadas à população.

Quando há presença de transtorno mental na família, esta enfrenta situações mais complexas do que aquelas que viveriam se a condição do seu familiar não existisse. Isso ocorre por desconhecimento sobre a doença, ou por não compreender os sintomas que estão presentes, ou até mesmo pelas perspectivas de vida (valores e crenças). Mesmo após se adaptarem com esse tipo de adversidade, algumas famílias estabelecem privações, reduzem a participação a eventos, mudam os hábitos sociais e o relacionamento familiar, intensificam a atenção sobre a pessoa com transtorno mental e convivem com o estigma (GOMES; MARTINS; AMENDOEIRA, 2011).

Gomes, Martins e Amendoeira (2011) apontam que os familiares possuem a necessidade de serem ouvidos, orientados, que seria importante, no contexto de atenção à saúde mental, um acompanhamento familiar e o estabelecimento de estratégias para ajudar os familiares a se organizarem e aprenderem a lidar de forma positiva com o sujeito que tem o transtorno.

A presença de uma pessoa com sofrimento psíquico na família mostra relevância para os membros do grupo em relação ao funcionamento familiar. Percebem a família como um suporte e, com isso, podem estabelecer estratégias para reduzir a sobrecarga de um familiar. Assim, a presença de uma pessoa com transtorno mental pode proporcionar o aumento das interações familiares, da mesma forma que pode diminuir as mesmas (WANG; ZHAO, 2012).

A condição de ter uma criança com algum transtorno mental acaba se apresentando como um risco para a própria família. Campbell (2000) observou, por exemplo, que pais de crianças com TDAH, quando são comparados a pais de crianças sem psicopatologia, relatam maior nível de estresse relacionado ao manejo da criança e maior discordância entre os cônjuges a respeito das práticas educativas.

Ferrioli, Marturano e Puntel (2007), identificaram um número elevado de crianças com sintomas internalizantes, cujas cuidadoras apresentavam sintomas de estresse e depressão em nível clínico. Também observaram uma associação significativa entre estresse materno e problemas de saúde mental infantil. Com isso, evidenciaram a necessidade das famílias de receber apoio para o desenvolvimento de estratégias para o controle do estresse associado às funções parentais e a outros domínios da vida familiar, que podem estar prejudicados.

Em uma revisão de literatura Castro e Piccinini (2002), observaram que a mãe de uma criança com transtorno mental, se frustra ao saber do problema do filho, diminuindo sua autoestima, podendo gerar sentimento de culpa. Ao mesmo tempo, tendem a superproteger o filho por ele necessitar de condições especiais e, assim, ele pode tornar-se muito dependente da mãe ou pai, o que pode potencializar problemas emocionais e comportamentais da criança.

A literatura internacional traz um estudo sobre a percepção dos pais em relação à severidade do transtorno do espectro autista (TEA) no filho, que comparou o contexto ecológico social de pais de crianças com TEA com os pais de criança sem a presença do TEA. Os resultados mostraram que os pais de crianças com TEA perceberam pouca saúde mental presente neles mesmos, pouca habilidade de enfrentamento, baixa satisfação acerca das relações e do suporte em casa, isolamento da comunidade devido à estigmatização e à não interação com os vizinhos (HOCK; AHMEDANI, 2012).

Souza et al. (2011), revisando a literatura, observaram que quando a mãe adoece e tem um transtorno mental, a família tende a se tornar disfuncional, devido ao papel que ela exerce na família, de suporte familiar e afeto, o que é o oposto no caso do pai, o qual tem o papel de oferecer sustento a família.

Partindo de uma breve revisão da literatura observa-se que os estudos indicam a presença frequente de condições de risco na vida das crianças (com ou sem transtornos mentais) e a falta de políticas assistenciais que sejam direcionadas à orientação das famílias no sentido de atentar à sua funcionalidade e aos recursos que podem disponibilizar para promover o desenvolvimento de seus filhos. Embora a família possa sofrer conflitos nas relações, também é fonte e geração de suporte social, tanto dentro do próprio ambiente familiar quanto em situações, nas quais os familiares não estejam tão presentes (como a escola). Para que isto seja efetivo, há que se garantir que a família se mantenha minimamente saudável em suas relações e interações enquanto grupo.

Neste sentido, Flores, Salum e Manfro (2014), avaliaram o funcionamento familiar de quatro grupos de crianças: um com desenvolvimento típico (controle), outro com transtorno de ansiedade, um com transtornos externalizantes e um último com ambos os transtornos.

Observaram que, quando comparado ao grupo controle, o grupo com crianças que possuem transtorno de ansiedade e transtornos externalizantes (ambos) participavam de famílias com alto nível de conflito e baixo nível de organização. O ambiente familiar desse grupo foi caracterizado por altos níveis de discordância de ideias, crenças e sentimentos, com um funcionamento familiar pobre. Também foi possível encontrar que os altos níveis de conflitos aconteciam em famílias com crianças que possuíam Transtorno de Ansiedade com comorbidade de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), as quais foram associadas às crianças que vivem em um ambiente em que são dependentes e que o processo de autonomia não é estimulado por nenhum membro da família.

Dessa forma não é possível afirmar que o mau funcionamento familiar causa ou contribui para a presença da psicopatologia ou se essa ocasiona distorção ou mudanças na estrutura familiar (PEPE et al., 2015).

Além disso, um estudo cujo objetivo foi investigar a diferença do funcionamento familiar de famílias que tinham crianças com psicopatologia daquelas com crianças consideradas normais/controle. A hipótese do estudo eram que as famílias do grupo de crianças sem psicopatologia tinham um bom funcionamento familiar, com níveis equilibrados de coesão e flexibilidade, já o outro grupo, com crianças que tinham psicopatologia, se aproximou de um funcionamento mais disfuncional. Os resultados confirmaram a hipótese, de que esse grupo de crianças com psicopatologia apresentaram níveis mais elevados, extremos, destas dimensões, indicando disfuncionalidade (PEPE et al., 2015).

A partir dessa revisão dentro da temática de família como contexto de desenvolvimento e a presença do transtorno mental, é possível identificar a importância do estudo do funcionamento familiar de crianças com transtorno mental, a fim de possibilitar a criação de novas estratégias de tratamento a partir do cuidado com o foco na família, também promover o desenvolvimento para essas crianças por meio de recursos que são adquiridos e estimulados em diferentes contextos as quais estão inseridas. Assim justifica-se o intuito deste trabalho.

3.4 Recursos do ambiente familiar

O desenvolvimento humano como Bronfenbrenner (2011) propôs, como já visto anteriormente, apesar de ser um processo individual, necessita da interação com outras pessoas, símbolos e atividades, com a finalidade de estimular a interação recíproca, de experiências, sentimentos e afeto, o que ele denominou de processos proximais.

Bronfenbrenner (2011) procurou estudar os paradigmas do processo proximal na pesquisa sobre o desenvolvimento humano, em diversos modelos, o que permitiu relacionar um dos modelos, que envolve o microsistema, onde se estabelecem influências proximais e observou que grande parte das investigações sobre desenvolvimento humano centraram-se em duas variáveis: as análises das interações interpessoais, relações e atitudes, em especial no contexto da família, como por exemplo, a disponibilidade de objetos que permitem e convidam a determinados tipos de atividades - como brinquedos ou materiais de leitura - e a estrutura e o funcionamento do contexto que restringem (prejudicam) ou conduzem (promovem) ao desenvolvimento e à realização de atividades.

Ainda dentro da perspectiva bioecológica do desenvolvimento, o autor, ao falar de transição ecológica possibilita o entendimento de recurso como a ajuda de exteriores, ou seja, que é necessária a ajuda de outros para que a pessoa em desenvolvimento se sinta segura nas transições e dessa forma seja facilitado o enfrentamento e resolução de mudanças e adversidades, de preferência que essa ajuda exterior venha de uma figura estável, que a estimule ao longo do tempo, por exemplo, a família (BRONFENBRENNER, 2011; DINIZ; KOLLER, 2010).

O ambiente familiar pode ser visto como o resultado da qualidade do relacionamento interpessoal e caracterizado por fatores como, coesão, harmonia e habilidade de enfrentar conflitos; tal ambiente pode ser grande contribuinte para o desenvolvimento/risco de psicopatologias, e configura um microsistema (FLORES; SALUM; MANFRO, 2014).

Os recursos podem ser vistos como incentivadores de desenvolvimento; não necessariamente estão relacionados aos recursos financeiros, mas dependem do processo de interação com outras pessoas ou objetos, símbolos e atividades (BRONFENBRENNER, 2011; MARTURANO, 2006).

Ao pensar no ambiente familiar, logo permeia o questionamento de como ocorre o processo da rotina e das atividades cotidianas dentro desse contexto, as quais são promotoras de independência, autonomia e socialização. A partir desse questionamento, Cid (2015) investigou a rotina de atividades e relações vivenciadas pelas crianças no cotidiano da família, sob a ótica dos responsáveis. Como resultado, destacou-se a importância dos recursos em relação às atividades conjuntas com a criança, às relações de afeto e a organização de rotina.

Na mesma direção, Bradley e Putnick (2012) estudaram as condições do ambiente doméstico/familiar em 28 países em desenvolvimento, um dos enfoques foi em quatro aspectos desse ambiente em relação ao bem-estar infantil: (a) qualidade da situação familiar (composição do piso, acesso à água e instalações sanitárias); (b) os recursos materiais (rádios,

TVs, veículos, eletricidade e telefones); (c) recursos de aprendizagem comprados (livros e brinquedos) e (d) recursos de aprendizagem improvisados (brinquedos construídos). Concluíram que os recursos financeiros (condição socioeconômica) são importantes para o desenvolvimento da criança, o oposto encontrado em outros estudos que discutem a oferta de recursos mais relacionados à interação e afeto.

Monteiro e Santos (2013) investigaram a disponibilidade de recursos do ambiente familiar e sua relação com o desempenho em compreensão de leitura de alunos do 3º ao 5º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública e outra particular de Belo Horizonte, e concluíram que o oferecimento de recursos pela família é fundamental para o melhor rendimento da criança, isso significa que quanto maior o suporte, a interação e os recursos familiares, melhor a compreensão de leitura, reafirmando que a família pode ser promotora do desenvolvimento. Além disso, no caso das habilidades escolares, o fato de estarem disponíveis nesse ambiente familiar, recursos como, revistas e jornais, também promovem o desenvolvimento em relação à compreensão da leitura. É possível inferir também que os suportes e recursos avaliados pelo uso de um instrumento (como o Inventário de Recursos do Ambiente Familiar-RAF) podem ajudar a identificar ambientes familiares que valorizam a cultura, a convivência familiar e o apoio à educação.

Ainda em relação à aprendizagem escolar e sua relação com o ambiente familiar, dois estudos sugerem que o progresso na aprendizagem escolar, indicado seja pela ausência de atraso ou pela qualidade da produção escrita, está associado à supervisão e à organização das rotinas no lar, às oportunidades de interação com os pais e à oferta de recursos no ambiente físico. A presença de horários definidos para atividades diárias, inclusive a lição de casa, a oportunidade de compartilhar atividades com os pais e a diversidade de livros e brinquedos disponíveis para a criança, possibilita efeitos positivos no desenvolvimento da criança (FERREIRA; BARRERA, 2010; MARTURANO, 1999).

Um estudo, cujo objetivo era verificar se existia associação entre a qualidade do estímulo doméstico e o desempenho cognitivo infantil, realizado com crianças, apontou que a escolaridade materna teve um impacto na qualidade dessa estimulação. Com base nisso foi possível associar que quanto maior o grau de escolaridade da mãe, melhor a ocupação profissional da mesma, conseqüentemente, maior a renda e maior será a disponibilização de recursos para a criança, como brinquedos, livros, entre outros. Deste modo, a escolaridade da mãe pode representar um fator de proteção ao desenvolvimento dessa criança. Também, observou-se que quanto melhor a qualidade da estimulação ambiental disponível para a criança, melhor será o seu desempenho cognitivo. Os resultados mostraram, ainda, que em

famílias nas quais o principal cuidador não possuía companheiro, a qualidade da estimulação no ambiente doméstico foi considerada baixa, podendo ser prejudicial à criança (ANDRADE et al., 2005).

No estudo de Kelly et al. (2001) um dos resultados observados foi que um ambiente social favorável é um preditor de conduta adequada, ou seja, promove o desenvolvimento, enquanto que um ambiente desfavorável, aumenta o risco de distúrbios comportamentais.

No Brasil, os estudos que focalizam a disponibilidade dos recursos no ambiente familiar ainda são escassos, carecendo tanto de instrumentos para investigação sobre os recursos presentes no ambiente quanto de estudos longitudinais e mesmo transversais que auxiliem a identificar o papel de tais recursos na promoção de desenvolvimento saudável.

Com base no exposto, o foco de atenção deste estudo é o contexto familiar da criança com transtornos mentais e o quanto ele pode estar se estabelecendo como uma condição de risco ou promotora de desenvolvimento.

Objetivos

4 OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi caracterizar as famílias de crianças com transtorno mental em relação ao funcionamento familiar e os recursos ambientais que estas famílias oferecem para suas crianças.

Trata-se de uma tentativa de verificar até que ponto estas famílias podem se estabelecer como um grupo que promove o desenvolvimento da criança ou que aumenta a vulnerabilidade para dificuldades no desenvolvimento.

Os objetivos específicos dessa pesquisa consistem em:

- 1) Avaliar associações entre a disponibilidade de recursos no ambiente familiar com a saúde mental infantil;
- 2) Avaliar associações entre o funcionamento familiar com a saúde mental infantil;
- 3) Verificar se existem associações entre o funcionamento familiar e a disponibilização de recursos no ambiente familiar.
- 4) Verificar se existem associações entre o funcionamento familiar, a disponibilização de recursos no ambiente familiar e as variáveis sociodemográficas.

A hipótese levantada em relação à pesquisa é de que crianças com transtornos mentais têm pouca disponibilidade de recursos oferecidos pelas suas famílias, os quais são favoráveis ao desenvolvimento infantil. Outra hipótese associada é que entre grande parte das famílias que têm uma criança com transtorno mental haja uma maior ocorrência de disfuncionalidade familiar. Finalmente, é possível que famílias disfuncionais tenham maior dificuldade para oferecer variedade de recursos ambientais do que famílias funcionais/saudáveis.

Metodologia

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

O presente estudo é de corte transversal, de caráter descritivo e correlacional.

5.2 Local e contexto

A pesquisa foi realizada nos Ambulatórios de Psiquiatria Infantil (PIN), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (PQITDAH), Transtorno do Espectro Autista e Deficiência Intelectual (PQITEADI), e Álcool (PQIA), todos ligados ao Serviço de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), que oferece serviços de saúde de nível terciário. Os ambulatórios recebem crianças e adolescentes (entre seis e oito atendimentos por dia), com idades que variam de 3 a 18 anos (variando de um ambulatório para o outro), referenciados pelo Sistema Único de Saúde, atendendo pacientes de Ribeirão Preto e região. A equipe é composta por psiquiatras, residentes em psiquiatria, terapeutas ocupacionais, psicólogos e aprimorandos das mesmas áreas.

5.3 Participantes

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2016 a abril de 2017 e participaram da pesquisa 33 responsáveis (mãe, pai, avós ou outros familiares) de crianças na faixa etária de 6 a 12 anos de idade, que são acompanhadas nos ambulatórios, citados anteriormente. Segundo dados do serviço, naquele momento 51 crianças com o perfil pretendido estavam sendo atendidas. Os critérios de inclusão foram: ser responsável de uma criança com idade entre 6 e 12 anos, com hipótese diagnóstica de transtorno mental, em seguimento no ambulatório, e o responsável pela criança ter mais de 18 anos de idade e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: o responsável apresentar dificuldades de compreensão (percebidas pelo pesquisador no momento do convite para pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido); o responsável ter transtorno de saúde mental (informado pela equipe do serviço ou por ele mesmo) e a criança apresentar deficiência física (de modo a evitar o viés do acúmulo de sobrecarga do cuidador).

Durante a coleta duas famílias se recusaram a participar, por motivos diferentes, uma por achar que a mesma não tinha condições de responder, pois a família se encontrava um pouco desestruturada naquele momento e a outra família, relatou que não queriam responder mais qualquer tipo de questionário, pois este tipo de solicitação ocorria com frequência. Também foram excluídas duas famílias da pesquisa, pois o responsável apresentava algum tipo de transtorno mental.

5.4 Material

Os materiais que foram utilizados são:

- a) Questionário sociodemográfico: instrumento construído por uma das pesquisadoras, aplicado com a finalidade de caracterizar as condições socioeconômicas das famílias participantes. O questionário é constituído por 25 questões que investigam os dados pessoais, grau de escolaridade dos responsáveis pela criança, estrutura familiar (número de pessoas que residem na casa e quem são), situação financeira da família, incluindo o Critério Brasil para classificação socioeconômica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA-ABEP, 2014). Ao final do questionário há alguns itens a serem preenchidos com informações fornecidas pela equipe dos ambulatórios e pela busca em prontuários, referentes ao diagnóstico e tratamento (ANEXO A).

- b) Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar—versão IV (FACES IV): utilizada para medir a coesão e a flexibilidade familiares. A escala foi elaborada por Olson (2008) e adaptada para o Brasil por Santos, Bazon e Carvalho (2013). Está constituída por 62 itens, que são distribuídos em seis subescalas: duas equilibradas (coesão e flexibilidade), em que quanto maior a pontuação, melhor é o equilíbrio; quatro desequilibradas (desengajada, emaranhada, rígida e caótica), o qual quanto maior a pontuação, maior é o desequilíbrio; comunicação e satisfação familiar. O instrumento consiste em uma série de afirmações que devem ser respondidas dentro de uma escala do tipo Likert de cinco pontos: discordo totalmente, discordo, não sei (indeciso), concordo e concordo totalmente. Somente na subescala satisfação que ocorre uma modificação para: muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito e extremamente satisfeito. O resultado é calculado a partir da combinação dos escores e percentis das escalas equilibradas e desequilibradas, com isso é possível diferenciar entre famílias saudáveis/funcionais (≥ 1) e não saudáveis/disfuncionais (< 1). Neste estudo está sendo utilizada a versão brasileira da escala, cedida pelos autores, que

está em processo de validação para a população brasileira. Para distinção entre famílias funcionais e disfuncionais foi utilizada a norma da população americana (ANEXO B-instrumento; ANEXO C-permissão de uso).

c) Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF): é um instrumento baseado na concepção ecológica do desenvolvimento que avalia os recursos do ambiente familiar, considerando três domínios: recursos que promovem os processos proximais, atividades que estabilizam a vida familiar e práticas parentais que promovem a relação família-escola (MARTURANO, 2006). O maior objetivo a ser alcançado com o uso desse instrumento é o de colher dados a cerca da aproximação e estabilidade na vida familiar das crianças com transtorno mental. Aplica-se o roteiro sob forma de entrevista semiestruturada. O inventário contém dez tópicos, os quais abordam: atividades que a criança faz quando não está na escola (em casa/vizinhança), passeios realizados, atividades programadas e regulares (extracurriculares), atividades conjuntas com pais em casa (interação pais/responsáveis-crianças), brinquedos que já teve ou tem, recursos como jornais, revistas e livros, apoio e supervisão dos responsáveis em relação aos afazeres da escola e rotinas definidas (organização de horários e atividades de rotina que a família está reunida). O resultado é dado pela soma dos escores brutos em cada tópico, com exceção dos tópicos 8 (apoio e supervisão escolar), 9 (organização de horários) e 10 (família reunida para atividades de rotina) que tem uma pontuação específica indicada no próprio instrumento. Ao final calcula-se a pontuação relativa para cada tópico, o instrumento não possui uma nota de corte (ANEXO D).

d) Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ): Com o intuito de verificar as áreas de maior dificuldade da criança, foi aplicado o SDQ versão para pais, que é um instrumento utilizado para rastrear e avaliar problemas de saúde mental infantojuvenil. Possui validação para o Brasil pelos autores Fleitlich, Cortazar e Goodman (2000). Consiste em um questionário composto por 25 itens, que são subdivididos em cinco subescalas que vão avaliar: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Nesse estudo foi utilizado também o suplemento de impacto do próprio instrumento, o qual investiga o quanto os sintomas apresentados pela criança interferem na sua rotina, nas atividades familiares e escolares. Cada item pode ser respondido como “falso”, “mais ou menos verdadeiro” e “verdadeiro”, com pontuações de 0 a 2, respectivamente. O escore total pode variar de 0 a 40 pontos, sendo que resultados acima de

17 são considerados anormais, entre 14 e 16 limítrofe e abaixo disso são considerados normais (FLEITLICH; CORTAZAR; GOODMAN, 2000) (ANEXO E).

5.5 Procedimentos

5.5.1 Coleta dos dados

O projeto foi apresentado aos Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com o protocolo CAAEE: 56525416.2.0000.5393.

Após aprovação pelos comitês foi feito contato com a equipe do serviço para planejar a coleta de dados e identificar os possíveis participantes da pesquisa. Os responsáveis pelas crianças foram abordados na sala de espera dos ambulatórios, no período de espera ou no fim da consulta psiquiátrica, em que foram convidados para a pesquisa pela própria pesquisadora, ocasião em que foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO F) e, em caso de aceite, o mesmo foi assinado em duas vias: uma para a pesquisadora e outra para o participante.

A coleta de dados foi realizada em sala reservada, em que foram aplicados os instrumentos na sequência: o Questionário de Informações sociodemográficas e familiares, a FACES IV, o RAF e o SDQ. A aplicação foi feita em um único encontro, com duração aproximada de 40 a 50 minutos. Para evitar qualquer constrangimento aos participantes que tivessem dificuldades para ler os instrumentos, os mesmos foram lidos pela pesquisadora, que assinalou a resposta dada pelo participante na presença do mesmo. Uma cópia dos instrumentos ficou disponível aos participantes durante a entrevista, com a finalidade deles poderem acompanhar a leitura, se fosse o desejado. Informações sobre diagnósticos, tratamentos e medicações foram fornecidas pelos responsáveis e verificadas no prontuário. Durante a entrevista a criança foi acompanhada por outro profissional (colaborador da pesquisa) que ficava brincando, conversando com a mesma em outra sala.

5.5.2 Tratamento estatístico e análise dos dados

A correção dos instrumentos foi realizada de acordo com as orientações dos autores dos mesmos e todas as informações coletadas foram organizadas em um banco de dados no

Excel e exportadas para o programa Statistic Package for Social Science (SPSS) versão 24.0 para proceder às análises.

Foram calculadas frequência e porcentagem das variáveis categóricas e a média e desvios-padrão dos dados numéricos.

Foram utilizadas provas de estatística não paramétrica, aplicando-se o teste de correlação de Spearman para verificar a associação entre as diferentes dimensões avaliadas pelo FACES IV (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação familiares) e a disponibilização de recursos no ambiente familiar (RAF); FACES IV e os resultados do SDQ (saúde mental); e RAF e SDQ. Foram consideradas correlações fracas aquelas com valores $<0,4$, moderada com valores $\geq 0,4$ a $<0,5$ e fortes as que apresentaram valores $\geq 0,5$ (HULLEY et al., 2003).

Em relação às variáveis sociodemográficas, com a finalidade de verificar a possível influência das mesmas sobre as outras variáveis, procedeu-se a um agrupamento das categorias originais para fins de análise estatística. Para a comparação de subgrupos diferenciados por sexo criança (feminino e masculino), frequência à escola (frequente ou não), configuração familiar (com e sem companheiro), situação ocupacional do responsável (trabalha ou não), presença de doença crônica na família-responsável (presença e ausência), número de comorbidades (uma comorbidades e duas ou mais), número de tratamentos (dois tipos de tratamentos e três ou mais) e percepção dos pais quanto às dificuldades da criança (nenhuma ou pequenas dificuldades e dificuldades bem definidas ou graves), aplicou-se o teste de Mann Whitney. Para a comparação entre subgrupos formados de acordo com escolaridade do responsável (até quatro anos de escolaridade, fundamental completo e maior que oito anos de escolaridade), religião (católica, evangélica e outras religiões ou sem religião) e classificação socioeconômica (em que se agrupou as classes A+B1+B2, C1+C2, D+E) aplicou-se o teste de Kruskal Wallis, com análise post hoc.

Resultados

6 RESULTADOS

Nesta seção serão apresentados os resultados referentes ao perfil dos participantes (respondentes, famílias e crianças), análise das variáveis sociodemográficas, resultados da avaliação de funcionamento familiar e sobre disponibilidade de recursos do ambiente familiar. Também serão apresentados os resultados das correlações entre as variáveis principais.

Perfil dos participantes, famílias e crianças

A maioria dos participantes eram mães (78,8%), seguidas de pais (15,2%) e avós (6,1%). A idade média foi de 37,6 anos ($\pm 8,6$), e 87,9% dos respondentes se identificaram como o principal cuidador da criança. A quantidade média de pessoas residindo na mesma casa foi de 4,3 pessoas ($\pm 1,1$).

Os dados de caracterização e informações dos responsáveis e da família estão sumarizados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos responsáveis e família

Variável	Frequência	Porcentagem
Escolaridade		
Analfabeto/Fundamental incompleto (até 3ª)	2	6,1%
Até 4ª série completo	3	9,1%
Fundamental completo	15	45,5%
Médio completo	9	27,3%
Superior completo	4	12,1%
Situação ocupacional		
Trabalhando/realizando atividade ocupacional	19	57,6%
Não trabalha, mas recebe alguma remuneração, pensão, aposentadoria	11	33,3%
Não trabalha	3	9,1%
Situação conjugal		
Sem companheiro(a)/residindo na mesma casa	8	24,2%
Com companheiro(a)/residindo na mesma casa	25	75,8%
Classificação econômica		
A	1	3%
B1	2	6,1%
B2	4	12,1%
C1	5	15,2%
C2	13	39,4%
D- E	8	24,2%

Em relação ao grau de escolaridade observa-se que a maioria dos responsáveis tem pelo menos ensino fundamental completo (apenas 15,2% com escolaridade inferior) e vive

com um companheiro (a). No que tange à classificação socioeconômica observa-se predomínio de famílias das classes C2, D-E e C1, respectivamente.

Com relação às crianças, a idade média foi de 8,3 anos ($\pm 1,86$), sendo 69,7% do sexo masculino e 30,3% feminino, 78,8% frequentavam escola (entre o primeiro e o quinto ano). De acordo com os dados obtidos, 27,3% das crianças apresentava comorbidades, ou seja, tinham dois ou mais diagnósticos. Em relação ao tratamento, 72,7% era acompanhada também por outros profissionais de saúde (além do Psiquiatra); 60,6% faziam até dois tipos de tratamento e 39,4% faziam três ou mais; 75,8% delas faziam uso de pelo menos uma medicação. A tabela 2 apresenta os dados que dizem respeito ao diagnóstico psiquiátrico, tratamentos realizados e medicação utilizada.

Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto a diagnóstico, tratamento realizado e medicação utilizada

Variável	Frequência	Porcentagem
Diagnósticos		
Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)	13	39,4%
Transtorno do Espectro Autista (TEA)	13	39,4%
Transtorno Opositor e Desafiador (TOD)	4	12,1%
Transtorno de Linguagem	2	6,1%
Deficiência Intelectual	2	6,1%
Outros (T. aprendizagem, mutismo seletivo, tiques motores, T. ansiedade, T. Conduta)	5	25%
Tratamentos		
Psiquiatra	33	100%
Psicólogo	14	42,4%
Terapeuta Ocupacional	10	30,3%
Fonoaudiólogo	11	33,3%
Psicopedagoga	5	15,2%
Neurologista	1	3%
Medicações mais utilizadas		
Antipsicótico	17	51,5%
Psicoestimulante	10	30,3%
Anticonvulsivante	2	6%
Antidepressivo	3	9%
Antihistáminico	3	9%
Alfa Agonista	1	3%

Observa-se que os diagnósticos de TDAH e TEA estão entre os mais presentes, e que dentre os tratamentos realizados, além do psiquiátrico, o mais recorrente é o atendimento psicológico. Dentre as medicações destacam-se antipsicóticos e psicoestimulantes.

Os resultados referentes aos escores parciais e totais do SDQ (indicando áreas de funcionamento psicológico/comportamento afetadas) são apresentados na tabela 3. Todos os

resultados foram considerados anormais (escores totais foram acima de 17, conforme normas do instrumento). Observou-se que 3% das crianças apresentaram comprometimento em todas as áreas investigadas pelo SDQ; 30,3% em quatro e o mesmo percentual em três áreas, 24,2% em duas e 3% em apenas uma área.

Na tabela 3 observam-se resultados referentes às pontuações no SDQ. As maiores médias ocorreram na subescala Pró-Social (comportamento positivo) e Hiperatividade (comportamento problemático) e a menor foi em Problemas de relacionamento com colegas.

Tabela 3 - Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes às capacidades e dificuldades das crianças (subescalas do SDQ)

	Mínimo	Máximo	Média (±dp)
Sintomas Emocionais	0	10	4,9 (±2,49)
Problemas de conduta	0	10	4,3 (± 2,38)
Hiperatividade	6	10	8,9 (±1,33)
Problemas de relacionamento com os colegas	0	10	4,2 (±2,71)
Pró-social	0	10	8,8 (±3,22)
Total	19	39	29,2 (±4,82)
Suplemento de impacto	0	9	3,4 (±2,77)

De acordo com o suplemento de impacto do SDQ, sob a ótica dos pais em relação ao impacto do transtorno mental no cotidiano da criança, 57,6% das crianças não se sentem incomodadas (ou sentem pequeno incômodo) pelas dificuldades apresentadas; 27,3 % se aborrecem muito com o problema e 15,2% mais que muito. Na tabela 4 é possível observar os resultados referentes ao quanto os pais percebem que o problema de saúde do filho afeta a rotina e as atividades. A área mais afetada diz respeito à aprendizagem.

Tabela 4 - Frequência (f) e porcentagem (%) referentes ao impacto do transtorno mental da criança na casa, amizades, aprendizagem e lazer

	Nada/um pouco f (%)	Muito f (%)	Mais que muito f (%)
Em casa	17 (51,5%)	11 (33,3%)	5 (15,2%)
Amizades	17 (51,5%)	9 (27,3%)	7 (21,2%)
Aprendizagem	9 (27,3%)	12 (36,4%)	12 (36,4%)
Lazer	21 (63,6%)	9 (27,3%)	3 (9,1%)

Funcionamento familiar e recursos do ambiente

Os resultados da avaliação de funcionamento familiar (FACES IV) indicaram quatro famílias (12,1%) consideradas disfuncionais. Os valores mínimos, máximos, a média e o desvio padrão dos resultados das subescalas do FACES IV podem ser observados na tabela 5.

Tabela 5 - Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes a funcionamento familiar (FACES IV)

	Mínimo	Máximo	Média (±dp)
Coesão	16	35	29,0 (±4,69)
Flexibilidade	13	35	26,3 (±4,64)
Desengajada	9	24	16,7 (±4,45)
Emaranhada	16	33	22,5 (±3,72)
Rígida	8	32	23,2 (±4,52)
Caótica	7	25	17,1 (±4,30)
Comunicação	16	50	38,7 (±7,14)
Satisfação	12	47	31,4 (±7,49)

Sobre os dados apresentados na tabela 5, observa-se que os escores das escalas equilibradas (coesão e flexibilidade) estão mais elevados do que os escores das escalas desequilibradas (desengajada, emaranhada, rígida e caótica).

Com relação aos recursos oferecidos no ambiente familiar, verifica-se que a pontuação mais baixa foi referente a atividades programadas e regulares, jornais e revistas e passeios realizados com a família, enquanto as pontuações mais elevadas ocorreram no tópico brinquedos, família reunida para atividades de rotina, atividades conjuntas com pais em casa e organização de horários, conforme mostra a tabela 6.

Tabela 6 - Escores mínimo, máximo, média e desvio-padrão (dp) dos resultados referentes aos recursos do ambiente familiar (RAF)

	Mínimo	Máximo	Média (±dp)
Atividades recreativas em casa/vizinhança	1,4	10,0	5,1 (±2,13)
Passeios com a família	0,5	6,8	3,5 (±1,82)
Atividades programadas e regulares	0	4,4	0,8 (±1,11)
Atividades conjuntas com pais em casa	0,9	9,0	6,0 (±2,15)
Brinquedos	2,6	10,0	6,9 (±2,00)
Jornais e revistas	0,9	8,1	2,7 (±1,68)
Livros	1	8	4,2 (±1,84)
Apoio e supervisão escolar	0	8,8	5,6 (± 1,64)
Organização de horários	0	10	5,9 (±2,52)
Família reunida para atividades de rotina	0	10	6,6 (±2,29)
RAF total	16,9	72,3	47,6 (±12,55)

Influência de variáveis sociodemográficas e familiares sobre funcionamento familiar e recursos do ambiente

No que tange à comparação dos resultados referentes a funcionamento familiar, não foram observadas diferenças significativas entre subgrupos diferenciados por sexo, presença de companheiro (a), presença de doença crônica na família (responsável), número de tratamentos, número de comorbidades e religião.

Observaram-se diferenças significativas entre crianças que frequentam ou não escolas nas subescalas de Coesão ($U=151,5$; $p=0,006$) e Flexibilidade ($U=142,0$; $p=0,024$), com resultados melhores (escores mais elevados; subescalas positivas/equilibradas) para crianças que frequentam escola (Tabela 7).

Tabela 7 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme frequência à escola (teste Mann-Whitney)

	Criança Não frequenta escola M(\pm dp)	Frequenta escola M(\pm dp)	U	p
Coesão	23,57(6,32)	30,46(2,84)	151,5	0,006
Flexibilidade	22,30(5,73)	27,50(3,70)	142,0	0,024
Desengajada	18,00(4,72)	16,42(4,42)		ns
Emaranhada	22,57(3,78)	22,54(3,78)		ns
Rígida	20,86(5,95)	23,92(3,95)		ns
Caótica	18,86(2,41)	16,73(4,61)		ns
Comunicação	34,14(10,91)	40,04(5,40)		Ns
Satisfação	27,14(11,72)	32,62(5,68)		ns

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Também, famílias cujo responsável trabalhava se diferenciaram daquelas em que este não trabalhava, nas subescalas Emaranhada ($U=191,5$; $p=0,032$) e Caótica ($U=196,5$; $p=0,019$), com resultados piores (escores mais elevados; subescalas negativas/disfuncionais) para famílias em que o responsável não trabalhava (Tabela 8).

Tabela 8 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme situação ocupacional do responsável (teste Mann-Whitney)

	Responsável trabalha M(\pm dp)	Responsável não trabalha M(\pm dp)	U	p
Coesão	29,95(4,41)	27,71(4,90)		ns
Flexibilidade	27,00(4,53)	25,57(4,83)		ns
Desengajada	16,21(4,55)	17,50(4,38)		ns
Emaranhada	21,26(3,50)	24,30(3,40)	191,5	0,032
Rígida	23,21(4,02)	23,36(5,28)		ns
Caótica	15,80(4,56)	19,07(3,17)	196,5	0,019
Comunicação	40,16(5,65)	36,93(8,67)		ns
Satisfação	32,95(6,43)	29,43(8,55)		ns

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Famílias em que os pais percebiam as dificuldades da criança como bem definidas ou graves se diferenciaram das outras quanto à Rigidez ($U=103,0$; $p=0,009$), apresentando resultados piores quanto a esta dimensão (Tabela 9).

Tabela 9 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme percepção dos pais em relação as dificuldades da criança (teste Mann-Whitney)

	Nenhuma ou pequenas dificuldades M(\pm dp)	Dificuldades bem definidas ou graves M(\pm dp)	U	p
Coesão	27,25(7,67)	29,24(4,28)		ns
Flexibilidade	21,75(7,36)	27,03(3,91)		ns
Desengajada	17,50(5,19)	16,66(4,44)		ns
Emaranhada	21,75(2,63)	22,66(3,87)		ns
Rígida	17,00(6,21)	24,14(3,58)	103,0	0,009
Caótica	16,50(4,35)	17,28(4,36)		ns
Comunicação	33,75(12,97)	39,48(6,02)		ns
Satisfação	25,25(9,91)	32,31(6,88)		ns

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Observaram-se diferenças significativas quanto a funcionamento familiar quando foram comparados subgrupos distintos por escolaridade do responsável (Tabela 10), sendo que o teste post hoc indicou que o grupo com até quatro anos de escolaridade se distinguiu daquele com mais de 8 anos, em Coesão ($H(2) = -15,71$, $p = 0,006$); Flexibilidade ($H(2) = -14,80$, $p = 0,010$); Desengajada ($H(2) = 14,95$, $p = 0,009$); Caótica ($H(2) = 12,57$, $p = 0,36$) e na subescala de Comunicação ($H(2) = -15,80$, $p = 0,005$), sempre com melhores resultados para famílias com responsável com maior escolaridade (Tabela 10).

Tabela 10 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme escolaridade do responsável (teste Kruskal- Wallis)

	Até 4 anos M(\pm dp)	8 anos/fundamental completo M(\pm dp)	Maior que 8 anos	U	p
Coesão	23,6(4,77)	29,2(3,26)	30,7(4,69)	9,75	0,008
Flexibilidade	21,0(5,56)	26,3(3,22)	28,3(4,21)	8,88	0,012
Desengajada	21,8(2,68)	16,9(4,42)	14,7(3,62)	8,90	0,012
Emaranhada	25,6(2,30)	22,7(4,12)	21,2(3,19)		ns
Rígida	20,0(7,17)	23,8(3,80)	23,8(3,90)		ns
Caótica	21,0(3,39)	17,7(3,38)	15,2(4,56)	6,57	0,037
Comunicação	29,4(7,79)	39,1(6,91)	41,7(3,94)	9,90	0,007
Satisfação	26,0(8,36)	30,2(7,27)	34,5(6,34)		ns

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Também foram observados resultados significativos distinguindo entre subgrupos de diferentes classes sociais (Tabela 11), explicadas pela diferença entre o agrupamento A1/B1/B2 e o agrupamento D/E na subescala Desengajada ($H(2) = -14,63$, $p = 0,010$) e Emaranhada ($H(2) = -13,20$, $p = 0,024$). Na subescala Satisfação familiar o agrupamento D/E se diferenciou tanto de A/B1/B2 ($H(2) = 12,79$, $p = 0,016$) quanto de C1/C2 ($H(2) = 12,79$, $p = 0,005$).

Tabela 11 - Dimensões do funcionamento familiar, conforme classificação econômica (teste Kruskal-Wallis)

	A/B1/B2 M(\pm dp)	C1/C2 M(\pm dp)	D/E M(\pm dp)	U	p
Coesão	30,0(6,70)	30,1(2,69)	25,5(5,20)		ns
Flexibilidade	28,0(5,88)	26,7(3,30)	24,2(5,84)		ns
Desengajada	13,4(3,82)	16,5(4,20)	20,2(3,19)	8,75	0,013
Emaranhada	20,5(3,82)	21,8(2,74)	25,8(3,83)	8,14	0,017
Rígida	24,2(4,23)	23,2(3,84)	22,5(6,37)		ns
Caótica	14,5(5,02)	18,1(4,25)	17,3(3,15)		ns
Comunicação	42,2(6,29)	39,2(4,93)	34,7(10,45)		ns
Satisfação	35,5(8,96)	33,1(5,00)	24,0(6,23)	11,28	0,004

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Quanto à comparação dos resultados referentes à oferta de recursos no ambiente familiar, não foram observadas diferenças significativas entre subgrupos diferenciados por sexo, presença de companheiro (a), presença de doença crônica, número de tratamentos e religião.

Crianças que não frequentam escola se diferenciaram daquelas que frequentam com relação à realização de passeios com a família ($U=147,0$ e $p = 0,012$) e o total de recursos oferecidos-RAFtotal ($U=137,0$ e $p = 0,043$), com resultados mais favoráveis para as que frequentam escola (Tabela 12).

Tabela 12 - Recursos do ambiente familiar, conforme frequência à escola (teste Mann-Whitney)

	Não frequenta escola Média(\pm dp)	Frequenta escola Média(\pm dp)	U	p
Atividades recreativas em casa/vizinhança	4,07(1,73)	5,49(2,16)		ns
Passeios com a família	2,02(1,19)	3,96(1,76)	147,0	0,012
Atividades programadas e regulares	0,31(0,54)	0,93(1,20)		ns
Atividades conjuntas com pais em casa	5,32(2,85)	6,25(1,94)		ns
Brinquedos	5,71(2,58)	7,22(1,74)		ns
Jornais e revistas	2,07(1,14)	2,89(1,78)		ns
Livros	3,86(1,34)	4,31(1,97)		ns
Apoio e supervisão escolar	4,36(2,18)	5,95(1,32)		ns
Organização de horários	4,91(3,19)	6,17(2,32)		ns
Família reunida para atividades de rotina	5,59(2,91)	6,98(2,06)		ns
RAF total	38,24(\pm 12,87)	50,18(\pm 11,41)	137,0	0,043

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Crianças cujos pais trabalham apresentaram resultados significativamente superiores quanto à oferta de atividades recreativas em casa/vizinhança ($U=160,5$ e $p= 0,004$), passeios com a família ($U= 42,0$ e $p= 0,001$), brinquedos ($U= 50,0$ e $p= 0,002$), livros ($U= 59,5$ e $p= 0,006$) e o RAF total ($U=51,0$ e $p= 0,002$) (Tabela 13).

Tabela 13 - Recursos do ambiente familiar, conforme situação ocupacional do responsável (teste Mann-Whitney)

	Trabalha M(\pm dp)	Não trabalha M(\pm dp)	U	p
Atividades recreativas em casa/vizinhança	6,08(2,06)	3,97(1,60)	160,5	0,004
Passeios com a família	4,48(1,38)	2,28(1,60)	42,0	0,001
Atividades programadas e regulares	1,05(1,35)	0,47(0,57)		ns
Atividades conjuntas com pais em casa	6,64(1,91)	5,25(2,26)		ns
Brinquedos	7,89(1,20)	5,55(2,13)	50,0	0,002
Jornais e revistas	3,19(1,82)	2,07(1,25)		ns
Livros	4,95(1,84)	3,21(1,36)	59,5	0,006
Apoio e supervisão escolar	5,96(1,39)	5,15(1,89)		ns
Organização de horários	6,11(2,39)	5,62(2,76)		ns
Família reunida para atividades de rotina	6,79(2,22)	6,54(2,46)		ns
RAF total	53,17(11,16)	40,15(10,48)	51,0	0,002

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

O subgrupo de crianças que apresenta comorbidades se diferenciou do que tem apenas um diagnóstico quanto à presença de jornais e revistas na casa ($U=25,5$; $p=0,001$) e organização de horários ($U=55,0$; $p=0,031$), apresentando escores mais baixos nestes itens (Tabela 14).

Tabela 14 - Recursos do ambiente familiar, conforme quantidade de diagnósticos (teste Mann-Whitney)

	Um diagnóstico M(\pm dp)	2 ou mais diagnósticos M(\pm dp)	U	p
Atividades recreativas em casa/vizinhança	5,29(2,21)	4,91(2,03)		ns
Passeios com a família	3,78(1,61)	2,91(2,29)		ns
Atividades programadas e regulares	0,87(1,17)	0,61(0,97)		ns
Atividades conjuntas com pais em casa	6,01(2,25)	6,15(1,97)		ns
Brinquedos	7,12(2,01)	6,31(5,78)		ns
Jornais e revistas	3,28(1,60)	1,20(0,64)	25,5	0,001
Livros	4,58(1,86)	3,22(1,48)		ns
Apoio e supervisão escolar	5,52(1,72)	5,85(1,49)		ns
Organização de horários	6,37(2,63)	4,65(1,79)	55,0	0,031
Família reunida para atividades de rotina	6,90(2,42)	6,10(1,90)		ns
RAF total	49,78(12,60)	41,96(11,11)		ns

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Na tabela 15 observa-se diferenças significativas entre subgrupos diferenciados pela escolaridade do responsável quanto a diversos tipos de recursos. O teste post hoc apontou que a diferença ocorreu entre os subgrupos com escolaridade até quatro anos e o com mais de 8 anos com relação a: atividades conjuntas com pais em casa ($H(2) = -14,71$, $p = 0,09$); brinquedos ($H(2) = -12,92$, $p = 0,030$); livros ($H(2) = -12,42$, $p = 0,037$); família reunida para atividades de rotina ($H(2) = -13,22$, $p = 0,023$) e RAF total ($H(2) = -17,22$, $p = 0,002$). Quanto à organização de horários, o subgrupo com menor escolaridade se diferenciou tanto daquele com 8 anos/fundamental completo ($H(2) = -14,59$, $p = 0,011$) quanto do grupo com mais de 8 anos de escolaridade ($H(2) = -16,52$, $p = 0,003$).

Tabela 15 - Recursos do ambiente familiar, conforme grau de escolaridade do responsável (teste Kruskal- Wallis)

	Até 4 anos M(\pm dp)	8 anos/fundamental completo M(\pm dp)	Maior que 8 anos M(\pm dp)	U	p
Atividades recreativas em casa/vizinhança	5,4(1,56)	4,6(1,89)	5,6(2,53)		ns
Passeios com a família	2,4(1,88)	3,0(1,72)	4,4(1,60)		ns
Atividades programadas e regulares	0,8(0,92)	0,5(0,94)	1,0(1,33)		ns
Atividades conjuntas com pais em casa	3,4(1,75)	6,1(1,57)	6,9(2,12)	8,78	0,012
Brinquedos	5,2(2,26)	6,4(1,89)	7,9(1,53)	8,44	0,015
Jornais e revistas	1,8(1,28)	2,7(2,12)	2,9(1,25)		ns
Livros	2,4(1,14)	4,2(1,54)	4,7(2,00)	6,31	0,042
Apoio e supervisão escolar	4,4(1,56)	5,4(1,79)	6,1(1,33)		ns
Organização de horários	2,1(1,62)	6,3(1,91)	6,8(2,15)	11,38	0,003
Família reunida para atividades de rotina	3,6(3,36)	6,6(1,60)	7,7(1,44)	7,43	0,024
RAF total	31,8(10,05)	46,4(9,91)	54,5(10,50)	12,07	0,002

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Em relação à classificação econômica das famílias, a tabela 16 apresenta as diferenças significativas quanto aos recursos do ambiente familiar entre os subgrupos. O teste post hoc indicou que com relação a passeios com a família, o grupo D/E se diferenciou de A/B1/B2 ($H(2) = 14,94$, $p = 0,008$) e de C1/C2 ($H(2) = 11,37$, $p = 0,016$). O subgrupo D/E também se distinguiu de A/B1/B2 quanto a brinquedos ($H(2) = 12,74$, $p = 0,031$), livros ($H(2) = 14,35$, $p = 0,011$) e RAF total ($H(2) = 15,89$, $p = 0,004$).

Tabela 16 - Recursos do ambiente familiar, conforme classificação econômica (teste Kruskal- Wallis)

	A/B1/B2 M(\pm dp)	C1/C2 M(\pm dp)	D/E M(\pm dp)	U	p
Atividades recreativas em casa/vizinhança	5,9(2,39)	5,3(2,23)	4,2(1,52)		ns
Passeios com a família	4,7(1,48)	3,8(1,67)	1,7(1,12)	10,73	0,005
Atividades programadas e regulares	0,7(1,05)	1,0(1,28)	0,2(0,51)		ns
Atividades conjuntas com pais em casa	7,2(2,03)	5,8(2,14)	5,5(2,14)		ns
Brinquedos	8,4(1,07)	6,7(1,87)	5,8(2,23)	6,93	0,031
Jornais e revistas	3,1(0,88)	3,0(1,97)	1,6(1,13)		ns
Livros	5,8(1,46)	4,0(1,76)	3,1(1,45)	8,61	0,013
Apoio e supervisão escolar	6,4(1,62)	5,4(1,80)	5,2(1,14)		ns
Organização de horários	6,5(2,36)	6,2(2,56)	4,6(2,47)		ns
Família reunida para atividades de rotina	7,6(1,69)	7,0(2,04)	5,1(2,72)		ns
RAF total	56,7(7,01)	48,6(12,59)	37,5(9,55)	10,11	0,006

Nota: ns = não significativo; $p \leq 0,05$

Associações entre características do funcionamento familiar, recursos do ambiente e saúde mental.

Funcionamento familiar apresentou poucas correlações com sintomas de saúde mental. Apenas a subescala emaranhada apresentou correlação positiva e fraca com sintomas emocionais ($r= 0,376$; $p<0,01$) e a subescala satisfação familiar correlacionou-se negativamente com os mesmos sintomas ($r= -0,365$; $p<0,05$).

Quanto à associação entre funcionamento familiar e os recursos do ambiente, na tabela 17 observa-se que as subescalas desequilibradas (desengajada, emaranhada e caótica) apresentaram correlações negativas fracas ou moderadas com os recursos (variando de -0,348 a -0,484), exceto rigidez que não se correlacionou com nenhum deles. Coesão e comunicação correlacionaram-se positivamente com correlações que variaram de fraca a forte (0,348 a 0,515) com cinco dos recursos investigados pelo RAF enquanto flexibilidade e satisfação com apenas dois deles. Família reunida para atividades de rotina se correlacionou com quase todas as dimensões de funcionamento familiar (a exceção foi rigidez, conforme já mencionado).

Tabela 17 - Correlações significativas (*r*) entre funcionamento (FACES IV) e os recursos do ambiente familiar (RAF)

Recursos	Subescalas referentes ao funcionamento familiar						
	Coeficiente de correlação (<i>r</i>)						
	CO	FL	DE	EM	CA	CM	S
Passeios com a família	0,470**		-0,400*	-0,368*			0,416*
Atividades conjuntas com os pais em casa			-0,371*				
Brinquedos	0,348*		-0,348*		-0,389*	0,452**	
Jornais e revistas				-0,484**			0,361*
Livros			-0,421*	-0,445**	-0,394*	0,476**	
Organização de horários	0,409*	0,350*				0,500**	
Família reunida para atividades de rotina	0,515**	0,470**	-0,363*	-0,364*	-0,386*	0,395*	0,465**
RAF total	0,453**		-0,449**	-0,385*	-0,363*	0,417*	

Nota: CO = coesão; FL = flexibilidade; DE = desengajada; EM = emaranhada; CA = caótica; CM = comunicação; S = Satisfação.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Na tabela 18 nota-se que todas as correlações entre as subescalas que avaliam sintomas/problemas (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e percepção do impacto do problema) e os recursos oferecidos pelo ambiente foram negativas e variaram de fraca a forte (de -0,356 a -0,695). O resultado do Suplemento de impacto mostrou correlação com quase todos os itens referentes a recursos, exceto a oferta de jornais e revistas. Este recurso mostrou associação apenas com sintomas emocionais ($r = -0,406$). A subescala de hiperatividade mostrou correlação com cinco dos 10 recursos investigados pelo RAF, todas negativas; enquanto sintomas emocionais se correlacionou apenas com a presença de jornais/revistas e livros (correlações negativas). A subescala de comportamento pró-social foi a única que apresentou correlações positivas com os recursos do ambiente (variando de 0,346 com atividades conjuntas com pais em casa a 0,503 com atividades recreativas em casa/vizinhança). Em relação aos recursos: organização de horários e família reunida para atividades de rotina, não foi evidenciada nenhuma correlação com as subescalas que avaliam sintomas/problemas.

Tabela 18 - Resultados significativos da Correlação de Spearman (r) entre as dificuldades e capacidades (SDQ) e os recursos do ambiente familiar (RAF)

Recursos	Subescalas referentes às dificuldades e capacidades						
	Coeficiente de correlação (r)						
	SE	PC	H	R	PS	Total	SI
Atividades recreativas em casa/vizinhança		-0,589**	-0,533**	-0,657**	0,503**	-0,487**	-0,695**
Passeios com a família			-0,414*	-0,462**	0,419*	-0,452**	-0,594**
Atividades programadas e regulares				-0,356*			-0,389*
Atividades conjuntas com pais em casa			-0,432*		0,346*		-0,441*
Brinquedos		-0,633**	-0,517**			-0,625**	-0,474**
Jornais e revistas	-0,406*						
Livros	-0,445**	-0,392*	-0,392*		0,347*	-0,557**	-0,451**
Apoio e supervisão escolar							-0,454**
RAF total		-0,400*	-0,527**	-0,364*	0,439*	-0,502**	-0,618**

Nota: SDQ = Questionário de capacidades e dificuldades; SE= sintomas emocionais; PC= problemas de conduta; H= hiperatividade; R= problemas de relacionamento com os colegas; PS= comportamento pró- social; SI= suplemento de impacto.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Discussão

7 DISCUSSÃO

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar o funcionamento de famílias que têm uma criança com transtorno mental e se estas disponibilizam recursos no ambiente familiar para suas crianças. Em relação a isso, uma das hipóteses levantadas é de que as famílias das crianças que têm algum transtorno mental, não oferecem a elas, os recursos que são favoráveis ao desenvolvimento infantil.

A primeira hipótese é confirmada quando se observam as associações entre a oferta de recursos no ambiente familiar e os resultados referentes à saúde mental. Neste quesito, as análises realizadas evidenciaram que quanto mais grave a dificuldade (valores mais altos nas subescalas do SDQ – com exceção da subescala pró-social que é positiva) menor é a oferta de recursos e quanto mais comportamentos pró-sociais, maior é a disponibilidade de recursos. A mesma relação é observada no que tange à percepção dos pais sobre o quanto as dificuldades apresentadas pela criança afetam suas atividades em diferentes contextos (casa, amigos, aprendizagem, lazer): quanto mais percebem prejuízos sobre as atividades, menos recursos são oferecidos.

Vale lembrar que do ponto de vista da abordagem bioecológica, a família, mais especificamente, o microsistema da casa, é um espaço privilegiado para o estabelecimento de processos proximais, que são promotores do desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011). Assim, confirma-se a vulnerabilidade destas crianças e o risco aumentado para manter-se em uma trajetória desadaptativa, uma vez que se observa baixo nível de interações entre pais e crianças em atividades que se mantêm ao longo do tempo.

Ainda, no que tange aos prejuízos decorrentes do transtorno mental na infância, observou-se que uma das áreas mais afetadas é a aprendizagem (72,8% dos pais percebem que o problema da criança tem impacto negativo sobre sua aprendizagem). Monteiro e Santos (2013) discutem com algumas pesquisas, que também utilizaram o RAF como instrumento, que a interação com os responsáveis e o auxílio às rotinas escolares são suportes importantes, os quais podem ser oferecidos à criança e assim contribuir para um melhor aproveitamento em relação à aprendizagem.

Na mesma direção, um estudo que verificou a associação entre os recursos do ambiente familiar e o desempenho escolar de crianças, destacou a importância da participação da família como promotor de desenvolvimento, mais especificamente no aspecto da aprendizagem (PEREIRA et al., 2015).

Retoma-se neste ponto que 21,2% das crianças, embora em idade escolar, não frequentam escola, aumentando ainda mais a vulnerabilidade das mesmas. A escola e, conseqüentemente, a aprendizagem permitem o desenvolvimento da capacidade de superação das dificuldades em um contexto de mudanças e de conflitos interpessoais, assim como possibilita a diversidade de conhecimentos, atividades, regras e valores e que é permeado por conflitos, problemas e diferenças relacionais, aspectos culturais, cognitivos, afetivos, sociais e históricos que estão presentes nas interações e relações. Com isso é possível dizer que a aprendizagem pode ser considerada um fator de proteção para o desenvolvimento infantil (DESSEN; POLONIA, 2007).

Ainda, no que respeita às dificuldades das crianças com transtornos mentais, nota-se que a média mais alta do SDQ foi na subescala Hiperatividade (8,9), seguida de comportamento Pró-social e de Sintomas Emocionais (tabela 3). Os resultados quanto a Hiperatividade poderiam ser esperados uma vez que 39,4% das crianças da amostra apresentavam diagnóstico de TDAH. Também, no que se refere aos sintomas emocionais, é sabido que as crianças com transtornos mentais podem apresentar prejuízos em diversas áreas, como: relações interpessoais, inserção social, os quais podem gerar problemas familiares e pessoais, por exemplo, a baixa autoestima, frustrações, sensação de inadequação, além de problemas no desempenho escolar (NUNES; WERLANG, 2008).

Cid e Matsukura (2014) ao estudar a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental, utilizando o SDQ, observaram que a subescala de Sintomas Emocionais foi a mais pontuada, o que difere da amostra do presente estudo. É possível que esta diferença possa ser explicada pela diferença entre as amostras: no estudo das autoras, que era uma amostra da população, e neste uma amostra clínica. Em outro estudo, Farias et al. (2014), com uma amostra clínica, proveniente de Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi) da cidade de Pelotas (RS), utilizou o SDQ e também observou maiores escores na subescala de Hiperatividade.

Estudos com populações clínicas não têm considerado a subescala Pró-social do instrumento, focalizando apenas nas dificuldades e limitações das crianças (FARIAS et al., 2014; DEL BIANCO FARIA; CARDOSO, 2016). Há que se considerar, que foi utilizado um instrumento de rastreamento, aplicado a uma pequena amostra, entretanto, os resultados apontam a presença de comportamento pró-social, que merece atenção tanto pelas famílias e instituições escolares quanto pelos profissionais de saúde, nas diferentes modalidades de tratamento, uma vez que se fortalecidos podem ampliar as possibilidades de socialização destas crianças.

A presença de comportamentos pró-sociais para a maioria das crianças aponta o potencial de socialização e de integração que elas apresentam, nem sempre estimulado, haja visto o baixo índice de passeios com a família e de atividades programadas e regulares fora de casa. É possível que diante das dificuldades e limitações das crianças, e, às vezes, restrições de muitos locais em receber crianças com algum diagnóstico de transtorno mental (o que pode implicar em comportamentos e emoções de difícil manejo), elas tenham mais uma vez cerceada possibilidades de estabelecer interações e atividades que podem levar a processos proximais e que seriam promotores de desenvolvimento.

O que chama a atenção é que atividades conjuntas realizadas com os pais, apoio e supervisão escolar e família reunida para atividades de rotina estão presentes nestes lares. Há que se investigar quais atividades estão sendo realizadas nestes momentos e qual a qualidade das interações. A teoria bioecológica do desenvolvimento aponta que as interações podem se estabelecer a partir de diferentes tipos de díades e quando elas apresentam características como equilíbrio de poder entre mais velho (pai, professor, por exemplo) e mais jovem (criança, adolescente), afeto positivo e realização de atividades conjuntas, apresentam-se como experiências promotoras de desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

No caso das crianças com transtorno mental, é possível que essas situações ocorram mais frequentemente pela necessidade de supervisão constante da criança, nem sempre ocorrendo de fato uma interação. Por outro lado, esse recurso (atividade conjunta, apoio e supervisão escolar e família reunida para atividades de rotina), quando ofertado pelo ambiente, pode funcionar como fator de proteção para algumas destas crianças. Importante lembrar neste ponto, que no caso de apoio e supervisão escolar, este recurso só está presente para as crianças que frequentam escola.

Comparado com outros estudos realizados com amostras clínicas, os resultados referentes aos recursos do ambiente familiar da presente amostra são um pouco melhores dos que os encontrados por D'Avila-Bacarji, Marturano e Elias (2005) em uma amostra de crianças atendidas em uma clínica escola, exceto quanto à organização de horários para a rotina (na amostra do estudo supracitado a média do grupo clínico foi 7,29 neste tópico enquanto na presente amostra foi 5,9). Já, comparado com os resultados de Ferreira e Marturano (2002) que investigaram um grupo de crianças com dificuldades de comportamento, os resultados da presente pesquisa foram semelhantes ou um pouco melhores, exceto para atividades programadas e regulares (5,4 naquele estudo e 0,8 neste). Outro estudo, realizado por Morilla et al. (2017), com um grupo de crianças com paralisia cerebral, encontrou valores mais elevados quanto aos diferentes recursos, exceto em

organização de horários (5,9 no presente estudo e naquele), apoio e supervisão escolar (5,6 neste e 4,5 naquele estudo) e família reunida para atividades de rotina (com valores muito próximos, 6,6 neste e 6,5 para as crianças com paralisia cerebral). Comparando-se os resultados do presente estudo com os de Morilla et al. (2017) é possível inferir o quanto problemas de saúde mental colocam as crianças em uma condição mais vulnerável, do ponto de vista do desenvolvimento, do que problemas de saúde física ou com prejuízos no funcionamento físico/motor, como é o caso da paralisia cerebral.

Na comparação entre os estudos, há que se considerar diferenças quanto ao perfil das amostras (populacional ou clínica; problemas psiquiátricos ou paralisia cerebral), mas também quanto à heterogeneidade dos pesquisadores, uma vez que as informações para preenchimento do inventário RAF são coletadas a partir de uma entrevista semiestruturada, podendo haver variabilidade na condução da mesma. Ainda, ressalta-se que dois dos estudos foram realizados em momentos diferentes, com cerca de 10 anos entre eles, o que remete à noção de cronossistema. O perfil das crianças e dos transtornos mentais, do que se entende por dificuldades emocionais e comportamentais, assim como a forma de se pensar sobre a família, se alteraram ao longo do tempo com o avanço da sociedade e com as novas descobertas na área da Saúde Mental e ciências afins.

Bronfenbrenner (2011) discute a importância da replicação de pesquisas que possam reafirmar os achados de estudos anteriores, apontando os elementos estáveis do desenvolvimento bem como as mudanças ocorridas de uma geração para outra. Neste contexto, retoma-se que o RAF foi construído dentro de uma visão bioecológica para identificar fatores de risco e proteção no ambiente familiar, contudo, a versão disponível para a comunidade científica, não incorporou ao longo do tempo as mudanças tecnológicas e de novas ofertas de recursos para as crianças e adolescentes. Alguns itens como a investigação sobre a presença de jornais e revistas em casa, por exemplo, por si só se mostram prejudicados tanto pelas alterações dos hábitos, com a facilidade de acesso de documentos por internet, quanto pela dificuldade de acesso a estes recursos por populações de menor renda e instrução.

Pereira et al. (2015) observaram que quando as crianças não estão na escola, elas realizam outras atividades, como brincar na rua ou dentro de casa e assistir televisão, poucas crianças ainda utilizam o recurso da leitura dentro do ambiente domiciliar, havendo uma escassez de livros, jornais e revistas; quadro semelhante também ao do presente estudo.

Com relação às correlações observadas entre os recursos do ambiente familiar e as dificuldades e capacidades das crianças, nota-se que quando houve associação elas foram

inversas, ou seja, quanto mais dificuldades da criança menos recursos ela tem disponível. Quanto mais problemas de comportamento, por exemplo, menos atividades recreativas a criança tem em casa ou na vizinhança, menos brinquedos e livros ela tem. É possível que exatamente pelas dificuldades de autocontrole ou de manejo da criança, a família restrinja a participação da mesma em situações sociais. Quanto aos brinquedos, pode-se imaginar que muitas vezes estas crianças quebram/destroem seus pertences e os mesmos não sejam repostos (tanto pelo custo quanto por punição). A dificuldade de lidar com a presença do transtorno mental na família bem como o sentimento de vergonha e constrangimento vivenciados pelos familiares já foi apontada na literatura, assim como a necessidade de apoiar as famílias neste sentido (VICENTE et al., 2013).

Da mesma forma pode existir uma desvalorização dessas atividades na família, seja por questões sociais, como, por exemplo, a baixa escolaridade dos responsáveis, ou pela condição socioeconômica ou devido às rotinas de trabalho, como observado no perfil dos responsáveis. As análises referentes à influência das variáveis sociodemográficas e características familiares sobre recursos mostram que crianças cujo responsável trabalha, tem maior nível instrucional e melhores condições econômicas têm maior oferta de recursos, assim como aquelas que frequentam a escola. Deste modo, pode-se supor que a oferta de recursos depende tanto de questões financeiras quanto instrucionais. Além disto, a escola pode estar funcionando como um ambiente que estimula e orienta a família na busca e oferta de atividades, brinquedos, gerando oportunidades de atividade conjunta e incentivando passeios em família. Deste modo, frequentar a escola novamente emerge como um fator de proteção, conforme já apontado pela literatura (SÁ et al., 2010; PEREIRA et al., 2015).

Níveis altos de escolaridade do responsável favorece para que o mesmo tenha conhecimento sobre desenvolvimento infantil, estilos de vida, estilo parental, conseqüentemente, níveis mais baixos de escolaridade proporcionam uma limitação em relação aos recursos que podem ser oferecidos, tanto materiais, como brincadeiras, atividades, organização da rotina, se estabelecendo então como risco para o desenvolvimento (DAVIS et al., 2010; REISS, 2013).

Estudos anteriores não encontraram evidências significativas da associação entre condição socioeconômica com saúde mental na infância, embora tenham identificado algumas associações entre as variáveis (STEELE et al., 2015; WLODARCZYK et al., 2017). Os autores discutem que um dos problemas se refere ao modo de mensuração do que sejam variáveis socioeconômicas, o que se reflete em poucos estudos a respeito dessa temática e em incertezas sobre as influências dessas variáveis na saúde mental da criança.

Outra observação importante, ainda no que tange à associação entre recursos e problemas de saúde mental, é que os sintomas de hiperatividade foram os que mais se associaram a recursos, sendo que quanto mais comportamentos hiperativos menos atividades a criança realiza (seja com os pais, na vizinhança ou outros locais) e menos brinquedos e livros ela tem disponíveis. Possivelmente, esta associação denota a dificuldade das pessoas em geral, e não seria diferente com os pais ou outros familiares, em lidar com comportamentos muito agitados e desorganizados que refletem a hiperatividade. É possível que os responsáveis possam estar despreparados para lidar com esse tipo de situação, em que estratégias para sanar estas limitações são bem-vindas, como por exemplo, informações, apoio social e emocional, espaços de convivência com trocas de experiências e orientação em relação ao repertório de atividades (recursos) para essas crianças (DEL BIANCO FARIA; CARDOSO, 2016).

Del Bianco Faria e Cardoso (2016) apontaram que no convívio com uma criança com transtorno mental, mais especificamente com sintomas de hiperatividade e déficit de atenção, as atividades passam a ter um caráter mais estressante aos seus cuidadores, em decorrência do comportamento da criança e do efeito da situação, o que acaba por intensificar as dificuldades e estresse vivenciados no dia a dia.

É preciso considerar que crianças que apresentam comportamentos do tipo hiperativo podem apresentar dificuldades em participar de atividades em grupos, pois geralmente são inquietos, falam demais e tem dificuldades em realizar atividades que não exigem o movimento do corpo, com isso pode vir a existir um prejuízo significativo nas interações sociais (NUNES; WERLANG, 2008).

Ainda, quanto mais problemas de relacionamento com os colegas, menos atividades a criança realiza fora de casa, sejam elas regulares e programadas (extracurriculares) ou atividades na vizinhança. Isso pode ocorrer devido às próprias dificuldades, podendo as crianças mostrarem-se inibidas nas interações (o que pode causar intenso sofrimento quando há exposição) ou, apresentarem-se agressivas ou não sociáveis, o que pode levar os pais a restringirem estas atividades por receio do que possa acontecer. Outra pressuposição é que boa parte das famílias da amostra por apresentarem situação econômica baixa não conseguem oferecer atividades extracurriculares, apesar de a maioria dos municípios oferecerem recursos gratuitos, como projetos sociais e atividades de esportes, o que nos leva a refletir que as famílias possam estar sem acesso a estas informações.

De outro lado, o comportamento pró-social associou-se positivamente à realização de atividades recreativas em casa e na vizinhança, passeios com a família, atividades conjuntas

com os pais em casa e com a presença de livros. Habilidades sociais positivas, que se refletem em comportamento pró-social, têm sido descritas pela literatura como fator de proteção para o desenvolvimento, mais especificamente em relação ao desenvolvimento socioemocional infantil e a aprendizagem escolar, outra forma de contribuir é por meio da prevenção dos problemas de comportamento (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011; CASALI-ROBALINHO; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2015).

Chama a atenção que, embora se trate de crianças, cuja principal atividade é o brincar, a presença de brinquedos apresentou correlação negativa com os problemas de saúde mental (especialmente quando há problemas de conduta e hiperatividade). A principal ocupação da criança é o brincar, que tem fundamental importância para o desenvolvimento infantil. A partir da brincadeira a criança começa a explorar, descobrir, ter curiosidade e, conseqüentemente, a ter motivação para diferentes atividades e novos comportamentos. O brincar permite que a criança aprenda a dar sentido a uma determinada situação e a compreender o funcionamento de objetos e brinquedos, proporciona o aprender-fazendo, promove a aprendizagem de maneira natural, ao mesmo tempo em que permite a interação com os objetos e pessoas (FERLAND, 2006; JOAQUIM; ALBUQUERQUE, 2015). É por meio do brincar que a criança também é incentivada para resolução de problemas, do mesmo modo que proporciona o desenvolvimento da criatividade, da expressão, além das funções sensoriais, motoras, cognitivas, afetivas e sociais (FERLAND, 2006). Deste modo, os resultados do presente estudo sugerem que as crianças com problemas de comportamento em geral (por hiperatividade ou outros) têm menos chances de ter brinquedos e, conseqüentemente, ficam mais vulneráveis a manter suas dificuldades e não desenvolver estratégias eficientes de aprendizagem e convívio social.

Outra hipótese elencada neste trabalho é que entre grande parte das famílias que têm uma criança com transtorno mental haveria uma maior ocorrência de disfuncionalidade familiar (famílias com funcionamento problemático). Isto não se confirmou, uma vez que 87,9% das famílias podem ser consideradas funcionais (12,1% disfuncionais), lembrando que foram usadas normas elaboradas a partir da realidade americana para esta avaliação.

Foram observadas apenas duas associações entre funcionamento familiar e saúde mental e nos dois casos ele mostrou-se associado a sintomas emocionais da criança. Quanto mais emaranhada (muito próxima, pouca possibilidade de privacidade, a distância entre os membros da família é quase inexistente) mais sintomas emocionais a criança apresenta (ou o inverso). É possível que o perfil familiar emaranhado desencoraje o desenvolvimento e expressão de autonomia e independência, desencadeando ou agravando dificuldades

emocionais. Por outro lado, a depender das dificuldades da criança, o emaranhamento pode apresentar-se como uma estratégia de enfrentamento da família (a proximidade da família pode refletir a tentativa de apoio tanto para a criança quanto para os outros membros). Sintomas emocionais também mostraram-se associados à satisfação familiar, mas neste caso, de forma inversa: quanto mais sintomas emocionais, menor a satisfação do responsável com a família (ou o contrário: maior satisfação, menos sintomas emocionais). Nesta situação, pode-se inferir que, pelo menos para algumas crianças, o transtorno mental já seja uma resposta a problemas de funcionamento familiar (por exemplo, decorrentes de conflitos conjugais, problemas de saúde física ou mental de outros familiares, problemas econômicos, entre outros – todos estes afetando satisfação com a família). Por outro lado, famílias com funcionamento mais positivo têm condições de dar maior apoio às dificuldades vivenciadas por seus membros e mais recursos para retornar a um bom funcionamento após momentos de dificuldades (ROLLAND, 2016).

Estudo prévio encontrou resultados semelhantes observando que famílias de crianças com transtorno mental apresentavam maiores escores de coesão e com maior frequência mostravam um funcionamento do tipo emaranhado quando comparadas a famílias de crianças sem diagnóstico de psicopatologias (PEPE et al., 2015). No mesmo estudo também foi observado que as famílias com psicopatologia presente exibiam mais comumente tipologias familiares caótico-emaranhadas e flexível-emaranhadas, reafirmando uma tendência destas famílias ao emaranhamento das relações.

Os resultados encontrados aqui também são semelhantes ao de outro estudo, realizado com adolescentes com esquizofrenia, em que se identificou que a maioria das famílias apresentava um funcionamento saudável (WIGUNA et al., 2015). Os pesquisadores, entretanto, encontraram um percentual maior de famílias definidas como disfuncionais (24,4% comparado com 12,1% do presente estudo). Essa divergência pode resultar tanto da variação de idade (adolescentes X crianças) quanto da diferença associada ao transtorno mental (esquizofrenia X transtornos mentais diversos), como também por diversidades culturais entre os contextos onde os estudos foram realizados.

Ainda em relação ao funcionamento familiar e os problemas/dificuldades apresentados pelas crianças, dois estudos observaram associação entres estas variáveis, verificando que quanto mais graves as dificuldades (sintomas severos), mais disfuncional é a família (SCAHILL et al., 1999; PIRES et al., 2013). Há que se considerar que estes dois trabalhos abordaram crianças com TDAH, diferindo do presente estudo tanto quanto ao perfil da

amostra, quanto aos resultados que apontam associações apenas com sintomas internalizantes (emocionais).

Renzaho et al. (2013), analisando dados de um estudo de base populacional, encontraram que o funcionamento familiar era preditor de problemas de comportamento, sendo que crianças de famílias com funcionamento pobre apresentavam baixos níveis de comportamento pró-social e maiores níveis de dificuldades de comportamento em geral (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e relacionamento com os colegas). Funcionamento familiar saudável explicou 3,6% do comportamento pró-social e 5% dos problemas de comportamento. Embora o estudo citado seja muito diferente deste do ponto de vista metodológico, é interessante observar que os escores de comportamento pró-social encontrados são muito próximos aos de Renzaho et al. (2013) entre o grupo de famílias consideradas saudáveis ($8,71 \pm 1,51$ e $8,8 \pm 3,22$ neste estudo). Vale lembrar, que no presente trabalho a maioria das famílias foi identificada como saudável. Entretanto, diferentemente da pesquisa citada, neste estudo observaram-se associações apenas entre funcionamento familiar e sintomas emocionais. Deste modo, embora funcionamento familiar pobre possa ser um preditor para problemas de comportamento, esta variável por si só não explica os problemas de saúde mental infantis. É provável que entre o grupo de famílias disfuncionais, o transtorno mental estivesse mais associado ao funcionamento familiar, entretanto, esta análise não foi possível, devido ao pequeno número de famílias nesta condição, e esta questão merecer mais estudos.

Do ponto de vista dos mecanismos de risco e proteção, é importante considerar que problemas de funcionamento da família provavelmente desencadeiam uma série de eventos estressores no ambiente e associam-se a características da própria criança, amplificando os efeitos negativos da disfunção e podendo culminar em problemas de saúde mental. Entretanto, isto dependerá de outras circunstâncias e eventos do mesmo ambiente, ou do seu entorno, que podem minimizar os efeitos da disfuncionalidade familiar (fatores de proteção).

A análise isolada dos resultados obtidos em diferentes dimensões do funcionamento familiar sugere que uma possível estratégia encontrada pela família no enfrentamento do adoecimento e tratamento da criança, esteja relacionada com o fortalecimento das ligações entre os seus membros (coesão), por vezes, com certo emaranhamento nas relações. O funcionamento rígido (com pouca flexibilidade nas regras familiares e na maleabilidade/alternância de papéis desempenhados pelos membros) também pode ser visto como estratégia para manutenção da saúde do grupo familiar. No último caso, pode ser que o apego às normas esteja relacionado a uma tentativa de manter o controle diante do estresse

causado pelo adoecimento, pela rotina de tratamento e pelas próprias dificuldades apresentadas pela criança (muitas vezes marcadas por comportamentos desorganizados e disruptivos).

A favor desta interpretação, um estudo realizado com o objetivo de conhecer as estratégias de coping e o funcionamento de famílias de crianças que faziam tratamento oncológico, partindo da percepção dos familiares, identificou o emaranhamento como um recurso da família. Em decorrência da doença que a criança está exposta, ocorrem muitas mudanças no ambiente domiciliar e na dinâmica familiar, com isso o emaranhamento reflete a capacidade de todos os membros da família apoiarem-se mutuamente nos eventos críticos que ocorrem nessa trajetória (PERRICONE et al., 2012).

Sobre a hipótese de funcionamento rígido como estratégia de enfrentamento da doença, a análise referente à influência das variáveis sociodemográficas sobre funcionamento familiar parece indicar a mesma direção. Observou-se que crianças que frequentam escola participam de famílias mais coesas, com bom nível de adaptação (flexibilidade), com melhores habilidades de comunicação e mais satisfeitas, mas que ao mesmo tempo mostram-se mais rígidas. Resultados semelhantes foram encontrados em famílias em que os responsáveis percebem as dificuldades de suas crianças como graves e bem definidas, nas quais eles têm maior escolaridade (8 anos e maior que 8 anos) e em famílias com melhores condições econômicas (A/B1/B2 e C1/C2). Isto sugere que maior apego às regras e papéis possa ser uma forma de enfrentamento e manejo da doença. Este resultado pode estar indicando que diante de problemas mais graves, a família tente delimitar regras e papéis, se apegando a elas, de modo a organizar melhor o contexto da casa e, muito provavelmente, na tentativa de manter controle sobre a situação. A escolaridade do responsável, seguida do nível socioeconômico, foi a variável que pareceu ter maior influência sobre funcionamento familiar, com resultados melhores conforme maior escolaridade (exceto em rigidez, subescala em que os escores dos subgrupos 8 anos/fundamental completo foi igual ao de maior que 8 anos) e piores conforme diminui a condição econômica.

No caso das famílias em que o responsável trabalha fora, em especial se ele é o principal cuidador da criança, muito provavelmente há uma redistribuição ou alternância maior nos papéis e atividades desempenhadas pelos diferentes membros (maior flexibilidade). É possível também que para manter-se equilibrada a família estabeleça uma rotina e estratégias mais eficientes de comunicação. Ainda, quanto à disponibilidade dos recursos ambientais, acredita-se que o fato do responsável trabalhar e ter remuneração propicia uma maior oferta de recursos sendo este de caráter material, financeiro ou não. Evidencia-se aqui o

papel do exossistema sobre o desenvolvimento infantil, conforme apontado pela teoria bioecológica (BRONFENBRENNER, 2011).

Em relação às associações entre funcionamento familiar e os recursos do ambiente, as dimensões favoráveis ao funcionamento familiar, como coesão, comunicação e satisfação mostraram mais associações positivas com diferentes recursos ambientais do que flexibilidade, assim como os resultados de uma investigação semelhante realizada com paralisia cerebral (MORILLA et al., 2017). Inversamente, observou-se que os extremos desequilibrados de coesão (referentes às subescalas desengajada e emaranhada) mostraram correlações negativas com os recursos familiares. As associações entre recursos ambientais e as dimensões desequilibradas (incluindo a subescala caótica) deixam em evidência que uma dinâmica familiar problemática diminui a possibilidade de a criança ter materiais e atividades que poderiam beneficiar o seu desenvolvimento, o que poderia fortalecer suas capacidades e minimizar o efeito dos riscos advindos do seu sofrimento psíquico.

Ainda sobre as correlações observadas, coesão equilibrada (ou seja, a proximidade afetiva, ligação emocional positiva entre os membros da família) associou-se a passeios com a família, presença de brinquedos, organização de horários e a reunião da família para atividades de rotina. Neste contexto, corrobora-se o que já foi apresentado pela literatura: alguns fatores da vida familiar podem ser considerados protetivos no desenvolvimento infantil como o calor humano, a afetividade, a coesão familiar, supervisão parental positiva, participação nas atividades das crianças, harmonia conjugal, capacidade de expressar os sentimentos a todos os membros, entre outros (NUNES; WERLANG, 2008; BAYER et al., 2011).

Estudos têm indicado que a adversidade na infância está associada de forma negativa a coesão e flexibilidade familiares. Entretanto, quando a família apresenta um funcionamento bem adaptado, funcional, seus membros conseguem desenvolver-se de forma satisfatória (MUNIZ; SILVER; STEIN, 2014; OSHRI et al., 2015). Pode-se inferir que, a despeito da presença do transtorno mental que pode desencadear uma série de dificuldades tanto para a criança quanto para a família, aquelas que estabeleceram proximidade afetiva entre seus membros, com boa coesão, e que apresentam boas habilidades comunicativas conseguem oferecer mais estímulo para a criança, tornando-se promotoras de desenvolvimento.

De outro lado, o afastamento dos membros da família (denotado pela subescala desengajada) e o emaranhamento (estar sempre muito junto e misturado) mostrou associação negativa com a presença de material de leitura em casa. Pode-se pensar que em famílias em que há um desequilíbrio quanto ao envolvimento afetivo entre os membros haja uma menor

estimulação das crianças pela oferta de variedade de materiais. Nestas condições não existe uma preocupação da família para com todos os membros; cada um encontra-se preocupado e voltado apenas para si mesmo, o que dificulta apresentar-se como apoio para o outro (neste estudo, a criança com transtornos mentais).

De modo geral, os resultados médios das subescalas referentes a funcionamento familiar, observados globalmente, reafirmam o bom funcionamento das famílias, uma vez que as subescalas equilibradas (coesão e flexibilidade) apresentaram valores mais elevados que as disfuncionais (desengajada, emaranhada, rígida e caótica). Comparado com os resultados obtidos por Rosa (2016), em uma amostra de familiares de pacientes portadores de doenças crônicas ameaçadoras à continuidade da vida, os escores médios da amostra deste estudo são mais baixos na subescala de coesão, comunicação e satisfação (positivas) e mais elevados em emaranhada, rígida e caótica (negativas ou disfuncionais). Comparado também aos resultados de um grupo de cuidadores familiares, investigado por Garbelini (2014), o resultado deste estudo é ligeiramente mais alto quanto à coesão, mas também mais elevado quanto às subescalas emaranhada, rígida e caótica. Esta diferença nos resultados, a despeito da diferença nas amostras (crianças com transtornos mentais X adultos com doenças crônicas e familiares), talvez sinalize diferentes estratégias utilizadas pelas famílias que variam conforme o tipo de doença e quem é o membro doente (criança ou adulto/idoso). Também é possível que estas diferenças fortaleçam a hipótese de que as famílias lidam de forma diferente com transtornos mentais e outras doenças crônicas (físicas).

Uma revisão de literatura com foco nas dificuldades encontradas pelas famílias de crianças e/ou adolescentes com transtornos mentais apontou a dificuldade da aceitação dos pais perante o diagnóstico de um transtorno mental e a falta de informação e apoio dos profissionais que atendem à criança, o que aumenta o estresse e sobrecarga familiar. A preocupação quanto ao impacto da doença sobre outras crianças da família, a tendência ao isolamento social da família, são condições que levam ao prejuízo na qualidade de vida, na rotina e no funcionamento da mesma (CAMPELO; COSTA; COLVERO, 2014). Estes achados podem justificar, em parte, os piores resultados quanto ao funcionamento familiar neste estudo quando comparado aos achados de Rosa (2016) e Gaberlini (2014).

Em relação a classificação econômica nota-se que a classe D/E mostrou diferença significativa, ora mostrando que quanto mais baixo o nível, mais o funcionamento familiar se mostra desequilibrado, ora quanto mais alto, maior é a satisfação dos membros em relação às suas famílias.

No que diz respeito ao perfil dos responsáveis, em relação ao grau de escolaridade, alguns estudos com amostras também clínicas identificaram que a maioria das famílias se encontravam em desvantagem econômica, ou seja, em um nível mais baixo (classe C, assim como o presente estudo) (STEELE et al., 2015; FARIAS et al., 2014). Da mesma forma um estudo de Matsukura, Fernandes e Cid (2014) e o estudo de Farias et al. (2014) trazem que a maioria dos cuidadores das crianças eram mães (80% em ambos e 78,8% no presente estudo). Vale ressaltar a necessidade de estudos que investiguem a população clínica, pois a maioria utiliza amostra não clínica, o que dificulta a comparação entre os estudos.

No que tange ao perfil das crianças, cujos responsáveis participaram deste estudo, nota-se o predomínio de meninos, semelhante a outros estudos e, de certo modo, confirmando a maior ocorrência de transtornos mentais entre eles. Gafson e Hillen (2015) identificaram fatores de risco para a saúde mental e verificaram maior ocorrência de transtornos entre meninos, sugerindo que ser do sexo masculino aumenta o risco de desenvolvimento de transtorno mental. Ao revisar a literatura na área, Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014) detectaram estudos que apontam maior prevalência de transtornos mentais no sexo masculino, principalmente quanto ao TDAH e transtornos de conduta. Os resultados do presente estudo vão na mesma direção quanto ao TDAH, embora a segunda patologia mais identificada aqui seja TEA (lembrando que os dados foram colhidos em ambulatórios de atendimento psiquiátrico especializado).

Um dado que chama a atenção é a percepção dos pais, em que embora identifiquem vários prejuízos na rotina, lazer, aprendizagem e interações das crianças, apenas 42,4% das crianças faz seguimento psicológico e um número menor é seguido por Terapia Ocupacional (30,3%) ou outros atendimentos. Embora 72,8% dos pais refiram prejuízos na aprendizagem apenas 15,2% das crianças faz acompanhamento psicopedagógico. Há que se considerar que o atendimento psicológico e fonoaudiológico indicado pelas mães possa também ter como foco os processos envolvidos na aprendizagem, mas ainda assim, estes dados sugerem a escassez de recursos terapêuticos oferecidos à estas crianças.

Neste sentido, é importante refletir sobre as políticas públicas de atenção às crianças e adolescentes com transtornos mentais, que deveria ter por princípios norteadores a singularidade do sujeito, o acolhimento universal, a construção da rede, a intersetorialidade e a articulação com o território (AMSTALDEN; HOFFMAN; MONTEIRO, 2010). A rede de cuidados à estas crianças e adolescentes deve ir além da clínica, de técnicas terapêuticas, deve incluir outros serviços e equipamentos disponíveis, incentivo à equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Além disto, é preciso ter um olhar ampliado para o entorno desta criança, em

especial a família, que emerge como principal fonte de cuidados, rede de suporte e, é para muitas crianças, o único espaço de interações e estimulação. Os resultados deste estudo também destacaram a escola como promotor do desenvolvimento, assim, escola e educadores também precisam ser trabalhados.

Urge, no campo da saúde mental, o princípio da intersetorialidade, em especial no tocante à população infantojuvenil, pois além da atenção à saúde requer outras formas de assistência, como educação, esporte, lazer, assistência jurídica e social, de modo a propiciar condições que sustentem o desenvolvimento da criança e favoreçam a uma boa adaptação na vida adulta, permitindo a inclusão em mercado de trabalho, a manutenção do tratamento e a participação social do indivíduo (TSZESNIOSKI et al., 2015).

Algumas fragilidades estão presentes neste estudo: o tamanho da amostra e os instrumentos utilizados. Embora seja representativa de uma boa parcela das crianças atendidas na época da coleta nos ambulatórios do serviço onde o estudo foi realizado, trata-se de uma amostra pequena para o universo de crianças com transtornos mentais. A escala FACES, ainda que traduzida e validada semanticamente para o Brasil (SANTOS; BAZON; CARVALHO, 2017), ainda não tem normas brasileiras, tendo sido utilizados os dados americanos, cujos estudos não incluíram amostras específicas de famílias com a presença de transtornos mentais (OLSON, 2011). Ademais, o SDQ não é uma medida de diagnóstico e sim de rastreamento e foi usado apenas na tentativa de identificar as áreas de maior prejuízo no funcionamento da criança.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

Crianças com transtorno mental têm poucos recursos disponíveis no ambiente familiar que possam promover seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e social. Além disto, os achados sugerem que quanto mais dificuldades a criança apresenta, menor é seu acesso a estes recursos.

As famílias identificam prejuízos que estas crianças têm tanto nas atividades realizadas em casa quanto em atividades de lazer, aprendizagem e em interações sociais. Entretanto, a atenção à saúde mental destas crianças, nem sempre atende a todas as suas necessidades.

Embora as famílias investigadas apresentem, de modo geral, um bom funcionamento, há indicadores de disfuncionalidade presentes, especialmente no que se refere ao emaranhamento ou excessiva aproximação entre os membros (coesão disfuncional) e a dificuldades quanto à adaptação a mudanças (flexibilidade-rigidez ou caos/ausência de normas).

Acredita-se que apesar das dificuldades apresentadas pelas crianças, dos indicativos de disfuncionalidade e a pouca oferta de recursos no ambiente familiar, ainda assim por algum motivo as crianças e suas famílias estão apresentando resiliência, algo as protege. Isso também ocorre em relação à satisfação dos responsáveis com suas famílias.

Apesar das dificuldades, recursos pessoais e familiares estão presentes e merecem atenção. A despeito de vários sintomas psicológicos e comportamentais, as crianças apresentam bons níveis de comportamento pró-social e, mesmo com alguma disfuncionalidade presente, as famílias apresentam bons índices de coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação.

Destaca-se que esta pesquisa procurou avançar acerca do conhecimento sobre o funcionamento familiar das crianças com a problemática da saúde mental, assim como em compreender o que tem sido oferecido a elas e seus familiares. Dessa forma esse estudo ressalva a importância de atenção e orientação às famílias no contexto de transtornos mentais na infância, bem como da ampliação da assistência. Também vale destacar a importância de outros estudos dentro dessa temática da oferta de recursos no ambiente familiar e das potencialidades que estas crianças apresentam.

Referências

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.
- AMSTALDEN, A. L. F.; HOFFMAN, M. C. C. L.; MONTEIRO, T. P. M. A política de saúde mental infantojuvenil: seus percursos e desafios. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 33-45.
- ANDRADE, S. A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev Saúde Pública**, Salvador, v. 39, n. 4, p. 606-11, 2005.
- BAYER, J. K. et al. Risk factors for childhood mental health symptoms: national longitudinal study of Australian children. **PEDIATRICS**, Australia, v. 128, n. 4, p. 865-879, 2011.
- BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R.; MARTURANO, E. M. Behavior problems and children social skills: report modalities. **PSICO**, Porto Alegre, v. 42, n. 3, p. 354-361, 2011.
- BRADLEY, R. H.; PUTNICK, D. L. Housing quality and access to material and learning resources within the home environment in developing countries. **Child Development**, Arizona, v. 83, n. 1, p. 76-91, 2012.
- BRAUNER, C. B.; STEPHENS, C. B. Estimating the Prevalence of early Childhood Serious Emotional/ Behavior Disorders: Challenges and Recommendations. **Public Health Reports**, Los Angeles, v. 121, n. 3, p. 303-310, 2006.
- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. N. C. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Florianópolis, v. 33, n. 1, p.208-221, 2013.

BUCHANAN, A. Risk and protective factors in child development and the development of resilience. **Open Journal of Social Sciences**, Oxford, v. 2, n. 4, p. 244-249, 2014.

CAMPBELL, S. B. Attention- deficit/hyperactivity disorder: a developmental view. In: SAMEROFF, A. J.; LEWIS, M.; MILLER, S. M. **Handbook of developmental psychopathology**. 2nd ed. New York: Kluwer/Plenum; 2000. p. 383-401.

CAMPELO, L. L. C. R.; COSTA, S. M. E.; COLVERO, L. A. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48 (esp.), p. 197-204, 2014.

CASALI-ROBALINHO, I. G.; DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Social skills as predictors of problem behavior in school children. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 321-330, 2015.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.15, n.3, p. 625-635, 2002.

CID, M. F. B. Cotidiano familiar: refletindo sobre a saúde mental infantil e a prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Carlos, v.26, n.3, p. 428-438, 2015.

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

COWAN, P. A., COWAN, C. P.; SCHULZ, M. S. Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington, E. M.; Blechman, E. A. (Eds.). **Stress, coping and resiliency in children and families**. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 1996. p. 1-38.

D'AVILA-BACARJI, K. M. G.; MARTURANO, E. M.; ELIAS, L. C. S. Recursos e adversidades no ambiente familiar de crianças com desempenho escolar pobre. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n.30, p. 43-55, 2005.

DAVIS, E, et al. Socioeconomic risk factors for mental health problems in 4-5-year- old children: Australian population study. **Academic Pediatrics**, Melbourne, v.10, n.1, p. 41-47, 2010.

DEL BIANCO FARIA, A. M.; CARDOSO, C. L. Stress in caregivers of children with attention-deficit hyperactivity disorder. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 228-237, 2016.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia**, Brasília, 2007, v. 17, n. 36, p.21- 32, 2007.

DINIZ, E.; KOLLER, S. H. O afeto como um processo de desenvolvimento ecológico. **Educar**, Curitiba, 2010, v. 26, n.36, p. 65-76.

DUMAS, J. E. Psicopatologia da infância e da adolescência. In: _____. **Uma abordagem descritiva, desenvolvimental e relacional**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. cap.1, p. 13-53.

ERCAN, E. S. et al. Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. **Child Psychiatry Hum Dev**, Turquia, v. 47, n. 1, p. 35- 42, 2016.

FARIAS, C. A, et al. Sobrecarga em cuidadores de usuários de um centro de atenção psicossocial infanto- juvenil no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Pelotas, v. 19, n. 12, p. 4819-4827, 2014.

FERLAND, F. O brincar e a criança. In: _____. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006. cap. 2, p. 1-20.

FERREIRA, S. H. A.; BARRERA, S. D. Ambiente familiar e aprendizagem escolar em alunos da educação infantil. **Psico**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p. 462-472, 2010.

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

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

FLEITLICH, B., CORTAZAR, P. G. & GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Infanto**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 44-50, 2000.

FLORES, S. M., SALUM, G. A., MANFRO, G. G. Dysfunctional family environments and childhood psychopathology: the role of psychiatric comorbidity. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 147- 151, 2014.

GAFSON, L.; HILLEN, T. Why good placements matter: Pre- placement and placement risk factor associated with a mental health disorders in pre-school children in foster care. **Clin Child Psychol Psychiatry**, Belsize Lane, v. 20, n. 3, p.486- 499, 2015.

GARBELINI, A. S. **Funcionamento familiar como mediador da sobrecarga percebida, qualidade de vida, ansiedade e depressão de cuidadores**. 2014. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2014.

GARCIA, G. Y. C.; SANTOS, D. N.; MACHADO, D. B. Centro de atenção psicossocial infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2649-2654, 2015.

GREENBERG, M. T.; DOMITROVICH, C.; BUMBARGER, B. The Prevention of Mental Disorders in school-aged children: current state of the field. **Prevent. Treatment**, Pennsylvania, v. 4, n. 1, p. 1-59, 2001.

GOMES, M. F. P.; MARTINS, M. M.; AMENDOEIRA, J. As famílias com doentes mentais. **Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 5, p. 52-58, 2011.

GUZZO, R. S. L.; TIZZEI, R. P. Olhar sobre a criança: perspectiva de pais sobre o desenvolvimento. In: GUZZO, R. S. L. et al. (Orgs.). **Desenvolvimento infantil: família proteção e risco**. Campinas: Alínea, 2007, p. 35- 57.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Environmental influences on child mental health. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p.104-110, 2004.

HOCK, R.; AHMEDANI, B. K. Parent perceptions of autism severity: exploring the social ecological context. **Disability and health journal**, Columbia, v.5, n. 4, p. 298- 304, 2012.

HULLEY, S. B, et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

JOAQUIM, R. H. V. T.; ALBUQUERQUE, I. O brincar e o desenvolvimento infantil. In: _____. **Desenvolvimento da criança de zero a seis anos e a terapia ocupacional**. São Carlos: EdUFSCar, 2015, p. 49-56.

KELLY, Y. J, et al. Birthweight and behavioural problems in children: a modifiable effect? **Int. J. Epidemiol.**, London, v.30, n. 1, p. 88-94, 2001.

MAIA, J. M. D.; WILLIAMS, L. C. A. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, São Carlos, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005.

MARQUES, M. H.; DIXE, M. A. R. Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar. **Rev. de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 66- 70, 2011.

MARTURANO, E. M. Recursos do ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 135-142, 1999.

MARTURANO, E. M. O inventário de Recursos do Ambiente Familiar. **Rev. de Psico Reflex. Crit.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 498-506, 2006.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S.; CID, M. F. B. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 122-129, 2012.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S.; CID, M. F. B. Saúde mental infantil em contextos de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. **Cad. Ter. Ocup. Ufscar**, São Carlos, v. 22, n. 2, p. 251-262, 2014.

MINUCHIN, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes médicas, 1990.

MONTEIRO, R. M.; SANTOS, A. A. A. Recursos familiares e desempenho de crianças em compreensão de leitura. **Psico**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 273-279, 2013.

MONTEIRO, A. R. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 3185-3196, 2015.

MORAES, M. C. L. & RABINOVICH, E. P. Resiliência: uma discussão introdutória. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.**, São Paulo, v. 6, n. 1-2, p. 10-13, 1996.

MORILLA, C. M. et al. Family resources and promotion of development of children with cerebral palsy. **J. Hum. Growth Dev.**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 2, p. 166-174, 2017.

MUNIZ, E. L.; SILVER, E. J.; STEIN, R. E. K. Family routines and social-emotional school readiness among preschool-age children. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, New York, v. 35, n. 2, p. 93-99, 2014.

NUNES, M. M. S.; WERLANG, B. S. G. Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade e transtorno de conduta: aspectos familiares e escolares. **ConScientiae Saúde**, Porto Alegre, v.7, n.2, p. 207-216, 2008.

OLSON, D. H. **FACES IV manual**. Minneapolis, MN: Life Innovations, 2008.

OLSON, D. H. Faces IV and the circumplex model: validation study. **Journal of Marital & Family Therapy**, Minneapolis, v. 3, n. 1, p. 64-80, 2011.

OLSON, D. H.; GORALL, D. M. Circumplex model of marital and family systems. In F. Walsh (Ed). **Normal family processes** (3rd ed), New York: Guilford, p. 514- 547, 2003.

OSHRI, A. et al. Adverse childhood experiences, family functioning, and resilience in military families: a pattern- based approach. **Family Relations**, Georgia, v. 64, n. 1, p. 44-63, 2015.

PAULA, C. S.; MIRANDA, C. T.; BORDIN, I. A. S. Saúde mental na infância e adolescência: revisão dos estudos epidemiológicos brasileiros. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. P. P.; TANAKA, O. Y. (Orgs.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: HUCITEC, 2010. p. 75- 92.

PEPE, S. et al. Exploring the relationship between family functioning and psychopathology in a sample in the pediatric age. **Spanish journal of psychology**, Roma, v. 18, n. 12, p. 1-8, 2015.

PEREIRA, S. et al. Health and education: a partnership required for school success. **CoDAS**, Belo Horizonte, v. 27, n. 1, p. 58-64, 2015.

PERRICONE, G. et al. Functioning of family system in pediatric oncology during treatment phase. **Pediatric hematology and oncology**, Palermo, v. 29, n. 7, p. 652-662, 2012.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143, 2004.

PETRUCCI, G. W.; BORSA, J. C.; KOLLER, S. H. Family and school in the socioemotional development in childhood. **Trends in Psychology**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 391-402, 2016.

PIRES, T. O. et al. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children – mothers’ and teachers’ views. **BMC Psychiatry**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 215, p. 1-9, 2013.

POLANCZYK, G. V. et al. A. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Malden, v. 56, n. 3, p. 345-365, 2015.

POLETO, M. KOLLER, S.H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-416, 2008.

REISS, F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. **Social Science & Medicine**, Hamburg, v. 90, p. 24-31, 2013.

RENZAHO, A. et al. Family functioning, parental psychological distress and child behaviors: evidence from the Victorian child health and wellbeing study. **Australian Psychologist**, Melbourne, v. 48, n. 3, p. 217-225, 2013.

ROLLAND, J. S. Enfrentando os desafios familiares em doenças graves e incapacidades In: WALSH, F. **Processos normativos da família: diversidade e complexidade**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 452-482.

ROSA, M. A. S. **Espiritualidade relacionada à qualidade de vida e funcionamento familiar no contexto de doenças crônicas ameaçadoras a continuidade da vida**. Ribeirão Preto, 2016. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, 2016.

RUTTER, M. How the environment affects mental health. **British Journal of Psychiatry**, London, v.186, p. 4-6, 2005.

SÁ D. G. F. et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/ adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 643-652, 2010.

SANTOS, P. L. et al. **FACES IV - Escala de Avaliação da Coesão e Adaptabilidade Familiar – versão IV**. Minneapolis: Life InnovationsInc©, 2013.

SANTOS, P. L.; BAZON, M. R.; CARAVLHO, A. M. P. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV) – Brazilian adaptation. **Aval. Psicol.** Itatiba, v. 16, n. 2, p. 120-127, 2017.

SCAHILL, L. et al. Psychosocial and clinical correlates of ADHD in a community sample of school-Age children. **J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry**, Yale, v. 38, n. 8, p. 976–984, 1999.

SOUZA, J. et al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto de saúde mental. **Rev. Psiquiatria Clínica**, Balneário Camboriú, v. 38, n. 6, p. 254-259, 2011.

STEELE, E. et al. The influence of social disadvantage on children's emotional behavioral difficulties at age 4-7 years. **The Journal of Pediatric**, Melbourne, v. 167, n. 2, p. 442-448, 2015.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439-447, 2015.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. Bras. Psiqui.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 4, p. 360-72, 2014.

TSZESNIOSKI, L. C. et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363- 370, 2015.

VICENTE J. B. et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Maringá, v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013.

WANG, J.; ZHAO, X. Comparison of family functioning and social support between families with a member who has obsessive compulsive disorder and control families in Shanghai. **Shanghai archives of psychiatry**, Shanghai, v. 24, n. 1, p. 20-29, 2012.

WIGUNA, T. et al. Family responses to a child with schizophrenia: An Indonesian experience. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 18, p. 66–69, 2015.

WLODARCZYK, O. et al. Risk and protective factors for mental health problems in preschool- aged child cross-sectional results of the BELLA preschool study. **Child Adolescent Psychiatry Mental Health**, Hamburg, v. 11, n. 12, p. 1-12, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mental Health: new understanding, new hope**. Geneva, World Health Organization, 2001.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention** (Sixth ed.). Philadelphia: F.A. Davies, 2013.

WRIGHT, M. O.; MASTEN.; A. S.; NARAYAN, A. J. Resilience processes in development: four waves of research on positive adaptation in context of adversity. In: GOLDSTEIN, S.; BROOKS, R. B.; (eds.). **Handbook of Resilience in children**. New York: Springer Science Business Media, 2013. p. 37.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J (org.). **Resiliência e Educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13- 42.

ZABLOTSKY, B.; BRADSHAW, C.P.; STUART, E. A. The association between mental health, stress, and coping supports in mothers of children with autism spectrum disorders. **J. Autism Dev. Disord.**, Baltimore, v. 43, n. 6, p. 1380-1393, 2013.

Anexos

ANEXOS**ANEXO A - Questionário de informações sociodemográficas e familiares**

Parte I. Favor preencher as informações sobre seu filho:

A. Nome:

B. Sexo: ()feminino ()masculino

C. Idade em anos completos:

D.Grau de escolaridade:

E.Cidade onde nasceu e viveu a maior parte da vida: _____

E2. Estado: _____

F1. Cidade onde reside hoje com sua família: _____

F2. Estado: _____

G. Idade em anos completos: _____

H. Sexo () feminino () masculino

I. Escolaridade: () Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau

() Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau

() Fundamental completo/ 1º. Grau completo

() Médio completo/ 2º. Grau completo/Superior incompleto

() Superior completo

J. Situação conjugal: () sem companheiro/a residindo na mesma casa

() com companheiro/a residindo na mesma casa

K. Situação Ocupacional:

() Trabalhando ou realizando alguma atividade ocupacional com remuneração

() Trabalhando ou realizando alguma atividade ocupacional sem remuneração

() Sem trabalhar ou realizar alguma atividade ocupacional, mas recebendo alguma remuneração/aposentadoria/pensão

() Sem trabalhar ou realizar alguma atividade ocupacional e sem remuneração

L. Mora: sozinho () família () outro () especifique: _____

M. Na casa onde você reside com sua família, residem: (assinale com X e considere sempre o parentesco com relação a você)

- companheira/companheiro
 filhos de outro casamento do padrasto/companheiro– quantos:____
 filhas– quantas:____
 pai
 mãe
 padrasto
 madrasta
 irmãs– quantas:____
 irmãos– quantos:____
- filhos de outro casamento da madrasta/companheira– quantos: ____
 avô – () materno/() paterno
 avó - () materno/() paterno
 outros – quantos e grau de parentesco

N. Qual a sua posição nesta família? (por exemplo, pai, filho?) _____ (usar as mesmas denominações da questão acima)

O. Na sua família, residindo juntos, há pessoas em que faixa etária? (assinale todas as alternativas que forem necessárias)

- 0 a 12 anos
 13 a 17 anos
 18 a 25 anos
 26 a 40 anos
 41 a 60 anos
 61 a 80 anos
 acima de 80 anos

P. Pessoa que recebe a maior renda mensal e é o principal provedor financeiro da casa: _____ (grau de parentesco ou afinidade).

Q1. Qual a sua religião?

- católica evangélica espírita afro-brasileiras (candomblé, umbanda)
 sem religião outra– qual? _____

Q2. Religião declarada pela família (quais ensinamentos relacionados a religião predominam na sua família): _____ (utilizar as denominações da questão anterior)

R1. Presença de doença crônica de algum membro que reside na mesma casa:

- Sim Não

R2. Quem: () você () outro– especifique: _____

R3. Nome da(s)doença(s): _____

R4. Tempo de diagnóstico (favor indicar se em meses ou anos completos): _____

S1. Você exerce a função de cuidador?

() Sim () Não

S2. Se sim, há quanto tempo (em meses ou anos completos)? _____

T. Posse de itens (assinale com um X na coluna correspondente)

ITENS DE CONFORTO	NÚMERO DE ITENS				
	NÃO POSSUI	1	2	3	4 ou +
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular.					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana.					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho.					
Quantidade de banheiros DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.					
Quantidade de geladeiras.					
Quantidade de <i>freezers</i> . independentes ou parte da geladeira duplex.					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones.					
Quantidade de lavadora de louças.					
Quantidade de fornos de micro-ondas.					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca .					

U. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?	
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

V.

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/ Pavimentada
2	Terra/ Cascalho

X. Escolaridade do chefe da família:

- () Analfabeto/ Fundamental I incompleto
 () Fundamental I completo / Fundamental II incompleto
 () Fundamental completo/ Médio incompleto
 () Médio completo/ Superior incompleto () Superior completo

Z. Informações complementares fornecidas pela equipe:

1. Diagnóstico:
2. Tempo de diagnóstico:
3. Medicação:
4. Tratamentos realizados:

ANEXO B - FACES IV

Exemplo de itens da FACES IV (autorizado por Patricia Leila dos Santos)

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COESÃO E ADAPTABILIDADE FAMILIAR –
VERSÃO IV**

Patricia L. dos Santos, Marina R. Bazon, Ana Maria P. Carvalho, Maria F. Minetto, Maria A. Crepaldi, Elisângela Boing

Department of Neurosciences, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, 2013

O questionário a seguir trata do funcionamento de sua família.

Por favor, assinale com um a resposta que melhor corresponde à percepção que você tem do funcionamento de sua família atualmente.

	Discordo totalmente	Discordo	Não sei (indeciso)	Concordo	Concordo totalmente
1. Os membros da minha família se interessam pela vida uns dos outros.					
7. Os membros da minha família sentem-se muito próximos uns dos outros.					
12. É difícil saber quem é o líder em minha família.					
19. Os membros da minha família pedem opinião uns dos outros quando têm que tomar decisões importantes.					
23. Minha família é extremamente organizada.					
30. Não existe liderança em minha família.					
34. Ficamos ressentidos quando algum familiar faz coisas fora da família.					
36. Na minha família é muito difícil determinar quem vai fazer o quê em casa.					
40. Os membros da minha família sentem-se culpados se eles querem passar um tempo longe da família.					
42. Minha família sente-se confusa e desorganizada.					

Sobre a comunicação na sua família:

	Discordo totalmente	Discordo	Não sei (indeciso)	Concordo	Concordo totalmente
43. Os membros da minha família estão satisfeitos com o modo como eles se comunicam uns com os outros.					
47. Os membros da minha família discutem calmamente os problemas uns com os outros.					
51. Quando com raiva, membros da minha família raramente dizem coisas negativas sobre os outros membros.					

Assinale agora a resposta que corresponde a quão satisfeito você está com:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Extremamente satisfeito
55. A habilidade de sua família para ser flexível.					
58. A habilidade de sua família para resolver conflitos.					
61. O quanto as críticas em sua família são justas.					
62. O quanto os membros da sua família preocupam-se uns com os outros.					

ANEXO C - Permissão de uso do FACES IV

10/05/2016

Zimbra

Zimbra

plsantos@fmrp.usp.br

RE: Authorization to Use the Brazilian version of FACES IV

De : David Olson <dolson@prepare-enrich.com> **Seg, 09 de Set de 2013 12:24**

Assunto : RE: Authorization to Use the Brazilian version of FACES IV 

Para : Patricia Leila dos Santos
<plsantos@fmrp.usp.br>

Dear Patricia:

This is an official email to confirm that you and others on the FACES IV translation team are permitted to use the translated version of FACES IV at no cost for any of their projects. The translation team includes the following persons: Patricia dos Santos, Marina Bazon, Ana Carvalho, Maria Minetto and Maria Aparecida.

Our Life Innovations office will distribute copies of this translation to those interested and they will be required to provide an Abstract of their study and a one-time purchase of a master copy of the FACES IV materials and manual.

Thank you again for your excellent work.
David

David H. Olson, Ph.D.
Professor Emeritus, U of Minnesota
www.prepare-enrich.com



From: Patricia Leila dos Santos [mailto:plsantos@fmrp.usp.br]
Sent: Monday, September 09, 2013 6:58 AM
To: David Olson
Subject: Brazilian version

Dear Dr. Olson,
I'm sending the scale with your name and Life Innovations on top.
Please, can you write e send me a letter with nominal authorization, because all the time the Ethics Committee will request the authorization.
If possible, put all the names.

Best regards,
Patricia.

ANEXO D - Inventário de recursos do ambiente familiar (RAF)

1. O QUE A CRIANÇA FAZ QUANDO NÃO ESTÁ NA ESCOLA?

- Assiste à TV
- Ouve rádio
- Joga video-game
- Lê livros, revistas, gibis
- Brinca na rua
- Brinca dentro de casa
- Outro – especificar _____

2. QUAIS OS PASSEIOS QUE A CRIANÇA REALIZOU NOS ÚLTIMOS 12 MESES?

- | Passeio | Passeio |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bosque Municipal | <input type="checkbox"/> Circo |
| <input type="checkbox"/> Evento anual da cidade
(feira, rodeio, ...) | <input type="checkbox"/> Shopping Center |
| <input type="checkbox"/> Cinema ou teatro | <input type="checkbox"/> Parque de diversões |
| <input type="checkbox"/> Lanchonete | <input type="checkbox"/> Clube |
| <input type="checkbox"/> Praia | <input type="checkbox"/> Visitas a parentes / amigos
da família |
| <input type="checkbox"/> Viagem de trem | <input type="checkbox"/> Divertilândia |
| <input type="checkbox"/> Sítio, chácara ou fazenda | <input type="checkbox"/> Viagem para outra cidade |
| <input type="checkbox"/> Centro da cidade | <input type="checkbox"/> Exposição (de pintura, de
ciências, etc) |
| <input type="checkbox"/> Museu | |
| <input type="checkbox"/> Aeroporto | |
| <input type="checkbox"/> Outros - especificar: _____ | |

3. HÁ ATIVIDADES PROGRAMADAS QUE A CRIANÇA REALIZA REGULARMENTE?

- Faz catecismo, estudos bíblicos ou evangelização.
- Freqüenta núcleo municipal do bairro
- Pratica esporte em clubes, academias, ginásios.
- Freqüenta aulas para aprender atividade artesanal
(por ex.emplo: tapeçaria, pintura...).
- Tem aulas de piano, violão ou outro instrumento musical.
- Freqüenta algum programa de atividades para crianças,
como o Kurumim
- Tem aulas de inglês ou outro idioma
- Faz computação
- Outro – especificar _____

4. QUAIS AS ATIVIDADES QUE OS PAIS DESENVOLVEM COM A CRIANÇA EM CASA?

- Brincar
- Jogar *video-game* ou outros jogos
- Assistir a filmes
- Assistir a programas infantis na TV
- Contar estórias e casos
- Ler livros, revistas
- Conversar sobre como foi o dia na escola
- Conversar sobre notícias, filmes e outros programas de TV
- Ouvir as estórias da criança, conversar sobre os assuntos que ela traz
- Realizar juntos atividades domésticas, como: lavar o carro, fazer almoço ou outras
- Outras - especificar _____

5. QUAIS OS BRINQUEDOS QUE ELE (ELA) TEM OU JÁ TEVE? SEU FILHO TEM OU JÁ TEVE:

- uma cama só para ele
- brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)
- brinquedos para movimentos corpo (corda de pular, balanço...)
- instrumento musical de brinquedo ou de verdade (tambor, pianinho...)
- brinquedo que lida com números (dados, dominó...)
- brinquedos de letras (abecedários, quebra -cabeças com letras...)
- brinquedo de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes.)
- brinquedos para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas ...)
- objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel
- aparelho de som com discos
- um animal de estimação
- livrinhos de estórias infantis
- jogos de regras (dama, loto, senha, memória...)
- brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo, serrote ...)
- brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos)
- brinquedos de rodas (carrinhos, trens, carrinho de boneca ...)
- videogame
- bola, pipa, bola de gude, carrinho rolemã
- outros, especifique _____

6. HÁ JORNAIS E REVISTAS NA SUA CASA?

- não
- sim - tipo:
- jornal
- revista - de notícias - de TV - feminina
- de fotonovela - de esporte - religiosa
- outra, especifique _____

7. HÁ LIVROS NA SUA CASA?

- não
 sim - tipo:
 escolares
 romances, contos, literatura
 livrinhos infantis
 religiosos (bíblia, evangelhos, catecismo)
 técnicos, científicos
 enciclopédias
 dicionário
 outros, especifique _____

8. ALGUÉM EM CASA ACOMPANHA A CRIANÇA NOS AFAZERES DA ESCOLA?

Alguém em casa: ninguém a mãe o pai outra pessoa

Verifica se o material escolar está em ordem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avisa quando é hora de ir para a escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervisiona a lição de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supervisiona o estudo para as provas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparece às reuniões da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acompanha as notas e a frequência às aulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação de cada item: mãe e pai = 3; só a mãe = 2, só o pai = 2; outra pessoa = 1; mãe / pai e outra pessoa = 1; ninguém = 0.

9. SEU FILHO TEM HORA CERTA PARA:

	sempre	às vezes	nunca
almoçar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tomar banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
brincar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ir dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
levantar-se de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fazer a lição de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
assistir à TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0.

10. SUA FAMÍLIA COSTUMA ESTAR REUNIDA:

	sempre	às vezes	nunca
no café da manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no almoço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
no jantar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
à noite, para assistir à TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e nos fins de semana :

em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
em passeios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pontuação: sempre = 2; às vezes = 1; nunca = 0.

ANEXO E - Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ-Por)

Pa 4-17

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

Nome da Criança

Masculino/Feminino

Data de Nascimento

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

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

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

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

Não	Sim- pequenas dificuldades	Sim- dificuldades bem definidas	Sim- dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

• Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1-5 meses	6-12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
DIA-A-DIA EM CASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIZADES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APRENDIZADO ESCOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ATIVIDADES DE LAZER (PASSEIOS, ESPORTES ETC.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome completo (sem letra de forma) Data

Mãe/pai/outra (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO F - Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto de Pesquisa: Funcionamento familiar e recursos ambientais oferecidos pelas famílias de crianças com transtornos mentais

Pesquisadores: Eduarda Souza Dilleggi (CREFITO-3/15616-TO), eduardadilleggi@gmail.com (16) 99606 – 7800. Profa. Dra. Patricia Leila dos Santos; (16) 3315- 4608; Rua Tenente Catão Roxo, 2650, sala 32, Ribeirão Preto; plsantos@fmrp.usp.br.

Gostaríamos de convidá-lo a participar e colaborar com uma pesquisa que estamos realizando, considerando que alguns estudos têm buscado compreender as relações entre famílias e o adoecimento psíquico (doença mental). Queremos investigar se o funcionamento familiar de crianças com doença mental que fazem seguimento neste ambulatório, está associado à disponibilidade/oferta de recursos ambientais (como brinquedos, livros, passeios), além de poder verificar se há relações com as condições de vida, doença e sexo da criança.

Para participar desse estudo você precisará responder a alguns questionários, cujas perguntas eu lerei para você e anotarei suas respostas. Um questionário é de informações gerais sobre seu filho (a), você e sua família; outro contém questões sobre a forma como vocês interagem e as regras e liderança (quem toma as decisões, diz o que pode ou não pode ser feito) em sua casa; um sobre os recursos disponíveis em sua casa (como por exemplo, brinquedos que ele tem, passeios que vocês fazem, a presença de livros e revistas) e outro sobre comportamentos apresentados por seu filho (a). Isto deverá tomar cerca de 60 minutos do seu tempo e poderemos realizar isso em sala aqui no próprio ambulatório.

Caso você queira interromper o preenchimento dos questionários, por qualquer motivo, nós poderemos fazer um intervalo ou combinar outro dia e horário para continuarmos. O risco de participação no presente estudo é mínimo, mas, eventualmente, você poderá sentir algum desconforto (mal-estar) psicológico ao responder questões sobre seu (a) filho (a) e sobre sua família. Considerando isto, estarei à sua disposição para oferecer-lhe orientação e apoio quanto a isto.

Acreditamos que os resultados do estudo poderão beneficiar as crianças e suas famílias, a medida que amplia o conhecimento sobre a influência dos recursos oferecidos pelas famílias e seu funcionamento, diante de um adoecimento psíquico (doença mental).

Esta pesquisa é supervisionada pela Professora Dra. Patricia Leila dos Santos, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, que acompanhará todas as etapas da mesma e pode ser consultada e esclarecer qualquer dúvida a respeito do estudo (fone: 3315- 4608) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (fone 3315-9197, das 8 às 17 horas, de 2ª a 6ª feira), que tem a finalidade de proteger eticamente o participante, resguardando seus direitos e integridade.

Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento que precisar: antes de concordar em participar e durante sua colaboração.

Seu nome e de seu (a) filho (a) será mantido em segredo, garantindo sua privacidade e de sua família. Entretanto, os resultados da pesquisa (conjunto das informações fornecidas pelo familiar) serão, posteriormente, divulgados em eventos ou revistas científicas.

Sua participação é totalmente voluntária, assim, caso não queira participar ou queira retirar seu consentimento, pode fazê-lo a qualquer momento, e não haverá nenhum prejuízo para você.

Sua participação não terá nenhum custo para você e, embora não tenha nenhum risco evidente para sua saúde e do seu (a) filho (a), caso ocorra algum dano decorrente da sua colaboração, você tem direito a indenização conforme as leis vigentes no nosso país.

Caso concorde em participar, você e a pesquisadora responsável pelo estudo deverão assinar este termo em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Agradecemos desde já, por sua disponibilidade em ler este convite para a pesquisa.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2016.

Eduarda Souza Dilleggi

Pesquisadora responsável CREFITO-3/ 15616- TO

Recebi o esclarecimento sobre os objetivos, riscos, benefícios e condições de participação nesta pesquisa e concordo em participar.

Nome: _____

Documento de identidade: _____

Assinatura: _____

Para informações e dúvidas, você pode fazer contato nos endereços abaixo:

Endereço do pesquisador principal:

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida dos Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP - Brasil

CEP: 14040-902

Endereço Comitê de Ética: Comitê de Ética em Pesquisa

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida dos Bandeirantes, 3900

Campus Universitário - Bairro Monte Alegre

Ribeirão Preto - SP - Brasil

CEP: 14040-902

Telefone: 3315-9197