

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Luceli Kelly de Oliveira Cardoso

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças com deficiência visual

Ribeirão Preto/SP

2018

Luceli Kelly de Oliveira Cardoso

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças com deficiência visual

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de pesquisa: Promoção de Saúde Mental

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Ribeirão Preto/SP

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.

Cardoso, Luceli Kelly de Oliveira

Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças com deficiência visual. Ribeirão Preto, 2018.

101 p. : il. ; 30 cm

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

Orientadora: Carvalho, Ana Maria Pimenta.

1. Criança. 2. Deficiência visual. 3. Práticas educativas. 4. Saúde mental.

CARDOSO, L. K. de O. **Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças com deficiência visual**. 2018. 101 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, que iluminou meus caminhos e permitiu-me alcançar mais esta etapa em minha vida.

Aos meus queridos filhos Matheus e Arthur, razão maior da minha existência, amores infinitos da minha vida, minha maior inspiração, com vocês tive força nessa caminhada de crescimento pessoal e acadêmico.

Aos meus pais Otaídes e Demir, que foram meus maiores incentivadores desde o início dessa jornada e nunca mediram esforços para me apoiarem em tudo que foi preciso, vocês são meus anjos da guarda e os melhores pais que alguém poderia ter, amo vocês.

Ao meu marido Paulo, por seu amor, compreensão e apoio em tudo que sabe ser importante para mim.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho, por me motivar nesta jornada, por ter me orientado com carinho, dedicação e muita competência, contribuindo sempre para o meu crescimento enquanto ser humano e profissional. Você é, e sempre será, um modelo para mim em todos os sentidos. Obrigada por tudo.

À Profa. Dra. Mariana Araujo Noce, por sua amizade, por seu apoio e incansável incentivo. Como minha chefe na Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), pelas inúmeras vezes em que tornou possível que eu cumprisse as atividades da Pós-Graduação, pelas oportunidades de crescimento e também pelo carinho e compreensão que sempre me dedicou.

A todos os pais e crianças, que me receberam em suas casas e contribuíram para que este trabalho se concretizasse, fica meu carinho especial por vocês.

À Presidente da Instituição que atende pessoas com deficiência visual, Dona Marlene, e à assistente social Rúbia, que autorizaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal da Educação de Ribeirão Preto e às diretoras das escolas que autorizaram e contribuíram para a realização deste trabalho.

Às psicólogas Eloah Verzola Rodrigues e Nágila Guedes Geraldine, que foram minhas assistentes de pesquisa e sempre me acompanharam nas visitas para coleta dos dados. Obrigada pela amizade, pelo carinho, pela dedicação e por toda ajuda que me ofereceram.

A Miyeko Hayashida, pela disponibilidade e empenho nas orientações e análise dos dados da minha pesquisa.

Ao corpo docente da Pós-graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pelos ensinamentos dedicados.

Aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Adriana Olímpia Barbosa Felipe e Profa. Dra. Luciana Carla dos Santos Elias, pelo acolhimento e importantes sugestões para o enriquecimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Patrícia Leila dos Santos, pelas sugestões que muito contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

À secretária da Pós-Graduação, Adriana, pela dedicação e disponibilidade em sempre ajudar no que foi necessário.

A minha cunhada Ana Lúcia, por todo apoio e ajuda que me ofereceu durante esta jornada.

Ao meu sogro, Paulo, e à minha sogra, Conceição, por inúmeras vezes cuidarem dos meus filhos, tornando possível que eu me dedicasse ao doutorado.

A minha avó Helena, por sempre me apoiar e ajudar em tudo que pôde.

“Os principais problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano.”
(SKINNER, 1974, p. 8).

RESUMO

CARDOSO, L. K. de O. **Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças com deficiência visual**. 2018. 101 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A literatura contemporânea é abundante a respeito da importância da família para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Considerando a relevância da relação entre pais e filhos no processo de desenvolvimento, este estudo objetivou identificar a relação existente entre as práticas educativas parentais na percepção dos pais e dos filhos, bem como relacionar as práticas educativas parentais a problemas de saúde mental apresentados pelas crianças. Participaram do estudo dois grupos, sendo o primeiro composto por 21 crianças de 7 a 12 anos, com deficiência visual, e seus pais. O segundo grupo composto também por 21 crianças sem deficiência e seus pais, sendo este pareado ao primeiro grupo com relação a sexo, idade, figuras parentais, número de irmãos e classificação econômica. Trata-se de um estudo de comparação entre grupos, de corte transversal e de abordagem quantitativa. Foi realizada uma entrevista inicial com os pais, com a finalidade de coletar os dados das crianças, tais como: idade, sexo, se havia deficiências e/ou comprometimentos na saúde; dados da família, envolvendo a composição familiar; e, por último, a classificação econômica da família. Foi aplicado, na versão para pais e criança, o Inventário de Percepção Parental (PPI) (HAZZARD; CHRISTENSEN; MARGOLIN, 1983), para mensurar o comportamento dos pais nas práticas educativas, tanto na percepção dos filhos quanto na percepção dos próprios pais. Buscando indicadores da saúde mental das crianças, foi aplicado, na versão para pais, o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) (GOODMAN, 1997). Foram feitas análises descritivas e correlacionais entre as variáveis estudadas (práticas educativas e saúde mental) e comparação entre os dois grupos de participantes, por meio de testes não paramétricos: Teste U de Mann-Whitney, Teste Exato de Fisher e Teste de Correlação de Spearman. Como resultado das correlações das percepções dos pais, mães e filhos quanto às práticas educativas, em ambos os grupos, destacaram-se os acordos nas avaliações que as crianças fizeram de seus pais (mães e pais) com as avaliações que pais e mães fizeram de si mesmos. Comparando os dois grupos, foi possível observar que, nos escores totais, apenas as respostas dos pais apresentaram diferença estatisticamente significativa. Assim, os pais das crianças com deficiência visual avaliaram-se de forma mais positiva que os outros pais; na soma negativa, apenas as respostas

das mães encontraram diferença estatisticamente significativa. Assim, as mães de crianças sem deficiência visual avaliaram-se utilizando mais práticas coercitivas na educação de seus filhos. Com relação à saúde mental, a avaliação que os pais de ambos os grupos fizeram de seus filhos não mostrou diferenças estatisticamente significativas. Por outro lado, verificou-se que pais e mães tenderam a ver seus filhos, sejam eles com ou sem deficiência visual, com mais dificuldades do que seria esperado encontrar, segundo o instrumento utilizado. Os resultados em ambos os grupos, de modo geral, apontaram para a correlação entre práticas educativas parentais e saúde mental dos filhos, no sentido que, quanto melhores foram as práticas educativas, melhor foi o resultado relativo à saúde mental da criança.

Palavras-chave: Criança. Deficiência visual. Práticas educativas. Saúde mental.

ABSTRACT

CARDOSO, L. K. de O. **Parental educational practices and mental health of children with visual impairment**. 2018. 101 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Contemporary literature is abundant about the importance of the family for the development of children and adolescents. Considering the relevance of the relationship between parents and children in the development process, this study aimed to identify the relation between parental educational practices and the perception of parents and children, as well as to relate parental educational practices to problems of mental health in children. The study involved two sample groups: the first group was composed of 21 children aged 7 to 12 years with visual impairment and their parents. The second group, composed of 21 non-visually impaired children and their parents, was paired with the first group regarding gender, age, parental figures, number of siblings and economic classification. This is a comparative, cross-sectional group study with a quantitative approach. An initial interview was conducted with the parents to collect the children's data (such as age, sex, if there were disabilities and / or health commitments), family data (including family composition) and finally the economic classification. The Parental Perception Inventory (PPI) (HAZZARD; CHRISTENSEN; MARGOLIN, 1983) was applied to parents and children to measure the perception of both about the behavior of parents in educational practices. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) was applied to parents to seek mental health indicators for children. Descriptive and correlational analyses were carried out between the variables studied (educational practices and mental health) and the two groups of participants were compared by means of non-parametric tests: the Mann–Whitney U test, the Fisher's exact test and Spearman's rank correlation coefficient. As a result of the correlations of the perceptions of parents and children regarding educational practices, in both groups stands out the agreement in the evaluations that the children made of their parents and the evaluations that parents made of themselves. Comparing the scores of the two groups, it was observed that only the responses of the fathers presented a statistically significant difference: fathers of children with visual impairment were evaluated more positively than the others. In the negative sum, only the mothers' responses had a statistically significant difference: mothers of children without visual impairment said they used more coercive practices in the education of

their children. Regarding mental health, the evaluation that parents of both groups made of their children did not show statistically significant differences. On the other hand, according to the instrument used, it was possible to identify that parents tended to see their children with more difficulties than what would be expected, whether or not they had visual disabilities. In general, the results in both groups showed the correlation between educational practices of the parents and the mental health of the children, in the sense that, the better the educational practices were, the better the result of the child's mental health.

Keywords: Children. Visual impairment. Educational practices. Mental health.

RESUMEN

CARDOSO, L. K. de O. **Prácticas educativas de los padres y salud mental de niños con discapacidad visual**. 2018. 101 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Es abundante la literatura contemporánea sobre la importancia de la familia para el desarrollo de niños y adolescentes. Considerando la relevancia de la relación entre padres e hijos en el proceso de desarrollo, este estudio tuvo como objetivo identificar la relación entre las prácticas educativas de los padres y la percepción de padres e hijos, así como relacionar estas prácticas con problemas de salud mental en niños. Fueron analizados dos grupos de 21 niños cada uno, de 7 a 12 años de edad: el primer grupo compuesto por niños con discapacidad visual y sus padres y el segundo grupo por niños sin discapacidad visual y sus padres. Ambos grupos fueron pareados en relación a sexo, edad, figuras paternas y maternas, número de hermanos y clasificación económica. Es un estudio comparativo entre grupos, transversal y de abordaje cuantitativo. Fue realizada una entrevista inicial con los padres para recolectar datos de los niños (como edad, sexo, si había discapacidades y/o compromisos de salud), datos de la familia (incluyendo composición familiar) y la clasificación económica. Fue aplicado a papás y niños el Inventario de Percepción de los Padres (PPI) (HAZZARD; CHRISTENSEN; MARGOLIN, 1983) para medir la percepción de ambos sobre el comportamiento de los padres en las prácticas educativas. Buscando indicadores de salud mental de niños, fue aplicado a los padres el cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) (GOODMAN, 1997). Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales entre las variables estudiadas (prácticas educativas y salud mental) y se compararon los dos grupos de participantes por medio de pruebas no paramétricas: Prueba U de Mann-Whitney, Test Exacto de Fisher y el Coeficiente de Correlación de Spearman. Como resultado de las correlaciones de las percepciones de los padres, madres e hijos en cuanto a las prácticas educativas, en ambos grupos se destaca el consenso en las evaluaciones que los niños hicieron de sus madres y padres con las evaluaciones que padres y madres hicieron de sí mismos. Comparando los dos grupos se observó que, en los puntajes, solo las respuestas de los padres presentaron una diferencia estadísticamente significativa: los padres de los niños con discapacidad visual se evaluaron de forma más positiva que los demás. En la suma negativa, solo las respuestas de las madres tuvieron una diferencia estadísticamente significativa: las madres de niños sin

deficiencia visual dijeron utilizar más prácticas coercitivas en la crianza. Con relación a la salud mental, la evaluación que los padres de ambos grupos hicieron de sus hijos no mostró diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, se probó con el instrumento utilizado que padres y madres tienden a ver a sus hijos, tengan o no discapacidad visual, con más dificultades de lo que sería esperado encontrar. En general, los resultados en ambos grupos mostraron la correlación entre prácticas educativas de los padres y la salud mental de los hijos, en el sentido de que, cuanto mejores fueron las prácticas mejor fue el resultado de la salud mental.

Palabras Clave: Niño. Discapacidad visual. Prácticas educativas. Salud mental.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama do percurso amostral	35
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo quanto às variáveis: idade, sexo, figuras parentais, número de irmãos e classificação econômica. Ribeirão Preto, 2017	37
Tabela 2 – Valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão dos escores das práticas positivas, negativas e escore total do Inventário de Percepção Parental (PPI). Ribeirão Preto, 2017.....	47
Tabela 3 – Comparação entre os grupos DV (n=21) e NDV (n=21) quanto às práticas educativas. Ribeirão Preto, 2017	49
Tabela 4 – Correlações entre as percepções dos pais, mães e filhos, do grupo DV, quanto às práticas educativas (n=21). Ribeirão Preto, 2017.....	51
Tabela 5 – Correlações das percepções dos pais, mães e filhos, do grupo NDV, quanto às práticas educativas (n=21). Ribeirão Preto, 2017.....	53
Tabela 6 – Valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão dos escores totais e por domínios do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Ribeirão Preto, 2017.....	56
Tabela 7 – Comparações das avaliações de saúde mental das crianças dos dois grupos DV (n=21) e NDV (n=21), realizadas por pais e mães. Ribeirão Preto, 2017.....	57
Tabela 8 – Classificação e comparação das avaliações de saúde mental das crianças dos dois grupos DV (n=21) e NDV (n=21), realizadas por pais e mães, quanto aos níveis de classificação normal, limítrofe e anormal. Ribeirão Preto, 2017	58
Tabela 9 – Correlações entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças com deficiência visual (DV) (n=21). Ribeirão Preto, 2017	60
Tabela 10 – Correlações entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças sem deficiência (NDV) (n=21). Ribeirão Preto, 2017.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sistema de pontuação quanto aos itens de conforto no Critério de Classificação Econômica Brasil.....	38
Quadro 2 – Sistema de pontuação quanto ao grau de instrução do chefe de família no Critério de Classificação Econômica Brasil.....	39
Quadro 3 – Sistema de pontuação quanto aos serviços públicos no Critério de Classificação Econômica Brasil.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CRPR	Inventário de Práticas Parentais
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
grupo DV	grupo criança/adolescentes com deficiência visual e suas figuras parentais
grupo NDV	grupo crianças/adolescentes sem deficiência visual e suas figuras parentais
Index Psi	Conselho Federal de Psicologia/PUC-Campinas
PEPsic	Periódicos eletrônicos em Psicologia
PPI	Inventário de Percepção Parental
Prodevi	Projeto de Desenvolvimento da Criança com Deficiência Visual
PSS	escala de Estilo Parental
SciELO Brasil	Scientific Electronic Library Online Brasil
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCLA	Escala de Solidão

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Práticas educativas parentais e deficiência	22
1.2 Deficiência visual e saúde mental	27
2 HIPÓTESES DO ESTUDO	31
3 OBJETIVOS	32
3.1 Objetivo geral.....	32
3.2 Objetivos específicos	32
4 MATERIAL E MÉTODO	33
4.1 Características da pesquisa	33
4.2 Contexto de pesquisa	33
4.3 Percurso amostral.....	34
4.4 Participantes.....	35
4.5 Instrumentos.....	38
4.6 Procedimento de coleta de dados.....	42
4.7 Procedimento de análise dos dados.....	44
4.8 Aspectos éticos.....	45
5 RESULTADOS	47
5.1 Práticas educativas	47
5.2 Saúde mental.....	56
5.3 Práticas educativas e saúde mental	59
6 DISCUSSÃO	65
6.1 Práticas educativas	65
6.2 Saúde mental.....	67
6.3 Práticas educativas e saúde mental	71

6.4 Contribuições e limites do trabalho	74
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICES	82
ANEXOS.....	87

APRESENTAÇÃO

As relações que os pais estabelecem com seus filhos são permeadas pela necessidade de cuidar, educar e promover o desenvolvimento dos mesmos, resultando em comportamentos nomeados de formas distintas na literatura, tais como: práticas parentais, práticas educativas, práticas de cuidado e cuidados parentais (MACARINI et al., 2010).

Conforme apontou Minetto et al. (2012), após o momento do nascimento os pais percebem que o trabalho apenas começou, pois, além de cuidar do desenvolvimento do filho, vivem a experiência de educá-lo em um contexto social instável e, muitas vezes, sentem-se despreparados para o enfrentamento de tal tarefa, podendo gerar estresse e dificultar o exercício da paternidade da forma como desejariam. Para os autores, o desafio de educar torna-se maior quando descobrem que um de seus filhos é diferente e tem alguma dificuldade, gerando ainda mais inseguranças e dúvidas sobre como educar.

Vários autores apontaram a necessidade de maior investimento e realização de novos estudos relacionados tanto ao tema das deficiências quanto das doenças, em especial investigando as práticas de cuidado utilizadas pelos pais frente a características específicas de seus filhos (SILVA; DESSEN, 2006; MACARINI et al., 2010; MINETTO et al., 2012).

Considerando que a literatura apresenta que os pais de filhos com deficiência tendem a serem mais estressados e a utilizarem práticas educativas mais negativas que pais de crianças sem deficiência (MINETTO et al., 2012), bem como podem ter a sua relação conjugal afetada (VAZ, 2011), e, ainda, verificando a relevância que a maneira com que os pais relacionam-se com os filhos tem no processo de seu desenvolvimento (BATISTA, 2001; CUNHA; ENUMO, 2003), a pesquisadora foi despertada em seu interesse pela temática.

Isso envolveu alguns questionamentos: Qual a percepção dos pais quanto a suas práticas educativas com os filhos com deficiência visual? Como os filhos com deficiência visual estão percebendo as práticas educativas utilizadas por seus pais para com eles? Em que medida há relação e proximidade entre a percepção dos pais quanto a suas práticas educativas e a percepção de seus filhos com deficiência visual quanto a essas práticas? Quais os aspectos de saúde mental dessas crianças? Quais as possíveis associações entre as práticas parentais e os aspectos de saúde mental dessas crianças?

Segundo Halpern e Figueiras (2004), problemas no desenvolvimento e comportamento são produzidos pela combinação de fatores de risco genéticos, biológicos, psicológicos, e ambientais, com interações complexas entre eles. No entanto, os autores consideraram que os

fatores mais fortemente associados com a saúde mental da criança envolvem os ambientes social e psicológico, influenciando mais do que as características intrínsecas ao indivíduo.

Para Buscaglia (2006), do nascimento ao fim da infância, os pais muitas vezes se sentem atormentados pelas muitas necessidades de seus filhos com deficiência, e podem deixar de perceber que, assim como as outras crianças, também têm necessidades normais, e precisam da mesma atenção, o mesmo amor, o mesmo carinho, os mesmos estímulos e as mesmas oportunidades para explorarem seus próprios corpos e os ambientes. Para o autor, a autoestima da criança com deficiência parece estar ligada principalmente aos relacionamentos interpessoais, às frustrações devidas à deficiência, à aceitação e rejeição social, às expectativas limitadas, ao sofrimento físico e emocional e a um *status* inferior. “A deficiência muitas vezes fez com que fossem protegidos, isolados, segregados e lastimados – um *background* psicológico muito inadequado para a formação de uma autoimagem amadurecida” (BUSCAGLIA, 2006, p. 201).

Omote (1994) pontuava que, do ponto de vista psicológico, as deficiências não são diferenças individuais quaisquer, elas têm, necessariamente, alguma significação de desvantagem e de descrédito social. Dessa forma, são determinadas diferenças a que foram atribuídas determinadas significações de desvantagem que levaram e levam essas pessoas a serem desacreditadas socialmente.

Como docente, a autora da presente pesquisa supervisiona os atendimentos realizados pelos alunos do curso de psicologia, dedicados às crianças e jovens com deficiências variadas e seus pais. Nessa experiência é possível observar dificuldades que podem desfavorecer o desenvolvimento dessas crianças, em especial as com deficiência visual, como a restrição de oportunidades, a descrença por parte da família e da sociedade com relação às suas potencialidades, e também a superproteção, podendo contribuir para que não se desenvolvam em conformidade com seus potenciais, ficando seu desenvolvimento aquém de suas possibilidades, levando a pensar sobre as consequências que esse estigma social pode trazer para a saúde mental dessas crianças, podendo gerar sofrimento e falta de oportunidades.

A proposta de realizar este trabalho veio ao encontro da necessidade de mais estudos dessa natureza, gerando conhecimento e promovendo reflexões que possam auxiliar em programas de orientações de pais com filhos com deficiências, bem como programas que favoreçam a promoção e prevenção de saúde dessas crianças, e o desenvolvimento de suas potencialidades.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Práticas educativas parentais e deficiência

A literatura contemporânea é abundante a respeito da importância da família para o desenvolvimento de crianças e adolescentes. Para Becker (2002), do ponto de vista biológico, estuda-se a fragilidade do bebê humano em relação às demais espécies e a necessidade de protegê-lo para que sobreviva; já a psicologia demonstra a importância das relações afetivas na obtenção de saúde mental; e as ciências sociais colocam como indispensáveis a presença de adultos confiáveis e o exercício da autoridade para assegurar o convívio democrático entre os homens e mulheres na sociedade.

Ao estudar as influências da família no desenvolvimento, pode-se partir de uma concepção sistêmica e ecológica na qual se entende a família como um sistema de relações interpessoais recíprocas, um sistema que mantém relações com outros contextos importantes para o desenvolvimento de seus membros, como o trabalho dos pais, a escola dos filhos, que por sua vez sofrem influências do contexto cultural, mudanças sociais e históricas (HIDALGO; PALÁCIOS, 2004).

A forma de organização da família é um elemento importante na maneira como ela conduz o processo de socialização das crianças, transmitindo-lhes valores, normas e modelos de conduta, orientando-as no sentido de tornarem-se sujeitos de direitos e deveres no universo doméstico e público (ROMANELLI, 2002). Para que haja um desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança deve crescer em um ambiente familiar, numa atmosfera de felicidade, amor e compreensão (KALOUSTIAN, 2002).

Neste trabalho, entende-se por pai e mãe, as figuras parentais, que cumprem essa função. Conforme Cruz (2005), a definição de parentalidade refere a um conjunto de ações estabelecidas pelas figuras parentais, sejam pais ou substitutos, junto de seus filhos objetivando promover o desenvolvimento destes o mais pleno possível, utilizando para isso os recursos de que dispõem dentro e fora da família. Assim, estão incluídos na definição do termo parentalidade, os pais biológicos das crianças ou seus substitutos como, por exemplo, avós, padrastos, entre outros, desde que exerçam a função de educar, cuidar e promover o desenvolvimento da criança. De acordo com Szymanski (2002, p. 27): “O mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo”.

Conforme Salvo, Silvaes e Toni (2005), a monitoria positiva e comportamento moral, por parte dos pais, são variáveis preditoras de comportamentos pró-sociais nos filhos, e sua falta, aliada às práticas negativas, são preditoras de distúrbios do comportamento. Para os autores, o desenvolvimento adequado da criança é o somatório de diversos fatores, porém, os pais estão entre os mais importantes.

Entende-se por monitoria positiva o conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais a respeito de onde seu filho está e das atividades realizadas por ele, bem como as demonstrações de afeto e carinho por parte dos pais (GOMIDE, 2003). Para Gomide et al. (2005), o apoio e o amor são a base da monitoria positiva que, atrelados ao interesse real pelo filho, criam o contexto propício para a revelação infantil e afastam a necessidade da fiscalização estressante por parte dos pais. Para os autores, o comportamento moral refere-se a uma prática educativa em que os pais transmitem valores como honestidade, generosidade, senso de justiça, ensinando por meio de modelos o que é certo e errado, sempre mediando a relação com afetividade. Sobre as práticas educativas negativas, os autores, consideram alguns pontos:

- a) negligência, ocorrendo quando os pais não estão atentos às necessidades de seus filhos, ausentando-se de suas responsabilidades, e quando há relação familiar sem afeto, sem amor;
- b) punição inconsistente, quando os pais punem ou reforçam seus filhos a partir do seu humor, ou seja, não são as ações da criança que determinam as práticas educativas e sim o estado emocional dos pais;
- c) monitoria negativa, caracterizando-se pelo excesso de fiscalização dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetidas, que não são seguidas, produzindo um clima familiar hostil, estressado e sem diálogo;
- d) disciplina relaxada, caracterizando-se pelo não cumprimento das regras estabelecidas, combinadas;
- e) abuso físico, quando os pais causam dor ou machucam os filhos na tentativa de controlá-los.

Para Weber et al. (2006), as práticas educativas parentais vêm sendo investigadas há várias décadas e são consideradas como importantes preditores para o desenvolvimento infantil.

Um dos primeiros trabalhos envolvendo estilos parentais foi de Baumrind (1966), nele destacaram-se três modelos de estilos parentais, sendo: o modelo autoritário, envolvendo regras impostas, maior controle e pouco apoio à criança; o modelo permissivo, envolvendo

apoio forte, mas com pouco controle e poucas exigências; e o modelo autoritativo, envolvendo apoio, controle, com regras fixas e também incentivo à autonomia.

As práticas educativas podem ser entendidas como um conjunto de comportamentos de pais e mães no processo de socialização dos seus filhos (KOBARG; VIEIRA; VIEIRA, 2010).

Conforme Sampaio e Vieira (2010, p. 199): “Estilos parentais dizem respeito a padrões mais ou menos estáveis de comportamentos adotados pelos pais quando em interação com os filhos, compondo uma das vertentes do estudo da família no âmbito da Psicologia”. As práticas educativas parentais, em conjunto, caracterizam os estilos parentais.

No convívio diário, os pais procuram direcionar o comportamento dos filhos no sentido de seguir certos princípios morais e adquirir uma ampla gama de comportamentos que garantam independência, autonomia e responsabilidade, para que mais tarde possam desempenhar adequadamente seu papel social. Por outro lado, também se esforçam para suprimir ou reduzir comportamentos que sejam considerados socialmente inadequados ou desfavoráveis. Para cumprir o papel de agentes de socialização dos filhos, os pais utilizam-se de diversas estratégias e técnicas para orientar seus comportamentos (ALVARENGA; PICCININI, 2001, p. 449).

Mendes e Pessoa (2013) apontaram que o modo como os pais criam os filhos, suas crenças e suas metas parentais compõem a base do processo de socialização da emoção, alicerçando um desenvolvimento saudável.

Para Bolsoni-Silva e Marturano (2002), a maneira como os pais educam os filhos parece ser crucial para a promoção de comportamentos socialmente adequados, porém, com frequência, os pais acabam estimulando comportamentos inadequados por meio de disciplina inconsistente, pouca interação positiva, pouco monitoramento das atividades da criança ou supervisão insuficientes. Pontuaram, ainda, que para promoverem comportamentos adequados em seus filhos, os pais precisam ter habilidades sociais educativas, tais como expressar sentimentos e opiniões, estabelecer limites evitando coerção, entre outras. Weber et al. (2006) ressaltaram a importância da divulgação de práticas educativas parentais adequadas como estratégias de prevenção.

De acordo com o levantamento bibliográfico sobre práticas educativas parentais realizado por Macarini et al. (2010) em três bases de dados brasileiras – do Conselho Federal de Psicologia/PUC-Campinas (Index Psi), Periódicos eletrônicos em Psicologia (PEPsic) e Scientific Electronic Library Online Brasil (SciELO Brasil) –, foram encontrados 64 artigos sobre o assunto, porém, somente três artigos envolviam estudos que investigaram as práticas

de pais com filhos com necessidades especiais, como uma doença orgânica crônica, enurese e ajustamento psicológico. Nessa pesquisa, mais da metade dos estudos foram publicados entre os anos de 2005 e 2007, notando-se um aumento significativo de publicações sobre o tema a partir de 2000, e a partir de 2003 observou-se um crescimento mais significativo dos estudos que investigam as práticas educativas. Segundo os autores, o aumento do interesse dos pesquisadores pelo tema pode ter relação com as novas demandas sociais relacionadas à prática de criação de filhos. O estudo destacou o pouco investimento em pesquisas relacionadas ao tema das deficiências e/ou doenças e a importância de realizar mais estudos que investiguem as práticas de cuidado utilizadas pelos pais frente a características específicas da criança, como seu temperamento, personalidade, comportamento, entre outros. Apontaram também a possibilidade de circunstâncias específicas ocorridas com a criança como, por exemplo, uma condição crônica, interferir no desempenho de tais práticas parentais.

A pesquisa realizada por Minetto et al. (2012) buscou evidenciar o nível de estresse parental e as práticas educativas utilizadas por pais de crianças entre zero e seis anos de idade, tanto com desenvolvimento típico quanto com desenvolvimento atípico (deficiência intelectual e síndrome de Down), utilizando os instrumentos: Índice de Estresse Parental – PSI e o Inventário de Práticas Parentais – CRPR.

As autoras concluíram que: a) com relação ao nível de estresse, os pais de filhos com síndrome de Down e com deficiência intelectual apresentaram maiores índices do que os pais de filhos com desenvolvimento típico; b) os pais que mais se diferenciaram nas práticas educativas foram pais com filhos com deficiência intelectual, com característica mais autoritária, com tendência a pouca supervisão das ações do filho, imposição de limites sem reflexão, e pouca expressão de afeto; c) os pais de crianças com desenvolvimento típico apresentaram mais estratégias de práticas parentais autoritativas, porém, em alguns momentos, tenderam ao controle autoritário; d) já os pais de filhos com síndrome de Down apresentaram resultados intermediários, com índices mais próximos das práticas de pais com filhos com desenvolvimento típico.

O estudo sinalizou que isso pode estar relacionado com o fato de os pais de filhos com síndrome de Down terem precocemente uma previsão do prognóstico de desenvolvimento da criança, favorecendo o investimento tanto na autonomia quanto no desenvolvimento de comportamento social adequado. Diante desses resultados, as autoras ressaltaram a importância de se investir em mais pesquisas sobre a temática e em ações de orientação e apoio aos pais na tarefa de educar seus filhos, bem como oferecer a pais de filhos com desenvolvimento atípico redes de apoio específicas e eficientes para que possam reduzir o seu

nível de estresse. Verificaram ainda que a expectativa da chegada de uma criança é uma experiência marcante, envolvendo sentimentos intensos e, muitas vezes, conflituosos, como alegria/felicidade, angústia/medo, entre outros.

Para Buscaglia (2006) o nascimento de uma criança deficiente é um acontecimento repentino, sem aviso prévio ou tempo para se preparar e, nesse momento, praticamente inexistente um aconselhamento educacional ou psicológico aos pais confusos, seja dentro ou fora do hospital. Assim, grande parte do que os pais farão por seus filhos se baseará no instinto ou no método do ensaio e erro.

Ainda na perspectiva do autor, talvez essas crianças desenvolvam certas habilidades e adquiram certas experiências mais tardiamente do que as crianças de sua idade, porém, se lhes permitirem que sejam crianças, que experimentem, aprendam, sintam e vivam como crianças, continuarão a caminho de um crescimento e desenvolvimento mais maduros. Pontuou, ainda, que a maneira que isso vai ocorrer dependerá, em grande parte, dos sentimentos, das atitudes, dos valores dos pais e da família no período inicial de sua vida, considerando que a esperança, as reações positivas e as interações afetuosas darão a essas crianças a força para se desenvolverem a seu modo. Para o autor, as crianças só aprenderão aquilo que lhes for ensinado, sendo os pais seus primeiros mestres e, à medida que seus pais as vejam como crianças com limitações, mas que, como as outras crianças, tenham direito a experiências e oportunidades iguais, elas alcançarão a realização (BUSCAGLIA, 2006).

Vaz (2011) realizou um estudo sobre a vinculação conjugal e estilos parentais em pais de filhos com e sem deficiência visual. Foram aplicados o Questionário Experiências em Relações Proximais e o Questionário de Dimensões e Estilos Parentais. A amostra contou com 44 pais de filhos sem deficiência visual e 30 pais de filhos com deficiência visual, residentes em Portugal. Os resultados indicaram que as mães de filhos sem deficiência apresentaram níveis de vinculação conjugais mais positivos que mães de filhos com deficiência visual. Com relação ao estilo parental verificou-se que as mães de filhos sem deficiência apresentaram estilos parentais mais positivos que as de filhos com deficiência visual. O mesmo não foi observado nos pais. A autora atribui esse resultado ao fato de os pais terem uma maneira diferente de perceber seus papéis no seio da relação conjugal e parental, e pelo fato de as mães estarem incumbidas do papel de cuidadoras primárias, o que pode resultar em elevados níveis de estresse que afetam as relações conjugais.

Para a autora, o desempenho das funções parentais depende do estado da relação conjugal e do modo como a pessoa percebe a parentalidade. Apontou, ainda, que a existência

de um filho com deficiência pode ter alguma influência mais negativa no casamento (VAZ, 2011).

1.2 Deficiência visual e saúde mental

A deficiência visual refere-se à perda ou redução da capacidade visual em ambos os olhos, com carácter definitivo, não sendo susceptível de ser melhorada ou corrigida com o uso de lentes e/ou tratamento clínico ou cirúrgico.

Conforme o Decreto nº 3.298/99 e o Decreto nº 5.296/04 (BRASIL, 2007), a deficiência visual é conceituada da seguinte forma:

- a) cegueira: a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) baixa visão: a acuidade visual está entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) os casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- d) ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

A partir da edição do Decreto nº 5.296/04, as pessoas com baixa visão foram incluídas na conceituação de deficiência visual, sendo consideradas aquelas que, mesmo usando óculos comuns, lentes de contato, ou implantes de lentes intraoculares, não conseguem ter uma visão nítida (BRASIL, 2007). “As pessoas com baixa visão podem ter sensibilidade ao contraste, percepção das cores e intolerância à luminosidade, dependendo da patologia causadora da perda visual” (BRASIL, 2007, p. 24).

Em um estudo realizado por Batista (2001), sobre o processo de desenvolvimento de crianças com deficiência visual, a partir de 30 casos atendidos no Projeto de Desenvolvimento da Criança com Deficiência Visual (Prodevi), observou-se que a maioria dessas crianças apresentava dificuldades quanto aos aspectos socioafetivos, cognitivo-linguísticos e aspectos psicomotores. Os aspectos socioafetivos envolviam desrespeito ou desconhecimento de regras de convivência social, recusa na participação em diferentes atividades propostas e, mais frequentemente, das relacionadas a temas escolares, a quase ausência de uso da fala ou, ao contrário, uma fala frequente e sem respeito a limites, falas com temáticas relacionadas a doenças, e agressão aos colegas. Com relação aos aspectos cognitivo-linguísticos, observaram-se pouco domínio de conhecimentos em geral, dificuldades no raciocínio lógico-matemático, desconhecimento de jogos de regras (bingo, jogo da velha, etc.), falta ou

dificuldade de atenção concentrada e de reflexão sobre tarefas com conteúdo cognitivo, entre outras. Já nos aspectos psicomotores, observou-se coordenação motora pobre, dificultando o manuseio do lápis, de materiais de encaixe, das manipulações em geral. A autora apontou que tais dificuldades não são inerentes à condição de deficiência visual, mas considerou que muitas dessas crianças sofrem de problemas decorrentes da descrença de seus pais em relação a suas capacidades, o que reduz as oportunidades que lhe são oferecidas. Apontou outras atitudes prejudiciais como a superproteção, reduzindo o desenvolvimento da independência e da iniciativa, bem como as restrições da família à introdução da criança em diferentes ambientes da comunidade (BATISTA, 2001).

Para Glat (2006) a deficiência é uma esfera socialmente construída, que se torna incapacitante e restritiva não apenas pelas limitações orgânicas, mas sobretudo pelas consequências psicossociais, especialmente o tipo de interação ou relacionamento que se estabelece entre as pessoas com deficiência e os demais.

A perda da visão pode ser um fator de risco para o desenvolvimento de desordens afetivas em crianças e adolescentes e, embora existam variações individuais, os atrasos no desenvolvimento tendem a ser generalizados (DALE; SALT, 2007).

De acordo com Buscaglia (2006), as pessoas com deficiência podem encontrar um número maior de frustrações com as quais terão de conviver como, por exemplo, relativas ao domínio do corpo e à demanda de tempo e energia que esse fato origina. O autor apontou a existência de sofrimento psicológico, solidão, rejeição e muitas adaptações a uma cultura essencialmente não deficiente, o que poderia contribuir para afastar o indivíduo das experiências físicas e sociais necessárias à formação de sua individualidade.

Para ele as pessoas não nascem com sentimentos de inferioridade, elas aprendem que são inferiores, no convívio com a família, amigos e sociedade. No entanto, considera que as pessoas com deficiência podem contribuir para a mudança desse *status* social ao se valorizarem no todo, reconhecendo suas capacidades e forças, bem como aceitando seus limites reais, além de atribuírem um maior valor a sua própria auto avaliação e viverem em consonância com suas necessidades e desejos. Esse processo poderá ser facilitado dependendo do suporte que a pessoa com deficiência vier a receber (BUSCAGLIA, 2006). Cardinali e D'Allura (2001) encontraram relações entre a autoestima de adultos jovens com deficiência visual e os estilos de práticas educativas exercidos por suas mães.

Para Hamurcu et al. (2016), a deficiência visual é um fator de risco para transtornos psiquiátricos nas crianças e adolescentes afetados, mas há um número limitado de estudos sobre as características de saúde mental dessas crianças e adolescentes. Partindo disso, os

autores fizeram um estudo que objetivou identificar os níveis de ansiedade e solidão em crianças e adolescentes com deficiência visual em relação ao estilo parental percebido por elas. O estudo incluiu 40 crianças e adolescentes com deficiência visual, de 7 a 18 anos de idade e 34 crianças e adolescentes sem deficiência visual, de 7 a 15 anos, sendo os dois grupos de ambos os sexos e sem comprometimentos físicos e cognitivos. Foram utilizadas a escala de Estilo Parental (PSS) e a Escala de Solidão (UCLA), aplicadas nas crianças e adolescentes dos dois grupos. Como resultado, os escores da Escala de Solidão indicaram maiores níveis de ansiedade e solidão nas crianças e adolescentes com deficiência visual, quando comparadas com o grupo controle, porém, essa diferença não foi estatisticamente significativa.

O estilo autoritativo (45%) de parentalidade era o estilo mais utilizado pelos pais das crianças e adolescentes com deficiência visual, seguido pelo estilo permissivo-negligente (25%); já o estilo de parentalidade mais utilizado pelos pais do grupo controle também foi autoritativo (35,3%), seguido pelo estilo autoritário (20,6%). Quanto aos estilos parentais, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Fazendo a comparação dos estilos parentais com os resultados da Escala de Solidão, entre os dois grupos, foi possível observar que, no grupo de crianças e adolescentes com deficiência visual, as que obtiveram maiores índices de ansiedade e solidão foram aquelas cujos pais utilizavam mais o estilo permissivo-indulgente, seguido pelo estilo permissivo-negligente; já no grupo controle as crianças com maiores índices de ansiedade e solidão foram aquelas cujos pais utilizavam mais estilo autoritário, seguindo pelo estilo permissivo-negligente (HAMURCU et al., 2016).

Na revisão sistemática de literatura realizada por Augestad (2017), buscou-se o conhecimento científico atual relativo ao autoconceito e à autoestima entre crianças e jovens adultos com deficiência visual. Analisaram-se artigos publicados entre os anos de 1998 e 2014. Foram encontrados 26 artigos que cumpriram com os critérios de inclusão que envolviam idade dos participantes entre 5 e 25 anos, escritos em inglês e que foram baseados em dados originais. Foram excluídos artigos que abordavam participantes com comorbidades ou deficiências múltiplas, ou que incluíam apenas um assunto, focado principalmente no suporte social. Em geral, independência em mobilidade, estilo parental, suporte social e amizade foram relatados como importantes fatores para a melhora do autoconceito e autoestima. A autora concluiu que, para alcançar boa autoestima e autoconceito, é importante para crianças com deficiência visual ter mais experiências de cooperação, independência na mobilidade e mais oportunidades para participar de atividades com seus pares. Além disso, há

necessidade de melhor compreensão das necessidades emocionais e sociais dessas crianças, para melhorar sua autoestima, sua autoavaliação psicológica e bem-estar. A autora sugeriu a realização de mais estudos longitudinais e randomizados de alta qualidade cujas conclusões possam contribuir para o desenvolvimento saudável de crianças e jovens adultos com deficiência visual.

Os trabalhos mencionados envolvem o estudo da saúde mental sob diferentes aspectos, entre eles, psicomotores, cognitivo-linguísticos e socioafetivos. No presente trabalho, pretendeu-se abordar a saúde mental considerando a avaliação de aspectos comportamentais, afetivos e relacionamento com pares.

2 HIPÓTESES DO ESTUDO

Este estudo teve como hipóteses:

- a) As práticas educativas parentais de pais com filhos com deficiência visual são diferentes das práticas educativas parentais utilizadas por pais de filhos sem deficiência visual;
- b) As práticas educativas parentais utilizadas por pais de filhos com deficiência visual são menos positivas do que as práticas utilizadas por pais com filhos sem deficiência visual;
- c) Crianças com deficiência visual têm mais problemas de saúde mental que crianças sem deficiência visual;
- d) Há relação entre práticas educativas parentais e saúde mental dos filhos, no sentido que, quanto melhores são as práticas educativas melhor será, também, a saúde mental da criança.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Identificar a relação existente entre as práticas educativas parentais na percepção dos pais e dos filhos, considerando dois grupos, sendo o primeiro composto por pais com filhos com deficiência visual e o segundo de pais com filhos sem deficiência visual, bem como verificar se existe associação entre as práticas educativas parentais e problemas de saúde mental, apresentados pelas crianças, na visão dos pais.

3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos delimitados nesta pesquisa foram:

- a) Identificar as práticas educativas parentais na percepção dos pais com filhos com deficiência visual;
- b) Identificar as práticas educativas parentais na percepção dos pais com filhos sem deficiência visual;
- c) Identificar as práticas educativas parentais na percepção dos filhos com deficiência visual;
- d) Identificar as práticas educativas parentais na percepção dos filhos sem deficiência visual;
- e) Comparar as práticas educativas entre os dois grupos;
- f) Relacionar a percepção dos pais e dos filhos com deficiência visual quanto às práticas educativas parentais;
- g) Relacionar a percepção dos pais e dos filhos sem deficiência visual quanto às práticas educativas parentais;
- h) Identificar problemas de saúde mental da criança com deficiência visual na percepção dos pais;
- i) Identificar problemas de saúde mental da criança sem deficiência visual na percepção dos pais;
- j) Comparar os problemas de saúde mental entre os dois grupos.
- k) Identificar possíveis associações entre as práticas educativas parentais e os problemas de saúde mental dessas crianças.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Características da pesquisa

Trata-se de um estudo de comparação entre grupos, de corte transversal e de abordagem quantitativa.

Conforme Rouquayrol e Almeida Filho (2006), os estudos de corte transversal visualizam a situação de uma população em um determinado momento, ou em um determinado instante de tempo. Para a análise dos dados foi utilizado o método quantitativo na abordagem das variáveis. O método quantitativo baseou-se no modo de estatística descritiva que, segundo Vendramini (2007, p. 166),

é um conjunto de métodos destinados à observação e coleta de fenômenos de igual natureza, à organização e classificação dos dados observados e à sua apresentação por meio de gráficos e tabelas, além do cálculo de coeficientes (estatísticas) que possibilitem descrever resumidamente esses fenômenos.

Dessa forma, foi possível sintetizar valores de mesma natureza, permitindo uma visão global dos mesmos. Os resultados dos protocolos de respostas dos instrumentos foram analisados de acordo com as normas de padronização dos mesmos.

4.2 Contexto de pesquisa

O primeiro grupo de participantes, composto por crianças/adolescentes com deficiência visual, foi recrutado em uma instituição que atende pessoas com deficiência visual na cidade de Ribeirão Preto/SP, fundada em 1998 como uma instituição sem fins lucrativos, oferecendo atendimento educacional especializado, social, profissional, esportivo e cultural para crianças, jovens e adultos com deficiência visual.

Dispõe de várias salas de aulas, oficinas e ambientes adaptados voltados para a capacitação e inclusão de pessoas com deficiência visual, destacando-se a casa para atividades da vida diária, a biblioteca, estúdio para gravações, a quadra coberta com piso *epoxi* e adaptada para a prática de esportes para os deficientes visuais, salas de música, artes, terapia ocupacional, trilha sensorial e o *playground*. Sua missão é contribuir para o desenvolvimento humano global e a inclusão educacional e social das pessoas com deficiência visual, por meio

de ações, recursos e serviços com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e a convivência sócio-familiar em parceria com as famílias, escolas, empresas e comunidade.

O segundo grupo de participantes, composto por crianças/adolescentes sem deficiência visual, foi recrutado em cinco escolas de ensino fundamental da cidade de Ribeirão Preto/SP, sendo as duas primeiras filantrópicas e as outras três, municipais. A escolha das escolas deveu-se à possibilidade de acesso e à disponibilidade de suas direções para receberem pesquisadores.

As escolas filantrópicas oferecem ensino gratuito para crianças e adolescentes de famílias de baixa renda, objetivando promover educação de qualidade, cultura, esporte, valores humanos, buscando sempre o desenvolvimento pessoal e social.

As escolas municipais seguem os objetivos propostos a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), que estabelece que: o ensino fundamental obrigatório, gratuito na escola pública, terá como objetivo a formação básica do cidadão, mediante o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que a sociedade é fundamentada; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; e o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se fundamenta a vida social.

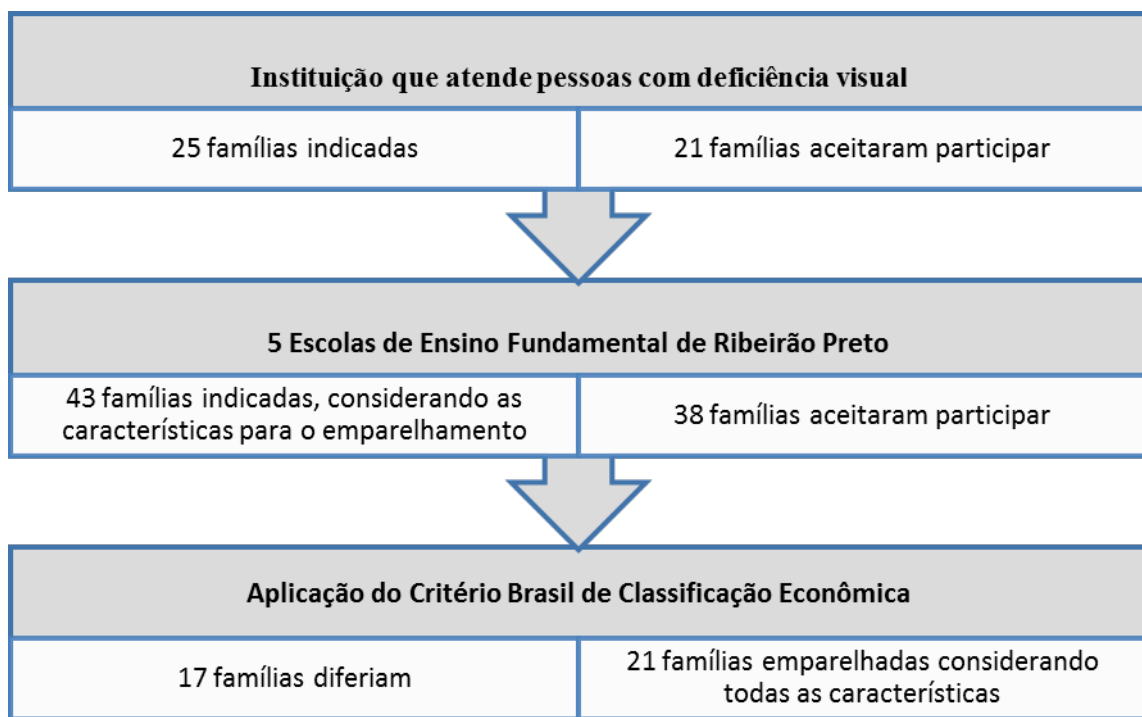
4.3 Percurso amostral

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: crianças e adolescentes com idade entre 7 e 12 anos; com e sem deficiência visual; sem comprometimentos físicos e cognitivos, segundo relato dos pais; residentes no município de Ribeirão Preto/SP e região, num raio de até 120 quilômetros. As características das crianças/adolescentes do segundo grupo de participantes foram emparelhadas às características do primeiro grupo, com relação ao sexo, idade, figuras parentais, número de irmãos e classificação econômica, dessa forma, para o segundo grupo, o critério de inclusão foi de terem as mesmas características que o primeiro grupo.

De acordo com os critérios de inclusão, foram identificados na instituição que atende pessoas com deficiência visual 25 famílias com filhos com deficiência visual que poderiam participar do presente estudo. Assim, a pesquisadora entrou em contato com as mesmas e, dessas, quatro não puderam ou não aceitaram participar.

Com relação ao segundo grupo, composto por famílias com filhos sem deficiência visual, a pesquisadora, para encontrar 21 famílias com as mesmas características necessárias para o emparelhamento com o primeiro grupo, com exceção da classificação econômica, entrou em contato com 43 famílias. Dessas, cinco não aceitaram participar da pesquisa e 17, ao se aplicar o Critério Brasil de classificação econômica, diferiam da família correspondente do primeiro grupo. Conseqüentemente, estas famílias foram excluídas do estudo. O diagrama abaixo (Figura 1) detalha o percurso para que se obtivesse a amostra de participantes.

Figura 1 – Diagrama do percurso amostral



Fonte: Produzida pela autora.

4.4 Participantes

Participaram do estudo dois grupos de crianças/adolescentes:

- a) o primeiro grupo foi composto por 21 crianças/adolescentes de 7 a 12 anos, com deficiência visual e seus pais, que participavam de atividades oferecidas por uma instituição de atendimento a pessoas com deficiência visual;
- b) o segundo grupo foi composto por 21 crianças/adolescentes, sem deficiência visual e seus pais, do mesmo sexo, mesma idade, mesmas figuras parentais,

mesmo número de irmãos e mesma classificação econômica que o primeiro grupo.

O emparelhamento foi realizado com o intuito de minimizar vieses relacionados às diferenças de características entre os grupos, visando a diferenciá-los apenas quanto a ter ou não ter deficiência visual.

A idade de 7 a 12 anos foi escolhida considerando a participação das crianças/adolescentes ao responder um dos instrumentos da pesquisa, sendo que nessa faixa etária estão mais amadurecidas cognitivamente para tal atividade e dentro da faixa etária para, a qual, o instrumento Inventário de Percepção Parental (PPI), foi originalmente concebido.

As famílias pertencentes ao primeiro grupo são residentes na cidade de Ribeirão Preto/SP e região, ficando a distribuição da seguinte forma: 9 famílias em Ribeirão Preto/SP; 2 famílias em Orlandia/SP; 2 em São Joaquim da Barra/SP; 2 em São Sebastião do Paraíso/MG; 1 em Altinópolis/SP, 1 em Cajuru/SP; 1 em Jardinópolis/SP; 1 em Pontal/SP; 1 em Pradópolis/SP; e 1 em Serrana/SP. Com relação às famílias pertencentes ao segundo grupo, são todas residentes na cidade de Ribeirão Preto/SP.

A Tabela 1, a seguir, apresenta as variáveis de caracterização dos participantes do estudo como idade, sexo, figuras parentais, número de irmãos e classificação econômica, com relação aos dois grupos, sendo o primeiro grupo criança/adolescentes com deficiência visual e suas figuras parentais (grupo DV) e o segundo grupo crianças/adolescentes sem deficiência visual e suas figuras parentais (grupo NDV).

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo quanto às variáveis: idade, sexo, figuras parentais, número de irmãos e classificação econômica. Ribeirão Preto, 2017

Variável	Grupo DV		Grupo NDV		Total	
	n=21	%	n=21	%	n=42	%
Idade (anos)						
7	3	14,3	3	14,3	6	14,3
8	2	9,5	2	9,5	4	9,5
9	3	14,3	3	14,3	6	14,3
10	5	23,8	5	23,8	10	23,8
11	3	14,3	3	14,3	6	14,3
12	5	23,8	5	23,8	10	23,8
Sexo						
Masculino	9	42,9	9	42,9	18	42,9
Feminino	12	57,1	12	57,1	24	57,1
Figuras Parentais						
Mãe e Pai	16	76,2	16	76,2	32	76,2
Mãe e Padrasto	3	14,3	3	14,3	6	14,3
Mãe e Avô	2	9,5	2	9,5	4	9,5
Número de Irmãos						
0	6	28,6	6	28,6	12	28,6
1	9	42,9	9	42,9	18	42,9
2	3	14,3	3	14,3	6	14,3
3 ou mais	3	14,3	3	14,3	6	14,3
Classificação econômica						
A	0	0,0	0	0,0	0	0,0
B1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
B2	6	28,6	6	28,6	12	28,6
C1	13	61,9	13	61,9	26	61,9
C2	2	9,5	2	9,5	4	9,5
D-E	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Fonte: Produzida pela autora.

Como pode ser observado na tabela, as idades das crianças/adolescentes que tiveram o maior número de participantes foram 10 e 12 anos com 10 participantes em cada idade e 23,8% respectivamente. Com relação ao sexo 24 (57,1%) crianças/adolescentes foram do sexo feminino e 18 (42,9%) crianças/adolescentes foram do sexo masculino. Quanto às figuras parentais, a maioria foi representada pela dupla de mãe e pai biológicos com 32 (76,2%) participantes. Verificou-se que 18 (42,9%) crianças/adolescentes participantes tinham apenas

1 irmão ou irmã, seguido por 12 (28,6%) crianças/adolescentes sem irmãos. A maioria das famílias concentrou-se na classificação econômica C1 com 26 (61,9%) participantes.

4.5 Instrumentos

Entrevista Inicial (APÊNDICE A) – Para coletar os dados das crianças, tais como: idade, sexo, se havia deficiências e/ou comprometimentos na saúde; e também os dados da família, envolvendo a composição familiar e a classificação econômica.

As questões feitas para identificar a classificação econômica seguiram o modelo sugerido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), e foi utilizado o Critério Brasil de classificação econômica em vigor no momento da coleta dos dados (ABEP, 2015). O sistema de pontuação da ABEP é descrito nos quadros 1, 2 e 3:

Quadro 1 – Sistema de pontuação quanto aos itens de conforto no Critério de Classificação Econômica Brasil

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados domésticos					
Automóveis					
Microcomputador					
Lava louça					
Geladeira					
Freezer					
Lava roupa					
DVD					
Micro-ondas					
Motocicleta					
Secadora roupa					

Fonte: ABEP (2015).

Quadro 2 – Sistema de pontuação quanto ao grau de instrução do chefe de família no Critério de Classificação Econômica Brasil

Escolaridade do chefe de família	
Analfabeto/Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo/Médio incompleto	2
Médio completo/Superior incompleto	4
Superior completo	7

Fonte: ABEP (2015).

Quadro 3 – Sistema de pontuação quanto aos serviços públicos no Critério de Classificação Econômica Brasil

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

Fonte: ABEP (2015).

Com a somatória de todos os itens, a pontuação varia de 0 a 100. Dessa forma, os pontos de cortes das classes são: A de 45 a 100; B1 de 38 a 44; B2 de 29 a 37; C1 de 23 a 28; C2 de 17 a 22; D-E de 0 a 16 (ABEP, 2015).

Inventário de Percepção Parental (PPI) - desenvolvido por Hazzard; Christensen e Margolin (1983) para mensurar o comportamento dos pais quanto às práticas educativas, tanto na percepção dos filhos quanto na percepção dos próprios pais. Pode ser usado com amostras contendo crianças e adultos. No instrumento original, para verificar a consistência interna do PPI, todos os itens positivos foram significativamente correlacionados (mãe e pai), com correlações variando de 0,4 a 0,83, todos os itens negativos também (mãe e pai), com correlações variando de 0,34 a 0,72. O *alfa* de Cronbach também foi calculado para cada uma das subescalas: Positiva mãe: 0,84; Negativa mãe: 0,78; Positiva pai: 0,88; Negativa pai: 0,80. O *alfa* de Cronbach também foi calculado nas quatro subescalas em dois grupos de crianças: em crianças mais novas (5-9 anos) variou de 0,81 a 0,87; e em crianças mais velhas (10-13 anos) variou de 0,74 a 0,89.

A versão para pais (ANEXO A) conta com 20 questões, em que os pais respondem sobre a percepção de suas práticas educativas, e a versão para a criança (ANEXO B) conta com 18 questões, em que a própria criança responde sobre a sua percepção sobre as práticas educativas do seu pai e da sua mãe.

O PPI é administrado a crianças de 6 a 12 anos, lendo-se as descrições e exemplos até a criança entender a questão, como perguntar com que frequência sua mãe (pai) tira coisas quando se comporta mal (não deixa ver TV, não deixa andar de bicicleta, ficar acordado até tarde ou não comer doces) (GLASER; HORNE; MYERS, 1995). Em ambas as versões, a cada pergunta deve-se responder nunca (0 ponto), pouco (1 ponto), às vezes (2 pontos), muito (3 pontos) e bastante (4 pontos), assim, todos os itens devem ser pontuados. Os itens ímpares tratam de eventos positivos nas práticas educativas e os itens pares de eventos negativos nas práticas educativas.

A soma positiva do PPI refere-se a eventos positivos nas práticas educativas e corresponde à metade das questões de todo o instrumento. No caso da versão para pais, a pontuação varia de 0 a 40 pontos e na versão para as crianças de 0 a 36 pontos.

Já a soma negativa do PPI refere-se a eventos negativos nas práticas educativas e corresponde à metade das questões de todo o instrumento. No caso da versão para pais a pontuação varia de 0 a 40 pontos e na versão para as crianças de 0 a 36 pontos.

Para calcular o escore total, deve-se fazer a soma de todas as pontuações dos itens ímpares (soma positiva), depois a soma de todas as pontuações dos itens pares (soma negativa); em seguida, calcula-se o sub-escore negativo obtido pela soma negativa menos as pontuações para os itens 2, 14 e 18. A soma positiva menos o sub-escore negativo representa o escore total do PPI (GLASER; HORNE; MYERS, 1995).

Glaser, Horne e Myers (1995) apontaram em sua pesquisa de validade convergente do PPI, dados sugestivos para as influências bidirecionais de percepções de comportamento entre os membros da família. O estudo sugeriu que a percepção positiva do comportamento da mãe pela criança está relacionada ao comportamento positivo da criança relatado por sua mãe. Bem como, a percepção da criança de práticas parentais negativas parece estar relacionada ao mau comportamento da criança, conforme relatado por seus pais. Os autores assinalaram ainda que a maneira com que as crianças percebem suas mães pode ser afetada pela extensão da carga na criação dos filhos e pela desvantagem geral da família.

Na presente pesquisa, foi utilizada a versão do PPI para pais e para a criança, traduzida para o português e analisada quanto às suas propriedades psicométricas no Brasil, em trabalho realizado por Souza, Pinto e Carvalho (2014). Nesse trabalho, em que participaram 50

famílias (pai, mãe e criança), o *alfa* de Cronbach foi calculado: na avaliação da criança sobre a mãe: subescala positiva: 0,77 e subescala negativa: 0,74; na avaliação da criança sobre o pai: subescala positiva: 0,82 e subescala negativa: 0,74; na avaliação dos pais: subescala positiva: 0,82 e subescala negativa: 0,76; na avaliação das mães: subescala positiva: 0,76 e subescala negativa: 0,77.

Embora o instrumento tenha sido utilizado em pesquisas, não foi feito estudo para proposição de normas. Assim, não há classificação quanto à normalidade ou anormalidade. A pontuação para a versão dos pais pode variar de -28 (negativos) a 40 pontos e a versão para crianças pode variar de -24 (negativos) a 36 pontos. Os 28 ou 24 pontos negativos seriam as pontuações mínimas atingidas quando a soma positiva é nula (0) e a soma negativa é máxima, ou seja, quando os eventos positivos nas práticas educativas são inexistentes e se destacam ao máximo os eventos negativos. O ponto médio desse intervalo é 6 na versão para os pais e 4 na versão para crianças, quanto maior a pontuação e quanto mais se aproxima da pontuação total, melhor será a percepção de eventos positivos nas práticas educativas parentais.

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) – proposto por Robert Goodman em 1997, o SDQ (ANEXO C) foi projetado para ser um questionário curto e simples, com boa aceitação pelos respondentes e clinicamente útil, trata-se de um questionário de rastreamento de problemas de saúde mental, proposto para avaliar o comportamento de crianças e adolescentes dos 4 aos 16 anos (GOODMAN, 1997).

O SDQ encontra-se gratuitamente disponível em mais de 40 idiomas, incluindo o português, no *site* <<http://www.sdqinfo.com>>. O instrumento conta com 25 itens divididos em cinco subescalas: 1) Sintomas Emocionais, 2) Problemas de Conduta, 3) Hiperatividade, 4) Problemas de Relacionamento com Colegas e 5) Comportamento Pró-Social. O instrumento é apresentado em três versões, a serem respondidas pelos pais, pelos professores e pelas próprias crianças acima de 11 anos. Cada subescala é composta por 5 itens, em cada item são expostas as alternativas de resposta, tais como “falso”, “mais ou menos verdadeiro” e “verdadeiro”. A opção é “mais ou menos verdadeiro” é sempre avaliada com 1 ponto, cada uma das outras duas opções pode ser cotada com 0 ou 2 pontos, conforme é apresentado no SDQ em cada afirmativa. A pontuação do escore total de dificuldades é obtida pela soma dos resultados de todas as subescalas com exceção da subescala de sociabilidade, sendo que o resultado pode variar de 0 a 40 pontos, e interpretados como normal (0-13), limítrofe (14-16) ou anormal (17-40), tendo por base os valores padronizados do instrumento. Segundo o autor,

é esperado que 80% das crianças na comunidade sejam normais, 10% sejam limítrofes e 10% anormais.

O Suplemento de Impacto, contido na segunda parte do questionário, é dirigido aos pais, professores e adolescentes; nele é questionado se a criança/adolescente tem alguma dificuldade, se a resposta for sim, seguem questões sobre a cronicidade do problema, o quanto incomoda, o quanto interfere em casa, nas amizades, no aprendizado escolar, nas atividades de lazer, e também o quanto as dificuldades da criança são um peso para a família. As respostas às questões de cronicidade e o quanto as dificuldades da criança são um peso para a família não são incluídas no cálculo da pontuação do Suplemento de Impacto. Quando a pontuação do Suplemento de Impacto for igual ou maior que 2 será considerado anormal, o resultado de 1 é limítrofe e de 0 normal, conforme padronização do instrumento.

Saur e Loureiro (2012) realizaram uma revisão de literatura sobre as qualidades psicométricas do SDQ, a partir da publicação original do instrumento, abrangendo o período de 1997 a 2010, foram selecionados e analisados 51 estudos psicométricos. Dentre esses, 37 (72,5%) investigaram o índice de consistência interna do SDQ por meio do *alfa* de Cronbach. No escore total de dificuldades, os valores do *alfa* de Cronbach, para a versão dos pais, variaram de 0,59 a 0,88; na versão dos professores de 0,60 a 0,88; e na versão de autorrelato entre 0,57 e 0,82. Foi observado que em 9 (17,6%) estudos foram realizados teste/reteste, com intervalos que variaram de 19 dias até 1 ano, a correlação entre o escore total de dificuldades variou entre 0,72 e 0,86 na versão dos pais, de 0,55 e 0,90 na versão dos professores e 0,62 e 0,84 na versão de autorrelato. Os resultados indicaram índices positivos de validade e fidedignidade em 21 países, incluindo o Brasil, demonstrando seu alcance transcultural e sua aplicabilidade na área de saúde mental infanto-juvenil. Dessa forma, as autoras apontaram que o SDQ configura-se como uma promissora alternativa no cenário brasileiro, onde instrumentos padronizados para a avaliação de indicadores de saúde mental infanto-juvenil ainda são escassos.

Neste estudo o SDQ foi aplicado na versão para pais, buscando indicadores da saúde mental das crianças. O Suplemento de Impacto do questionário também foi considerado.

4.6 Procedimento de coleta de dados

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em 18/02/2016, a coleta foi iniciada e teve seu término em outubro de 2016.

A pesquisadora, para a coleta dos dados do primeiro grupo, entrou em contato com a instituição que atende pessoas com deficiência visual, que previamente havia autorizado a pesquisadora a propor a pesquisa para as famílias com filhos com deficiência visual (ANEXO D) e, após a aprovação do projeto, forneceu os dados de contato das famílias, a pesquisadora entrou em contato por telefone com os possíveis participantes e apresentou os objetivos, métodos, procedimentos da pesquisa, riscos e benefícios, após o aceite dos participantes foi agendado um dia para, pessoalmente, verificar a compreensão das informações, esclarecer possíveis dúvidas e, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES B e C), foi solicitada sua assinatura e dado início à coleta dos dados.

Após os procedimentos descritos acima, foi realizada a Entrevista Inicial com os pais para o levantamento dos dados da criança, da família e os dados socioeconômicos, conforme descrito no item “4.5 Instrumentos”.

Para a coleta dos dados do segundo grupo, a pesquisadora entrou em contato primeiramente com uma escola filantrópica de ensino fundamental de Ribeirão Preto/SP, que previamente havia autorizado contribuir com a pesquisa passando os dados de contato das famílias (ANEXO E). A escola selecionou os potenciais participantes e forneceu uma lista contendo nome, endereço e telefones, levando em consideração o emparelhamento aos sujeitos do primeiro grupo com relação à sexo, idade, figura parental e número de irmãos. O emparelhamento trouxe dificuldades para encontrar as 21 famílias, que às vezes coincidiam em todas as características, exceto na classificação econômica. Dessa forma, houve necessidade de se obter autorização de mais escolas, pois não foi possível encontrar todas as famílias com as características necessárias.

Assim, foi solicitada autorização de mais uma escola filantrópica de ensino fundamental de Ribeirão Preto/SP (ANEXO F), e mais uma vez não foi possível encontrar todas as famílias com as características necessárias. Então, a pesquisadora solicitou autorização da Secretaria da Educação de Ribeirão Preto/SP e pôde contar com mais três escolas municipais de ensino fundamental para concluir sua coleta (ANEXO G). Depois que cada escola passou o contato das possíveis famílias participantes, a pesquisadora seguiu os mesmos procedimentos adotados na coleta do primeiro grupo, entrou em contato por telefone, apresentou os objetivos, métodos, procedimentos da pesquisa, riscos e benefícios. Após o aceite dos participantes foi agendado um dia para, pessoalmente, verificar a compreensão das informações, esclarecer possíveis dúvidas e, após leitura do TCLE, foi solicitada sua assinatura e dado início à coleta dos dados.

Após tais procedimentos, foi realizada a Entrevista Inicial com os pais para a obtenção dos dados da criança, da família e os dados socioeconômicos, momento em que se confirmavam as características necessárias para o emparelhamento com o primeiro grupo.

Com relação às crianças de ambos os grupos, os mesmos esclarecimentos sobre a pesquisa foram realizados, adequando a linguagem à sua idade, após verificar a compreensão das mesmas, foi solicitado que assinassem o Termo de Assentimento (APÊNDICE D) e, conforme necessidade da criança, foi utilizada caneta para a assinatura ou a impressão de seu polegar.

A aplicação dos instrumentos seguiu os mesmos procedimentos para ambos os grupos participantes.

A aplicação do PPI foi realizada simultaneamente com o filho e com os respectivos pais; para isso, a pesquisadora contou com a ajuda de uma auxiliar de pesquisa, pois enquanto a pesquisadora ou auxiliar dava as instruções necessárias para que o casal parental respondesse, individualmente, ao inventário e permanecesse com eles, a outra estava aplicando o inventário no respectivo filho do casal. Dessa forma, houve o cuidado para que eles não conversassem entre si sobre o inventário, garantindo que as respostas fossem fidedignas à opinião de cada um.

A aplicação do PPI nas crianças foi realizada individualmente, lendo-se para cada uma as instruções até que entendesse como responder ao inventário e, na sequência, foi lida cada sentença para a criança e anotada sua resposta.

Quanto ao SDQ, aplicado na versão para pais, foram dadas as instruções para os pais conforme orientações do instrumento e cada um respondeu ao instrumento individualmente. Na ocasião em que os pais responderam ao PPI, responderam também ao SDQ.

A aplicação dos instrumentos aos pais e crianças/adolescentes pertencentes a ambos os grupos aconteceu no domicílio de cada família, conforme preferência das mesmas, e em locais da casa determinados por elas. O dia e horário da coleta dependeram da disponibilidade da família, que, na maioria das vezes, aconteceu durante a semana, à noite ou no sábado durante o dia. O tempo médio para a coleta dos dados junto a cada família foi de trinta minutos.

4.7 Procedimento de análise dos dados

Os instrumentos foram avaliados conforme o procedimento proposto pelos respectivos autores, já descritos no item “4.5 Instrumentos”.

Os dados foram duplamente digitados em planilhas formatadas do programa *Excel*[®], para verificar a consistência dos dados digitados e, posteriormente, transportados para o programa *IBM SPSS Statistic 24* (2016) para o processamento da análise estatística.

Foram feitas análises descritivas e correlacionais entre as variáveis estudadas (práticas educativas e saúde mental) e comparação entre os dois grupos de participantes por meio de testes não paramétricos, uma vez que a maioria das variáveis envolvidas na análise não apresentou normalidade, verificada pelo teste Shapiro-Wilk.

Na análise comparativa entre os grupos, foram utilizados os testes estatísticos Mann-Whitney para as variáveis ordinais (os escores obtidos por meio da aplicação do PPI e do SDQ) e o Teste Exato de Fisher para as variáveis nominais (níveis de classificação do SDQ), processados no programa *R i386 3.1.0* (2014).

Para obtenção da correlação entre a percepção dos pais, mães e dos filhos com deficiência visual (grupo DV) quanto às práticas educativas e a correlação entre a percepção dos pais, mães e dos filhos sem deficiência visual (grupo NDV) quanto às práticas educativas, foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman.

Para realizar a correlação entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças com deficiência visual (grupo DV) e a correlação entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças sem deficiência visual (grupo NDV) também foi aplicado o Teste de Correlação de Spearman.

A força das correlações foi avaliada conforme a classificação proposta por Santos (2007) (ANEXO H).

Para as análises estatísticas, o nível de significância adotado foi $\alpha=5\%$.

4.8 Aspectos éticos

O projeto da presente pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP e somente após a autorização foi iniciada a coleta de dados, sendo aprovado pelo parecer nº 45040015.8.0000.5393 (ANEXO I). Foram mantidas as garantias dos participantes envolvidos (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade), documentadas por meio do TCLE. Foram garantidos: encaminhamentos para atendimento psicológico quando necessário e a liberdade em recusar ou retirar o consentimento sem penalização, bem como o sigilo das informações oferecidas à pesquisadora. Os encaminhamentos aconteceram para uma criança participante da pesquisa e para uma criança irmã de outra participante,

ambas foram encaminhadas para a Clínica Escola da Universidade de Ribeirão Preto e atendidas no semestre seguinte à coleta da pesquisa. A submissão ao Comitê de Ética e a utilização do TCLE estão de acordo com as exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Serão apresentados os resultados de ambos os grupos com relação à avaliação das práticas educativas parentais, na percepção dos pais e dos filhos, a seguir os dados relativos à avaliação de problemas de saúde mental, segundo os pais e por fim a associação entre as práticas educativas parentais e os problemas de saúde mental.

5.1 Práticas educativas

A Tabela 2, abaixo, apresenta as pontuações dos escores da soma positiva, negativa e escore total do Inventário de Percepção Parental (PPI), com relação aos dois grupos de participantes.

Tabela 2 – Valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão dos escores das práticas positivas, negativas e escore total do Inventário de Percepção Parental (PPI). Ribeirão Preto, 2017

Pontuações PPI	Respondentes	Grupos*	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Soma Positiva	Mãe	DV	15	38	28,00	28,67	5,79
		NDV	18	36	25,00	27,24	5,01
	Pai	DV	15	39	28,00	27,14	6,45
		NDV	12	35	23,00	23,86	5,42
	Criança sobre a mãe	DV	3	36	24,00	24,76	7,94
		NDV	14	35	24,00	25,29	5,74
Criança sobre o pai	DV	7	36	26,00	24,62	7,49	
	NDV	10	36	24,00	23,38	7,46	
Soma Negativa	Mãe	DV	3	31	15,00	16,62	6,48
		NDV	15	30	20,00	20,52	4,18
	Pai	DV	0	24	13,00	12,67	6,13
		NDV	7	26	17,00	15,76	6,19
	Criança sobre a mãe	DV	2	28	13,00	12,71	6,82
		NDV	4	25	16,00	15,95	5,72
Criança sobre o pai	DV	0	32	9,00	9,86	7,22	
	NDV	2	30	13,00	12,81	6,97	
Escore Total	Mãe	DV	-3	32	17,00	16,05	8,50
		NDV	-1	24	14,00	11,67	6,57
	Pai	DV	3	33	18,00	17,71	8,28
		NDV	2	29	9,00	12,05	6,77
	Criança sobre a mãe	DV	-13	33	16,00	15,38	10,23
		NDV	2	31	11,00	13,62	8,92
Criança sobre o pai	DV	3	33	17,00	17,19	7,99	
	NDV	-4	35	15,00	14,43	11,12	

*DV- famílias com crianças com deficiência visual (n=21)

NDV - famílias com crianças sem deficiência (n=21)

Fonte: Produzido pela autora.

Conforme observado na Tabela 2, os desvios padrão, tanto da soma positiva, soma negativa e escore total, foram altos, indicando que há uma grande dispersão em relação à média entre as respostas, o que pode ser observado também pela grande diferença entre os valores mínimos e máximos.

Com relação às práticas positivas, as menores médias foram encontradas na avaliação que a criança faz do pai do grupo NDV (23,38) e na avaliação que o próprio pai faz de si também do grupo NDV (23,86), indicando tendência da criança a atribuir ao pai menos práticas positivas e do próprio pai atribuir-se, também, menos práticas positivas na educação do seu filho. Na soma positiva, as médias no grupo DV variaram de 24,62 a 28,67 e no grupo NDV variaram de 23,38 a 27,24.

Nas práticas negativas, a maior média foi para as mães do grupo NDV (20,52), indicando que tenderam a utilizar mais práticas coercitivas na educação dos seus filhos. A menor média ficou na percepção das crianças sobre seus pais do grupo DV (9,86), indicando tendência a uma prática menos coercitiva na percepção da criança. Na soma negativa, as médias variaram no grupo DV de 9,86 a 16,62 e no grupo NDV de 12,81 a 20,52.

Em síntese, o que se verificou quanto à soma negativa é que para os dois grupos as mães tenderam a se perceberem como utilizando mais dessas práticas que os pais, tanto na avaliação que elas fazem de si quanto na avaliação que seus filhos fazem delas. Comparativamente, as mães do grupo NDV avaliaram-se mais negativamente que as mães do grupo DV, bem como foram avaliadas por seus filhos da mesma maneira. Para os pais, por outro lado, as avaliações tenderam a ser menos negativas tanto na percepção deles mesmos quanto na percepção de seus filhos sobre eles.

Nos escores totais, as médias variaram no grupo DV de 15,38 a 17,71 e no grupo NDV de 11,67 a 14,43. Em comparação ao grupo NDV, todos os respondentes do grupo DV obtiveram melhores médias em seus escores totais, indicando tendência deste último a utilizar melhores práticas educativas na educação de seus filhos.

A Tabela 3, a seguir, apresenta a comparação entre os dois grupos quanto às práticas educativas.

Tabela 3 – Comparação entre os grupos DV (n=21) e NDV (n=21) quanto às práticas educativas. Ribeirão Preto, 2017

Pontuações PPI	Respondentes	Grupos*	Mediana	Valor de U**	Valor de p**
Soma Positiva	Mãe	DV	28,00		
		NDV	25,00	188,000	0,412
	Pai	DV	28,00		
		NDV	23,00	154,000	0,093
	Criança sobre a mãe	DV	24,00		
		NDV	24,00	217,500	0,940
Criança sobre o pai	DV	26,00			
	NDV	24,00	198,500	0,579	
Soma Negativa	Mãe	DV	15,00		
		NDV	20,00	317,000	0,015
	Pai	DV	13,00		
		NDV	17,00	278,000	0,147
	Criança sobre a mãe	DV	13,00		
		NDV	16,00	292,500	0,069
Criança sobre o pai	DV	9,00			
	NDV	13,00	287,000	0,094	
Escore Total	Mãe	DV	17,00		
		NDV	14,00	149,000	0,072
	Pai	DV	18,00		
		NDV	9,00	125,000	0,016
	Criança sobre a mãe	DV	16,00		
		NDV	11,00	184,500	0,365
Criança sobre o pai	DV	17,00			
	NDV	15,00	193,500	0,497	

*DV- famílias com crianças com deficiência visual (n=21)

NDV - famílias com crianças sem deficiência (n=21)

**Teste U de Mann-Whitney

Fonte: Produzido pela autora.

Na Tabela 3, ao se comparar os dois grupos, com relação aos escores da soma positiva, não foi observada diferença estatisticamente significativa. Com relação aos escores da soma negativa, observou-se diferença estatisticamente significativa apenas entre as mães, podendo-se dizer que esse grupo apresentou percepções diferentes quanto às práticas coercitivas que utilizam na educação de seus filhos. Com relação aos escores totais, apenas os escores das

respostas dos pais apresentaram diferença estatisticamente significativa, podendo-se dizer que esse grupo apresentou percepções diferentes quanto às suas práticas educativas.

A Tabela 4, a seguir, apresenta as correlações entre as percepções dos pais, mães e filhos, do grupo DV, quanto às práticas educativas.

Tabela 4 – Correlações entre as percepções dos pais, mães e filhos, do grupo DV, quanto às práticas educativas (n=21). Ribeirão Preto, 2017

Práticas Educativas	Mãe			Pai			Criança Mãe			Criança Pai		
	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total
Mãe Soma Positiva	-0,125		0,675**				0,512*	-0,417	0,584**	0,183	-0,270	0,315
Mãe Soma Negativa		0,060	-0,754**	0,266			-0,120	0,363	-0,242	-0,113	0,351	-0,224
Mãe Escore Total				-0,313	-0,140	-0,129	0,481*	-0,489*	0,575**	0,342	-0,362	0,444*
Pai Soma Positiva					-0,061	0,836**	-0,294	0,060	-0,311	-0,039	-0,252	0,030
Pai Soma Negativa							0,385	0,188	0,254	0,196	0,708**	-0,174
Pai Escore Total							-0,402	-0,116	-0,333	-0,188	-0,626**	0,069
Criança Mãe Soma Positiva								-0,281	0,862**	0,521*	0,021	0,290
Criança Mãe Soma Negativa									-0,635**	0,243	0,631**	-0,064
Criança Mãe Escore Total										0,319	-0,207	0,276
Criança Pai Soma Positiva											0,056	0,765**
Criança Pai Soma Negativa												-0,402
Criança Pai Escore Total												

Teste de Correlação de Spearman

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

**A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Produzida pela autora.

Conforme observado na Tabela 4, segue abaixo a descrição das correlações que alcançaram significância estatística:

- a) a soma positiva da mãe correlacionou-se positivamente com o escore total da mãe (moderada; $r=0,675$; $p<0,01$); com a soma positiva da criança sobre a mãe (moderada; $r=0,512$; $p<0,05$); com o escore total da criança sobre a mãe (moderada; $r=0,584$; $p<0,01$);
- b) a soma negativa da mãe correlacionou-se negativamente com o escore total da mãe (moderada; $r=-0,754$; $p<0,01$);
- c) o escore total da mãe correlacionou-se positivamente com a soma positiva da criança sobre a mãe (fraca; $r=0,481$; $p<0,05$); com o escore total da criança sobre a mãe (moderada; $r=0,575$; $p<0,01$); com o escore total da criança sobre o pai (fraca; $r=0,444$; $p<0,05$); e negativamente com a soma negativa da criança sobre a mãe (fraca; $r=-0,489$; $p<0,05$);
- d) a soma positiva do pai correlacionou-se positivamente com o escore total do pai (forte; $r=0,836$; $p<0,01$);
- e) a soma negativa do pai correlacionou-se positivamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=0,708$; $p<0,01$); e negativamente com o escore total do pai (moderada; $r=-0,545$; $p<0,05$);
- f) o escore total do pai correlacionou-se negativamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=-0,0626$; $p<0,01$);
- g) a soma positiva da criança sobre a mãe correlacionou-se positivamente com o escore total da criança sobre a mãe (forte; $r=0,862$; $p<0,01$); e com a soma positiva da criança sobre o pai (moderada; $r=0,521$; $p<0,05$);
- h) a soma negativa da criança sobre a mãe correlacionou-se positivamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=0,631$; $p<0,01$); e negativamente com o escore total da criança sobre a mãe (moderada; $r=-0,635$; $p<0,01$);
- i) a soma positiva da criança sobre o pai correlacionou-se positivamente com o escore total da criança sobre o pai (moderada; $r=0,765$; $p<0,01$).

A Tabela 5 apresenta, a seguir, as correlações das percepções dos pais, mães e filhos, do grupo NDV, quanto às práticas educativas.

Tabela 5 – Correlações das percepções dos pais, mães e filhos, do grupo NDV, quanto às práticas educativas (n=21). Ribeirão Preto, 2017

Práticas Educativas	Mãe			Pai			Criança Mãe			Criança Pai		
	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total
Mãe Soma Positiva	-0,360		0,959**	0,205	-0,265	0,355	0,215	-0,503*	0,408	0,258	-0,533*	0,460*
Mãe Soma Negativa			-0,480*	-0,211	-0,064	-0,251	-0,447*	0,694**	-0,532*	-0,294	0,551**	-0,412
Mãe Escore Total				0,217	-0,278	0,388	0,206	-0,536*	0,412	0,280	-0,519*	0,443*
Pai Soma Positiva					0,087	0,638**	0,671**	-0,226	0,677**	0,546*	-0,410	0,564**
Pai Soma Negativa						-0,570**	-0,030	-0,248	0,036	-0,086	0,127	-0,204
Pai Escore Total							0,470*	0,024	0,436*	0,385	-0,373	0,481*
Criança Mãe Soma Positiva								-0,356	0,861**	0,783**	-0,657**	0,833**
Criança Mãe Soma Negativa									-0,694**	-0,193	0,610**	-0,398
Criança Mãe Escore Total										0,617**	-0,713**	0,751**
Criança Pai Soma Positiva											-0,602**	0,896**
Criança Pai Soma Negativa												-0,867**
Criança Pai Escore Total												

Teste de Correlação de Spearman

* A correlação é significativa ao nível 0,05 (bilateral).

** A correlação é significativa ao nível 0,01 (bilateral)

Fonte: Produzida pela autora.

Conforme observado na Tabela 5, segue abaixo a descrição das correlações que alcançaram significância estatística:

- a) a soma positiva da mãe correlacionou-se positivamente com o escore total da mãe (forte; $r=0,959$; $p<0,01$); com o escore total da criança sobre o pai (fraca; $r=0,460$; $p<0,05$); e negativamente com a soma negativa da criança sobre a mãe (moderada; $r=-0,503$; $p<0,05$); com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=-0,533$; $p<0,05$);
- b) a soma negativa da mãe correlacionou-se positivamente com a soma negativa da criança sobre a mãe (moderada; $r=0,694$; $p<0,01$); com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=0,551$; $p<0,01$); e negativamente com o escore total da mãe (fraca; $r=-0,480$; $p<0,05$); com a soma positiva da criança sobre a mãe (fraca; $r=-0,447$; $p<0,05$); com o escore total da criança sobre a mãe (moderada; $r=-0,532$; $p<0,05$);
- c) o escore total da mãe correlacionou-se positivamente com o escore total da criança sobre o pai (fraca; $r=0,443$; $p<0,05$); e negativamente com a soma negativa da criança sobre a mãe (moderada; $r=-0,536$; $p<0,05$); com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=-0,519$; $p<0,05$);
- d) a soma positiva do pai correlacionou-se positivamente com o escore total do pai (moderada; $r=0,638$; $p<0,01$); com a soma positiva da criança sobre a mãe (moderada; $r=0,671$; $p<0,01$); com o escore total da criança sobre a mãe (moderada; $r=0,677$; $p<0,01$); com a soma positiva da criança sobre o pai (moderada; $r=0,546$; $p<0,01$); com o escore total da criança sobre o pai (moderada; $r=0,564$; $p<0,01$);
- e) a soma negativa do pai correlacionou-se negativamente com o escore total do pai (moderada; $r=-0,570$; $p<0,01$);
- f) o escore total do pai correlacionou-se positivamente com a soma positiva da criança sobre a mãe (fraca; $r=0,470$; $p<0,05$); com o escore total da criança sobre a mãe (fraca; $r=0,436$; $p<0,05$); com o escore total da criança sobre o pai (moderada; $r=0,481$; $p<0,05$);
- g) a soma positiva da criança sobre a mãe correlacionou-se positivamente com o escore total da criança sobre a mãe (forte; $r=0,861$; $p<0,01$); com a soma positiva da criança sobre o pai (moderada; $r=0,783$; $p<0,01$); com o escore total da criança sobre o pai (forte; $r=0,833$; $p<0,01$); e negativamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=-0,657$; $p<0,01$);

- h) a soma negativa da criança sobre a mãe correlacionou-se positivamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=0,610$; $p<0,01$); e negativamente com o escore total da criança sobre a mãe (moderada; $r=-0,694$; $p<0,01$);
- i) o escore total da criança sobre a mãe correlacionou-se positivamente com a soma positiva da criança sobre o pai (moderada; $r=0,617$; $p<0,01$); com o escore total da criança sobre o pai (moderada; $r=0,751$; $p<0,01$); e negativamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=-0,713$; $p<0,01$);
- j) a soma positiva da criança sobre o pai correlacionou-se positivamente com o escore total da criança sobre o pai (forte; $r=0,896$; $p<0,01$); e negativamente com a soma negativa da criança sobre o pai (moderada; $r=-0,602$; $p<0,01$);
- k) a soma negativa da criança sobre o pai correlacionou-se negativamente com o escore total da criança sobre o pai (forte; $r=-0,867$; $p<0,01$).

5.2 Saúde mental

Na Tabela 6, abaixo, são apresentadas as pontuações obtidas no Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) de ambos os grupos.

Tabela 6 – Valores mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão dos escores totais e por domínios do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Ribeirão Preto, 2017

Domínios do SDQ	Respondentes	Grupos*	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	DP
Total de dificuldades	Mãe	DV	1	28	16,00	15,62	6,33
		NDV	4	29	14,00	14,95	6,38
	Pai	DV	4	21	12,00	12,24	4,83
		NDV	7	25	13,00	13,52	4,57
Comportamento pró-social	Mãe	DV	6	10	9,00	8,67	1,32
		NDV	6	10	9,00	9,24	0,99
	Pai	DV	4	10	9,00	8,00	1,95
		NDV	6	10	8,00	8,57	1,25
Hiperatividade	Mãe	DV	6	10	6,00	5,43	2,98
		NDV	2	10	4,00	4,76	2,53
	Pai	DV	0	8	4,00	4,00	2,28
		NDV	1	10	4,00	4,71	2,37
Problemas de conduta	Mãe	DV	0	7	3,00	2,62	1,91
		NDV	0	6	3,00	2,71	1,74
	Pai	DV	0	6	1,00	1,81	1,54
		NDV	0	6	2,00	2,62	1,56
Sintomas emocionais	Mãe	DV	1	7	5,00	4,38	1,99
		NDV	1	9	5,00	5,19	2,40
	Pai	DV	1	7	4,00	3,86	1,59
		NDV	0	8	3,00	3,86	2,03
Problemas com colegas	Mãe	DV	0	6	3,00	3,19	1,75
		NDV	0	6	2,00	2,29	1,76
	Pai	DV	0	6	3,00	2,57	1,83
		NDV	1	6	2,00	2,33	1,24

*DV- famílias com crianças com deficiência visual (n=21)

NDV - famílias com crianças sem deficiência visual (n=21)

Fonte: Produzida pela autora.

No total de dificuldades, as mães de ambos os grupos tenderam a ver os filhos como tendo mais problemas de saúde mental que os pais. Isso vale também para os domínios “Problemas de conduta” e “Sintomas emocionais”, com exceção dos domínios “Hiperatividade” e “Problemas com colegas” no grupo NDV, em que mães e pais apresentaram valores de médias muito próximos. No domínio “Comportamento pró-social” as mães de ambos os grupos tenderam a avaliar melhor seus filhos que os pais, lembrando que, diferentemente dos outros domínios, neste, quanto maior a pontuação melhor a avaliação.

A tabela 7, a seguir, apresenta a comparação dos escores totais e nos domínios do SDQ entre os dois grupos quanto à avaliação da saúde mental das crianças feita por seus pais.

Tabela 7 – Comparações das avaliações de saúde mental das crianças dos dois grupos DV (n=21) e NDV (n=21), realizadas por pais e mães. Ribeirão Preto, 2017

Domínios do SDQ	Respondentes	Grupos*	Mediana	Valor de U**	Valor de p**
Total de dificuldades	Mãe	DV	16,00	200,000	0,605
		NDV	14,00		
	Pai	DV	12,00	239,500	0,632
		NDV	13,00		
Comportamento pró-social	Mãe	DV	9,00	276,000	0,140
		NDV	9,00		
	Pai	DV	9,00	251,500	0,423
		NDV	8,00		
Hiperatividade	Mãe	DV	6,00	185,000	0,366
		NDV	4,00		
	Pai	DV	4,00	254,000	0,395
		NDV	4,00		
Problemas de conduta	Mãe	DV	3,00	229,000	0,829
		NDV	3,00		
	Pai	DV	1,00	295,000	0,055
		NDV	2,00		
Sintomas emocionais	Mãe	DV	5,00	265,000	0,258
		NDV	5,00		
	Pai	DV	4,00	208,500	0,759
		NDV	3,00		
Problemas com colegas	Mãe	DV	3,00	155,500	0,097
		NDV	2,00		
	Pai	DV	3,00	191,500	0,457
		NDV	2,00		

*DV- famílias com crianças com deficiência visual (n=21)

NDV - famílias com crianças sem deficiência visual (n=21)

**Teste U de Mann-Whitney

Fonte: Produzida pela autora.

Na Tabela 7, a comparação mostrou que não há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto à avaliação da saúde mental das crianças apresentada por pais e mães.

A tabela 8, abaixo, exhibe os resultados dos níveis de classificação (normal, limítrofe e anormal) das respostas de pais e mães, de ambos os grupos, quanto à avaliação da saúde mental das crianças, realizada por eles mesmos, nos domínios e Suplemento de Impacto do SDQ, bem como a comparação dessa classificação entre os dois grupos.

Tabela 8 – Classificação e comparação das avaliações de saúde mental das crianças dos dois grupos DV (n=21) e NDV (n=21), realizadas por pais e mães, quanto aos níveis de classificação normal, limítrofe e anormal. Ribeirão Preto, 2017

Domínios do SDQ	Respondentes	Grupos*	Normal		Limítrofe		Anormal		Valor de p**
			n	%	n	%	n	%	
Total de dificuldades	Mãe	DV	8	38,1	5	23,8	8	38,1	0,853
		NDV	10	47,6	4	19,0	7	33,3	
	Pai	DV	13	61,9	3	14,3	5	23,8	
		NDV	11	52,4	7	33,3	3	14,3	
Comportamento pró-social	Mãe	DV	21	100	0	0	0	0	-
		NDV	21	100	0	0	0	0	
	Pai	DV	19	90,5	1	4,8	1	4,8	
		NDV	21	100	0	0	0	0	
Hiperatividade	Mãe	DV	9	42,9	3	14,3	9	42,9	0,488
		NDV	14	66,7	2	9,5	5	23,8	
	Pai	DV	16	76,2	1	4,8	4	19,0	
		NDV	13	61,9	4	19,0	4	19,0	
Problemas de conduta	Mãe	DV	10	47,6	4	19,0	7	33,3	1,000
		NDV	10	47,6	4	19,0	7	33,3	
	Pai	DV	16	76,2	3	14,3	2	9,5	
		NDV	12	57,1	2	9,5	7	33,3	
Sintomas emocionais	Mãe	DV	7	33,3	2	9,5	12	57,1	0,828
		NDV	6	8,6	4	19,0	11	52,4	
	Pai	DV	7	33,3	7	33,3	7	33,3	
		NDV	12	57,1	3	14,3	6	28,6	
Problemas com colegas	Mãe	DV	7	33,3	4	19,0	10	47,6	0,227
		NDV	12	57,1	4	19,0	5	23,8	
	Pai	DV	9	42,9	4	19,0	8	38,1	
		NDV	12	57,1	7	33,3	2	9,5	
Suplemento de Impacto	Mãe	DV	9	42,9	3	14,3	9	42,9	0,161
		NDV	14	66,7	4	19,0	3	14,3	
	Pai	DV	16	76,2	2	9,5	3	14,4	
		NDV	16	76,2	4	19,0	1	4,8	

*DV- famílias com crianças com deficiência visual (n=21)

NDV - famílias com crianças sem deficiência visual (n=21)

** Teste Exato de Fisher

Fonte: Produzida pela autora.

Observando a Tabela 8, destaca-se na comparação entre mães e pais dos dois grupos que o índice de normalidade foi maior no domínio “Total de dificuldades” nas mães do grupo NDV e pais do grupo DV; no domínio “Hiperatividade” nas mães do grupo NDV e pais do grupo DV; no domínio “Problemas de conduta” nos pais do grupo DV e mesmo índice entre as mães; no domínio “Sintomas emocionais” nas mães do grupo DV e pais do grupo NDV; no domínio “Problemas com colegas” nas mães e pais do grupo NDV; no “suplemento de impacto” nas mães do grupo NDV e mesmo índice entre os pais dos grupos DV e NDV; no

domínio “Comportamento pró-social” mães de ambos os grupos e pais do grupo NDV tiveram pontuação máxima.

Embora haja diferenças entre o modo em que pais e mães dos dois grupos avaliaram a saúde mental de seus filhos, estas não alcançaram significância estatística. Em relação ao comportamento pró-social avaliado pelas mães, não foi possível realizar comparação entre os grupos porque todas avaliaram seus filhos dentro da categoria normal.

5.3 Práticas educativas e saúde mental

A Tabela 9, a seguir, apresenta as correlações entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças com deficiência visual (DV).

Tabela 9 – Correlações entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças com deficiência visual (DV) (n=21). Ribeirão Preto, 2017

Práticas Educativas Saúde Mental	Mãe			Pai			Criança Mãe			Criança Pai		
	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Escore Total
Comportamento pró-social - Mãe	0,371	-0,262	0,364	0,089	-0,095	0,138	0,200	0,020	0,066	0,131	-0,076	0,099
Hiperatividade – Mãe	0,291	0,620**	-0,183	-0,132	0,366	-0,351	0,036	0,322	-0,106	0,218	0,391	0,132
Sintomas emocionais - Mãe	-0,166	0,334	-0,414	0,255	0,212	0,117	-0,024	0,208	-0,041	-0,048	0,203	-0,420
Problemas de conduta - Mãe	-0,253	0,686**	-0,539*	0,053	0,502*	-0,303	-0,006	0,535*	-0,236	0,183	0,610**	-0,101
Problemas com colegas - Mãe	-0,247	0,569**	-0,539*	0,022	0,293	-0,171	-0,071	0,276	-0,148	0,023	0,223	-0,175
Comportamento pró-social - pai	-0,127	0,016	-0,117	0,186	-0,177	0,214	-0,377	0,345	-0,606**	-0,112	0,068	-0,117
Hiperatividade – pai	0,038	0,358	-0,146	-0,100	0,325	-0,224	0,107	0,065	0,011	0,169	0,103	0,303
Sintomas emocionais - Pai	-0,097	0,308	-0,173	-0,040	0,259	-0,138	0,018	0,391	-0,120	0,283	0,377	0,032
Problemas de conduta - Pai	-0,244	0,154	-0,225	-0,220	0,536*	-0,447*	0,011	0,235	0,015	-0,032	0,531*	-0,104
Problemas com colegas - Pai	0,000	-0,038	0,152	-0,092	0,096	-0,084	0,259	-0,103	0,362	0,452*	-0,181	0,424
Total das dificuldades - Mãe	-0,086	0,747**	-0,537*	0,086	0,489*	-0,231	-0,089	0,520*	-0,271	0,066	0,568**	-0,247
Total das dificuldades - Pai	-0,115	0,347	-0,191	-0,120	0,427	-0,288	0,096	0,180	0,082	0,276	0,250	0,245

Teste de Correlação de Spearman

*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Produzida pela autora.

Conforme observado na Tabela 9, segue abaixo a descrição das correlações que alcançaram significância estatística:

- a) a soma negativa da mãe nas práticas educativas correlacionou-se positivamente com a hiperatividade da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,620$; $p<0,01$); com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,686$; $p<0,01$); com os problemas com colegas da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,569$; $p<0,01$); com o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,747$; $p<0,01$);
- b) o escore total da mãe nas práticas educativas correlacionou-se negativamente com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=-0,539$; $p<0,05$); com os problemas com colegas da criança na avaliação da mãe (moderado; $r=-0,539$; $p<0,05$); com o total de dificuldades na avaliação da mãe (moderada; $r=-0,537$; $p<0,05$);
- c) a soma negativa do pai nas práticas educativas correlacionou-se positivamente com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,502$; $p<0,05$); com os problemas de conduta da criança na avaliação do pai (moderada; $r=0,536$; $p<0,05$); com o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe (fraca; $r=0,489$; $p<0,05$);
- d) o escore total do pai nas práticas educativas correlacionou-se negativamente com os problemas de conduta da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,447$; $p<0,05$);
- e) a soma negativa da mãe nas práticas educativas segundo a avaliação da criança correlacionou-se positivamente com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,535$; $p<0,05$); com o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,520$; $p<0,05$);
- f) o escore total da mãe nas práticas educativas segundo a avaliação da criança correlacionou-se negativamente com o comportamento pró-social da criança na avaliação do pai (moderada; $r=-0,606$; $p<0,01$);
- g) a soma positiva do pai nas práticas educativas segundo a avaliação da criança correlacionou-se positivamente com os problemas com colegas da criança na avaliação do pai (fraca; $r=0,452$; $p<0,05$);
- h) a soma negativa do pai nas práticas educativas segundo a avaliação da criança correlacionou-se positivamente com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,610$; $p<0,01$); com os problemas de conduta

da criança na avaliação do pai (moderada; $r=0,531$; $p<0,05$); com o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=0,568$; $p<0,01$).

A Tabela 10, a seguir, apresenta as correlações entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças sem deficiência (NDV).

Tabela 10 – Correlações entre as práticas educativas e os problemas de saúde mental do grupo de pais com crianças sem deficiência (NDV) (n=21). Ribeirão Preto, 2017

Práticas Educativas	Mãe			Pai			Criança Mãe			Criança Pai		
	Soma Positiva	Soma Negativa	Score Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Score Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Score Total	Soma Positiva	Soma Negativa	Score Total
Saúde Mental												
Comportamento	0,096	-0,101	0,030	-0,013	-0,132	0,170	0,166	-0,185	0,205	-0,245	0,044	-0,097
pró-social - Mãe												
Hiperatividade - Mãe	-0,599**	0,282	-0,621**	-0,037	0,442*	-0,391	0,060	0,289	-0,173	0,080	0,235	-0,092
Sintomas emocionais - Mãe	-0,057	0,294	-0,262	-0,185	0,115	-0,302	0,035	0,161	-0,112	0,103	-0,069	0,139
Problemas de conduta - Mãe	-0,262	0,385	-0,330	-0,437*	0,416	-0,529*	-0,359	0,221	-0,348	-0,349	0,336	-0,412
Problemas com colegas - Mãe	-0,245	0,291	-0,289	-0,258	-0,056	-0,215	-0,091	0,200	-0,252	0,128	0,099	0,046
Comportamento pró-social - pai	-0,466*	0,146	-0,397	0,096	0,019	0,048	0,093	0,385	-0,117	-0,022	0,164	-0,104
Hiperatividade - pai	-0,451*	0,249	-0,396	-0,126	-0,039	-0,297	-0,256	0,170	-0,247	-0,039	0,210	-0,157
Sintomas emocionais - Pai	-0,366	0,058	-0,497*	0,261	0,462*	-0,214	0,137	-0,115	0,158	0,029	0,003	0,015
Problemas de conduta - Pai	-0,067	0,230	-0,156	-0,435*	0,303	-0,498*	-0,336	0,236	-0,416	-0,166	0,244	-0,268
Problemas com colegas - Pai	0,128	-0,324	0,020	0,175	0,072	-0,015	0,311	-0,417	0,375	0,135	-0,285	0,276
Total das dificuldades - Mãe	-0,399	0,421	-0,501*	-0,253	0,368	-0,476*	-0,067	0,305	-0,272	0,048	0,201	-0,081
Total das dificuldades - Pai	-0,372	0,125	-0,454*	-0,010	0,337	-0,399	-0,157	0,023	-0,155	-0,060	0,138	-0,119

Teste de Correlação de Spearman

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Fonte: Produzida pela autora.

Conforme observado na Tabela 10, segue abaixo a descrição das correlações que alcançaram significância estatística:

- a) a soma positiva da mãe nas práticas educativas correlacionou-se negativamente com a hiperatividade da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=-0,599$; $p<0,01$); com o comportamento pró-social da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,466$; $p<0,05$); com a hiperatividade da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,451$; $p<0,05$);
- b) o escore total da mãe nas práticas educativas correlacionou-se negativamente com a hiperatividade da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=-0,621$; $p<0,01$); com os sintomas emocionais da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,497$; $p<0,05$); com o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=-0,501$; $p<0,05$); com o total de dificuldades da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,454$; $p<0,05$);
- c) a soma positiva do pai nas práticas educativas correlacionou-se negativamente com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (fraca; $r=-0,437$; $p<0,05$); com os problemas de conduta da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,435$; $p<0,05$);
- d) a soma negativa do pai nas práticas educativas correlacionou-se positivamente com a hiperatividade da criança na avaliação da mãe (fraca; $r=0,442$; $p<0,05$); com os sintomas emocionais da criança na avaliação do pai (fraca; $r=0,462$; $p<0,05$);
- e) o escore total do pai nas práticas educativas correlacionou-se negativamente com os problemas de conduta da criança na avaliação da mãe (moderada; $r=-0,529$; $p<0,05$); com os problemas de conduta da criança na avaliação do pai (fraca; $r=-0,498$; $p<0,05$); com o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe (fraca; $r=-0,476$; $p<0,05$).

6 DISCUSSÃO

6.1 Práticas educativas

Considerando os escores totais no PPI, as pontuações são maiores no grupo DV do que no grupo NDV, com relação às percepções dos pais, mães e crianças avaliando pais e mães. Ainda considerando os escores totais, nas avaliações das crianças de ambos os grupos os pais ficaram com pontuações maiores que as mães, bem como as mães atribuíram-se escores menores que os pais. Embora o PPI tenha sido utilizado em pesquisas, não foi feito estudo para proposição de normas, não havendo classificação quanto a normalidade ou anormalidade, mas quanto maior o escore total, melhores são as percepções de eventos positivos nas práticas educativas parentais.

Apesar dos apontamentos acima, nas comparações entre as práticas educativas de pais, mães e crianças avaliando seus pais entre os dois grupos, DV e NDV, verificou-se que, com relação à soma negativa, apenas os escores das mães apresentaram diferença estatisticamente significativa. Nesse sentido, as mães das crianças sem deficiência visual perceberam-se utilizando de mais práticas coercitivas na educação de seus filhos que as mães de crianças com deficiência visual. Com relação ao escore total, apenas os escores das respostas dos pais apresentaram diferença estatisticamente significativa. Assim, os pais das crianças com deficiência visual avaliaram-se de forma mais positiva em suas práticas educativas que os pais de crianças sem deficiência visual.

Considerando os apontamentos acima, resultados contrastantes foram encontrados por Vaz (2011). A pesquisadora verificou que as mães de filhos sem deficiência apresentaram estilos parentais mais positivos que as mães de filhos com deficiência visual, apresentando diferença estatisticamente significativa, o mesmo não ocorreu com os pais.

Divergindo também dos achados da presente pesquisa, o estudo de Minetto et al. (2012) mostrou que os pais de crianças com desenvolvimento típico apresentaram mais estratégias de práticas parentais autoritativas do que pais de crianças com desenvolvimento atípico. O modelo autoritativo envolve apoio, controle, com regras fixas e incentivo à autonomia (BAURIND, 1966).

Nas correlações das percepções dos pais, mães e filhos quanto às práticas educativas do grupo DV, destacam-se acordos nas avaliações que a criança faz de seus pais (mães e pais) com as avaliações que pais e mães fazem de si mesmos. A soma dos escores das práticas positivas da mãe, quando esta se avalia, tem relação positiva e moderada com os escores totais

da mãe quando esta é avaliada pela criança, os escores totais da criança avaliando a mãe e da mãe avaliando-se, também mantêm relação moderada e positiva, ou seja, quanto melhor a mãe avalia a si em suas práticas educativas, melhor a criança também a avalia. Quanto ao pai, destacam-se as correlações moderada e positiva entre os escores da soma negativa obtidos quando o pai avalia a si com os escores da soma negativa quando a criança o avalia, ou seja, quanto maior a soma negativa do pai em suas práticas educativas, maior também a soma negativa do pai na avaliação da criança; e também correlação negativa e moderada entre o escore total do pai e a soma negativa do pai quando avaliado pela criança, assim, quanto maior o escore total do pai menor a soma negativa dele quando avaliado pela criança.

Nas correlações das percepções dos pais, mães e filhos quanto às práticas educativas do grupo NDV, destacam-se, também, acordos nas avaliações que a criança faz de seus pais (pais e mães) com as avaliações que pais e mães fazem de si mesmos. Quando a criança avalia a mãe quanto a suas práticas negativas, há uma correlação positiva e moderada quanto às práticas negativas da mãe, quando esta se auto avalia, ou seja, quanto maior a soma negativa da mãe, em suas práticas educativas, maior também a soma negativa da mãe quando avaliada pela criança.

Os escores totais da criança avaliando a mãe e os escores das práticas negativas da mãe avaliando a si mesma mantêm uma relação negativa e moderada, ou seja, quanto maior o escore total da mãe na avaliação da criança, menor a soma negativa da mãe quando esta se auto avalia. Quanto ao pai, destacam-se correlações moderada e positiva entre os escores da soma positiva do pai quando avaliado pela criança e da soma positiva do pai avaliando-se, assim como os escores totais do pai avaliado pela criança e a soma positiva do pai avaliando-se mantêm uma correlação moderada e positiva. Assim, quanto maior a soma positiva e o escore total do pai na avaliação da criança, maior também é a soma positiva do pai avaliando-se. Destaca-se nas avaliações que a criança faz do pai e da mãe que há correlação positiva e forte entre os escores totais do pai e os escores da soma positiva da mãe, assim, na avaliação da criança, quanto maior o escore total do pai, maior será a soma positiva da mãe.

Esses resultados, de acordos nas avaliações das práticas educativas que a criança faz de seus pais (pais e mães) com as avaliações que pais e mães fazem deles mesmos, em ambos os grupos (DV e NDV), vêm ao encontro dos achados de Glaser, Horne e Myers (1995), que apontaram dados sugestivos para as influências bidirecionais de percepções de comportamento entre os membros da família, sugerindo que a percepção positiva do comportamento da mãe pela criança está relacionada ao comportamento positivo da criança relatado por sua mãe, assim como a percepção da criança sobre práticas parentais negativas

parece estar relacionada ao mau comportamento da criança, conforme relatado por seus pais. Isso remete à observação de Montandon (2005) que, quanto aos estilos de relação educativa e afetiva entre pais e filhos, é difícil saber se é a ação parental que tem efeitos particulares sobre a criança ou se os pais desenvolvem seu estilo educativo em reação aos comportamentos da criança.

Glaser, Horne e Myers (1995) concluíram ainda que a maneira com que as crianças percebem suas mães pode ser afetada pela extensão da carga na criação dos filhos, pela desvantagem geral da família. Considerando o presente trabalho, pode-se relacionar isso aos resultados de escores totais do PPI, em ambos os grupos, menores nas percepções das mães e dos filhos com relação a elas, quando comparados aos pais, embora sem significância estatística. É possível que as mães estejam mais envolvidas na educação dos filhos, podendo sentir-se sobrecarregadas e, assim, usarem práticas educativas menos positivas.

Com relação à primeira hipótese do trabalho: **As práticas educativas parentais de pais com filhos com deficiência visual são diferentes das práticas educativas parentais utilizadas por pais de filhos sem deficiência**, houve confirmação apenas parcial. Com relação ao escore total, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas entre os pais de crianças dos dois grupos (DV e NDV); e com relação à soma negativa, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas entre as mães.

Quanto à segunda hipótese: **As práticas educativas parentais utilizadas por pais de filhos com deficiência visual são menos positivas do que as práticas utilizadas por pais com filhos sem deficiência**, ela também não foi confirmada. Entre os pais, verificou-se que aqueles do grupo DV utilizaram de melhores práticas educativas com seus filhos e não o contrário; e entre as mães, verificou-se que aquelas do grupo NDV utilizaram mais práticas coercitivas na educação de seus filhos.

6.2 Saúde mental

Considerando o domínio “total de dificuldades” no SDQ, as pontuações das médias das mães de ambos os grupos (DV e NDV) são maiores que as médias dos pais, indicando que as mães tendem a ver os filhos com mais problemas de saúde mental. Porém, essa diferença nas médias não alcançou diferença estatisticamente significativa quanto à avaliação da saúde mental das crianças feita por pais e mães.

Com relação à classificação de normalidade do SDQ no domínio “total de dificuldades”, os pais de ambos os grupos (DV e NDV) tenderam a avaliar mais seus filhos na

categoria “normal” que as mães. Ainda com relação ao total de dificuldades, os pais do grupo DV tenderam a avaliar seus filhos mais na categoria “normal” que as mães do mesmo grupo e que mães e pais do grupo NDV. Embora haja diferenças entre o modo com que pais e mães dos dois grupos avaliam a saúde mental de seus filhos, estas não alcançaram significância estatística.

Alguns estudos apontam que uma avaliação negativa dos indivíduos que apresentam deficiências pode trazer sofrimento e contribuir para a formação de uma autoimagem negativa (OMOTE, 1994; BUSCAGLIA, 2006). Apontam-se, também, problemas no desenvolvimento, como atrasos neuropsicomotores, comunicativos e sociais (NAVARRO; FONTES; FUKUJIMA, 1999; BATISTA, 2001; SOUZA et al., 2010).

Apesar das dificuldades apontadas na literatura, no presente trabalho não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à saúde mental das crianças de ambos os grupos (DV e NDV). Neste caso, a terceira hipótese: **Crianças com deficiência visual têm mais problemas de saúde mental que crianças sem deficiência visual**, não encontrou confirmação neste trabalho. É possível que tal resultado tenha relação com a seleção da amostra do presente estudo que é composta de crianças e pais assistidos por uma instituição que lhes oferece acolhimento, suporte e orientações, o que talvez faça com que possíveis diferenças entre os grupos não apareçam.

Por outro lado, nas orientações do instrumento para interpretação do SDQ, o esperado é que em torno de 80% das crianças na comunidade alcancem a classificação normal, 10% limítrofe e 10% anormal. Neste trabalho, de modo geral, os percentuais ficaram diferentes dos esperados pelo instrumento. Considerando o domínio “total de dificuldades” no grupo DV, as mães classificaram seus filhos como 38,1% normais, 23,8% limítrofes e 38,1% anormais; os pais do grupo DV classificaram seus filhos como 61,9% normais, 14,3% limítrofes e 23,8% anormais; as mães do grupo NDV classificaram seus filhos como 47,6% normais, 19% limítrofes e 33,3% anormais; os pais do grupo NDV classificaram seus filhos como 52,4% normais, 33,3% limítrofes e 14,3% anormais, obtendo, assim, percentuais de normalidade abaixo do esperado conforme critérios apontados pelo próprio instrumento. Na presente amostra, encontrou-se que pais e mães tendem a ver seus filhos, sejam eles com ou sem deficiência visual, com mais dificuldades do que seria esperado encontrar.

Vale ressaltar que no domínio “comportamento pró-social” as crianças de ambos os grupos (DV e NDV) tiveram pontuações de normalidade acima do esperado: mães do grupo DV atribuíram aos seus filhos 100% de normalidade; pais do grupo DV atribuíram aos seus

filhos 90,5% de normalidade; e pais e mães do grupo NDV atribuíram aos seus filhos 100% de normalidade.

Com exceção do domínio “comportamento pró-social”, todos os outros, “total de dificuldades”; “hiperatividade”; “problemas de conduta”; “sintomas emocionais”; “problemas com colegas”; bem como o “suplemento de impacto”, tiveram percentuais de normalidade abaixo do esperado conforme critérios do instrumento.

Cid e Matsukura (2014) investigaram a prevalência de problemas de saúde mental em estudantes do primeiro ciclo do ensino fundamental e dos seus responsáveis, participaram da amostra 321 responsáveis por estudantes da rede municipal de ensino. Para avaliar problemas de saúde mental nos responsáveis, foi utilizado o instrumento Mini International Neuropsychiatric Interview, como resultado 63% dos responsáveis apresentaram pelo menos um transtorno mental. Para a avaliação de saúde mental das crianças foi utilizado o SDQ e como resultado no domínio “total de dificuldades” 43% das crianças foram classificadas como normais, 14% como limítrofes e 43% como anormais. Ficando os percentuais de normalidade abaixo do esperado segundo critérios do instrumento. Aqui também, com exceção do domínio “comportamento pró-social”, todos os outros, “problemas emocionais”, “problemas de conduta”, “problemas de relacionamento”, “hiperatividade” e “suplemento de impacto” também ficaram com percentuais de normalidade abaixo do esperado conforme o instrumento. Os resultados indicaram que a pontuação da criança no SDQ foi significativamente maior quando o responsável apresentava algum transtorno mental. Os resultados no SDQ, encontrados pelos autores, convergem com os resultados encontrados na presente pesquisa.

No estudo realizado por Ferrioli, Marturano e Puntel (2007) que investigou variáveis do contexto familiar e o risco de problemas emocionais/comportamentais em crianças cadastradas em Programa Saúde da Família, participaram 100 crianças de 6 a 12 anos de idade e seus familiares. Para o levantamento dos problemas emocionais/comportamentais aplicou-se o SDQ, tendo como principal informante a mãe biológica. Com relação ao domínio “total de dificuldades”, as pesquisadoras encontraram que 69% das crianças ficaram no nível de normalidade, 12% limítrofes e 19% anormais. Nesse caso, é possível observar que os percentuais de normalidade também ficaram abaixo do esperado conforme critérios do próprio instrumento, vindo ao encontro dos achados da presente pesquisa.

Em outras pesquisas também foram encontrados resultados com percentuais de normalidade/anormalidade diferentes dos esperados conforme critérios apontados pelo SDQ. Stivanin, Scheuer e Assumpção (2008) buscaram identificar as características

comportamentais de crianças leitoras usando o SDQ. Participaram 74 crianças da segunda à quarta série do ensino fundamental, com médias de idades entre 8,6 e 10,7 anos. Como resultado, com exceção do domínio “comportamento pró-social”, todos os outros domínios ficaram com percentual de anormalidade acima do esperado na avaliação dos pais: “hiperatividade” 40%, “problemas emocionais” 44%, “problemas de conduta” 44% e “problemas de relacionamento” 20%.

Na pesquisa de Sakuramoto, Squassoni e Matsukura (2014) com 51 díades de pai ou mãe e seus filhos, com idades entre 11 e 13 anos, para a avaliação de saúde mental também foi utilizado o SDQ. Os resultados mostraram que, na avaliação de pais ou mães, no domínio “total de dificuldades”, 51% das crianças enquadraram-se na classificação normal, 12% na classificação limítrofe e 37% na classificação anormal.

Conforme exposto, os resultados de várias pesquisas convergem com o resultado do presente estudo com relação à saúde mental das crianças estarem pior do que o esperado pelo instrumento, o que sugere postura de alerta para o risco dessas crianças e suas famílias estarem passando por sofrimentos. Estes podem ser decorrentes das exigências parentais em relação ao desempenho da criança ou outras dificuldades dos pais na relação com suas crianças, que os fazem percebê-las como tendo problemas de ordem comportamental e/ou emocional.

Na presente pesquisa, comparando o “Total de dificuldades” e o “Suplemento de Impacto” de ambos os grupos é possível notar que o segundo alcançou índices maiores de normalidade, indicando que os pais (pais e mães) tenderam a minimizar o impacto, a interferência que as dificuldades da criança têm na vida da própria criança. Tais resultados corroboram com os encontrados por Cid e Matsukura (2014) e também por Sakuramoto, Squassoni e Matsukura (2014) que mostraram que no “Suplemento de Impacto” os índices de normalidade foram maiores que no “Total de dificuldades”.

Bordini e Paula (2007), considerando vários estudos epidemiológicos sobre a saúde mental da infância e adolescência no Brasil, apontaram que as taxas de prevalência obtidas com instrumentos de rastreamento variaram de 13,5 a 35% quando pais ou substitutos foram os únicos informantes. As taxas variaram entre 7 e 12,7% quando se usava instrumentos diagnósticos associados com informações de pais, professores e adolescentes. Em famílias de baixa renda, estudos que envolviam dados de dois ou três informantes, apontaram taxas de prevalência entre 22 e 24,6%.

Considerando a repercussão que problemas de saúde mental podem ter na vida de crianças e adolescentes, pontua-se aqui, sobre a necessidade e importância de disponibilizar serviços de saúde mental comunitários para essa clientela, envolvendo oferecer serviços de prevenção e promoção de saúde, objetivando disponibilizar espaços para convivências saudáveis, aprendizagem, reforço de habilidades e de capacidades sociais e emocionais importantes para o desenvolvimento e, assim, possibilitar a diminuição de tais problemas.

6.3 Práticas educativas e saúde mental

Nas correlações entre as práticas educativas e saúde mental do grupo DV que alcançaram significância estatística, destacaram-se os resultados obtidos entre o “total de dificuldades” dos problemas de saúde mental da criança na avaliação da mãe e as práticas educativas.

Assim, observou-se correlação positiva e moderada entre a soma negativa da mãe e o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe. Então, quanto mais práticas educativas negativas a mãe utilizou, maior o “total de dificuldades” da criança na avaliação de sua mãe. Observou-se, também, correlação positiva e moderada entre a soma negativa da mãe na avaliação da criança e o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe; quanto maior a soma negativa da mãe na percepção da criança, maior foi o “total de dificuldades” da criança na avaliação de sua mãe.

Há correlação positiva e moderada entre a soma negativa do pai na avaliação da criança e o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe; quanto maior a soma negativa do pai na percepção da criança, maior também o “total de dificuldades” da criança na avaliação de sua mãe; e, ainda, correlação positiva fraca entre a soma negativa do pai e o total de dificuldades da criança na avaliação da mãe, assim, quanto maior a soma negativa do pai nas práticas educativas, maior o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe.

Observou-se, também, correlação inversa e moderada entre o escore total da mãe e o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe; quanto maior o escore total da mãe nas práticas educativas menor foi o “total de dificuldades” da criança na avaliação de sua mãe.

Nas correlações entre as práticas educativas e saúde mental do grupo NDV que alcançaram significância estatística, destacaram-se os resultados obtidos entre o “total de dificuldades” dos problemas de saúde mental da criança na avaliação da mãe, do pai e as práticas educativas.

Assim, observou-se correlação inversa moderada entre o escore total da mãe e o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe; quanto maior o escore total nas práticas educativas da mãe menor foi o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe.

Observou-se correlação inversa fraca entre o escore total do pai e o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe; quanto maior o escore total do pai nas práticas educativas menor foi o “total de dificuldades” da criança na avaliação da mãe.

Observou-se, ainda, correlação inversa fraca entre o escore total da mãe e o “total de dificuldades” da criança na avaliação do pai; quanto maior o escore total da mãe nas práticas educativas menor foi o “total de dificuldades” da criança na avaliação do pai.

Os resultados em ambos os grupos, de modo geral, apontaram para a correlação entre práticas educativas parentais e saúde mental dos filhos, no sentido que, quanto melhores foram as práticas educativas, melhor foi o resultado relativo à saúde mental da criança.

Sakuramoto, Squassoni e Matsukura (2014) buscaram investigar as relações entre o apoio social dos pais, as práticas parentais familiares e a saúde mental dos filhos, utilizando o Questionário de apoio social, o Inventário de Estilos Parentais e o SDQ. Seus resultados sugeriram que, quanto maior o apoio social e mais positivo o estilo parental, menor é o risco de que a criança apresente algum problema de saúde mental.

A pesquisa realizada por Salvo, Silvaes e Toni (2005) objetivou investigar quais práticas educativas poderiam ser preditoras de comportamentos da criança. Para isso, as crianças responderam o Inventário de Estilos Parentais de Gomide (IEP) sobre a forma com que os pais os educam; nos pais foi aplicado o Child Behavior Check List (CBCL) para que respondessem em relação aos comportamentos dos filhos. Fizeram parte da amostra 30 crianças, de 11 a 13 anos, e um de seus pais. Como resultado, observou-se que monitoria positiva e comportamento moral são variáveis preditoras de comportamentos pró-sociais, e a falta das mesmas aliada às práticas negativas são preditoras de distúrbios de comportamento.

As duas pesquisas relatadas acima vêm ao encontro dos achados do presente trabalho, quanto à relação entre melhores práticas educativas e menos problemas de saúde mental, embora as autoras tenham utilizado instrumentos diferentes.

Destaca-se aqui a pesquisa de Ramires et al. (2009) que objetivou descrever os problemas de saúde mental apresentados por crianças de 4 a 11 anos, atendidas em uma clínica-escola, e também identificar fatores de risco presentes na história de vida que pudessem estar associados a esses problemas. Participaram 40 crianças, a coleta de dados incluiu hora de jogo, testes projetivos, psicométricos e entrevistas semiestruturadas com os pais para a anamnese. Os autores encontraram que 25,9% das crianças encaixavam na

hipótese diagnóstica de transtorno de déficit de atenção e do comportamento disruptivo; 24,1% de transtornos depressivos e 19% de transtornos de ansiedade. Considerando os fatores de risco, 87,5% das crianças apresentavam problemas com o grupo de apoio primário, envolvendo: separação dos pais, ausência ou distanciamento do pai, morte de familiar próximo, novo casamento da mãe e/ou do pai, gravidez na adolescência dos pais, problemas de saúde mental dos pais, violência familiar – negligência, abuso físico, maus tratos, violência física entre os pais, disciplina inadequada. Embora este estudo não tenha visado relacionar saúde mental e práticas educativas, os fatores de riscos que se relacionaram com a saúde mental das crianças envolveram, em sua maioria, problemas com o grupo de apoio primário conforme descrito acima.

Na revisão realizada por Assis et al. (2009), foram observadas associações entre problemas de comportamento e variáveis do ambiente familiar. Assim, eventos de vida negativos provenientes da família vêm sendo apontados como particularmente prejudiciais ao desenvolvimento infantil. Embora, na presente pesquisa, não se tenha investigado sobre a dinâmica familiar e a vivência de eventos estressantes pelas famílias, é possível que haja tais condições entre os participantes deste estudo e que estas tenham interferido nos resultados encontrados.

Segundo Bolsoni-Silva e Marturano (2002), a maneira com que os pais educam os filhos parece ser crucial à promoção de comportamentos socialmente adequados. Para Mendes e Pessoa (2013), o modo como os pais criam os filhos, suas crenças e suas metas parentais compõem a base do processo de socialização da emoção, alicerçando um desenvolvimento saudável. Augestad (2017) aponta que independência em mobilidade, estilo parental, suporte social e amizade são importantes fatores para a melhora do autoconceito e autoestima da criança com deficiência visual.

As ideias expostas acima vêm ao encontro da convergência entre práticas educativas utilizadas pelos pais e saúde mental dos filhos, conforme resultados encontrados, também na presente pesquisa. Dessa maneira, a quarta hipótese: **Há relação entre práticas educativas parentais e saúde mental dos filhos, no sentido que, quanto melhores são as práticas educativas melhor será, também, a saúde mental da criança**, foi confirmada.

Hamurcu et al. (2016) buscaram investigar os níveis de ansiedade e solidão em crianças e adolescentes com e sem deficiência visual em relação ao estilo parental percebido por elas. Foram utilizadas a Escala de Estilo Parental (PSS) e a Escala de Solidão (UCLA). Como resultados, os escores da Escala de Solidão indicaram maiores níveis de ansiedade nas crianças e adolescentes com deficiência visual, quando comparado ao grupo controle, porém,

essa diferença não foi estatisticamente significativa. Na comparação dos estilos parentais com os resultados da Escala de Solidão, foi possível observar que, no grupo de crianças e adolescentes com deficiência visual, as que obtiveram maiores índices de ansiedade e solidão foram aquelas que os pais utilizavam mais o estilo permissivo-indulgente, seguido pelo estilo permissivo-negligente. No grupo controle, as crianças com maiores índices de ansiedade e solidão foram aquelas cujos pais utilizavam mais do estilo autoritário, seguido pelo estilo permissivo-negligente.

A relação existente entre práticas educativas e saúde mental, encontrada na presente pesquisa, bem como associações relatadas na literatura entre problemas familiares, eventos de vida negativos provenientes da família, estilos parentais e saúde mental de crianças e adolescentes apontam para a importância do serviço público de saúde disponibilizar trabalhos de orientações direcionados aos pais.

Sintetizando, na presente pesquisa, embora tenha sido verificada relação entre práticas educativas e saúde mental das crianças, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos quanto aos problemas de saúde mental. Com relação às práticas educativas, nas comparações entre os dois grupos, com relação à soma negativa, apenas os escores das mães apresentaram diferença estatisticamente significativa. Nesse sentido, as mães das crianças sem deficiência visual perceberam-se utilizando de mais práticas coercitivas na educação de seus filhos que as mães de crianças com deficiência visual. Com relação ao escore total, apenas os escores das respostas dos pais apresentaram diferença estatisticamente significativa, assim os pais das crianças com deficiência visual avaliaram-se de forma mais positiva em suas práticas educativas que os pais de crianças sem deficiência visual.

6.4 Contribuições e limites do trabalho

Estudos como o aqui apresentado, requerem cuidado na composição dos grupos de participantes e isso faz com que haja dificuldades na identificação e recrutamento de prováveis participantes o que, em consequência, diminui o tamanho das amostras estudadas. Além disso, há a dificuldade de disponibilidade de serviços que atendam crianças com deficiência visual o que também restringe o número de potenciais participantes.

Fizeram parte da amostra dessa pesquisa todos os participantes que estavam disponíveis no momento da coleta de dados, foram 21 participantes do grupo DV e 21 participantes do grupo controle, sendo assim, é necessário considerar o pequeno tamanho dos

grupos, o que possibilita o aparecimento de diferenças individuais que são indicadas na grande dispersão dos resultados e nos valores altos dos desvios padrão, sendo esta uma limitação da presente pesquisa.

Com relação às práticas educativas, o instrumento utilizado considerou a percepção dos próprios pais sobre as práticas que utilizam com seus filhos, como considerou também a percepção dos filhos quanto às práticas utilizadas para com eles por seus pais. Nesse caso, os resultados apontaram para acordos nas avaliações que a criança faz de seus pais (pais e mães) com as avaliações que pais e mães fazem de si mesmos.

Já com relação à avaliação de saúde mental da criança, o instrumento utilizado é de rastreamento e só uma fonte de informação, no caso os pais (pais e mães), foi considerada, o que pode enviesar os resultados. Considerando o instrumento SDQ, seria possível ter incluído a participação dos professores, o instrumento permite que a própria criança responda também quanto à sua saúde mental, mas somente a partir dos 11 anos de idade, o que não foi possível na presente pesquisa cujas crianças tinham entre 7 e 12 anos de idade. Mesmo assim, foi possível observar relação entre melhores práticas educativas e menos problemas de saúde mental nas crianças.

O PPI permitiu identificar diferenças entre os grupos, ainda que estas tenham sido pontuais, alcançando significância estatística somente entre os pais no escore total e entre as mães na soma negativa. Permitiu, ainda, a partir de uma linguagem comum do instrumento para pais e crianças, relacionar suas avaliações. Como o instrumento foi elaborado a partir de concepções comportamentais, ele permite identificar práticas e eventuais mudanças a partir de intervenções de orientação para os pais, o que pode ser considerado em futuras pesquisas.

Destaca-se que fizeram parte deste trabalho crianças com deficiência visual e a avaliação de sua saúde mental a partir do SDQ, sendo um grupo importante de ser privilegiado na pesquisa científica, devido ao pouco número de trabalhos que envolvem crianças com deficiências, em especial deficiência visual.

Com relação à saúde mental, os resultados mostraram que não há diferenças entre os grupos estudados, mas apontam para índices insatisfatórios de saúde mental à semelhança de outros estudos relatados na literatura da área a partir do uso do mesmo instrumento o que leva a refletir sobre as relações entre pais e filhos e como os pais estão enfrentando suas tarefas na atualidade, visto que tendem a ver dificuldades em seus filhos.

Em futuras pesquisas, a inclusão de avaliação de outras variáveis que podem influenciar o funcionamento familiar é desejável, como, por exemplo, eventos estressantes vivenciados pela família, nível de instrução e profissão dos pais, entre outros. Tais variáveis

têm recebido atenção de outros estudos, mas sem tocar na questão específica da deficiência visual.

REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de classificação econômica brasil/2015**. Disponível em: <www.abep.org/criterioBrasil.aspx>. Acesso em: 18 mar. 2015.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e problemas de comportamento em pré-escolares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 3, p. 449-460, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v14n3/7832.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

ASSIS, S. G. et al. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.readalyc.org/articulo.oa?id=63013532002>>. Acesso em: 08 set. 2017.

AUGESTAD, L. B. Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: a systematic review. **Cogent Psychology**, v. 4, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1319652>>. Acesso em: 07 jun. 2017.

BATISTA, C. G. Deficiência visual alterações no desenvolvimento e o processo de escolarização. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 115, p. 187-200, 2001.

BAUMRIND, D. Effects of authoritative control of child behavior. **Child Development**, v. 37, n. 4, p. 887-907, 1966. Disponível em: <http://arowe.pbworks.com/f/baumrind_1966_parenting.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BECKER, M. J. A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In.: KALOUSTIAN S. M. (Org.) **Família brasileira a base de tudo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 60-76.

BOLSONI-SILVA, A. T.; MARTURANO, E. M. Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 7, n. 2, p. 227-235, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v7n2/a04v07n2.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

BORDINI, I. A. S.; PAULA, C. S. Estudos populacionais sobre saúde mental de crianças e adolescentes brasileiros. In.: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (orgs.) **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 101-117.

BRASIL. **Lei nº 9.394/96. Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 26 mar. 2017.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. 2. ed. Brasília: MTE, SIT, 2007. Disponível em: <<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/publicacoesdeficiente/ainclusaodaspcd/mercadedetrabalho.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres

- humanos. Bioética. Brasília. DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**: um desafio ao aconselhamento. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- CARDINALI, G.; D'ALLURA, T. Parenting styles and self-esteem: a study of Young adults with visual impairments. **J Vis ImpairBlind**, v. 95, p. 261-272, 2001.
- CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 1-10, jan./abr., 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25ilpl-10>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- CRUZ, O. **Parentalidade**. Coimbra: Quarteto, 2005.
- CUNHA, A. C. B.; ENUMO, S. R. Desenvolvimento da criança com deficiência visual (DV) e interação mãe-criança: algumas considerações. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 4, n. 1, p. 33-46, 2003. Disponível em: <sp-ps.pt/uploads/jornal/45.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- DALE, N.; SALT, A. Early support developmental journal for children with visual impairment: the case for a new developmental framework for early intervention. **Child Care Health Dev**, v. 33, n. 6, p. 684-690, 2007.
- FERRIOLLI, S. H. T.; MARTURANO, E. M.; PUNTEL, L. P. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-259, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- GLASER, B. A.; HORNE, A. M.; MYERS, L. L. A cross-validation of the parent perception inventory. **Child & Family Behavior Therapy**, v. 17, n. 1, p. 21-34, 1995.
- GLAT, R. **A integração social dos portadores de deficiência**: uma reflexão. Rio de Janeiro: Viveiros de Castro Editora LTDA, 2006.
- GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento anti-social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. (org.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, 2003. p. 21-60.
- GOMIDE, P. I. C. et al. Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. **PsicoUSF**, Itatiba, v. 10, n. 2, p. 169-178, jul/dez., 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712005000200008&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 dez. 2017.
- GOODMAN, R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.
- HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2 (supl.), p. S104-S110, 2004.

- HAMURCU, M. et al. Relationship between perceived parenting style with anxiety levels and loneliness in visually impaired children and adolescents. **Arch Clin Psychiatry**, v. 43, n. 5, p. 112-115, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000096>>. Acesso em: 05 fev. 2018.
- HAZZARD, A.; CHRISTENSEN, A.; MARGOLIN, G. Children's perceptions of parental behavior. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 11. p. 49-60, 1983.
- HIDALGO, V.; PALACIOS, J. Desenvolvimento da personalidade entre os dois e os sete anos. In. COLL, C.; MARCHESI, A.; PALÁCIOS, J. **Desenvolvimento psicológico e educação**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.81-198.
- KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira a base de tudo**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2002.
- KOBARG, A. P.; VIEIRA, V.; VIEIRA, M. L. Validação da escala de lembranças sobre práticas parentais (EMBU). **Avaliação Psicológica**, v. 9, n. 1, p. 77-85, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712010000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- MACARINI, S. M. et al. Práticas parentais: uma revisão da literatura brasileira. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 1, p. 119-134, abr., 2010.
- MENDES, D. M. L. F.; PESSÔA, L. F. Comunicação afetiva nos cuidados parentais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 1, p. 15-25, jan./mar., 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n1/v18n1a02>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- MINETTO, M. F. et al. Práticas educativas e estresse parental de pais de crianças pequenas com desenvolvimento típico e atípico. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 43, p. 117-132, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n43/n43a09.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- MONTANDON, C. As práticas educativas parentais e a experiência das crianças. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 26, n. 91, p. 485-507, maio/ago., 2005. Disponível em: <<http://www.cedes.unicamp.br>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- NAVARRO, A. S.; FONTES, S. V.; FUKUJIMA, M. M. Estratégias de intervenção para habilitação de crianças deficientes visuais em instituições especializadas: estudo comparativo. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 13-21, 1999. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/1999/RN%2007%2001/Pages%20from%20RN%2007%2001-3.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- OMOTE, S. Deficiência e não deficiência: recortes do mesmo tecido. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 1, n. 2, p. 65-73, 1994. Disponível em: <http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista2numero1pdf/r2_art06.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2018.

- RAMIRES, V. R. et al. Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 2, p. 1-14, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019248012>>. Acesso em: 8 set. 2017.
- ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In.: CARVALHO, M. C. B. (org.). **A família contemporânea em debate**. 4. ed. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2002. p. 73-88.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- SAKURAMOTO, S. M.; SQUASSONI, C. E.; MATSUKURA, T. S. Apoio social, estilo parental e a saúde mental de crianças e adolescentes. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 169-178, 2014. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A05.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.
- SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 2, p. 187-195, abr./jun., 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200008>>. Acesso em: 20 set. 2017.
- SAMPAIO, I. T. A.; VIEIRA, M. L. A influência do gênero e ordem de nascimento sobre as práticas educativas parentais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 198-207, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000200002>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- SANTOS, C. **Estatística descritiva: manual de auto-aprendizagem**. 2. ed. Lisboa: Edições Silabo, 2007.
- SAUR, A. M.; LOUREIRO, S. R. Qualidades psicométricas do questionário de capacidades e dificuldades: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 4, p. 619-629, out./dez., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29n4/v29n4a16.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Padrões de interação genitores-crianças com e sem síndrome de Down. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 283-291, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a15v19n2.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. São Paulo: Editora Cultrix, 1974.
- SOUZA, T. A. et al. Descrição do desenvolvimento neuropsicomotor e visual de crianças com deficiência visual. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 73, n. 6, p. 526-530, nov./dez., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v73n6/v73n6a12.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2018.
- SOUZA, J.; PINTO, I.; CARVALHO, A. M. Análise preliminar das propriedades psicométricas do Parent Perception Inventory. Trabalho apresentado na sessão coordenada 61 “Investigando Famílias: funcionamento; práticas educativas e coparentalidade”. **44ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia**, 2014. Resumo publicado no CD de Comunicações Científicas. ISSN 2176-5243.

STIVANIN, L.; SCHEUER, C. I.; ASSUMPCÃO JR, F. B. SDQ (strengths and difficulties questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras.

Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília, v. 24, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://producao.usp.br/handle/BDPI/9235>>. Acesso em: 30 ago. 2017.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In.: CARVALHO, M. C.B. (org.). **A família contemporânea em debate**. 4. ed. São Paulo: EDUC/Cortez, 2002. p. 23-27.

VAZ, A. C. **Vinculação conjugal e estilos parentais em pais de filhos com e sem deficiência visual**. 2011. 88 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

VENDRAMINI, C. M. M. Estatística e delineamentos de pesquisa. In: BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciência: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2007. p.162-182.

WEBER, L. N. D. et al. Continuidade dos estilos parentais através das gerações-transmissão intergeracional de estilos parentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 407-414, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300011>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista Inicial

Dados da criança

Nome:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

A criança tem algum tipo de deficiência? Qual?

A criança possui algum comprometimento físico ou cognitivo?

Dados da família

Composição familiar:

Quem mora na casa:

Classificação Econômica

Modelo de Questionário sugerido para aplicação do Critério Brasil (ABEP, 2015)

P.XX Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio pra efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos Começar? No domicilio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

					Quantidade que possui				
Itens de conforto					Não possui	1	2	3	4+
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 freezers 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 lavadoras 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.					

A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

Considerando o trecho de rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto/Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário incompleto
Fundamental I completo/fundamental II incompleto	Primário completo/Ginásio incompleto
Fundamental II completo/médio incompleto	Ginásio completo/Colegial incompleto
Médio completo/superior incompleto	Colegial completo/Superior incompleto
Superior completo	Superior completo

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – A

(Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) pai/mãe,

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo “Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças”, que pretende identificar a relação existente entre as práticas educativas parentais na percepção dos pais e dos filhos, considerando dois grupos, sendo o primeiro de pais com filhos com deficiência visual e o segundo de pais com filhos sem deficiência, bem como relacionar as práticas educativas parentais a aspectos de saúde mental, apresentados pelas crianças, na visão dos pais. Para isso é importante que você responda primeiramente à entrevista inicial que tem por objetivo reunir informações sobre a criança e a família. Em seguida serão feitas perguntas sobre percepção de práticas educativas que os pais usam no dia a dia com a criança e por fim questões sobre o comportamento da criança. O tempo médio necessário para responder a entrevista e os dois questionários é de 30 minutos. Seu filho também responderá a um questionário sobre como ele percebe que você lida com ele. A coleta de dados deverá ocorrer em locais arejados, confortáveis, silenciosos e livres de interferências externas e que preservem o sigilo dos sujeitos, poderá ocorrer na escola que a criança estudar ou no domicílio da família, conforme necessidade dos pais, desde que cumpram com os requisitos que acabaram de ser descritos.

O estudo não trará benefícios diretos a você, mas poderá nos ajudar a conhecer melhor a relação existente entre práticas educativas e saúde mental das crianças, gerando conhecimento e promovendo reflexões que possam auxiliar em programas de orientações de pais, e em programas que favoreçam a promoção e prevenção de saúde de crianças.

Sua participação não é obrigatória, mas é muito importante. Você pode desistir de participar a qualquer momento e a recusa em participar não irá te causar nenhum prejuízo. A participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo nenhum custo ou benefício financeiro caso aceite participar. Garantimos total anonimato, ou seja, você e seu filho não serão identificados em nenhum momento durante a pesquisa. As respostas serão transformadas em códigos que irão se juntar às respostas de outros pais e filhos. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos científicos sem identificar ninguém que tenha participado dela. A pesquisadora estará à disposição para conversar com os pais sobre o resultado das análises. Se alguma questão causar desconforto por causa dos conteúdos abordados nos questionários a pesquisadora interromperá a aplicação e conversará sobre isso com você, caso você queira. Caso você sinta necessidade poderá conversar com um dos responsáveis da pesquisa no contato abaixo para qualquer outro esclarecimento sobre a pesquisa. O participante da pesquisa terá direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Esclarecemos, ainda, que a pesquisa aqui proposta foi devidamente analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a tarefa de zelar pela integridade e direito dos sujeitos das pesquisas, situada na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto – SP, telefone 3315 3386 e horário de funcionamento das 09:00 às 18:00, em dias úteis. Uma via deste documento ficará com você e será assinada pela pesquisadora.

Eu, _____, responsável pela
criança _____ recebi as informações acima e concordo em
participar.

Ribeirão Preto,_____
Luceli Kelly de Oliveira Cardoso

Pesquisadora Responsável

Endereço: Rua Helena Salomão Elias, 106 –Parque dos Lagos – Ribeirão Preto – SP/ CEP: 14094-170

Email: lkoliveira@usp.br

Contato da Orientadora:

Ana Maria Pimenta Carvalho (16) 3315 3439

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Avenida Bandeirantes, 3.900 – Ribeirão Preto/SP

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – B
(Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) pai/mãe,

Seu filho está sendo convidado (a) a participar do estudo “Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças”, que pretende identificar a relação existente entre as práticas educativas parentais na percepção dos pais e dos filhos, considerando dois grupos, sendo o primeiro de pais com filhos com deficiência visual e o segundo de pais com filhos sem deficiência, bem como relacionar as práticas educativas parentais a aspectos de saúde mental, apresentados pelas crianças, na visão dos pais. Para isso é necessário que seu filho responda um questionário sobre como ele percebe que cada um dos pais lidam com ele. O tempo médio para responder o questionário é de 20 minutos. A coleta de dados deverá ocorrer em locais arejados, confortáveis, silenciosos e livres de interferências externas e que preservem o sigilo dos sujeitos, poderá ocorrer na escola que a criança estudar ou no domicílio da família, conforme necessidade dos pais, desde que cumpram com os requisitos que acabaram de ser descritos.

O estudo não trará benefícios diretos a você ou ao seu filho, mas poderá nos ajudar a conhecer melhor a relação existente entre práticas educativas e saúde mental das crianças, gerando conhecimento e promovendo reflexões que possam auxiliar em programas de orientações de pais, e em programas que favoreçam a promoção e prevenção de saúde de crianças. A participação do seu filho não é obrigatória, mas é muito importante. Você pode desistir de participar a qualquer momento e a recusa em participar não irá te causar nenhum prejuízo. A participação nesta pesquisa é voluntária, não havendo nenhum custo ou benefício financeiro aos participantes. Garantimos total anonimato, ou seja, você e seu filho não serão identificados em nenhum momento durante a pesquisa. As respostas serão transformadas em códigos que irão se juntar às respostas de outros pais e filhos. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em congressos científicos sem identificar ninguém que tenha participado dela. A pesquisadora estará à disposição para conversar com os pais sobre o resultado das análises. Se alguma questão causar desconforto por causa dos conteúdos abordados nos questionários a pesquisadora interromperá a aplicação e conversará sobre isso com o participante. Caso você sinta necessidade poderá conversar com um dos responsáveis da pesquisa no contato abaixo para qualquer outro esclarecimento sobre a pesquisa. O participante da pesquisa terá direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Esclarecemos, ainda, que a pesquisa aqui proposta foi devidamente analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a tarefa de zelar pela integridade e direito dos sujeitos das pesquisas, situada na Avenida Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto – SP, telefone 3315 3386 e horário de funcionamento das 09:00 às 18:00, em dias úteis. Uma via deste documento ficará com você e será assinada pela pesquisadora.

Eu, _____, responsável pela
criança _____ recebi as informações acima e concordo com
a participação do meu filho nesta pesquisa.

Ribeirão Preto,

Luceli Kelly de Oliveira Cardoso

Pesquisadora Responsável

Endereço: Rua Helena Salomão Elias, 106 –Parque dos Lagos – Ribeirão Preto – SP/ CEP: 14094-170

Email: lkoliveira@usp.br

Contato da Orientadora:

Ana Maria Pimenta Carvalho (16) 3315 3439

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Avenida Bandeirantes, 3.900 – Ribeirão Preto/SP

APÊNDICE D – Termo de Assentimento

(Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezada criança,

Você está sendo convidada a participar do estudo “Práticas educativas parentais e saúde mental de crianças”, que pretende investigar como seus pais lidam com você e como você se sente e se comporta. Para isso você responderá a algumas perguntas sobre como você acha que seus pais lidam com você, e seus pais também irão responder a algumas perguntas sobre como eles acham que lidam com você e como você se sente e se comporta. Não tem respostas certas ou erradas. Você responde de acordo com o que pensa e pode levar o tempo que você precisar para responder. O estudo poderá nos ajudar a entender melhor a relação entre a maneira que os pais educam e como os filhos se sentem e se comportam. Seu responsável já autorizou sua participação nesta pesquisa, mas cabe a você a decisão final.

Sua participação não é obrigatória, mas é muito importante. Você pode desistir de participar a qualquer momento e a recusa em participar não irá te causar nenhum problema na escola ou com a sua família. Você e seus pais não serão identificados em nenhum momento durante a pesquisa. Os resultados desta pesquisa serão apresentados em eventos que mostram estudos, sem identificar ninguém que tenha participado dela. Caso alguma questão te incomode por causa dos conteúdos abordados nos questionários a pesquisadora interromperá a aplicação e conversará sobre isso com você para acalmá-lo. Caso você ou seus pais sintam necessidade poderão conversar com um dos responsáveis pela pesquisa no contato abaixo para qualquer outro esclarecimento sobre a pesquisa. Uma via deste documento ficará com você e será assinada pela pesquisadora.

Eu, _____, e data de nascimento __/__/__,
recebi as informações acima e aceito participar da pesquisa.

Ribeirão Preto,

Luceli Kelly de Oliveira Cardoso

Pesquisadora Responsável

Endereço: Rua Helena Salomão Elias, 106 – Parque dos Lagos – Ribeirão Preto – SP/ CEP: 14094-170 Email: lkoliveira@usp.br

Contato da Orientadora:

Ana Maria Pimenta Carvalho (16) 3315 3439

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Avenida Bandeirantes, 3.900 – Ribeirão Preto/SP.

ANEXOS

ANEXO A – PPI – Versão pais

INVENTÁRIO DE PERCEPÇÃO PARENTAL (Ann Hazzard e Andrew Christensen, 1990) – Versão para Pais.

Abaixo há uma série de descrições de como os pais se relacionam com seus filhos em casa. Todos os pais sentem que fazem umas coisas melhores que outras. Nós gostaríamos que você fosse o mais honesto e preciso possível ao responder as seguintes questões, sobre com que frequência certos comportamentos acontecem em sua casa com relação aos seus filhos. Por exemplo, com que frequência você pede ao seu filho que limpe a casa? Você responderia que pede ao seu filho que limpe a casa nunca, poucas vezes, ou às vezes, muito ou bastante?

Para cada item abaixo, por favor, circule o número correspondente da frequência com que você acha que esses comportamentos ocorrem. Indique no espaço abaixo somente o primeiro nome da criança à qual este formulário se aplica.

Nome da criança: _____

1. Com que frequência você agradece a seu (sua) filho (a) por ter feito algo, diz a ele (a) que você gostou do que ele (a) fez, dá algo ou deixa que ele faça algo especial quando ele (a) é bom (boa)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

2. Com que frequência você tira coisas de seu (sua) filho (a) quando ele (a) se comporta mal (por exemplo não o (a) deixa: assistir televisão, ficar acordado até tarde, comer sobremesa, brincar na rua)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

3. Com que frequência você conversa com seu (sua) filho (a) quando ele (a) se sente mal e ajuda-o (a) a sentir se melhor, a resolver os seus problemas, e se sentir confortado (a)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

4. Com que frequência você diz a seu (sua) filho (a) que ele (a) não é bom (boa), que ele estragou tudo ou que não fez algo direito e o critica?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

5. Com que frequência você conversa a seu (sua) filho (a), o escuta ou tem um bom diálogo com ele (a)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

6. Com que frequência você é mandona (ou mandão) com seu (sua) filho (a), fica dizendo o que ele tem que fazer ou lhe dá ordens?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

7. Com que frequência você deixa seu (sua) filho (a) ajudar a decidir o que fazer ou deixa-o (a) ajudar a resolver problemas?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

8. Com que frequência você bate em seu (sua) filho (a), lhe dá umas palmadas?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

9. Com que frequência você brinca com seu (sua) filho (a), passa um tempo com ele (a), faz com ele (a) coisas das quais ele (a) gosta?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

10. Com que frequência você fica “louca” com seu (sua) filho (a) berra, grita (esbraveja) com ele (a)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

11. Com que frequência você diz coisas boas para seu (sua) filho (a), diz que ele é um bom garoto (uma boa menina)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

12. Com que frequência você adverte seu (sua) filho (a), diz que ele terá problemas se fizer algo errado?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

13. Com que frequência você deixa seu (sua) filho (a), fazer coisas que as crianças da idade dele (a) fazem, deixa-o (a) fazer coisas por conta própria?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

14. Com que frequência você manda seu (sua) filho (a) ir para seu quarto (ou canto) quando ele (a) faz algo errado?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

15. Com que frequência você ajuda seu (sua) filho (a) quando ele (a) precisa como com um trabalho difícil, com a tarefa da escola, quando ele não pode fazer algo sozinho)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

16. Com que frequência você implica com seu (sua) filho (a), lhe diz o que fazer repetidas vezes, fica atrás dele para fazer coisas?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

17. Com que frequência você abraça seu (sua) filho (a), beija-o, faz cócegas nele?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

18. Com que frequência você ignora seu (sua) filho (a), não presta nenhuma atenção nele, ou não conversa com seu filho?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

19. Com que frequência você dá razões ou explica a seu (sua) filho (a), o “porquê” ele deve ou não deve fazer alguma coisa?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

20. Com que frequência você aplica punições injustas que são piores do que seu (sua) filho (a) merece ou que ele (a) não merece de forma alguma?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

ANEXO B – PPI – Versão criança**INVENTÁRIO DE PRECEPÇÃO PARENTAL (meus pais em casa) (Ann Hazzard e Andrew Christensen, 1990) - Versão para Criança.**

Leia para a criança as seguintes instruções:

Nós gostaríamos de saber o que você pensa sobre as coisas que seu pai e sua mãe fazem em casa. Nós não falaremos para eles o que você nos contar, então, por favor, nos diga o que você realmente pensa.

Vamos tentar uma questão prática; Com que frequência a sua mãe limpa a casa? Eu vou lhe dar as alternativas. Ela nunca limpa, limpa um pouco, às vezes, muito ou bastante? (Aponte para cada palavra enquanto você diz). Para crianças mais novas, utilize os termômetros para dar uma maior explicação se necessário. Por exemplo: “Esses termômetros mostram com que frequência a sua mãe faz alguma coisa. Se ela nunca faz alguma coisa, o termômetro está vazio. Se ela faz alguma coisa às vezes, o termômetro está pela metade. Se ela faz alguma coisa bastantes vezes, o termômetro está cheio. Circule as palavras (para crianças mais novas, sob o termômetro) que diz com que frequência sua mãe limpa a casa. (Após a criança ter circulado a sua resposta, certifique-se de que ela entendeu o exercício.) Então sua mãe limpa a casa..... Agora vamos começar. Para cada conceito: A. Diga o número do item. B. pergunte “com que frequência a sua mãe..... C. Dê exemplos até que a criança entenda o conceito. Para os itens marcados com asteriscos, repita as alternativas de respostas (ex. Ela nunca-----, pouco, às vezes, muito, ou bastante? Enquanto você aponta para cada resposta.

***1. (Reforço positivo).**

Com que frequência sua mãe agradece você por ter feito coisas boas. Por exemplo, diz a você quando ela gosta do que você fez, quando você é bom ela te dá coisas ou deixa você fazer coisas especiais?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

***2. (remoção de privilégio)**

Com que frequência sua mãe tira coisas quando você se comporta mal. (Por exemplo: não deixa você ver TV, não deixa andar de bicicleta, ficar acordado até tarde ou não comer doces)

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

3. (consolo).

Com que frequência sua mãe conversa com você quando você se sente mal e ajuda você a se sentir melhor, ajuda você com os seus problemas, consola você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

4. (crítica)

Com que frequência sua mãe que você não é bom, diz que você é bagunceiro ou que não fez algo direito, crítica você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

5. (tempo de conversa)

Com que frequência sua mãe conversa com você, ouve você, tem um bom diálogo com você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

6. (ordem)

Com que frequência sua mãe manda em você, diz o que você tem que fazer e lhe dá ordens?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

7. (envolvimento na tomada de decisões)

Com que frequência sua mãe deixa você ajudar a decidir o que fazer deixa você ajudar a descobrir como resolver problemas?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

8. (punição física)

Com que frequência sua mãe bate em você, dá palmada em você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

9. (tempo juntos)

Com que frequência sua mãe brinca com você, passa um tempo com você, faz coisas com você das quais você gosta?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

***10. (gritar)**

Com que frequência sua mãe fica “louca” com você, grita com você, berra com você, lhe repreende?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

11. (avaliação positiva)

Com que frequência sua mãe diz coisas boas para você, diz que você é um (a) Bom (boa) menino (A), elogia você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

12. (ameaça)

Com que frequência sua mãe ameaça você, diz que você terá problemas se fizer coisas erradas, promete castigo para você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

13. (permite independência)

Com que frequência sua mãe deixa você fazer coisas que as crianças da sua idade fazem, deixa você fazer coisas por conta própria?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

14. (castigo)

Com que frequência sua mãe manda você ir para seu quarto ou para algum canto quando você faz coisas erradas?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

***15. (assistência)**

Com que frequência sua mãe ajuda quando você precisa (por exemplo: com um trabalho difícil, com a tarefa da escola, quando você não pode fazer algo sozinho)?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

16. (irritação)

Com que frequência sua mãe irrita você, lhe diz o que fazer repetidas vezes fica atrás de você para fazer as coisas?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

17. (afeição não verbal)

Com que frequência sua mãe abraça você, beija você, faz cócegas em você, sorri para você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

18. (ignorar)

Com que frequência sua mãe ignora você, não presta nenhuma atenção em você, não fala com você ou não olha para você?

0. _____ 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nunca pouco às vezes muito bastante

(Após completar os itens com referência a mãe, diga, “Agora eu vou perguntar com que frequência o seu pai faz essas coisas. Passe pelos itens na mesma ordem, fazendo revisões de gênero apropriadas”).

ANEXO C – 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 às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
<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 do 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 (em letra de forma) Data

Mãe/pai/outro (especifique):

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO D – Autorização da Instituição - Adevirp



ASSOCIAÇÃO DOS
DEFICIENTES VISUAIS
DE RIBEIRÃO PRETO E REGIÃO

adevirp

Av. Leais Paulista, 706 | Jardim Irajá
Ribeirão Preto/SP | CEP 14020-650
Tel.: (16) 3916 4655
E-mail: adevirp@adevirp.com.br
adevirp.com.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, a pedido da parte interessada, que a pesquisadora Luceli Kelly de Oliveira Cardoso está autorizada a entrar na ADEVIRP (Associação dos Deficientes Visuais de Ribeirão Preto e Região) e desenvolver a pesquisa intitulada "Práticas Educativas Parentais na Percepção dos Pais e dos Filhos com Deficiência Visual e Possíveis Relações com Aspectos de Saúde Mental dos Filhos", considerando os aspectos éticos através da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa e aprovação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP.

Ribeirão Preto, 16 de setembro de 2014.


Marlene Taveira Cintra

Presidente da ADEVIRP

02.500.153/0001-23

**ASSOC. DEFIC. VISUAIS
RIB. PRETO E REGIÃO**

AVENIDA LEAIS PAULISTA, 706
JARDIM IRAJÁ - CEP 14020-650

RIBEIRÃO PRETO - SP

Certificado de Entidade Beneficente de
Assistência Social N° 109 de 14/08/2002
Utilidade Pública:
Municipal - Lei N.º 8.832 de 26/06/2000
Estadual - Lei N.º 10.926 de 11/10/2001
Federal - Lei N.º 18.612 de 22/02/2002
CNPJ 02.500.153/0001-23

ANEXO E – Autorização da Instituição – Sathya Sai

Escola Sathya Sai de Ribeirão Preto
Educação Infantil, Ensino Fundamental I e II
Rua: Julieta Engracia Garcia, 2050, CEP 14079-312,
Bairro Jardim Florestan Fernandes
Ribeirão Preto – SP /
Fone: (016) 3996.6250/ 39962198
e-mail: diretoria@escolasairp.org.br

Declaração

Declaro para os devidos fins, a pedido da parte interessada, que a pesquisadora Luceli Kelly de Oliveira Cardoso está autorizada a entrar na Escola Sathya Sai de Ribeirão Preto e desenvolver a pesquisa intitulada “Praticas Educativas Parentais e Saúde Mental de Crianças Com Deficiência Visual”, considerando os aspectos éticos através da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa e aprovação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP- USP

Ribeirão Preto, 08 de julho de 2015.

Michele Mara Tofanello
Coordenadora Pedagógica

Michele Mara Tofanello – Coordenadora Pedagógica

ANEXO F – Autorização da Instituição - Educandário**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins, a pedido da parte interessada, que a pesquisadora Luceli Kelly de Oliveira Cardoso está autorizada a entrar no Colégio Camillo de Mattos de Ribeirão Preto e desenvolver a pesquisa intitulada "Práticas Educativas Parentais e Saúde Mental de Crianças Com Deficiência Visual", considerando os aspectos éticos através da obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes da pesquisa e aprovação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto na Universidade de São Paulo – EERP-USP.

Ribeirão Preto, 12 de setembro de 2016.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ana Cleide Souza de Castro", is written over a horizontal line.

Ana Cleide Souza de Castro
Diretora Educacional

ANEXO G – Autorização da Instituição – Secretaria da Educação de Ribeirão Preto/SP



PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO
Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO

Ribeirão Preto, 12 de setembro de 2016.

Of. nº 190/2016 - GS
Assunto: **Autorização para pesquisa**

Prezada Senhora,

A Secretaria Municipal da Educação autoriza a aluna, Luceli Kelly de Oliveira Cardoso, a realizar a pesquisa intitulada "Práticas Educativas Parentais e Saúde Mental de Crianças com Deficiência Visual".

EMEF Profª Dercy Célia Seixas Ferrari

EMEF Vereador José Delibo

EMEF Prof. Jarbas Massulo

EMEF Anísio Teixeira

Cordialmente,

Luiz Rufino dos Santos Júnior
SECRETÁRIO DA EDUCAÇÃO – MUNICIPAL

Profª. Drª.

Ana Maria Pimenta Carvalho

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Praça Alto de São Bento, nº 11 – Jd. Mosteiro – CEP 14.085-459 – Ribeirão Preto – SP
Telefone: (16) 3977-9123 e Fax: 3977-9121 gabinete@educacao.pmrp.com.br

ANEXO H – Classificação da força das correlações proposta por Santos (2007)

Coeficiente de correlação	Correlação
$r = 1$	Perfeita positiva
$0,8 \leq r < 1$	Forte positiva
$0,5 \leq r < 0,8$	Moderada positiva
$0,1 \leq r < 0,5$	Fraca positiva
$0 < r < 0,1$	Ínfima positiva
0	Nula
$-0,1 < r < 0$	Ínfima negativa
$-0,5 < r \leq -0,1$	Fraca negativa
$-0,8 < r \leq -0,5$	Moderada negativa
$-1 < r \leq -0,8$	Forte negativa
$r = -1$	Perfeita negativa

ANEXO I – Autorização do Comitê de Ética

Ofício CEP-EERP/USP nº 022/2016, de 18.02.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **aprovado “ad referendum”** pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), em 16 de fevereiro de 2016.

Protocolo CAAE: 45040015.8.0000.5393

Projeto: Práticas Educativas Parentais e Saúde Mental de Crianças com Deficiência Visual.

Pesquisadores: Luceli Kelly de Oliveira Cardoso
Ana Maria Pimenta Carvalho (orientadora)

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

Atenciosamente,


Prof.ª Dra. Cláudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Ana Maria Pimenta Carvalho

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP