

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA

AFONSO MAZINE TIAGO FUMO

**Características familiares como fatores de proteção para transtornos
mentais em crianças e adolescentes**

**São Paulo
2023**

AFONSO MAZINE TIAGO FUMO

Características familiares como fatores de proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Doutor. Marcelo Queiroz Hoexter

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 1 de novembro de 2011. A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP)

**São Paulo
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Fumo, Afonso Mazine Tiago

Características familiares como fatores de
proteção para transtornos mentais em crianças e
adolescentes / Afonso Mazine Tiago Fumo. -- São
Paulo, 2023.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.

Programa de Psiquiatria.

Orientador: Marcelo Queiroz Hoexter.

Descritores: 1.Características da família
2.Crianças e adolescentes 3.Estudo longitudinal
4.Fatores de proteção 5.Fatores de risco
6.Transtornos mentais

USP/FM/DBD-305/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Nome: Fumo, Afonso Mazine Tiago

Título: Características familiares como fatores de proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____

Prof. Dr. _____
Instituição _____
Julgamento _____

DEDICATÓRIA

À minha amada
esposa, Inocência Fumo,
pelo seu amor, pela sua entrega e por
me transformar numa pessoa melhor. Obrigado

AGRADECIMENTOS

À Deus nosso senhor pelo dom da vida

Aos meus pais Tiago Fumo (que Deus o tenha) e Helena Fumo que desde cedo me ensinaram que sonhos sem ação, serão somente sonhos. Obrigado por moldarem o meu caráter.

Ao meu Orientador, Prof. Dr. Marcelo Hoexter, pela orientação nestes longos anos, pela amizade, por cuidar de mim e da minha família em tempos difíceis. Estará sempre em nossos corações.

Ao Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto, pela recepção, orientação, cuidado nos primeiros passos da minha caminhada e pelas oportunidades de formação e treinamento em Saúde Mental.

Às secretárias da pós -graduação do Departamento e Instituto de Psiquiatria da FMUSP, Isabel Ataíde e Eliza Fukushima, por cuidarem de mim desde o momento que as conheci. Favoritas, foram a minha família e terão um lugar guardado no meu coração.

Ao Prof. Dr. Euripedes C. Miguel, pela recepção e oportunidades de participar em diferentes grupos clínicos e de pesquisa.

À Prof. Dr. Maria Conceição do Rosário, pela abertura, orientação e ensinamentos durante o meu percurso

À Equipe do INPD, por terem me recebido com braços abertos, permitirem que fizesse parte da equipe de forma ativa e pela oportunidade de usar os dados de uma das mais importantes coortes mundiais.

À Equipe do PROTOC, por terem me recebido e pela oportunidade de exposição a trabalhos de altíssimo nível.

Aos diferentes grupos de trabalho em que tive oportunidade de estar, tais como Programa de Ansiedade (AMBAM), Programa Interdisciplinar de Abuso de Álcool e Drogas (GREa), Psiquiatria Forense e Ambulatório para Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência.

À Direção do Hospital Central da Beira, por apoiarem e investirem na minha formação.

RESUMO

Fumo AMT. Características familiares como fatores de proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

Introdução: De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 8% das crianças/adolescentes com idades entre 5 e 14 anos e 14% com idades entre 10 e 19 anos tiveram transtornos mentais em 2019. A probabilidade de desenvolvimento de transtorno mental resulta da interação de fatores individuais, familiares e estruturais. O contexto familiar é importante para o desenvolvimento de características comportamentais e emocionais das crianças. Crianças e adolescentes que vivem em famílias com altos níveis de coesão, baixos níveis de controle e conflito têm menor chance de desenvolver transtornos mentais. Pais com estilos autoritativos têm filhos com menos transtornos mentais. Vários estudos investigam fatores de risco/proteção, porém poucos abordam o impacto das características familiares como fator de proteção de transtornos mentais em crianças e adolescentes em uma amostra comunitária acompanhada longitudinalmente. **Objetivo:** Investigar características do ambiente familiar e estilos parentais como fatores de proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Método:** Foram realizadas análises transversais e longitudinais do Estudo de Coorte de Alto Risco Brasileiro em 2511 participantes de 6 a 14 anos. Foi utilizado o Questionário de Avaliação do Desenvolvimento e Bem-Estar (DAWBA), na linha de base e após 3 anos de seguimento, para diagnosticar transtornos mentais e diferentes questionários para determinar fatores de proteção e risco na linha de base. O estilo parental e o ambiente familiar foram investigados com o Instrumento de Ligação Parental e a Escala do Ambiente Familiar, respectivamente. Realizou-se análise de componentes principais com as variáveis da Escala de Ambiente Familiar para a obtenção de uma variável denominada Fator de Ambiente Familiar. Razões de chances foram obtidas por regressão logística múltipla na linha de base e 3 anos depois. **Resultado:** Na linha de base, 652 (26%) dos participantes pontuaram para pelo menos um transtorno mental. A frequência de transtornos mentais foi maior em crianças com mães com estilo negligente comparado a mães com controle afetivo (permissivo) e cuidado ótimo (autoritativo). Na regressão múltipla, os fatores que aumentam a chance de transtorno mental foram: 1) nível socioeconômico baixo; 2) mães que beberam na gestação; 3) mães que tiveram condição médica na gestação; 4) crianças que sofreram Bullying; 5) crianças que sofreram algum tipo de abuso (sexual, físico ou negligência) e 6) filhos de pais com transtorno

mental. O Fator de Ambiente Familiar apresentou uma associação negativa com presença de transtornos mentais (OR=0,87, 95% IC [0,84-0,91], $p<0,001$), isto é, para cada aumento no valor do Fator do Ambiente Familiar, a chance de ter transtorno mental diminui em 26%. Tanto os estilos parentais como o Fator do Ambiente Familiar não se mostraram associados com a manutenção da ausência dos transtornos mentais no seguimento de 3 anos. **Conclusão:** A presença de transtornos mentais em crianças e adolescentes está associada a inúmeros fatores de risco e um ambiente familiar saudável pode minimizar o efeito desses fatores. Estudos de intervenção devem ser realizados para identificar as melhores estratégias para melhorar o ambiente familiar e o impacto dessas intervenções no desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes

Palavras-chaves: Características da Família. Crianças e Adolescentes. Estudo Longitudinal. Fatores de Proteção. Fatores de Risco. Transtornos Mentais.

ABSTRACT

Fumo AMT. Family characteristics as protective factors for mental disorders in children and adolescents [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2023

Introduction: According to the World Health Organization, approximately 8% of children/adolescents aged between 5 and 14 years and 14% aged between 10 and 19 years had mental disorders in 2019. The likelihood of developing a mental disorder result from the interaction of individual, family, and structural factors. The family context is important for the development of behavioral and emotional characteristics of children. Children and adolescents who live in families with high levels of cohesion, low levels of control and conflict are less likely to develop mental disorders. Parents with authoritative styles have children with fewer mental disorders. Several studies have investigated risk and protective factors, but few have addressed the impact of family characteristics as a protective factor for mental disorders in children and adolescents in a longitudinally monitored community sample. **Objective:** To investigate characteristics of the family environment and parenting styles as protective factors for mental disorders in children and adolescents. **Method:** Cross-sectional and longitudinal analysis of the Brazilian High Risk Cohort Study were carried out in 2511 participants aged 6 to 14 years. The Development and Well-Being Assessment Questionnaire (DAWBA) was used at baseline and after 3 years of follow-up to diagnose mental disorders and different questionnaires to determine protective and risk factors at baseline. Parenting style and family environment were investigated with the Parental Attachment Instrument and the Family Environment Scale, respectively. Principal component analysis was carried out with the variables of the Family Environment Scale to obtain a variable called Family Environment Factor. Odds ratios were obtained by multiple logistic regression at baseline and 3 years later. **Outcome:** At baseline, 652 (26%) of participants scored for at least one mental disorder. The frequency of mental disorders was higher in children with mothers with neglectful style compared to mothers with affectionate control (permissive) and great care (authoritative). In the multiple regression, the factors that increase the chance of having a mental disorder were: 1) low socioeconomic status; 2) mothers who drank during pregnancy; 3) mothers who had a medical condition during pregnancy; 4) children who suffered Bullying; 5) children who suffered some type of abuse (sexual, physical or negligence) and 6) children of parents with mental disorders. The Family Environment Factor showed a negative association with the presence of mental disorders (OR=0.87, 95% CI [0.84-0.91], $p<0.001$), that is, for each increase in the value of the Family Environment Factor, the chance of having a mental disorder

decreases by 26%. Both parenting styles and the Family Environment Factor were not associated with maintaining the absence of mental disorders at the 3-year follow-up. Conclusion: The presence of mental disorders in children and adolescents is associated with numerous risk factors and a healthy family environment can minimize the effect of these factors. Intervention studies should be carried out to identify the best strategies to improve the family environment and the impact of these interventions on the development of mental disorders in children and adolescents.

Keywords: Family Characteristics. Children and Adolescents. Longitudinal Study. Protective Factors. Risk factors. Mental Disorders.

LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
DAWBA	Development and Well Being Assessment
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BHRC	Brazilian High Risk Cohort
FES	Family Environmental Scale
FHS	Family History Screening
IRF	Índice de Responsabilidade Familiar
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBI	Parent Bonding Instrument
TDAH	Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TOC	Transtorno obsessivo compulsivo
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	v
AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	ix
LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Transtornos mentais em crianças e adolescentes: conceitos iniciais.....	1
1.2. Epidemiologia de transtornos mentais geral e em crianças e adolescentes.....	1
1.3. Determinantes de saúde mental em crianças e adolescentes.....	3
1.4. Fatores de risco.....	5
1.5. Fatores de proteção.....	7
1.6. Ambiente familiar associado a transtornos mentais em crianças e adolescentes.....	9
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS:.....	12
3.1. Objetivo primário	12
3.2. Objetivo secundário.....	12
4. HIPÓTESES	12
5. METODOLOGIA.....	13
5.1. Desenho do estudo	13
5.1.1. Estudo de Coorte de Alto Risco Brasileiro.....	13
5.2. População do estudo.....	13
5.2.1. Critérios de inclusão	13
5.2.2. Critérios de exclusão.....	13
5.2.3. Amostragem e amostra	13
5.3. Locais de Estudo	14
5.4. Instrumentos de coleta de dados.....	16
5.5. Questionário de Rastreamento de História Familiar (FHS).....	16
5.6. Questionário geral de dados demográficos e fatores de risco.....	16
5.6.1. Questionário sobre classes socioeconômicas.....	16
5.6.2. Escala de Ambiente Familiar (do inglês <i>Family Environmental Scale - FES</i>)..	17
5.6.3. Instrumento de Ligação Parental (PBI).....	17
5.6.4. Questionário de Avaliação do Desenvolvimento e Bem-Estar (do inglês <i>Development and Well Being Assessment - DAWBA</i>).	18

5.6.5.	Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (do inglês International Neuropsychiatric Interview (MINI))	19
5.7.	Procedimentos	19
5.7.1.	Linha de base	19
5.8.	Análise estatística	20
5.9.	Considerações éticas	21
5.9.1.	Aprovação Ética:	21
5.9.2.	Consentimento	21
5.9.3.	Confidencialidade	22
5.9.4.	Despesas e Compensação	22
5.9.5.	Riscos	22
5.9.6.	Benefícios	22
6.	RESULTADOS	22
6.1.	População do estudo geral na linha de base (W0)	22
6.2.	Dados demográficos	23
6.3.	Antecedentes pré e perinatais	24
6.4.	Eventos estressantes de vida	26
6.5.	Características Familiares	27
6.6.	Associações entre presença versus ausência de transtornos mentais e características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida, estilos parentais e ambiente familiar em crianças e adolescentes na onda zero	27
6.6.1.	Associação entre características sociodemográficas com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes e na linha de base (W0)	28
6.6.2.	Associação entre antecedentes pré e perinatais com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)	29
6.6.3.	Associação entre eventos estressantes de vida com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)	30
6.6.4.	Associação entre características familiares com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)	31
6.7.	Efeito do ambiente familiar na predição de presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)	32
6.7.1.	Fator de Ambiente Familiar	33
6.7.2.	Regressão logística simples entre o Fator do Ambiente Familiar com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)	35
6.7.3.	Regressão logística múltipla entre o Fator do Ambiente Familiar e Estilo Parental com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes	

controlando para características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida na linha de base (W0).....	35
6.8. Características da amostra depois de 3 anos de seguimento, (onda 1 - (W1)	36
6.8.1. Associações entre a manutenção da ausência de transtornos mentais e características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida e ambiente familiar em crianças e adolescentes três anos depois (W1)	37
6.8.2. Associação entre características sociodemográficas com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).	37
6.8.3. Associação entre os antecedentes pré e perinatais com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1)	38
6.8.4. Associação entre eventos estressantes de vida com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).....	40
6.8.5. Associação entre as características familiares com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).....	40
6.8.6. Efeito do ambiente familiar na predição da manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).....	41
6.8.7. Regressão logística simples entre o Factor do Ambiente Familiar e manutenção da ausência de transtornos em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1)	41
6.8.8. Regressão logística múltipla entre o Factor do Ambiente Familiar e manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes controlando para características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida na linha de base após o seguimento de 3 anos (W1)	42
7. DISCUSSÃO	42
8. CONCLUSÕES	47
9. REFERÊNCIAS	47

1. INTRODUÇÃO

1.1. Transtornos mentais em crianças e adolescentes: conceitos iniciais

Saúde mental, um componente integral de saúde e bem-estar, é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com o estresse da vida, realizar suas habilidades, aprender bem, trabalhar bem e contribuir para sua comunidade” (WHO, 2022a). Transtorno mental é um conjunto de sinais e de sintomas caracterizados por alterações clínicas significativas na cognição, regulação das emoções e/ou comportamento que revela comprometimento do ponto de vista psicológico, biológico ou de desenvolvimento e que, geralmente, está associado a sofrimento significativo ou incapacidade em atividades sociais e ocupacionais (STEIN; PALK; KENDLER, 2021).

Os transtornos mentais estão presentes em todas as idades e, embora causem incapacidade em qualquer idade, as crianças e adolescentes são consideradas um grupo especial. Os transtornos mentais são entendidos como quadros do neurodesenvolvimento pois iniciam-se geralmente no final da infância e início da adolescência, comprometendo o desenvolvimento educacional e aumentando o risco de violação de direitos humanos (CARROLL *et al.*, 2021; WHO, 2021). Várias organizações definem de forma diferentes as idades correspondentes aos períodos da infância e da adolescência. Entretanto, neste trabalho as idades correspondentes à infância e adolescência são definidas de acordo com o artigo 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil, que considera crianças qualquer pessoa com até 12 anos incompletos e adolescentes as pessoas com idades entre 12 e 18 anos (UNICEF, 2023).

1.2. Epidemiologia de transtornos mentais geral e em crianças e adolescentes

De acordo com o relatório mundial sobre saúde mental da OMS de 2022, a prevalência de transtornos mentais em todo o mundo era de 13% em 2019 (antes da pandemia), ou seja, cerca de 970 milhões da população mundial viviam com transtornos mentais, sendo que em números absolutos, 82% destas pessoas pertencem a países de baixa e média renda (WHO, 2022b). Os transtornos mentais na população geral têm frequência relativa um pouco maior em países de alta renda (cerca de 15,1 %), mas também são comuns em pessoas que vivem em países de baixa renda (11,6%). Do ponto de vista geográfico, os transtornos mentais são comuns em todos os países em termos de prevalência, variando de 15,6% no continente americano a 10,9% no continente africano (WHO, 2022b). As variações nas taxas de prevalência entre as regiões e níveis de desenvolvimento podem ser explicadas por alguns fatores. Entre eles: 1) fatores demográficos podem diminuir as taxas de prevalência em países de baixa renda (populações

em países de baixa renda tendem a ter uma proporção maior de crianças com menos de dez anos de idade, para os quais problemas mentais são muito menos diagnosticados e prevalentes); 2) guerras contribuem para as taxas relativamente mais altas de transtornos mentais em regiões de conflito; 3) os fatores socioculturais podem gerar diferentes entendimentos culturais e conceituações sobre saúde mental e estes conceitos podem influenciar a maneira como os participantes respondem às pesquisas epidemiológicas; 4) o estigma e a discriminação em relação aos transtornos mentais, que pode ser mais alta em muitos em desenvolvimento, pode levar à subnotificação.

O Brasil é o país da América Latina com maiores prevalências de transtornos mentais, sendo ansiedade e depressão os diagnósticos associados com maiores anos de vida ajustados por incapacidade por 100.000 (STATISTA, 2022; WHO, 2022b).

Olhando especificamente para a prevalência mundial de transtornos mentais em crianças e adolescentes, cerca de 8% das crianças com idades entre 5 e 14 anos e 14% com idades entre 10 e 19 anos tiveram transtornos mentais em 2019 (WHO, 2022b). A Tabela 1, mostra a prevalência de transtornos mentais por idade e, pode-se notar que, perto de 15% de pessoas com idades entre 15-19 anos, apresentam pelo menos um transtorno mental. Um estudo epidemiológico seminal nos Estados Unidos mostrou que metade dos transtornos mentais presentes na idade adulta se desenvolveu por volta dos 14 anos de idade (KESSLER *et al.*, 2005). Portanto, muitos dos transtornos mentais encontrados em adultos se iniciam na infância ou na adolescência (KESSLER *et al.*, 2005; PETRESCO *et al.*, 2014). Por exemplo, transtornos mentais como Transtornos de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o Transtorno do Espectro Autista (TEA) são condições que se iniciam na maior parte das vezes, antes do ingresso escolar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; SADOCK, B. J., SADOCK, V. A., & RUIZ, 2016). Estima-se que o TEA afete 1 em cada 200 crianças com idades menores de cinco anos. O TDAH e os transtornos de conduta são particularmente comuns na adolescência, especialmente entre os meninos mais novos (4,6% e 4,5%, respectivamente para meninos de 10 a 14 anos) (CNN BRASIL, 2023). Os transtornos psicóticos iniciam-se no final da adolescência e início da idade adulta (WHO, 2019a). A ansiedade é o transtorno mental mais prevalente entre adolescentes mais velhos (4,6%) e ainda mais entre meninas adolescentes (5,5%) (CNN BRASIL, 2023). Transtornos depressivos e de ansiedade representam a nona e oitava causa global de incapacidade em adolescentes, respectivamente (WHO, 2019b).

No Brasil, a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é similar à mundial. Um estudo comunitário observou que transtornos de ansiedade e transtornos de controle de impulsos iniciam mais cedo, isto é, na adolescência (ARAÚJO; TORRENTÉ, 2023). Um

estudo de base escolar em adolescentes no Brasil apontou uma prevalência de 30% de transtornos mentais caracterizados pela presença de sintomas de depressão e ansiedade e várias queixas inespecíficas e somáticas (LOPES *et al.*, 2016). Um outro estudo realizado na cidade de Taubaté, uma cidade com iniquidades socioeconômicas importantes e localizada entre as grandes cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, a prevalência de transtornos mentais em uma população de base escolar foi de 12,7%, onde os transtornos de conduta-opositivo desafiador (7%), transtornos de ansiedade (5,2%) e transtornos de humor (1%) ocuparam a primeira, segunda e terceira posições respectivamente (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). Outro estudo realizado em outra cidade brasileira, a cidade de Pelotas, encontrou uma prevalência de 10,8% de qualquer transtorno mental entre pré-adolescentes de 11 a 12 anos e mostrou que os principais transtornos mentais diagnosticados foram os transtornos de ansiedade (6%), transtornos de conduta-opositivo desafiador (4,4%), TDAH (4,1%) e transtornos depressivos (1,6%) (ANSELMINI *et al.*, 2010).

Tabela 1- Prevalência de transtornos mentais por idade

Transtorno mental	Todas as idades (Milhões)	Idade (%)								
		<5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-49	50-69	>70	
Qualquer Transtorno mental	970	3,0	7,6	13,5	14,7	14,1	14,9	14,7	13,1	
Esquizofrenia	24				0,1	0,3	0,5	0,5	0,2	
Transtorno Depressivo	280		0,1	1,1	2,8	4,0	4,8	5,8	5,4	
Transtorno Bipolar	40			0,2	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	
Transtornos de Ansiedade	301	0,1	1,5	3,6	4,6	4,7	4,9	4,8	4,4	
Transtornos Alimentares	14			0,1	0,3	0,4	0,3			
Transtornos de Espectro Autista	28	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	
Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade	85	0,2	2,4	3,1	2,4	1,7	0,9	0,3		
Transtorno de Conduta	40		1,1	3,6	2,1					
Transtornos de Desenvolvimento	108	2,2	2,3	2,2	2,0	1,8	1,3	0,7	0,4	
Outros Transtornos mentais	117			0,1	0,4	1,0	2,2	2,6	2,7	

Fonte: (WHO, 2022)

1.3. Determinantes de saúde mental em crianças e adolescentes.

Muitos fatores foram relacionados com o desenvolvimento de transtornos mentais e estes podem ser divididos em biológicos, socioambientais e psicológicos. As características biológicas incluem qualquer alteração genética, adversidades pré-natais, infecções e lesões cerebrais (LATALOVA *et al.*, 2020; REMES; FRANCISCO; TEMPLETON, 2021). As características socioambientais são as relacionadas ao meio que a pessoa nasce, cresce,

aprende, vive, estuda, trabalha e se relaciona. Tais fatores incluem, por exemplo, nível socioeconômico, nível educacional, situação profissional, estado civil, raça, conflito e bullying na infância, exposição a crimes violentos, abuso, discriminação, etnia, eventos de vida adversos ou significativos e ambiente familiar (LATALOVA *et al.*, 2020; REMES; FRANCISCO; TEMPLETON, 2021; WHO, 2022b). As características psicossociais são características ou facetas que influenciam psicologicamente e/ou socialmente um indivíduo (LATALOVA *et al.*, 2020; REMES; FRANCISCO; TEMPLETON, 2021; WHO, 2022b). A probabilidade de desenvolvimento ou não um transtorno mental resulta da interação desses fatores como por exemplo, a interação entre as características de vulnerabilidade próprias do indivíduo, ambiente familiar e os estresses causados por eventos adversos de vida. Estes fatores variam no tempo e espaço e são experimentados de forma diferente de pessoa para pessoa (LATALOVA *et al.*, 2020; WHO, 2022b).

Outra forma de classificar os determinantes de saúde mental é, como mostra a Tabela 2, de modo a separá-los em fatores individuais, familiares-comunitários e estruturais (WHO, 2022b).

As características associadas com o desenvolvimento de transtornos mentais são chamadas de fatores de risco e as características associadas com o fortalecimento da saúde mental e que atuam para melhorar a capacidade do indivíduo para lidar com circunstâncias adversas são chamadas de fatores de proteção (O'CONNELL; BOAT; WARNER, 2009). Neste trabalho, fatores de risco são entendidos como características tais como biológicas, socioambientais, psicológicas, da comunidade e culturais que precedem e estão associados a maior probabilidade de desenvolver transtornos mentais. Fatores de proteção são entendidos como características biológicas, psicológicas, familiares, da comunidade e culturais associadas a menor probabilidade de desenvolvimento de transtornos mentais ou que reduzem o impacto negativo de um fator de risco.

Tabela 2- Fatores de risco e de proteção que determinam a saúde mental

	Individuais	Familiares Comunitários	Estruturais
Fatores de risco	Fatores genéticos	Abuso sexual e violência	Crise climática, poluição ou degradação ambiental
	Baixa escolaridade	Abuso emocional e físico e negligência	Infraestrutura de má qualidade
	Uso de álcool e drogas	Uso de substâncias pela mãe durante a gravidez	Pouco acesso aos serviços
	Dieta não saudável	Assédio moral, Violência por parceiro íntimo	Injustiça, discriminação e exclusão social
	Obesidade e outros riscos metabólicos	Ser um veterano de guerra	Desigualdades sociais, econômicas e de gênero
	Doença crônica	Perda repentina de um ente querido	Conflito e deslocamento forçado
	Deficiência de vitamina D	tensão no trabalho	Emergências de saúde
	Insatisfação corporal	Perda de emprego e desemprego	
	Distúrbios do sono	Vida urbana	
	Complicações obstétricas ao nascer	Ser de uma minoria étnica	
Fatores de proteção	Fatores genéticos	Boa nutrição perinatal	Segurança econômica
	Habilidades sociais e emocionais	Boa paternidade	Infraestrutura de boa qualidade
	Senso de autoestima e domínio	Segurança física	Igualdade de acesso aos serviços
	Boa saúde física	Redes sociais positivas, suportes de capital social	Ambiente natural de qualidade
	Atividade física	Apoios sociais	Justiça social e integração
		Espaços verdes	Renda e proteção social
		Igualdade social e de gênero	

Fonte: (WHO, 2022)

1.4. Fatores de risco

Conforme observado na Tabela 3, a maior parte dos estudos descritos na literatura estuda características biológicas, socioambientais, psicológicas como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais (FONG; HAWES; ALLEN, 2019). A hereditariedade é um fator biológico importante. Por exemplo, estudos apontam que transtornos mentais em crianças estão associados a história familiar de transtorno depressivo (KING *et al.*, 2006). Uma pesquisa em gêmeos homozigóticos mostra que a taxa de concordância de esquizofrenia entre os gêmeos era de 79% (HILKER *et al.*, 2018). As adversidades no período pré-natal e durante o parto podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais. Por exemplo, a hipertensão gestacional está associada com sintomas externalizantes (ROBINSON *et al.*,

2009). Em um estudo onde se investigava o efeito de distúrbios hipertensivos na gravidez sobre as trajetórias de desenvolvimento de transtornos mentais, concluiu-se que a hipertensão na gestação estava associada a problemas emocionais na prole (DACHEW *et al.*, 2021). Complicações obstétricas como infarto placentário, dificuldades alimentares precoces e baixo peso ao nascer foram associados à bulimia nervosa (FAVARO; TENCONI; SANTONASTASO, 2006; TENCONI *et al.*, 2015). Vários fatores de risco socioambientais foram associados com o desenvolvimento de transtornos mentais. Por exemplo, um estudo prospetivo apontou que nível socioeconômico baixo previu problemas de saúde mental em crianças e adolescentes no acompanhamento de 2 anos (REISS *et al.*, 2019). Baixos níveis educacionais dos pais e menor nível socioeconômico estiveram relacionados a maior risco de transtornos mentais em adolescentes (BØE *et al.*, 2021).

O papel da família no desenvolvimento de transtornos mentais também é muito estudado. Crianças e adolescentes que vivem em famílias com pais separados ou divorciados apresentam maior risco para desenvolver sintomas internalizantes (WALLENBORN *et al.*, 2019), depressão (BOHMAN *et al.*, 2017) e TDAH (PRAKASH BEHERE; BASNET; CAMPBELL, 2017). O conflito familiar esteve associado a transtornos mentais tais como depressão, ansiedade e transtornos de conduta (CUMMINGS; KOSS; DAVIES, 2015). A exposição a diferentes níveis de trauma também foi associada a transtornos mentais (BANSEMA *et al.*, 2023). Por exemplo, abuso sexual em crianças e adolescentes foi associado a maior risco para Transtornos de Estresse pós-Traumático (BOUMPA *et al.*, 2022), depressão (CHERENACK *et al.*, 2020) e tentativa de suicídio (BRUFFAERTS *et al.*, 2010).

Tabela 3- Fatores de risco de transtornos mentais em crianças e adolescentes

AUTOR, ANO	POPULAÇÃO	N (M/F)	DESFECHO	FATOR DE RISCO	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DO EFEITO
Boumpa et al., 2022),	Estudos de coorte em crianças adolescentes e jovens adultos	28.639	TEPT	Abuso sexual	Revisão sistemática e Meta análise	Meninas OR = 2,38, 95% CI 1.76–3.23 Meninos OR = 2,86; 95% CI 2.09–3.91
Dachew et al., 2021	Crianças e adolescentes (3.5-11 anos)	14.541	Problemas emocionais	Hipertensão gestacional	Coorte	(OR = 2.72; 95% CI: 1.10-6.74)
Cherenack et al., 2020	Adolescentes HIV positivas	135 mulheres	Depressão	Abuso sexual	Transversal	OR=3.16 (95% CI 1,40-7,15)
Reiss et al., 2019	Crianças e adolescentes (7-17 anos)	2.111 (51.3%/48,7%)	Transtorno Mental	Desemprego paterno	Prospetivo	b = 1.02, p 0,03

Continua

<i>Conclusão</i>						
AUTOR, ANO	POPULAÇÃO	N (M/F)	DESEFECHO	FATOR DE RISCO	DESENHO DO ESTUDO	TAMANHO DO EFEITO
Wallenborn et al., 2019	Crianças e adolescentes nascidas entre 1988-2000	5000	Sintomas internalizantes	Pais separados	Prospetivo	0.10 higher standardized CBCL score (95%CI: 0.09-0.12)
Porras-Segovia et al., 2018	Adultos (18-80)	810 (48%/52%)	Transtornos de Humor	História familiar de T, mental	Transversal	OR=3.4 (1,2-8,5)
Hilker et al., 2018	Gêmeos nascidos na Dinamarca entre 1951 e 2000	37.891	Concordância	Esquizofrenia	Coorte retrospectiva
Bohman et al., 2017)	Adolescentes (16-17 anos)	385	Depressão	Pais separados	Prospetivo	OR = 1.99, p = 0.016)
Prakash Behere et al., 2017	Crianças menores de 12 anos	154	TDAH	Pais separados	Retrospectivo	OR =2.73 (95%CI= 1,67-6,38)
Cummings et al., 2015	Pais, mães e seus filhos (idade média dos filhos: 13,10 anos)	295 (146/149)	Ansiedade	Conflito familiar mediado por insegurança emocional	Prospetivo	(indirect effect: 1.43, 95%CI: 0.44, 2.75; K2=0.15)
Tenconi et al., 2015	Mulheres nascidas entre 1969-1997	150 (mulheres)	Bulemia nervosa	Baixp peso ao nascer	Transversal	OR52.2; 95% CI, 1.3–3.6
Bruffaerts et al., 2010	Adultos de 21 países	55.299	Tentativa de Suicídio	Abuso sexual antes dos 18 anos	Tranversal	OR= 5.7 (95% ci5,0-6,5)
Robinson et al.,2009	Mulheres grávidas e seus filhos (2,5 – 14 anos)	2804 mulheres	Sintomas externalizantes	Hipertensão na gestação	Coorte prospectivo	(b = 0.14; 95% CI, 0.03-0.25)
King et al., 2006	Adolescentes (13-17 anos)	71 (19/52)	Depressão	História família de T. Mental	Transversal	$F(4, 68) = 4.79, p < .01$
Favaro et al., 2006	Mulheres (18-25anos)	934 (mulheres)	Bulemia nervosa	Baixo peso ao nascer	Retrospectivo	OR, 2.1; 95%CI, 1.2- 3.7;

1.5. Fatores de proteção

Na Tabela 4 observa-se um conjunto de fatores de proteção para transtornos mentais em crianças e adolescentes. Em um estudo realizado em uma mostra comunitária de crianças, adolescentes e adultos jovens, observou-se um coeficiente de correlação negativo entre tentativa de suicídio e suporte social, indicando que indivíduos com bom suporte social têm menor risco de ter ideação suicida em comparação com pessoas com pouco suporte social (KELLEY; RESTAD; KILLSBACK, 2018). O suporte social também esteve associado com menos

sintomas externalizantes em crianças de 10 a 18 anos que atuaram como soldados militares em Serra Leoa (BETANCOURT *et al.*, 2010). Otimismo, que é definido como uma boa expectativa sobre o futuro, representa um fator importante para a redução do risco de ter sintomas de depressão (AMES *et al.*, 2015). Otimismo também foi associado com a redução de casos de Transtorno Depressivo em pacientes com história familiar de depressão (CHEN, 2013). Redução de pensamentos e comportamento de autoagressão também foi observado em adolescentes que assumiam serem pertencentes a um grupo religioso comparando com os que não eram religiosos (AMIT *et al.*, 2014). Em um estudo onde se avaliava o efeito do estilo parental sobre a saúde mental de adolescentes, observou-se que boa conexão materna protegia as crianças de desenvolverem sintomas internalizantes e externalizantes (SLONE; SHOSHANI, 2017). Boa conexão parental também esteve associado a menor registo de ideação suicida em crianças em idade escolar que sofriam Bullying (BOROWSKY; TALIAFERRO; MCMORRIS, 2013).

Tabela 4- Fatores de proteção de transtornos mentais em crianças e adolescentes

AUTOR, ANO	POPULAÇÃO	N (M/F)	DESFECHO	FATOR DE PROTEÇÃO	DESENHO	TAMANHO DO EFEITO
Kelley et al., 2018	Amostra comunitária não representativa Idade 12 -25 anos	100 (33/67)	Ideação Suicida	Suporte Social	Transversal	$r = -0.292$ $P < 0.01$
Slone & Shoshani, 2017)	Adolescentes israelitas de 12 a 14 anos e seus pais	277 (141/136)	Sintomas internalizantes	Calor/conexão parental	Transversal	$\beta = -0.29$, $p < 0.001$
			Sintomas externalizantes	Calor/conexão parental	Transversal	$(\beta = -0.44$, $p < 0.001$
Ames et al., 2015)	Sub-amostra da população Canadense (12 - 23 anos)	283 (48.3%/51.7%)	Sintomas de Depressão	Otimismo	Transversal	$r = -0.586$, ($p < .001$)
Amit et al., 2014	Sub-amostra representativa nacional 14-17anos	620 (ND)	Comportamento e pensamento de autoagressão	Religião	Transversal	OR = 0.45, 9 (0.2-0.9)
Borowsky et al., 2013	Paciente que perpetuaram e/ou sofreram Bullying (6,9,12 ano de escolaridade)	13098 (65160/65748)	Pensamentos e ideação Suicida	Calor/conexão parental	Transversal	OR=0.25 (0.16-0.40)
Chen, 2013	Filho de pacientes com depressão de 10-14anos	126 (49.2%/50.8%)	Sintoma de Depressão	Otimismo	Transversal	$\beta = -0.215$ $p < .005$
Betancourt et al., 2010	Ex militares crianças de 10 a 17 anos	260 (231/29)	Sintomas externalizantes	Aceitação comunitária (suporte social)	Coorte	$\beta = -1.09$, $p < 0.001$

1.6. Ambiente familiar associado a transtornos mentais em crianças e adolescentes

O desenvolvimento de crianças e adolescentes é marcado por constantes e significativas mudanças biológicas, psicológicas e sociais comparado a qualquer outra fase da vida. As características da família têm impacto fundamental no desenvolvimento global da criança (KAUR, JASVIR; VIG, DEEPIKA; CHAWLA, 2021). As características individuais dos membros de uma família, assim como a capacidade que cada membro tem de enfrentar as adversidades do dia a dia influenciam o ambiente familiar e vice-versa (VIANNA; DA SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007). Ambiente familiar é a forma com que os integrantes da família percebem o clima social decorrente dos relacionamentos entre os membros, crescimento pessoal, organização e controle do sistema familiar (KUROCK *et al.*, 2022; VIANNA; DA SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007). Coesão, controle e conflito familiar são características importantes que definem o ambiente familiar e podem ser mensuradas.

Coesão familiar é definida como o compartilhamento de afeição entre os membros da família, apoio, ajuda e cuidado entre os membros (BARBER; BUEHLER, 1996). Pesquisas demonstram que, ao contrário das famílias com fraca coesão, famílias muito coesas têm menos sintomas externalizantes e internalizantes em sua prole (BARBER; BUEHLER, 1996; WANG; XUE; CHEN, 2016), menos experiências psicóticas (COUGHLAN *et al.*, 2019), menos depressão (CAVAZOS-REHG *et al.*, 2020) e menos Transtorno de déficit de Atenção e Hiperatividade (CREA; CHAN; BARTH, 2014; DUH-LEONG; FULLER; BROWN, 2020).

Conflito familiar descreve a oposição ativa entre os membros da família e pode envolver diferentes combinações entre os membros da família: dentro do casal, entre pais e filhos ou entre irmãos (MARTA; ALFIERI, 2014). Pesquisas mostram que famílias conflituosas acrescentam risco para desenvolvimento de ansiedade, depressão, transtornos de conduta, relações interpessoais deficientes e dificuldades de enfrentamento de situações adversas de vida (CUMMING; FIDLER; VAUX, 2007; LANSFORD, 2009).

Controle familiar expressa a presença de regras e procedimentos na vida da família no dia a dia (VIANNA; DA SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007). Em outras palavras, representa a forma como a família está organizada hierarquicamente, a rigidez das regras e procedimentos familiares (BOAKE; SALMON, 1983). Tem sido demonstrado que crianças e adolescentes pertencentes a famílias muito rígidas, isto é, com elevados índices de controle, estão mais associadas a sintomas externalizantes (HOLLENSTEIN *et al.*, 2004).

A forma como os pais interagem com os seus filhos, também chamada de estilo parental, pode ter efeitos diferentes em relação ao desenvolvimento de transtornos mentais (RUBIN; KELLY,

2015). Os estilos parentais mais bem descritos são os estilos **autoritativo, autoritário, permissivo e negligente**.

Pais com **estilo parental autoritativo** encorajam a liberdade e autonomia e são responsivos às opiniões e necessidades dos filhos. Este tipo de estilo parental foi associado com filhos com menor risco de desenvolver de transtorno mental (ALIZADEH *et al.*, 2011; DONATH *et al.*, 2014; RUBIN; KELLY, 2015; SLONE; SHOSHANI, 2017). Um bom suporte parental também foi associado à redução de experiências psicóticas em adolescentes (MCMAHON *et al.*, 2020).

Pais **autoritários** são rígidos, constantemente impõe regras e não permitem liberdade e nem opinião dos filhos. Na maioria das vezes são punitivos e quase nunca respondem às necessidades emocionais de seus filhos. Filhos de pais autoritários apresentaram maior tendência a desenvolver transtornos depressivos e de ansiedade comparando com os filhos de pais autoritativos (LAWREN *et al.*, 2020; SANVICTORES; MENDEZ, 2021).

Estilo parental permissivo é caracterizado por flexibilidade e evitação de conflitos e as regras são impostas de forma limitada (LAWREN *et al.*, 2020; SANVICTORES; MENDEZ, 2021). Filhos de pais permissivos apresentaram poucos mecanismos de enfrentamento de eventos estressantes e uma saúde mental prejudicada (BARTON; HIRSCH, 2016).

Pais com **estilo parental negligente** são pais que atendem somente às necessidades básicas, porém ficam fora do cotidiano dos filhos. Não utilizam um estilo particular de disciplina e têm uma quantidade limitada de comunicação com seus filhos. Embora os seus filhos possam ser resilientes e ser mais autossuficientes do que crianças com outros tipos de criação, negligência esteve associada com o comprometimento do desenvolvimento, prejudicando habilidades social e favorecendo a ocorrência de transtornos depressivo, de ansiedade, desafios acadêmicos e dificuldades em manter relacionamentos sociais interpessoais (SANVICTORES; MENDEZ, 2021).

No entanto, a maior parte dos estudos descritos acima apresentam resultados de estudos transversais e poucos estudos avaliam características familiares como fatores de proteção de transtorno mental em amostras comunitárias de crianças e adolescentes. Além disso, poucos estudos investigaram populações de crianças e adolescentes longitudinalmente. A este respeito, um pesquisador, em uma amostra de base clínica no Reino Unido de 262 adolescentes (9 a 17 anos) cujos pais tinham depressão, observou que expressividade emocional familiar positiva e suporte familiar foram relacionados negativamente com a incidência de transtornos mentais nos filhos (COLLISHAW *et al.*, 2016). Apesar de ter sido um estudo longitudinal, a amostra era de base clínica e os achados não foram ajustados para outras variáveis outros determinantes

de saúde mental. Em um outro estudo longitudinal, também no Reino Unido, observou-se que boa atmosfera familiar e boa relação dos pais com os filhos reduzia o surgimento de sintomas psicóticos em crianças polivitimizadas (CRUSH *et al.*, 2018). Apesar dos sujeitos terem derivado de uma amostra de 2.232 crianças, somente foram incluídas para análise 140 crianças polivitimizadas. Outros transtornos mentais não foram considerados como desfecho. Wustner e seu colega (19) observaram uma relação positiva entre o melhor clima social e a redução de sintomas de TDAH em 1384 crianças e adolescentes (11 a 17 anos). Apesar de se tratar de um estudo com uma amostra relativamente grande, o estudo aponta somente a relação entre o fator de proteção e sintomas de um transtorno mental específico e não são controladas outras variáveis clínicas e ambientais. Ao contrário do que se esperava, em uma amostra pequena de base clínica, outros pesquisadores não encontraram nenhuma associação entre coesão familiar, conflito familiar, suporte familiar e expressividade familiar e redução de sintomas internalizantes e externalizantes em 112 crianças filhas de pais com transtorno mental (VAN LOON *et al.*, 2015).

2. JUSTIFICATIVA

Não obstante os resultados já observados em estudos prévios transversais e longitudinais sobre características familiares como fatores de proteção do surgimento de transtornos mentais, a maior parte dos estudos avaliaram transtornos mentais específicos e com amostras pequenas de base clínica e não comunitária. Além disso, muitos dos estudos não controlaram os seus achados para outras variáveis, como por exemplo psicopatologia parental, nível educacional da mãe e classe socioeconômica, o que dificulta a interpretação dos resultados. Ainda que a maioria dos estudos longitudinais mostraram uma associação negativa entre características familiares e transtornos mentais, ou seja, uma associação entre características familiares saudáveis e menores frequências de transtornos mentais, um estudo não encontrou associação (VAN LOON *et al.*, 2015), sugerindo que a natureza dessas associações merece ainda ser melhor compreendida, principalmente no contexto de outros fatores de risco e proteção.

Nenhum estudo em países de baixa e média renda analisou transversal e longitudinalmente características familiares como fatores de proteção do surgimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes em uma amostra comunitária acompanhada por 3 anos. Portanto, no estudo que propomos, usaremos dados do Estudo de Brasileiro de Alto Risco (do inglês Brazilian High Risk Cohort Study - BHRC) (SALUM *et al.*, 2015) realizado com uma amostra relativamente grande de crianças dos 6 aos 12 anos de idade de duas cidades brasileiras, acompanhadas ao longo de três anos, para avaliar se características familiares (ambiente

familiar, estilo parental) atuam como fatores de proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais. Com intuito de melhor compreender a relação entre fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de transtornos mentais, investigaremos também variáveis sociodemográficas, clínicas e ambientais que possam atuar como fatores de risco.

3. OBJETIVOS:

3.1. Objetivo primário

- Investigar características familiares (ambiente familiar - coesão, conflito e controle - e estilos parentais) como fatores de proteção relacionados com a ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base e após 3 anos de seguimento.

3.2. Objetivo secundário

- Investigar, na linha de base, a relação entre as características familiares (ambiente familiar - coesão familiar, conflito e controle - e estilos parentais) com ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes levando-se em conta características sociodemográficas (classe socioeconômica, nível educacional da mãe), clínicas (psicopatologia parental, ocorrências pré/perinatais) e ambientais (eventos de vida estressantes) como fatores de risco.
- Verificar se as características familiares relacionadas à ausência de transtornos mentais identificadas na linha de base estão relacionadas com a manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após 3 anos de seguimento.

4. HIPÓTESES

- As características familiares associadas com a ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base serão representadas por baixos escores de conflito e controle familiar, altos escores de coesão familiar e estilos parentais autoritativos e permissivos.
- As características familiares relacionadas à ausência de transtornos mentais identificadas na linha de base estarão relacionadas com a manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após 3 anos de seguimento.

5. METODOLOGIA

5.1. Desenho do estudo

Foram realizadas análises de dados transversais (linha de base) e longitudinais (3 anos de seguimento) de 2511 crianças e adolescentes do Estudo de Coorte de Alto Risco Brasileiro (SALUM *et al.*, 2015).

5.1.1. Estudo de Coorte de Alto Risco Brasileiro

O BHRC é um estudo de coorte prospectivo iniciado em 2010 e ainda em curso, iniciado por uma parceria entre a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Secretaria de Educação do Estado de São Paulo e Secretaria de Educação do Estado do Rio Grande do Sul e foi desenhado com objetivo principal de compreender a trajetória do desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Informações sobre a metodologia do BHRC já foram publicados previamente (SALUM *et al.*, 2015). Entretanto, passaremos a descrevê-la sucintamente a seguir.

5.2. População do estudo

5.2.1. Critérios de inclusão

Foram incluídas para o estudo inicialmente crianças de 6 a 14 anos registradas nas escolas por um dos pais biológicos e que pudesse fornecer informações suficientes sobre o comportamento das crianças.

5.2.2. Critérios de exclusão

Foram excluídas crianças que durante o rastreamento não terminaram a entrevista de história familiar, que forneceram contato telefônico inválido, que mudaram de escola e que se perdeu o contato. Devido a questões logísticas, foram incluídas no estudo 57 escolas públicas próximas dos centros de pesquisa, sendo 22 escolas de Porto Alegre e 35 escolas de São Paulo.

5.2.3. Amostragem e amostra

Através do método de amostragem não probabilística convencional foram incluídas 2511 crianças e adolescentes de Porto Alegre e São Paulo. Como demonstrado na figura 1, um total de 12.500 parentes (6.482 famílias de Porto Alegre e 6.018 famílias de São Paulo) que se apresentaram nas 57 escolas das cidades mencionadas foram convidados para participar do estudo. Depois de avaliados os critérios de inclusão e exclusão foram excluídas 4.488 famílias do estudo e destes, 2110 se recusaram a participar, 1143 foram registradas por parentes que não eram seus pais, 235 não terminaram o questionário de rastreamento, 663 forneceram contato

telefônico inválido, 238 crianças das famílias convidadas mudaram de escola, 33 mudaram de cidade e 66 foram excluídas por motivos não apurados. As 8.012 famílias restantes de um total de 9.937 crianças (5.401 de Porto Alegre e 4.536 de São Paulo) foram submetidas a um questionário padronizado de rastreamento de história familiar (do inglês, *Family History Screening - FHS*) de transtornos mentais. Das 9.937 crianças candidatas, 1.500 foram selecionadas aleatoriamente independentemente da história familiar positiva ou negativa para transtorno mental. As crianças restantes foram classificadas de acordo com a percentagem dos familiares que apresentaram sintomas de transtorno mental. Para isso, foi desenvolvido um índice denominado índice de responsabilidade familiar calculado através da seguinte fórmula:

$$IRF = \frac{MB + PB + \sum IB + (\sum MI * 0.5)}{2 + nIB + (nMI * 0.5)}$$

Onde:

- **IRF:** Índice de Responsabilidade Familiar;
- **MB:** Mãe biológica;
- **PB:** Pai Biológico;
- **IB:** Irmão biológico;
- **MI:** Meio-irmão.

Das crianças que pontuaram positivamente para transtornos mentais, 2371 apresentaram um alto índice de responsabilidade familiar e foram incluídas no estudo. Do grupo das 1.500 crianças selecionadas aleatoriamente 542 foram excluídas porque foram transferidas (177), o questionário de rastreamento não foi respondido pelo principal parente biológico (8), perdeu-se o contacto (113), recusaram a continuação no estudo (232) e por outras razões (12). No Grupo das 2.317 crianças selecionadas com base o alto IRF, foram excluídas 817 porque foram transferidas (294), o questionário de rastreamento não foi respondido pelo principal parente biológico (27), perde-se o contacto (176), recusaram a continuação no estudo (315) e por outras razões (5).

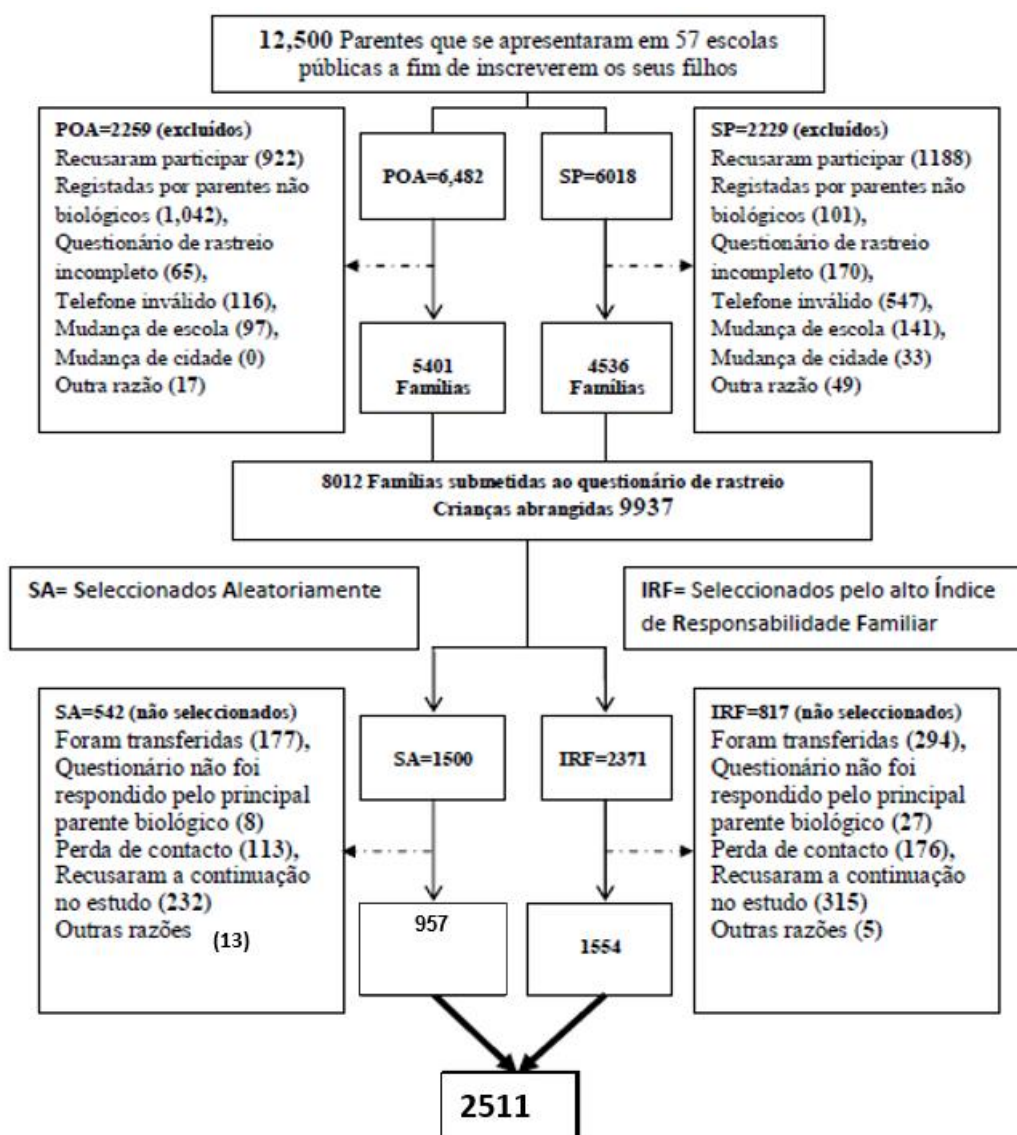
Portanto, na fase transversal do estudo BHRC, a amostra foi constituída por 957 participantes selecionados aleatoriamente e 1.554 selecionados através do IRF, totalizando 2511 participantes.

5.3. Locais de Estudo

Os dados do estudo BHRC foram coletados nas cidades de Porto Alegre e São Paulo. O Município de Porto Alegre é uma cidade localizada na região mais meridional do estado do Rio Grande do Sul no Brasil. Em 2010 apresentava uma população de 1.409.351 de habitantes,

uma taxa de escolarização de crianças dos 4 aos 14 anos de 96,6% (IBGE, 2017) e perto de 50% da população geral pertencentes a classe social C de acordo com a classificação da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP). O Município de São Paulo é a capital e a maior cidade do Estado de São Paulo. Em 2010 a população era de 11.253.503 habitantes, apresentavam uma taxa de escolarização de crianças dos 4 a 14 anos de 96% (IBGE, 2017) e com mais de 50% da população pertencentes a classe social (ABEP, 2016).

Figura 1- Seleção da amostra. POA: Porto Alegre, SP: São Paulo, SA: selecionadas aleatoriamente, IRF: Índice de Responsabilidade Familiar



Fonte: (SALUM *et al.*, 2015)

5.4. Instrumentos de coleta de dados

Como descrito anteriormente, o estudo BHRC foi desenhado com objetivo de compreender a trajetória do desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes. Para este efeito, vários instrumentos foram utilizados. Contudo, apresentamos a seguir os instrumentos utilizados para a coleta dos dados que serão analisados neste trabalho.

5.5. Questionário de Rastreamento de História Familiar (FHS).

Foi utilizada uma versão adaptada do Questionário de Rastreamento de História Familiar (WEISSMAN *et al.*, 2000). A primeira parte do questionário coleta informações sobre a lista completa dos membros da família da criança indexada e a última coleta informações sobre os sintomas de transtornos mentais do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (do inglês Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV) como Depressão, Mania, Fobia Específica, Fobia Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), Experiências Psicóticas, Problemas devido ao uso de álcool, uso de drogas e problemas devido ao uso de drogas, TDAH, Ansiedade de Separação, Transtorno Opositivo Desafiador, Transtorno de Conduta e Comportamento Inibidor em relação a pessoas desconhecidas. No total são 29 questões principais e 19 condicionais com tempo de administração de 40 a 60 minutos.

5.6. Questionário geral de dados demográficos e fatores de risco.

Este questionário foi desenvolvido pela equipe de pesquisa após uma extensa revisão da literatura. Está composto uma seção de dados demográficos da criança e os dos seus pais biológicos que inclui a idade, sexo, escolaridade, estado civil dos pais e religião. Na seção seguinte são coletados dados sobre o período pré-natal e perinatal da criança como a idade gestacional ao nascer, estresse materno durante a gestação, prematuridade, peso ao nascer, uso de tabaco e álcool durante a gestação, condições clínicas e infecções durante a gestação, uso de psicofármacos durante a gestação, condições do parto, condições perinatais e aleitamento. Em seguida são coletados dados sobre eventos estressantes no início da vida. Nesta seção colheu-se informações sobre o tempo e qualidade de contato entre a criança e o cuidador desde o nascimento, percepção de bullying, trauma e lesões encefálicas, acolhimento parental, proteção e maus-tratos.

5.6.1. Questionário sobre classes socioeconômicas.

Foram usados os critérios de classificação do estrato socioeconômico da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2012). A categorização das classes A - E é feita por um sistema de pontuação referente ao poder aquisitivo, grau de instrução do chefe da família e

acesso aos serviços públicos. Assim, os indivíduos da classe social A apresentam de 45 a 100 pontos, B1 tem de 38 a 44 pontos, B2 tem de 29 a 37 pontos, C1 tem de 23 a 27 pontos, C2 tem de 17 a 22 pontos e classe D-E são famílias com 0 a 16 pontos (ABEP, 2012).

5.6.2. Escala de Ambiente Familiar (do inglês *Family Environmental Scale* - FES).

A FES (RIVERS; SANFORD, 2019), traduzida e validada para o português (VIANNA; DA SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007), é um instrumento para avaliar como cada membro de uma família percebe o clima social e interpessoal da família. A FES é um conjunto de 10 subescalas pertencentes a 3 dimensões, conforme descrito a seguir: 1) Dimensão de Relacionamento Interpessoal (composta pelas subescalas de Coesão Familiar, Expressividade e Conflito); 2) Dimensão de Crescimento Pessoal (composta pelas subescalas Independência, Assertividade, Interesse Cultural, Lazer e Religião); 3) Dimensão de Manutenção do Sistema (composta pelas subescalas Organização e Controle) (VIANNA; DA SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007). Cada subescala é composta por 9 itens e as respostas recebem a pontuação de zero (0) ou um (1) se forem respondidas falso ou verdade respectivamente, de modo que as pontuações em cada subescala podem variar de 0 a 9. Para as subescalas Conflito e Controle, pontuações menores indicam menor problema na família enquanto para as restantes, as pontuações maiores são indicativas de menores problemas (VIANNA; DA SILVA; SOUZA-FORMIGONI, 2007).

Para avaliação do ambiente familiar no presente estudo usaremos as subescalas Coesão Familiar e Conflito Familiar da dimensão Relacionamento Interpessoal e a subescala Controle da Dimensão Manutenção do Sistema.

5.6.3. Instrumento de Ligação Parental (PBI).

O Instrumento de Ligação Parental (do inglês, *Parent Bonding Instrument -PBI*) (PARKER; TUPLING; BROWN, 1979) foi desenvolvido para avaliar estilos parentais e foi traduzido para o português brasileiro (HAUCK *et al.*, 2006). A PBI mede os estilos parentais da mãe e do pai conforme percebido por indivíduos depois dos 16 anos e está dividida em duas dimensões (a dimensão "Cuidado" e a dimensão "Superproteção"). A dimensão Cuidado reflete o quanto os pais são carinhosos, afetuosos e envolvidos com os filhos e a dimensão Superproteção reflete o controle psicológico e intromissão dos pais nas atividades dos filhos (ANNO *et al.*, 2015). A versão utilizada no estudo atual corresponde a uma adaptação do instrumento original e contém 3 perguntas que investigam o Cuidado dos pais em relação à criança (um item) e a Superproteção (dois itens). As respostas a cada pergunta foram organizadas em uma escala de Likert que varia de 0 a 3. Os escores altos na dimensão de Cuidado indicam carinho e

proximidade e altos escores na dimensão de Superproteção/Controle indicam proteção excessiva e vigilância (TEODORO *et al.*, 2010). No nosso estudo, este questionário foi respondido pelos pais da criança. Foi utilizada a mediana como ponto de corte para determinação da pontuação alta e baixa obtendo assim 4 grupos de vínculos parentais (TEODORO *et al.*, 2010):

1. **Cuidado Ótimo (Autoritativo):** alta pontuação em Cuidado e baixa em Superproteção/Controle.
2. **Controle Afetivo (Permissivo):** alta pontuação em Cuidado e alta em Superproteção/Controle.
3. **Controle sem Afeto (Autoritário):** baixa pontuação em Cuidado e alta em Superproteção/Controle
4. **Negligente:** baixa pontuação em Cuidado e baixa pontuação em Superproteção/Controle.

5.6.4. Questionário de Avaliação do Desenvolvimento e Bem-Estar (do inglês *Development and Well Being Assessment - DAWBA*).

O diagnóstico de perturbação mental em crianças e adolescentes foi realizado através do Questionário de Avaliação do Desenvolvimento e Bem-Estar - DAWBA. DAWBA (GOODMAN *et al.*, 2000) é um questionário estruturado traduzido e validado para língua portuguesa (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). O questionário contém seções para diagnóstico dos seguintes transtornos mentais Ansiedade de separação, Fobia específica, Fobia social, Transtorno de pânico/agorafobia, Transtorno de ansiedade generalizada, Transtorno de estresse pós-traumático, Transtorno obsessivo-compulsivo, Transtornos de tiques, incluindo síndrome de Tourette, Transtorno dismórfico corporal, Transtorno disruptivo da desregulação do humor, Depressão maior, Transtornos bipolares, TDAH/hipercinesia, Transtorno desafiador de oposição, Transtorno de conduta, Transtornos alimentares, incluindo anorexia, bulimia e compulsão alimentar e Transtornos do espectro do autismo. O questionário foi desenhado para ser administrado por pessoas leigas bem treinadas que também são responsáveis por transcrever literalmente as respostas das perguntas abertas. O diagnóstico de transtornos mentais realizado a partir deste instrumento é feito por psiquiatras experientes depois da avaliação das respostas das perguntas fechadas e abertas. Este instrumento pode ser administrado aos pais de crianças de 5 a 17 anos, a crianças entre 11 e 17 anos e também apresenta uma versão para os professores (FLEITLICH-BILYK; GOODMAN, 2004). No nosso estudo, o questionário foi administrado aos pais. Para encurtar o tempo de administração do questionário foi-lhe incorporado "regras para pular" permitindo assim omitir algumas perguntas (GOODMAN *et al.*, 2000).

5.6.5. Minientrevista Neuropsiquiátrica Internacional (do inglês International Neuropsychiatric Interview (MINI))

Para o diagnóstico de transtornos mentais nos pais, foi administrado o MINI. MINI é um questionário breve, estruturado e organizado em módulos de diagnósticos psiquiátricos independentes (AMORIM, 2000). Foi desenvolvido por David Sheehan e seus colegas (LECRUBIER *et al.*, 1997), traduzido para várias línguas, inclusive para o português e validado para a população brasileira (DE AZEVEDO MARQUES; ZUARDI, 2008). Contém módulos que avaliam diagnósticos do Eixo I do DSM IV como Episódio Depressivo Maior, Distímia, Episódio de Mania, Episódio de Hipomania, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-traumático, Dependência ou Abuso de Álcool, Dependência ou abuso de Substâncias Psicoativas, Anorexia e Bulimia para além módulos sobre sintomas psicóticos e risco de suicídio (AMORIM, 2000; DE AZEVEDO MARQUES; ZUARDI, 2008). As respostas para as perguntas são dicotômicas (sim/não) e todos os módulos, com exceção do módulo dos sintomas psicóticos, são introduzidos por uma ou duas perguntas de rastreio que, caso forem respondidas negativamente, segue-se para o módulo seguinte (AMORIM, 2000; DE AZEVEDO MARQUES; ZUARDI, 2008). A entrevista dura entre 12 e 30 minutos e pode ser conduzida por um entrevistador leigo treinado.

5.7. Procedimentos

Na Tabela 5 é apresentado a lista de instrumentos usados nas duas fases analisadas neste estudo, isto é, a linha de base (denominada onda zero - W0) e após 3 anos de seguimento (denominada onda um - W1). A seguir descreveremos os procedimentos de coleta de dados nas duas fases do estudo.

5.7.1. Linha de base

5.7.1.1. Rastreio.

Os pais das crianças que se apresentaram nas escolas para registrar seus filhos receberam uma explicação sobre a pesquisa e os que aceitaram participar foram submetidos ao questionário de rastreio de história familiar na escola (FHS). Foram também colhidos dados de informação do contato da família.

5.7.1.2. Seleção dos participantes.

Os participantes foram selecionados de acordo com os critérios descritos na seção de amostragem e amostra.

A equipe de pesquisa realizou uma visita domiciliar às famílias selecionadas para os procedimentos seguintes. Antes de qualquer procedimento, um entrevistador treinado voltou a explicar sobre o projeto e os pais que aceitaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Depois de coletar informações de contato, a família foi registrada e os dados demográficos da criança e da família foram também coletados. Na sequência, foram realizados os seguintes procedimentos pelo entrevistador treinado:

- Administração, aos pais, o questionário geral de fatores de risco;
- Questionário sobre o nível socioeconômico da ABEP;
- Instrumento de ligação parental (BPI)
- A escala de ambiente familiar da FES;
- Administração do DAWBA e MINI;

Na escola as crianças tiveram avaliação neuropsicológica por psicólogos e fonoaudiólogos treinados. Nesta fase também foram coletadas amostras de saliva, de sangue e algumas crianças foram submetidas ao exame de neuroimagem. Dados sobre avaliação neuropsicológica, fonoaudiológica, amostras de sangue e saliva assim como dados de neuroimagens não são avaliados neste estudo.

5.7.1.3. Após 3 anos de seguimento

Três anos após o primeiro contato, uma nova visita domiciliar foi realizada pela equipe de pesquisa treinada. Depois da confirmação e identificação da família, um novo termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pela família. Posteriormente foram administrados, entre outros questionários, o DAWBA e o questionário sobre bullying. A semelhança da fase transversal, outros dados foram coletados, porém não são matéria da nossa análise. Na escola as crianças foram submetidas a avaliação neuropsicológica e fonoaudiológica. Os participantes que realizaram exame de imagens na linha de base foram convidados a repetir o exame.

5.8. Análise estatística

Todas análises foram conduzidas no pacote estatístico R versão 4.2.2 e R Studio versão 2023.03.0+386. Considerou-se um p valor menor que 0,05 para significância estatística.

Análise descritiva: Foi utilizada estatística descritiva para resumir a distribuição dos dados demográficos, fatores pré e perinatais, eventos estressantes de vida, ambiente familiar, estilos parentais e presença de diagnóstico psiquiátrico. As variáveis contínuas são analisadas e

apresentadas em média e desvio padrão enquanto as variáveis categóricas são apresentadas como frequência e proporções. A normalidade dos dados foi observada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Análise Bi-variada: Tendo em conta que a nossa variável dependente é uma variável categórica, foi realizado o teste de qui-quadrado para investigar a relação entre a ausência de transtornos mentais e características demográficos, fatores pré e perinatais, eventos estressantes de vida, ambiente familiar, estilos parentais. Um teste post hoc, usando o método de Bonferroni, foi realizado em casos de comparação múltipla. O Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney foi utilizado para investigar desfechos de variáveis contínuas. O teste de correlação de Spearman foi utilizado para avaliar correlação entre variáveis contínuas. Foi feita análise de componente principal nas variáveis que apresentaram correlação.

Regressão Logística Simples: A regressão logística simples foi usada para analisar a relação entre ambiente familiar e presença de transtornos mentais.

Análise Multivariada: As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa (valor $p < 0.05$) na análise bivariada, foram eleitas para análise de regressão logística múltipla considerando-se ausência/presença de transtornos mentais determinados pelo DAWBA.

5.9. Considerações éticas

5.9.1. Aprovação Ética:

Como descrito acima, os dados que serão analisados fazem parte do estudo Coorte Brasileira de Alto Risco (HRC) que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de São Paulo IORG0004884/Número de Registo do Conselho Nacional de Saúde (CONEP): 15.457/número de registo do Projeto: 1132/08.

5.9.2. Consentimento

A análise dos dados desta proposta não requer obtenção de uma nova assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, antes da participação no estudo HRC, os pais dos participantes tiveram explicação, de forma clara, sobre o projeto. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos pais das crianças e pelas crianças capazes de ler, escrever e entender o consentimento por escrito. Nenhum participante foi forçado a participar na pesquisa e mesmo que tenha aceitado participar, foram informados que poderiam interromper a sua participação a qualquer momento do estudo e que isso não o privaria de receber cuidados de saúde caso necessitasse. Os participantes foram informados que os dados colhidos na pesquisa poderiam ser usados para investigações futuras.

5.9.3. Confidencialidade

Todos os dados colhidos foram considerados confidenciais. As informações colhidas estão codificadas, arquivadas em local seguro e somente membros da equipa de pesquisa devidamente autorizados têm acesso às informações dos participantes. Os investigadores desta proposta terão somente acesso a informações codificadas da base de dados.

5.9.4. Despesas e Compensação

No estudo HRC não foram cobradas despesas aos participantes e nem oferecidas compensações em nenhum momento do estudo.

5.9.5. Riscos

O presente estudo analisa dados previamente coletados HRC, portanto não foi realizada nenhuma avaliação direta de paciente, entretanto a coleta de dados do estudo HRC envolve riscos mínimos. Os participantes foram sujeitos a riscos como hematoma ou infecção durante a coleta de amostra de sangue, medo, angústia e ansiedade durante a coleta da amostra de saliva. Durante o procedimento de ressonância magnética do crânio os participantes poderiam sentir-se incomodados com o barulho, poderiam sentir-se angustiados e com medo. Durante a administração do questionário os participantes poderiam sentir-se cansados e poucos ansiosos em responder perguntas sensíveis sobre os seus comportamentos e emoções.

5.9.6. Benefícios

Esta análise não oferece benefícios imediatos e nem diretos aos participantes e nem aos seus familiares. Porém, haverá benefícios indiretos, pois os resultados desta análise poderão oferecer aos decisores de políticas de saúde mais informações à discussão de estratégias para a prevenção do desenvolvimento de transtornos mentais em crianças e adolescentes.

6. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados descritivos (dados demográficos, antecedentes pré e perinatais, eventos estressantes de vida, características familiares) da população geral na linha de base (onda zero - W0).

6.1. População do estudo geral na linha de base (W0)

Ao todo, foram incluídas no estudo 2511 crianças nas cidades de São Paulo (1.256) e Rio Grande do Sul (1.255) e as respostas foram fornecidas pelas mães 2.387 (95%) e pelos pais biológicos 124 (5%).

6.2. Dados demográficos.

Conforme se observa na Tabela 5, dos 2511 participantes, 55% eram do sexo masculino e a idade média da amostra foi de 10,2 (DP=1,9). Setenta e nove % frequentavam o ensino fundamental do 1º grau, 61% se identificaram como sendo da raça branca, 56% referiram que participavam de cultos ou missas de alguma religião como por exemplo evangélicas (47%), católica (41%) e outras (espíritas, protestantes e umbanda) (12%). De acordo com os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) de 2010, 84% eram pertencentes às classes econômicas C, D e E e 16% eram pertencentes às classes A e B. Em relação às mães dos participantes do estudo, 68% eram casadas, 38% tinham pelo menos o ensino médio completo e 58% tinham uma renda mensal de não mais do que 1.000 reais.

Tabela 5 - Descrição de dados demográficos na linha de base (W0)

Variáveis	Nº de Observações	Amostra=2.511 ¹
Respondente	2.511	
Mãe biológica		2.387 (95%)
Pai biológico		124 (4,9%)
Estado	2.511	
São Paulo		1.256 (50%)
Rio Grande do Sul		1.255 (50%)
Idade	2.511	10,2 (DP=1,9)
Gênero	2.511	
Homem		1.375 (55%)
Mulher		1.136 (45%)
Nível de instrução da criança	2.511	
Ensino Fundamental 1		1.976 (79%)
Ensino Fundamental 2		534 (21%)
Outro		1 (<0.1%)
Raça	2.505	
Branco		1.519 (61%)
Não Branco		986 (39%)
Frequenta cultos ou missas de alguma religião?	2.492	
Sim		1.388 (56%)
Não		1.104 (44%)
Tipo de religião (Outra=Espírita, Protestante, Umbanda)	1.384	
Evangélica		657 (47%)
Católica		561 (41%)
Outra		166 (12%)
<i>Continua...</i>		

<i>Conclusão</i> Variáveis	Nº de Observações	Amostra=2.511¹
Finanças após o nascimento da criança	2.511	
Melhorou		1.389 (55%)
Não mudou		775 (31%)
Piorou		347 (14%)
Classe económicos (ABEP)	2.511	
C/D/E		2.113 (84%)
A/B		398 (16%)
Estado Civil (Não Casado = Solteira/Separada/Divorciada/Viúva)	2.485	
Casada		1.678 (68%)
Não Casada		807 (32%)
Nível de instrução mãe	2.483	
Ensino Superior incompleto		934 (38%)
Ensino Médio incompleto		857 (35%)
Ensino Fundamental incompleto		607 (24%)
Ensino Superior e mais		85 (3.4%)
Renda mensal da mãe	2.306	
Renda até 1000 Reais		1.330 (58%)
Sem Renda		621 (27%)
Renda maior que 1000 reais		355 (15%)
¹ n (%); Média (DP=desvio padrão)		

6.3. Antecedentes pré e perinatais

A Tabela 6 mostra que quase todas as mães, ou seja 98%, tiveram consultas pré-natais e cerca de 90% tiveram seis ou mais consultas. Em relação ao uso de substâncias durante a gestação, 23% fumaram cigarros e 22% beberam álcool durante a gestação. No que se refere às condições clínicas durante a gestação, 37% tiveram pelo menos uma condição médica como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Infecção Urinária ou qualquer outra condição que necessitasse de hospitalização e 33% referiram ter experienciado estresse. Vinte por cento da amostra nasceu de parto pré-termo e 62% nasceram de parto normal. Depois do nascimento, 11,6% ficaram em unidades de cuidados intensivos. Em relação ao aleitamento materno, 91% tiveram aleitamento materno e 56% foram amamentados por 6 ou mais meses.

Tabela 6 - Descrição dos antecedentes pré e perinatais na linha de base (W0)

Variáveis	Nº de Observações	Amostra=2511 ¹
A mãe realizou consultas pré-natais durante a gravidez	2.505	
Sim		2.459 (98%)
Não		46 (1,8%)
Número de consultas de pré-natais	2.067	
6 ou mais visitas pré-natais		1.857 (90%)
Menos que 6 visitas pré-natais		210 (10%)
Fumou durante a gravidez	2.508	
Não		1.937 (77%)
Sim		571 (23%)
Bebeu álcool durante a gravidez	2.501	
Não		1.956 (78%)
Sim		545 (22%)
Teve qualquer condição médica durante a gravidez (HTA, DM, ITU)*	2.443	
Não		1.538 (63%)
Sim		905 (37%)
Experienciou estresse durante a gravidez (sim se >=intenso)	2.511	
Não		1.678 (67%)
Sim		833 (33%)
Classificação da idade gestacional de Termo/Pós-termo	2.492	
Pré-termo		511 (20%)
Tipo de parto?	2.507	
Parto normal		1.547 (62%)
Cesariana		960 (38%)
Ficou na UTI/neonatal**	2.507	
Não		2.215 (88%)
Sim		292 (12%)
APGAR 1º minuto	969	9,00 (8,00, 9,00)
APGAR 5º minuto	969	9,00 (9,00, 10,00)
Peso ao nascer (g)	2.370	3.212 (DP=589,6)
Amamentou a criança?	2.511	
Sim		2.296 (91%)
Não		215 (8.6%)
Meses de amamentação	2.499	
6 ou mais meses de amamentação		1.399 (56%)
Menos que 6 meses de amamentação		711 (28%)
Não amamentou		389 (16%)

¹n (%); Mediana (IQR); DP=desvio padrão * HTA=Hipertensão Arterial; DM=Diabetes Mellitus; ITU= infecção do trato urinário. ** UTI= Unidade de cuidados intensivos.

6.4. Eventos estressantes de vida

A Tabela 7 mostra os dados descritivos sobre os eventos estressantes de vida das crianças. Como se pode notar, 39% referiram ter a percepção de ter sofrido bullying pelo menos uma vez na vida, 29% responderam ter sofrido bullying naquele ano e 12% referiram que tiveram a percepção de bullying várias vezes na vida. Dezassete por cento afirmam que o bullying incomodou muito. Em relação aos abusos sofridos pelas crianças até ao momento da entrevista, foi reportado que 15% sofreram abuso físico, 10% foram negligenciadas, 2.3% reportaram ter sofrido abuso sexual e 44% abuso emocional.

Tabela 7 - Eventos estressantes de vida da criança na linha de base (W0)

Variáveis	Nº de Observações	Amostra=2511 ¹
Já sofreu bullying na vida	2.455	
Não		1.505 (61%)
Sim		950 (39%)
Sofreu bullying este ano	2.446	
Não		1.727 (71%)
Sim		719 (29%)
Frequência de bullying este ano	2.433	
Nunca		1.727 (71%)
De vez em quando		409 (17%)
Várias vezes		297 (12%)
O quanto o bullying incomodou a criança	2.446	
Quase nada		2.025 (83%)
Muito		421 (17%)
Teve Meningite ou Encefalite	2.511	
Sim		2.429 (97%)
Não		82 (3.3%)
Teve Traumatismo craniano	2.504	
Não		1.831 (73%)
Sim		673 (27%)
Sofreu Abuso físico	2.507	
Não		2.139 (85%)
Sim		368 (15%)
Sofreu Negligência	2.511	
Não		2.261 (90%)
Sim		250 (10.0%)
Sofreu Abuso sexual	2.500	
Não		2.442 (98%)
Sim		58 (2.3%)
Sofreu Abuso emocional	2.510	
Não		1.397 (56%)
Sim		1.113 (44%)
Qualquer tipo de abuso	2.496	
Não		1.303 (52%)
Sim		1.193 (48%)
¹ n (%)		

6.5. Características Familiares

A Tabela 8 mostra a descrição das características familiares estudadas. Observa-se que 741 (30%) das mães preencheram critérios diagnósticos para pelo menos um transtorno mental de acordo com o MINI. A média dos escores das subescalas da FES estudadas foram 7,5 (SD=1,9) para coesão, 3 (SD=2) para conflito e 5 (SD=1,6) para controle. Em relação aos estilos parentais observou-se que a maior parte das mães, 1,431 (56%) apresentava um estilo parental caracterizado por restrição afetiva.

Tabela 8 - Características Familiares na linha de base (W0)

Variáveis	Nº de Observações	Amostra=2511 ¹
Pais com qualquer transtorno mental (MINI)	2.511	
Não		1.770 (70%)
Sim		741 (30%)
FES (subescalas)*		
Coesão familiar	2.511	7,5 (1.9)
Conflito familiar	2.511	3,0 (2.0)
Controle familiar	2.511	5,0 (1.6)
Estilo materno	2.508	
PBI **		
Controle afetivo (Permissivo)		1.413 (56%)
Controle sem afeto (Autoritário)		441 (18%)
Cuidado Ótimo (Autoritativo)		395 (16%)
Negligente		259 (10%)

¹n (%); Média (DP=desvio padrão), *FES (Escala do Ambiente familiar); **PBI (Instrumento de Ligação parental)

6.6. Associações entre presença versus ausência de transtornos mentais e características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida, estilos parentais e ambiente familiar em crianças e adolescentes na onda zero

A presença de transtornos mentais em crianças e adolescentes foi avaliada através do instrumento DAWBA. Na nossa amostra, 652 (26%) dos participantes pontuaram para pelo menos um transtorno mental na linha de base.

A seguir serão apresentadas as relações entre a presença/ausência de transtornos mentais com as demais características estudadas na linha de base (W0) (dados demográficos, antecedentes pré e perinatais, eventos estressantes de vida, características familiares).

6.6.1. Associação entre características sociodemográficas com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes e na linha de base (W0)

A análise bivariada mostra que as características sociodemográficas (Tabela 9) associadas com a presença de transtornos mentais na linha de base foram: 1) estar no ensino fundamental do primeiro grau $X^2(2, N = 2511) = 11,542, p = 0.002$, 2); ter piorado o nível financeiro depois do nascimento $X^2(2, N = 2511) = 11,005, p < 0.001$; 3) pertencer às classes econômicas C, D e E $X^2(1, N = 2511) = 12,042, p = 0.001$; 4) ter mãe solteira $X^2(1, N = 2483) = 6,814, p = 0.009$; 5) ter renda mensal igual ou inferior a mil reais $X^2(2, N = 2306) = 10,19, p = 0.006$.

Tabela 9 - Características sociodemográficas divididos por presença de Transtornos mentais na linha de base

Variáveis	Não N=1.859	Sim N=652	p ^{1, 2}	N
Idade*	10,1 [8,67;11.7]	10,2 [8,77;11.5]	0,722	2.511
Gênero:			0,157	2511
Homem	1.002 (53,9%)	373 (57,2%)		
Mulher	857 (46,1%)	279 (42,8%)		
Nível de instrução da criança:			0,002	2511
Ensino Fundamental 1 grau	1.437 (77,3%)	539 (82,7%)		
Ensino Fundamental 2 grau	422 (22,7%)	112 (17,2%)		
Raça:			0,314	2505
Não Brancos	743 (40,0%)	243 (37,6%)		
Brancos	1.116 (60,0%)	403 (62,4%)		
Frequenta cultos ou missas de alguma religião?			0,221	2492
Não	804 (43,6%)	300 (46,4%)		
Sim	1.042 (56,4%)	346 (53,6%)		
Tipo de religião			0,006	1384
Católica	432 (41,6%)	129 (37,3%)		
Evangélica	498 (48,0%)	159 (46,0%)		
Outra (Espírita, Protestante, Umbanda)	108 (10,4%)	58 (16,8%)		
Finanças após o nascimento da criança			<0,001	2511
Piorou	223 (12,0%)	124 (19,0%)		
Não mudou	596 (32,1%)	179 (27,5%)		
Melhorou	1.040 (55,9%)	349 (53,5%)		
Classes Econômicas (ABEP)			0,001	2511
A/B	323 (17,4%)	75 (11,5%)		
C/D/E	1.536 (82,6%)	577 (88,5%)		
Estado Civil			0,009	2485
Casada	1.271 (69,0%)	407 (63,3%)		
Não Casada	571 (31,0%)	236 (36,7%)		
Nível de instrução mãe:			0,439	2483
Ensino Fundamental incompleto	445 (24,2%)	162 (25,2%)		
Ensino Médio incompleto	638 (34,7%)	219 (34,0%)		
Ensino Superior incompleto	699 (38,0%)	235 (36,5%)		
Ensino Superior e mais	57 (3,10%)	28 (4,35%)		

Continua

<i>Conclusão</i>				
Variáveis	Não	Sim	p^{1, 2}	N
	<i>N=1.859</i>	<i>N=652</i>		
Renda mensal da mãe:			0,006	2306
Renda até 1000 Reais	956 (56,3%)	374 (61,5%)		
Renda maior que 1000 reais	285 (16,8%)	70 (11,5%)		

¹(X²) = Variáveis categóricas, ² (W= Mann-Whitney - Wilcoxon Test) = Variáveis contínuas, *Mediana (IQ)

6.6.2. Associação entre antecedentes pré e perinatais com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)

As características pré e perinatais (Tabela 10) associadas a presença de transtornos mentais na linha de base foram: 1) não ter realizado consultas pré-natais $X^2(1, N = 2505) = 8,453, p = 0.004$; 2) a mãe ter usado substâncias na gestação como cigarro $X^2(1, N = 2508) = 11,548, p = 0.001$ e bebida alcoólica $X^2(1, N = 2511) = 39,068, p < 0.001$; 3) a mãe ter tido alguma condição médica nesse período na gestação $X^2(1, N = 2443) = 28,268, p < 0.001$; 4) a mãe ter experimentado estresse durante a gestação $X^2(1, N = 2511) = 50,08, p < 0.001$; 5) crianças que nasceram de partos pré-termo $X^2(1, N = 2511) = 14,927, p = 0.03$; 6) não amamentação $X^2(1, N = 2511) = 4,250, p = 0.03$ e 7) menor tempo de amamentação $X^2(2, N = 2511) = 8,785, p = 0.01$.

A análise de post hoc, usando método de Bonferroni, indica que a frequência de transtornos mentais é significativamente maior em crianças que não foram amamentadas em comparação com as que foram amamentadas por seis ou mais meses ($p=0,039$). A frequência de transtornos mentais não foi diferente entre seis ou mais meses e menos de 6 meses e nem entre menos de seis meses com não ter sido amamentado.

Tabela: 10 - Características pré e perinatais divididos por presença e ausência de Transtornos Mentais na linha de base

Variáveis	Não	Sim	p^{1, 2}	N
	<i>N=1.859</i>	<i>N=652</i>		
A mãe realizou consultas pré-natais durante a gravidez:			0,004	2.505
Sim	1.830 (98,7%)	629 (96,8%)		
Não	25 (1,35%)	21 (3,23%)		
Número de consultas de pré-natais:			0,852	2.067
6 ou mais	1.369 (89,9%)	488 (89,5%)		
Menos que 6	153 (10,1%)	57 (10,5%)		
Fumou durante a gravidez			0,001	2.508
Não	1.466 (78,9%)	471 (72,4%)		
Sim	391 (21,1%)	180 (27,6%)		

Continua

<i>Conclusão</i>				
Variáveis	Não	Sim	p^{1, 2}	N
	<i>N=1.859</i>	<i>N=652</i>		
Bebeu álcool durante a gravidez:			<0,001	2.501
Não	1.507 (81,3%)	449 (69,4%)		
Sim	347 (18,7%)	198 (30,6%)		
Teve qualquer condição médica durante a gravidez (HTA, DM, ITU)*:			<0,001	2.443
Não	1.198 (66,0%)	340 (54,1%)		
Sim	616 (34,0%)	289 (45,9%)		
Experienciou estresse durante a gravidez (sim se >=intenso):			<0,001	2.511
Não	1.316 (70,8%)	362 (55,5%)		
Sim	543 (29,2%)	290 (44,5%)		
Classificação da idade gestacional:			0,026	2.492
Pré-termo	358 (19,4%)	153 (23,6%)		
Termo/Pós-termo	1.486 (80,6%)	495 (76,4%)		
Tipo de parto?			0,202	2.507
Cesariana	697 (37,5%)	263 (40,5%)		
Parto normal	1.160 (62,5%)	387 (59,5%)		
Ficou na UTI neonatal**:			0,069	2.507
Não	1.654 (89,1%)	561 (86,3%)		
Sim	203 (10,9%)	89 (13,7%)		
APGAR 1º minuto	9,00 (8,00;9,00)	9,00 (8,;9)	0,886	969
APGAR 5º minuto	9,00 (9,00;10,0)	9,00 (9;10)	0,099	969
Peso ao nascer (g)	3.210 (2.900;3.600)	3200 (2.842;3.599)	0,195	2.370
Amamentou a criança?			0,039	2.511
Não	146 (7,85%)	69 (10,6%)		
Sim	1.713 (92,1%)	583 (89,4%)		
Meses de amamentação:			0,012	2.499
6 ou mais	1.067 (57,7%)	332 (51,2%)		
Menos que 6	511 (27,6%)	200 (30,8%)		
Não amamentou	272 (14,7%)	117 (18,0%)		

¹(X²) = Variáveis categóricas, ²(W= Mann-Whitney-Wilcoxon Test) = Variáveis contínuas. * HTA=Hipertensão Arterial; DM=Diabetes Mellitus; ITU= infecção do trata urinário. ** UTI= Unidade de cuidados intensivos.

6.6.3. Associação entre eventos estressantes de vida com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)

Observa-se na Tabela 11 que existe associação significativa entre maior frequência de transtornos mentais e: 1) ter sofrido bullying pelo menos uma vez na vida $X^2(1, N = 2455) = 94,146, p < 0.001$ e 2) ter sofrido bullying naquele ano $X^2(1, N = 2446) = 74625, p < 0.001$. A

presença de transtornos mentais foi maior em crianças que tiveram a percepção do bullying com maior frequência do que as que referiram menor frequência $X^2 (2, N = 2433) = 90,93, p < 0.001$. As crianças que mais se sentiram incomodadas com o bullying foram as que mais apresentaram transtornos mentais $X^2 (1, N = 2446) = 83,372, p < 0.001$. Adicionalmente, ter sofrido qualquer tipo de abuso seja físico, sexual, emocional ou negligência foi também associado a maior presença de transtornos mentais na linha de base comparando com as que não tiveram qualquer tipo de abuso $X^2 (1, N = 2492) = 122,04, p < 0.001$.

Tabela: 11- Eventos estressantes de vida divididos por presença ou não de Transtornos Mentais na linha de base

Características	Não N=1859	Sim N=652	P¹	N
Já sofreu bullying na vida:			<0,001	2.455
Não	1.221 (66,9%)	284 (45,0%)		
Sim	603 (33,1%)	347 (55,0%)		
Sofreu bullying este ano:			<0,001	2.446
Não	1.373 (75,3%)	354 (56,8%)		
Sim	450 (24,7%)	269 (43,2%)		
Frequência de bullying este ano:			<0,001	2.433
Nunca	1.373 (75,8%)	354 (57,0%)		
De vez em quando	274 (15,1%)	135 (21,7%)		
Várias vezes	165 (9,11%)	132 (21,3%)		
O quanto o bullying incomodou a criança:			<0,001	2.446
Quase nada	1.584 (86,9%)	441 (70,8%)		
Muito	239 (13,1%)	182 (29,2%)		
Qualquer tipo de abuso (sexual, físico ou emocional):			<0,001	1.605
Não	1.088 (88%)	215 (58,4%)		
Um tipo de abuso	142 (11,5%)	134 (36,4%)		
Os 3 tipos de abuso	7 (0,57%)	19 (5,16%)		
Qualquer tipo de abuso:			<0,001	2.496
Não	1.088 (58,8%)	215 (33,3%)		
Sim	762 (41,2%)	431 (66,7%)		

¹(X²) = Variáveis categóricas

6.6.4. Associação entre características familiares com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)

Nota-se na Tabela 12 que a presença de transtornos mentais foi maior em crianças com mães que apresentavam transtorno mental $X^2 (1, N = 2511) = 206,78, p < 0.001$. Os diferentes estilos parentais também mostraram associação com a presença de transtornos mentais $X^2 (3, N =$

2508) = 31,957p < 0.001. O teste post hoc indica que a frequência de transtornos mentais é significativamente maior em crianças com mães com estilo materno negligente do que as com controle afetivo e cuidado ótimo. A presença de transtornos mentais está associada a menores escores de coesão familiar (W = 791336, p < 0.001), maiores escores de conflito (W = 387818, p < 0.001) e maiores escores de controle familiar (W = 696556, p < 0.001).

Tabela: 12 - Características familiares divididas por presença ou não de Transtornos Mentais na onda zero (W0)

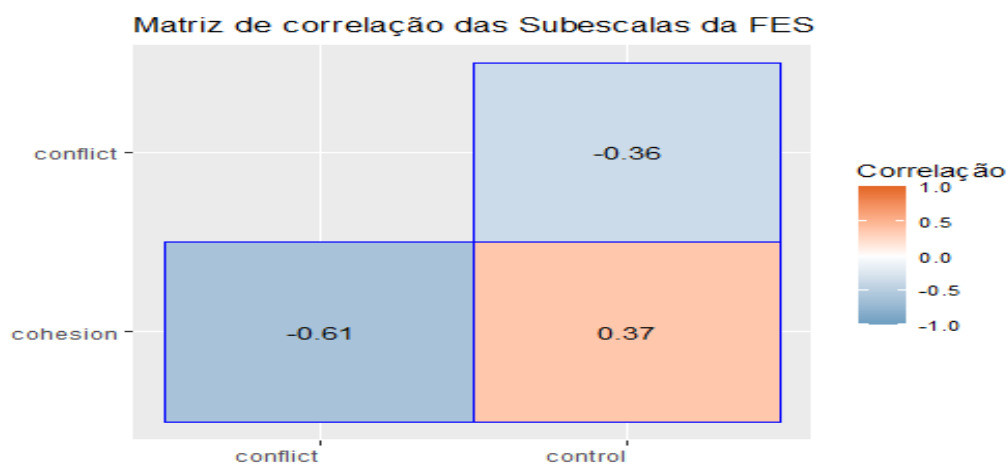
Características	Não n (%)	Sim n (%)	p^{1, 2}	N
	N=1.859	N=652		
Pais com qualquer transtorno mental (MINI):			<0,001	2.511
Não	1.455 (78,3%)	315 (48,3%)		
Sim	404 (21,7%)	337 (51,7%)		
PBI**			<0,001	2.508
Negligente	170 (9,15%)	89 (13,7%)		
Cuidado Ótimo (Autoritativo)	324 (17,4%)	71 (10,9%)		
Controle sem Afeto (Autoritário)	300 (16,2%)	141 (21,7%)		
Cuidado Afetivo (Permissivos)	1.063 (57,2%)	350 (53,8%)		
FES*				
Coesão Familiar***	7,75 (1,8)	6,77 (2,1)	<0,001	2.511
Conflito Familiar***	2,64 (2)	3,97 (2,1)	<0,001	2.511
Controle Familiar***	5,12 (1,6)	4,67 (1,7)	<0,001	2.511

¹(X²) = Variáveis categóricas, ²(W= Mann-Whitney - Wilcoxon Test) = Variáveis contínuas
 *FES (Escala do Ambiente familiar); **PBI (Instrumento de Ligação parental); ***Média (DP=desvio padrão),

6.7. Efeito do ambiente familiar na predição de presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)

Com o intuito de investigar se o ambiente familiar pode atuar como fator de proteção para de transtornos mentais em crianças e adolescentes, controlando-se para outras variáveis (fatores de risco), escolhemos utilizar a regressão logística. No entanto, conforme pode ser observado na Figura 2 por meio de uma matriz de correlação, as subescalas de ambiente familiar do nosso estudo (coesão, conflito e controle) são correlacionadas.

Figura 2 - Matriz de correlação entre as subescalas de FES (coesão, conflito e controle)



Levando-se em conta que uma das suposições básicas que deve ser atendida para execução da regressão logística é a ausência de multicolinearidade entre as variáveis independentes (STOLTZFUS, 2011), optamos por construir, através de análise de componente principal, um Fator do Ambiente Familiar e utilizar esta variável na regressão logística.

6.7.1. Fator de Ambiente Familiar

Devido a multicolinearidade entre as variáveis coesão, conflito e controle, essas variáveis não podem fazer parte do mesmo modelo de regressão, portanto devem ser analisadas de forma separada, ou juntas através de um fator. A variável de controle familiar não apresentou uma correlação esperada com relação as outras variáveis, portanto ela foi eliminada do fator. A tabela 13, mostra a importância dos componentes da análise. Foi gerada 2 componentes correspondendo a igual número de variáveis e, nota-se que, o primeiro componente explica 80% da variância total.

Tabela 13 - Importância dos componentes

Importância dos componentes:		
	Comp.1	Comp.2
Desvio padrão	1,27	0,63
Proporção da variância	0,80	0,20
Proporção acumulada	0,80	1

Olhando para a importância da variável coesão e conflito no componente 1, observa-se que as duas variáveis têm o mesmo valor (0,707) o que significa que contribuem de forma semelhante quando as pontuações do PCA são calculadas, entretanto o valor negativo do peso da variável

conflito indica que esta variável está negativamente correlacionada com o primeiro componente (Tabela 14).

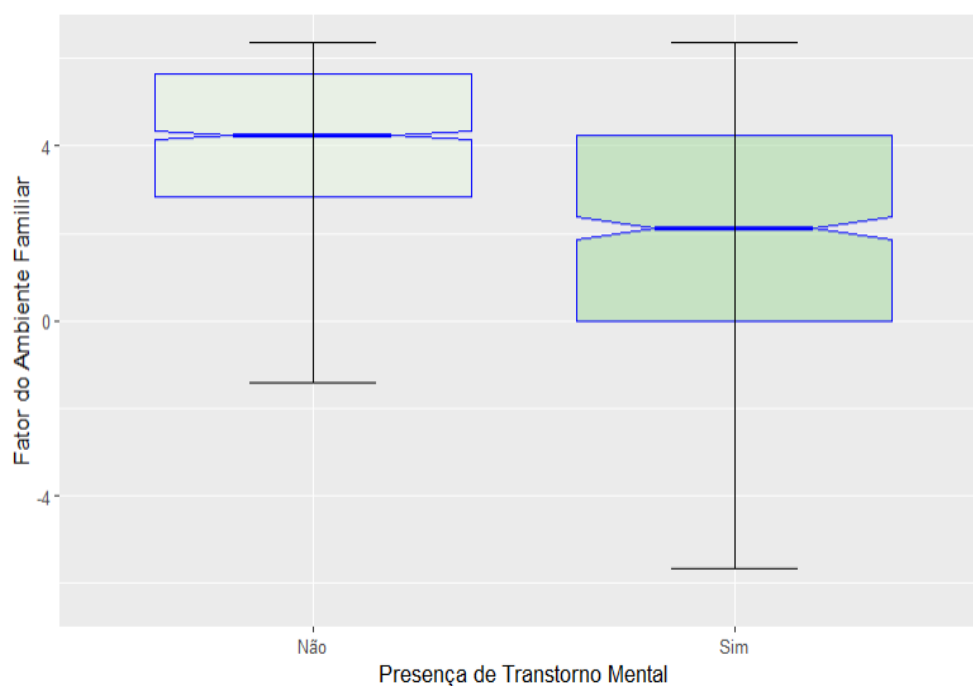
Tabela 14 - Importância das variáveis em cada componente

Peso da variável		
	Comp.1	Comp.2
Coesão	0,707	0,707
Conflito	-0,707	0,707

Como mencionado anteriormente, variáveis coesão e controle serão combinadas em um fator através da seguinte equação: $Fator\ do\ Ambiente\ Familiar = 0,707(Coesão - Conflito)$. Portanto, maior valor na pontuação do Fator do Ambiente familiar significa maior coesão e menor conflito. A proporção da variância explicada das variáveis coesão e conflito familiar combinadas no Fator do Ambiente Família é de 80%.

O Boxplot a seguir mostra a relação entre o Fator do ambiente familiar e a presença e ausência de transtorno mental. Nota-se que a pontuação do Factor do Ambiente Familiar é maior em crianças e adolescentes com ausência de transtorno mental comparando com as com a presença de transtornos mentais.

Figura 3 - Pontuação do Fator do Ambiente Familiar dividido por presença ou não de transtorno mental



6.7.2. Regressão logística simples entre o Fator do Ambiente Familiar com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base (W0)

Em seguida foi realizada a análise de regressão logística simples para identificar o efeito do Fator do Ambiente Familiar sobre a presença/ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base. A Tabela 15 mostra os resultados da regressão.

Tabela 15: Regressão logística simples entre o Fator de Ambiente Familiar e presença de transtornos mentais

Variáveis	OR¹	95% CI¹	p
Fator de Ambiente Familiar	0,79	0,76; 0,82	<0,001
¹ OR = Razão de Chances, CI = Intervalo de Confiança			

O nosso modelo sugere que o Fator do Ambiente Familiar influencia de forma negativa a presença de transtornos mentais na nossa amostra. Para cada aumento de uma unidade no valor do Fator de Ambiente Familiar a probabilidade de ter transtorno mental diminui em 26%.

6.7.3. Regressão logística múltipla entre o Fator do Ambiente Familiar e Estilo Parental com presença versus ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes controlando para características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida na linha de base (W0)

Adicionalmente, foi realizada regressão logística múltipla para analisar a relação entre o Fator do Ambiente Familiar e Estilos parentais com a presença ou não de transtornos mentais controlando para características sociodemográficas, pré e perinatais e familiares que atuaram como fatores de risco para ter transtorno mental. Foi usada regressão logística reversa para identificar possíveis preditores de transtorno mental entre as variáveis que, na análise bivariada, apresentaram diferença significativa entre os grupos com e sem transtornos mentais (vide secção de 8.2.1 à 8.2.4). Em cada etapa, variáveis com a menor correlação com a variável dependente (Presença de transtorno mental – Sim versus Não) foram removidas do modelo. Verificou-se que para cada aumento de uma unidade dos escores do Fator de Ambiente Familiar a probabilidade de ter transtorno mental diminui em cerca de 15 %, considerando no modelo a presença de variáveis de risco como demonstradas na Tabela 16.

Tabela 16 - Regressão logística múltipla - Associação entre o Fator do Ambiente Familiar e presença de transtornos mentais controlando para as características da amostra na onda zero

Variáveis	OR ¹	95% CI ¹	p
Fator do Ambiente Familiar	0,87	0,84;0,91	<0,001
Classes Socioeconômicas (C/D/E)	1,59	1,18; 2,18	0,003
Bebeu álcool durante a gravidez (SIM)	1,38	1,09; 1,74	0,008
Teve qualquer condição médica durante a gravidez (SIM)	1,33	1,08; 1,63	0,008
O quanto o bullying incomodou a criança (Muito)	2,00	1,56; 2,55	<0,001
Qualquer tipo de abuso (SIM)	1,71	1,38; 2,12	<0,001
Pais com qualquer transtorno mental (SIM)	2,63	2,12; 3,26	<0,001

¹OR = Razão de Chances, CI = Intervalo de Confiança

6.8. Características da amostra depois de 3 anos de seguimento, (onda 1 - (W1))

Como descrito nos materiais e métodos, as crianças e adolescentes do nosso estudo também foram observadas 3 anos depois da primeira avaliação. Depois de 3 anos de seguimento foi possível reter cerca de 80% da amostra. Vinte e três por cento da amostra pontuou para qualquer transtorno mental de acordo com DAWBA onde, 254 (13%) foram casos novos e 271(11%) eram pacientes que na linha de base tinham pontuado para qualquer transtorno mental e voltaram a pontuar. Adicionalmente, 362 (16%) dos pacientes deixaram de ter transtornos mentais e 1213 (60%) foram os pacientes que na linha de base não tinham transtorno mental e permaneceram assim durante os 3 anos (Tabela 17).

Tabela 17 - Mudanças da proporção de transtornos mentais depois de três anos

	TMw0 (N=2511)	TMw1 (N=2010)	Manutenção da Ausência		Manutenção da Presença	
			Sim	Não	Sim	Não
Frequência	652	471	1.213	254	271	362
Proporção	26%	23%	60%	13%	11%	16%

TM=Transtorno mental; W0=Linha de base; W1=3 anos depois; N=amostra

Nas análises subsequentes, iremos focar apenas nos grupos de participantes que se mantiveram sem transtornos mentais (manutenção da ausência) em comparação com o grupo de participantes que passaram a apresentar pelo menos um transtorno mental (casos incidentes) no seguimento após 3 anos (W1). O racional destas análises é investigar quais fatores (características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes na vida e características familiares) poderiam estar relacionados com proteção ou risco para o desenvolvimento de transtornos mentais comparando os participantes que se mantiveram sem

transtornos mentais com aqueles que passaram a ter pelo menos um transtorno mental no seguimento de 3 anos

6.8.1. Associações entre a manutenção da ausência de transtornos mentais e características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida e ambiente familiar em crianças e adolescentes três anos depois (W1)

Para análise das características associadas com manutenção da ausência de transtorno mental depois de 3 anos, foram selecionadas variáveis coletadas nos dois tempos (linha de base e depois de 3 anos). As tabelas 18, 19, 20 e 21 apresentam as características associadas ao surgimento de novos casos (245) no seguimento de 3 anos.

6.8.2. Associação entre características sociodemográficas com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).

As características sociodemográficas associadas com a maior manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes no seguimento de 3 anos foram: 1) gênero masculino $X^2(1, N = 1467) = 9,808, p = 0.002$; 2) ser filho de mães casadas $X^2(1, N = 1438) = 5,945, p = 0.015$ e 3) ter renda mensal da mãe com mais de 1.000 reais comparando com rendas inferiores a 1.000 reais $X^2(1, N = 1381) = 6,260, p = 0.04$ (Tabela 18).

Tabela 18- Dados demográficos divididos por manutenção da ausência ou não de transtornos mentais na onda 1

Variáveis	Sim <i>N=1.213</i>	Não <i>N=254</i>	p^{1, 2}	N
Idade*	13,4 (11,9;15,0)	13,5 [12,0;15,0]	0,862	1.467
Gênero:			0,002	1.467
Masculino	692 (57,0%)	117 (46,1%)		
Feminino	521 (43,0%)	137 (53,9%)		
Nível de instrução da criança:			0,390	1.467
EF1	167 (13,8%)	44 (17,3%)		
EF2	819 (67,5%)	170 (66,9%)		
EM	208 (17,1%)	36 (14,2%)		
Outro	19 (1,57%)	4 (1,57%)		
Raça:			0,339	1.467
Não Brancos	491 (40,5%)	94 (37,0%)		
Brancos	722 (59,5%)	160 (63,0%)		
<i>Continua</i>				

<i>Conclusão</i>				
Variáveis	Sim	Não	p^{1, 2}	N
	<i>N=1.213</i>	<i>N=254</i>		
Frequenta cultos ou missas de alguma religião?			0,368	1.463
Não	624 (51,6%)	122 (48,2%)		
Sim	586 (48,4%)	131 (51,8%)		
Tipo de religião (Outra=Espírita, Protestante, Umbanda):			0,207	824
Católica	281 (41,6%)	52 (34,9%)		
Evangélica	322 (47,7%)	83 (55,7%)		
Outra	72 (10,7%)	14 (9,40%)		
Finanças após o nascimento da criança			<0,001	1.465
Piorou	125 (10,3%)	51 (20,1%)		
Não mudou	580 (47,9%)	101 (39,8%)		
Melhorou	506 (41,8%)	102 (40,2%)		
Classe Económico (ABEP):			0,215	1.467
A/B	219 (18,1%)	37 (14,6%)		
C/D/E	994 (81,9%)	217 (85,4%)		
Estado Civil (Não Casado = Solteiro/Separado/Divorciado/Viúvo):			0,015	1.438
Casada	824 (69,4%)	153 (61,2%)		
Não Casada	364 (30,6%)	97 (38,8%)		
Nível de instrução mãe:			0,054	1.436
Ensino Fundamental incompleto	380 (32,0%)	89 (35,6%)		
Ensino Médio incompleto	317 (26,7%)	50 (20,0%)		
Ensino Superior incompleto	433 (36,5%)	104 (41,6%)		
Ensino Superior e mais	56 (4,72%)	7 (2,80%)		
Renda mensal da mãe:			0,044	1.381
Renda até 1000 Reais	436 (38,3%)	113 (46,5%)		
Renda maior que 1000 reais	404 (35,5%)	80 (32,9%)		
Sem Renda	298 (26,2%)	50 (20,6%)		

¹(X²) = Variáveis categóricas, ² (W= Mann-Whitney - Wilcoxon Test) = Variáveis contínuas, *Mediana (IQ)

6.8.3. Associação entre os antecedentes pré e perinatais com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1)

Analisando os antecedentes pré e perinatais (Tabela 19), somente as mães que não usaram cigarro durante a gravidez $X^2(1, N = 1465) = 8,061, p = 0.005$ e maiores índices de APGAR no primeiro minuto depois do nascimento ($W = 17746, p = 0.01$) foram associados a manutenção da ausência de transtornos mentais depois de 3 anos.

Tabela 19 - Características pré e perinatais divididos por manutenção ou não da ausência de transtornos mentais na onda 1 (W1)

Variáveis	Sim N=1.213	Não N=254	p ^{1, 2}	N
A mãe realizou consultas pré-natais durante a gravidez:			0,341	1.464
Não	1.194 (98,6%)	252 (99,6%)		
Sim	17 (1,40%)	1 (0,40%)		
Número de consultas de pré-natais:			0,774	1.203
6 ou mais	900 (90,3%)	184 (89,3%)		
Menos que 6	97 (9,73%)	22 (10,7%)		
Fumou durante a gravidez:			0,005	1.465
Não	976 (80,5%)	182 (72,2%)		
Sim	237 (19,5%)	70 (27,8%)		
Bebeu álcool durante a gravidez:			0,577	1.465
Não	975 (80,5%)	200 (78,7%)		
Sim	236 (19,5%)	54 (21,3%)		
Teve qualquer condição médica durante a gravidez (HTA, DM, ITU)*:			0,127	1.432
Não	790 (66,6%)	150 (61,2%)		
Sim	397 (33,4%)	95 (38,8%)		
Experienciou estresse durante a gravidez (sim se >=intenso):			0,112	1.467
Não	875 (72,1%)	170 (66,9%)		
Sim	338 (27,9%)	84 (33,1%)		
Classificação da idade gestacional:			1,000	1.455
Pré-termo	246 (20,4%)	52 (20,6%)		
de Termo/Pós-termo	957 (79,6%)	200 (79,4%)		
Tipo de parto?			0,764	1.465
Cesariana	468 (38,6%)	95 (37,4%)		
Parto normal	743 (61,4%)	159 (62,6%)		
Ficou na UTI/ neonatal**:			0,839	1.467
Não	1.078 (88,9%)	224 (88,2%)		
Sim	135 (11,1%)	30 (11,8%)		
APGAR 1º minuto	9.00 (8;9)	9.00 (8;9)	0,014	538
APGAR 5º minuto	9.00 (9.;10)	9.00 (9;10)	0,230	549
Peso ao nascer (g)	3.220 (2.920;3.570)	3.180 (2.842;3.540)	0,238	1.383
Amamentou a criança?			0,881	1.467
Não	97 (8,00%)	19 (7,48%)		
Sim	1.116 (92,0%)	235 (92,5%)		
Meses de amamentação:			0,311	1.459
6 ou mais	704 (58,3%)	134 (53,2%)		
Menos que 6	326 (27,0%)	78 (31,0%)		
Não amamentou	177 (14,7%)	40 (15,9%)		

¹(X²) = Variáveis categóricas, ² (W= Mann-Whitney-Wilcoxon Test) = Variáveis contínuas. * HTA=Hipertensão Arterial; DM=Diabetes Mellitus; ITU= infecção do trato Urinário. ** UTI= Unidade de cuidados intensivos.

6.8.4. Associação entre eventos estressantes de vida com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1)

Os eventos estressantes de vida (Tabela 20) associados com a maior frequência de manutenção da ausência de transtornos mentais no seguimento de 3 anos foram nunca ter sofrido bullying e não ter sofrido bullying naquele ano. A frequência de bullying naquele ano também esteve associada com a maior frequência da manutenção da ausência de transtornos mentais na onda um $X^2(2, N = 1436) = 79,089, p < 0.001$. O teste post hoc mostra que a maior parte das crianças e adolescentes que nunca sofreram bullying pertencem ao grupo das crianças que se mantiveram sem transtorno mental do que as que sofreram de vez em quando e que sofreram várias vezes ($p < 0.001$).

Tabela 20 - Eventos estressantes divididos por manutenção ou não da ausência de transtornos mentais na onda 1 (W1)

Variáveis	Sim	Não	p¹	N
	N=1.213	N=254		
Já sofreu bullying na vida:			0,005	1.444
Não	816 (68,5%)	149 (59,1%)		
Sim	376 (31,5%)	103 (40,9%)		
Sofreu bullying este ano:			<0,001	1.444
Não	984 (82,4%)	147 (58,8%)		
Sim	210 (17,6%)	103 (41,2%)		
Frequência de bullying este ano:			<0,001	1.436
Nunca	984 (82,8%)	147 (59,5%)		
De vez em quando	134 (11,3%)	48 (19,4%)		
Várias vezes	71 (5,97%)	52 (21,1%)		
O quanto o bullying incomodou a criança:			<0,001	1.431
Quase nada	1.071 (90,5%)	176 (71,3%)		
Muito	113 (9,54%)	71 (28,7%)		
Qualquer tipo de abuso:			<0,001	1.422
Não	848 (71,7%)	101 (42,3%)		
Sim	335 (28,3%)	138 (57,7%)		
¹ (X ²)				

6.8.5. Associação entre as características familiares com a manutenção da ausência versus incidência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).

Conforme a Tabela 21, menores frequências de transtornos mentais nos pais estiveram associadas com a manutenção da ausência de transtornos mentais depois de 3 anos $X^2(1, N =$

1467) =14,178, $p < 0.001$ (Tabela 21). O estilo materno não foi associado com a manutenção da ausência de transtornos mentais. Já a média do escore do conflito familiar foi maior em crianças que mantiveram ausência de transtornos mentais do que as que não mantiveram ($W = 132264$, $p < 0.001$). A média do escore de conflito familiar foi menor nos que mantiveram ausência de transtornos mentais do que nos que não mantiveram a ausência de transtornos mentais ($W = 169905$, $p < 0.009$). O Fator de Ambiente Familiar tem média maior para crianças e adolescentes que se mantiveram com ausência de transtornos mentais no seguimento de 3 anos.

Tabela 21- Características familiares divididas por manutenção da ausência ou não de Transtornos Mentais na onda um (W1)

Variáveis	Não <i>N=254</i>	Sim <i>N=1.213</i>	$p^1, ^2$	N
Pais com qualquer transtorno mental (MINI):			<0,001	1.467
Não	172 (67,7%)	957 (78,9%)		
Sim	82 (32,3%)	256 (21,1%)		
PBI:**			0,204	1.466
Paternidade negligente	18 (7,11%)	125 (10,3%)		
Paternidade ideal	45 (17,8%)	205 (16,9%)		
Controle sem afeto	48 (19,0%)	181 (14,9%)		
Restrição afetuosa	142 (56,1%)	702 (57,9%)		
FES *				
Coesão Familiar***	7,41 (1,8)	7,8 (1,7)	<0,001	1.467
Conflito Familiar***	3,00 (2,1)	2,6 (2,0)	0,009	1.467
Controle Familiar***	5,00 (1,6)	5,1 (1,7)	0,469	1.467
Fator do Ambiente Familiar	3,12 (2,4)	3,7 (2,3)	<0,001	1.467

¹(X^2) = Variáveis categóricas, ²(W = Mann-Whitney - Wilcoxon Test) = Variáveis contínuas
 *FES (Escala do Ambiente familiar); **PBI (Instrumento de Ligação parental); ***Média (DP=desvio padrão),

6.8.6. Efeito do ambiente familiar na predição da manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1).

Neste ponto serão apresentados os resultados de regressão logística simples e posteriormente regressão logística múltipla para a avaliar a relação entre o ambiente familiar e a manutenção da ausência de transtornos mentais depois de 3 anos de seguimento.

6.8.7. Regressão logística simples entre o Fator do Ambiente Familiar e manutenção da ausência de transtornos em crianças e adolescentes após o seguimento de 3 anos (W1)

A análise de regressão logística simples (Tabela 22) mostra uma relação estatisticamente significativa entre o Fator do Ambiente Familiar e a manutenção da ausência de transtornos mentais no seguimento de 3 anos. Os resultados mostram que para cada aumento de uma unidade no escore do Fator de Ambiente Familiar a probabilidade de não manter a ausência de transtornos mentais depois de 3 anos de seguimento diminui em 9,8 %.

Tabela 22- Regressão logística simples entre o Factor de Ambiente Familiar e a não manutenção da ausência de transtornos mentais na onda 1 (W1)

Variável	OR ¹	95% CI ¹	P
Fator de Ambiente Familiar	0,91	0,86; 0,96	<0,001

¹OR = Razão de Chances, CI = Intervalo de Confiança

6.8.8. Regressão logística múltipla entre o Fator do Ambiente Familiar e manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes controlando para características sociodemográficas, antecedentes pré e parentais, eventos estressantes de vida na linha de base após o seguimento de 3 anos (W1)

A análise da regressão logística múltipla (Tabela 23) revela resultados um pouco diferentes. Incluindo todas as variáveis que estiveram significativamente associadas com o desfecho na análise bivariada, não houve uma diferença significativa entre no Odds do Fator do Ambiente Familiar entre os participantes que mantiveram ausência e os casos incidentes após seguimento de 3 anos (OR=0.96, 95% IC=[0,90-1,02]).

Tabela 23- Regressão logística múltipla - Associação entre o Fator do Ambiente Familiar e presença de transtornos mentais controlando para as características da amostra na onda um (W1)

Variável	OR ¹	95% CI ¹	p
Factor do Ambiente Familiar	0,96	0,90; 1,02	0,2
Gênero (Masculino)	1,59	1,18; 2,14	0,002
Finanças após o nascimento da criança (Pior)			
Não mudou	0,57	0,37; 0,89	0,012
Melhorou	0,56	0,36; 0,87	0,009
O quanto o bullying incomodou a criança (Quase nada)	3,03	2,10; 4,36	<0,001
Qualquer tipo de abuso (Não)	2,74	2,01; 3,72	<0,001

¹OR = Razão de Chances, CI = Intervalo de Confiança

7. DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo era de investigar características familiares (estilos parentais e ambiente familiar - coesão, conflito e controles) como fatores de proteção relacionados com

a ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes em uma amostra de 2.511 crianças e adolescentes de 57 escolas de duas grandes cidades brasileiras, São Paulo e Porto Alegre. Partimos de início com as hipóteses de que as características familiares relacionadas com a ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes na linha de base seriam baixos escores de conflito e controle familiar, altos escores de coesão familiar e estilos parentais autoritativo e permissivo, levando-se em conta características sociodemográficas (classe socioeconômica, nível educacional da mãe), clínicas (psicopatologia parental), pré/perinatais e eventos de vida estressantes como fatores de risco. Adicionalmente, as características familiares relacionadas à ausência de transtornos mentais identificadas na linha de base estariam relacionadas com a manutenção de ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes depois de 3 anos de seguimento.

A análise bivariada mostra que, tal como identificado em outros estudos (BOUMPA *et al.*, 2022; CHERENACK *et al.*, 2020; DACHEW *et al.*, 2021; PORRAS-SEGOVIA *et al.*, 2018; TENCONI *et al.*, 2015; WALLENBORN *et al.*, 2019), os principais fatores de risco relacionados com transtornos mentais na nossa amostra foram o baixo nível de escolaridade, baixo nível sócio econômico, ser filho de mãe com transtorno mental, mãe solteira, mãe que usou álcool e tabaco e que experimentou estresse significativo durante a gestação, ter nascido de parto pré-termo, não ter recebido aleitamento materno, ter sofrido qualquer tipo de abuso seja físico, sexual, emocional ou negligência, incluindo o bullying.

Os nossos principais resultados sugerem que: 1- Bom ambiente familiar, que é caracterizado por altos índices de coesão e baixos índices de conflito familiar, esteve relacionado com menores taxas de transtornos mentais em crianças e adolescentes mesmo na presença de fatores de risco sociodemográficos, clínicos, pré e perinatais e eventos adversos de vida; 2 – Estilos parentais autoritativo, autoritário, permissivo e negligente, na presença de fatores de risco descritos, não foram associados a menor taxa de transtorno mental na presença dos fatores de risco. 3 – Ao longo de três anos de seguimento, o ambiente familiar favorável não esteve associado com a manutenção da ausência de transtornos mentais em crianças e adolescentes quando controlado por características sociodemográficas, pré – perinatais e eventos de vida estressantes.

O ambiente familiar tem um impacto significativo no bem-estar das crianças como sugerem os nossos resultados. Para uma criança crescer, desenvolver-se e aprender é necessário um ambiente saudável e repleto de estímulos positivos. A família é responsável pela transmissão dos valores culturais, religiosos, sociais para a criança e é neste ambiente que a criança desenvolve os seus primeiros laços de afeto. Os primeiros anos de desenvolvimento da criança

são marcados por laços afetivos e posteriormente é marcado pelo início de relações sociais com outros grupos de crianças da escola e na comunidade. Este ambiente pode ser repleto de adversidades como as identificadas no nosso estudo, tais como: diferentes tipos de abuso, violência e bullying. As adversidades podem se relacionar com a manifestação de vários problemas, sejam eles psicológicos, acadêmicos e sociais. Porém, nem sempre as crianças reagem da mesma forma à exposição desses fatores e os resultados podem ser negativos ou positivos, dependendo do ambiente em que crescem. O cérebro da criança em desenvolvimento é vulnerável aos fatores externos e principalmente a qualidade do ambiente familiar em que a criança está inserida. Um ambiente familiar caracterizado por promoção de autonomia e incentivos em momentos de dificuldades resulta em altos níveis de funcionamento executivo, uma ferramenta importante para a adaptação em casos de estresses ambientais (BUSH *et al.*, 2020). Por outro lado, um envolvimento afetivo familiar pobre está relacionado a menor capacidade de reestruturação cognitiva e busca de apoio focada na emoção, que são estratégias de enfrentamento tipicamente adaptativas no gerenciamento do estresse (RODRIGUEZ *et al.*, 2014). As características familiares que envolvem altos índices de coesão, muito afeto e respeito pelos outros representam modelos para o desenvolvimento desses valores em crianças e já se tem documentado que crianças que praticam esses valores têm benefícios no desenvolvimento e reduzem comportamentos agressivos (MAYSELESS; SCHARF, 2011). As atitudes e práticas dos pais em relação aos filhos, ou seja, os estilos parentais, têm uma influência importante no bem-estar da criança. Práticas positivas de relação de pais para filhos, como por exemplo altos graus de carinho e responsividade às demandas da criança estão relacionadas com crianças mais ajustadas e com menos chance de desenvolver transtornos mentais (SLONE; SHOSHANI, 2017). Por outro lado, os estilos parentais com práticas negativas caracterizadas por falta de envolvimento na vida e pouco interesse em fornecer apoio emocional (negligentes) se relacionam com o desenvolvimento infantil mal adaptativo frente ao enfrentamento das adversidades e estão associados ao consumo de substâncias e problemas internalizantes (SLONE; SHOSHANI, 2017).

Os resultados da fase transversal sobre a relação entre ambiente familiar e transtornos mentais em crianças e adolescentes expostas a fatores de risco apoiam pesquisas anteriores que demonstram que bom ambiente familiar está relacionado com menores taxas de transtorno mental. Numa análise transversal envolvendo 449 pais de crianças adotivas, 14 anos depois de serem adotadas, o ambiente familiar favorável aparece como um mediador importante para a menor frequência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (CREA; CHAN; BARTH, 2014). Um outro estudo que também analisou dados transversais, com uma amostra de 675 crianças ugandesas de 10 à 16 anos de idade com HIV, observou que altos escores de

coesão familiar foram associados com baixa frequência de Depressão (CAVAZOS-REHG *et al.*, 2020). Um grupo de pesquisadores avaliou o efeito de coesão familiar sobre a severidade de TDAH em 4.122 crianças e adolescente com TDAH com idades compreendidas entre 6 a 17 anos e concluiu que crianças de famílias com altos índices de coesão tem menor chances de ter TDAH moderado a grave do que os controles com baixos índices de coesão familiar (DUH-LEONG; FULLER; BROWN, 2020).

A análise bivariada referente a associação entre estilos parentais e transtornos mentais mostra que a frequência de transtornos mentais é significativamente maior em crianças com mães com estilo materno negligente do que as com restrição afetuosa (permissivos) e paternidade ideal (autoritativo). Porém, esta associação não foi verificada na análise multivariada na linha de base e nem longitudinalmente quando controlado para diversos fatores de risco. Resultados contrários foram observados em um estudo transversal realizado em 277 adolescentes israelenses e seus pais que estiveram envolvidos em conflitos políticos. Neste estudo, estilos autoritativos observados nas mães estiveram associadas a crianças com menos sintomas internalizantes e externalizantes (SLONE; SHOSHANI, 2017). A diferença com os nossos resultados pode estar associada ao fato de, para além do estudo ser transversal, o instrumento de ligação parental (PBI) usado no nosso estudo ter sido adaptado da versão original e que nesse estudo, os investigadores avaliaram os transtornos mentais de forma dimensional, isto é, investigaram sintomas e não diagnóstico.

Existe uma lacuna na literatura em relação a estudos que abordam longitudinalmente o efeito protetor dos estilos parentais sobre transtornos mentais. Estudos longitudinais encontrados na literatura apontam para a relação de estilos parentais com o desenvolvimento de transtornos mentais. Por exemplo, ao contrário dos nossos resultados, Lieb (2000) e seus colegas, investigaram o efeito dos estilos parentais sobre o desenvolvimento de Fobia Social em um estudo longitudinal em crianças de 14 a 17 anos (LIEB *et al.*, 2000). Estilos parentais, sobretudo os de superproteção e rejeição, estiveram associados com a maior chance de desenvolver Fobia Social (LIEB *et al.*, 2000). Embora se tratasse de um estudo longitudinal, o principal objetivo do estudo de Lieb e colaboradores era a avaliação de desfechos negativos dos estilos parentais sobre os transtornos mentais.

Os nossos resultados apoiam a ideia de que as intervenções preventivas para desenvolvimento de transtornos mentais não devem envolver somente a criança, mas sim a família como um todo. Como já mencionado, uma criança em desenvolvimento está exposta a diversos fatores de risco e, embora muitos desses fatores de risco sejam modificáveis, as intervenções requerem mudanças estruturais significativas que levariam, em algumas vezes, décadas para a sua concretização. O elemento mais acessível a mudanças é a qualidade do ambiente onde a criança

vive devido às razões mencionadas anteriormente. Estudos de intervenção familiar mostram que tanto o ambiente familiar como a relação entre pais são modificáveis. Um estudo brasileiro mostrou que intervenções precoces na relação entre mãe e filho têm resultados favoráveis. Neste estudo, investigadores ajudaram os pais adolescentes a, dentre outros, desenvolver interações centradas na criança, melhorar o vínculo com bebê, considerar seu filho como indivíduos com suas próprias necessidades e a estimular comportamentos sensíveis. O resultado mostrou que as famílias treinadas apresentaram vínculos mais seguros com os seus pais comparando com o grupo de controle (ALARCÃO *et al.*, 2021). Desenvolvimento de vínculo seguro é uma das principais características de pais com estilo autoritativo e estudos apontam que este tipo de relacionamento apoia o ajustamento positivo das crianças (SLONE; SHOSHANI, 2017). Para além de prevenir o desenvolvimento de transtornos mentais, a intervenção na família tem resultado favorável em crianças com psicopatologia. Por exemplo, pais de adolescentes delinquentes foram submetidos a sessões de grupo multiparentais e visitas familiares com objetivo de colocar os pais no papel de especialistas das necessidades e no desenvolvimento dos seus filhos, aumentar o apoio dos pais, estabelecer o investimento dos pais em seus filhos, fornecer um contexto de participação dos pais em um processo conjunto de aprendizagem de habilidades (PERRINO *et al.*, 2016). A intervenção demonstrou que o aumento da comunicação entre pais e filhos diminuiu a chance de desenvolver sintomas internalizantes em adolescentes delinquentes (PERRINO *et al.*, 2016). em outro estudo, pais de filhos com comportamento suicida foram treinados para aquisição de estratégias para promover a harmonia familiar e gerir conflitos. Os resultados deste estudo mostraram que, comparando com pais que não tiveram nenhuma intervenção, o grupo ativo treinado apresentou melhora no funcionamento familiar e maiores reduções no comportamento suicida e na incapacidade psiquiátrica dos adolescentes (PINEDA; DADDS, 2013).

De modo geral, nosso estudo corrobora estudos anteriores sugerindo que o funcionamento familiar é um importante fator para a manutenção de saúde mental de crianças e adolescentes. Além disso, nosso estudo suscita reflexões sobre intervenções na família como uma medida protetiva para o desenvolvimento de psicopatologia.

Limitações

O nosso estudo apresenta algumas limitações. 1) Embora seja uma amostra grande, a nossa coorte não é representativa da população pois as crianças foram recrutadas nas escolas próximas dos centros de pesquisa. Por outro lado, muitos dos estudos mencionados acima são estudos com amostras de base clínica e, embora a nossa amostra não seja representativa da população, é uma amostra de base comunitária visto que no Brasil a frequência escolar é

obrigatória e em 2010 a taxa de frequência escolar de crianças com idade entre 6 à 14 anos era de 96,7% (IBGE, 2010). 2) Noventa e cinco por cento dos respondentes eram mães, limitando assim uma avaliação da percepção do ambiente familiar pelo casal ou pelo pai. No entanto, em geral, na maior parte das vezes é a mãe quem passa mais tempo com os filhos, sugerindo que as informações fornecidas sobre o comportamento da criança eram apropriadas. 3) O instrumento de ligação parental utilizado no nosso estudo para determinar os estilos parentais foi preenchido pelos pais e, tratando-se de aferição de padrão de comportamento, há um risco do viés de desejabilidade social. No entanto, os participantes do estudo responderam os questionários de maneira privada e foram informados sobre a confidencialidade dos dados fornecidos minimizando assim o risco de viés de desejabilidade. 4) As informações sobre estilos parentais e o ambiente familiar foram coletadas somente na linha de base, o que impede inferências de causa e consequência. Porém, visto que não se ofereceu nenhum tipo de intervenção às famílias, acreditamos que estas variáveis tiveram alterações significativas com o tempo.

8. CONCLUSÕES

O nosso estudo é um dos poucos estudos realizados em países de baixa renda em uma amostra grande de base comunitária realizado em crianças e adolescentes cujo objetivo principal foi investigar características familiares associadas com a menor chance de apresentar transtornos mentais em crianças e adolescentes. Os nossos resultados apontam que transtornos mentais em crianças e adolescentes são frequentes e estão associados a uma combinação de diversos determinantes de saúde como socioambientais, antecedentes pré e perinatais e eventos adversos de vida. A importância e o impacto dos fatores de risco sobre a saúde mental de crianças podem ser minimizados. Um bom ambiente familiar caracterizado por altos níveis de coesão e baixos níveis de conflito familiar podem reduzir a chance de ocorrência de transtornos mentais em crianças e adolescentes.

Os nossos resultados sugerem, adicionalmente, que mais estudos de intervenção de base populacional devem ser realizados para identificar as melhores estratégias para a melhoria do ambiente familiar.

9. REFERÊNCIAS

ABEP. **Critério de classificação Econômica Brasil - 2010**. Disponível em:

<<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

ALARCÃO, F. S. P.; SHEPHARD, E.; FATORI, D.; AMÁVEL, R.; CHIESA, A.;

FRACOLLI, L.; MATIJASEVICH, A.; BRENTANI, H.; NELSON, C. A.; LECKMAN, J.; MIGUEL, E. C.; POLANCZYK, G. V. Promoting Mother-Infant Relationships and Underlying Neural Correlates: Results from a Randomized Controlled Trial of a Home-Visiting Program for Adolescent Mothers in Brazil. **Developmental science**, v. 24, n. 6, p. e13113, nov. 2021.

ALIZADEH, S.; TALIB, M. B. A.; ABDULLAH, R.; MANSOR, M. Relationship between parenting style and children's behavior problems. **Asian Social Science**, v. 7, n. 12, p. 195–200, 30 nov. 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)**. [s.l: s.n.]

AMES, M. E.; RAWANA, J. S.; GENTILE, P.; MORGAN, A. S. The Protective Role of Optimism and Self-esteem on Depressive Symptom Pathways Among Canadian Aboriginal Youth. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 44, n. 1, p. 142–154, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10964-013-0016-4>>.

AMIT, B. H.; KRIVOY, A.; MANSBACH-KLEINFELD, I.; ZALSMAN, G.; PONIZOVSKY, A. M.; HOSHEN, M.; FARBSTEIN, I.; APTER, A.; WEIZMAN, A.; SHOVAL, G. Religiosity is a protective factor against self-injurious thoughts and behaviors in Jewish adolescents: Findings from a nationally representative survey. **European Psychiatry**, v. 29, n. 8, p. 509–513, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933814000881>>.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 3, p. 106–115, set. 2000.

ANDRADE, S.; SANTOS, D.; PEDROMÔNICO, M.; ALMEIDA-FILHO, N.; BARRETO, M. Family environment and child's cognitive development: An epidemiological approach. **Revista de saúde pública**, v. 39, p. 606–611, 1 set. 2005.

ANNO, K.; SHIBATA, M.; NINOMIYA, T.; IWAKI, R.; KAWATA, H.; SAWAMOTO, R.; KUBO, C.; KIYOHARA, Y.; SUDO, N.; HOSOI, M. Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: The Hisayama Study. **BMC Psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 181, 31 jul. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26227149>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

ANSEMI, L.; FLEITLICH-BILYK, B.; MENEZES, A. M. B.; ARAÚJO, C. L.; ROHDE, L. A. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 45, n. 1, p. 135–142, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00127-009-0052-2>>.

- ARAÚJO, T. M. de; TORRENTÉ, M. de O. N. de. Mental Health in Brazil: challenges for building care policies and monitoring determinants. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 32, n. 1, p. e2023098, 17 abr. 2023.
- BANSEMA, C. H.; VERMEIREN, R. R. J. M.; DE SOET, R.; VAN EWIJK, H.; NIJLAND, L.; NOOTEBOOM, L. A. A systematic review exploring characteristics of youth with severe and enduring mental health problems (SEMHP). **European Child & Adolescent Psychiatry**, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00787-023-02216-6>>.
- BARBER, B. K.; BUEHLER, C. Family Cohesion and Enmeshment: Different Constructs, Different Effects. **Journal of Marriage and the Family**, v. 58, n. 2, p. 433, maio 1996. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/353507>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- BARTON, A. L.; HIRSCH, J. K. Permissive parenting and mental health in college students: Mediating effects of academic entitlement. **Journal of American college health : J of ACH**, v. 64, n. 1, p. 1–8, 2 jan. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26151561/>>. Acesso em: 19 maio. 2023.
- BETANCOURT, T. S.; BRENNAN, R. T.; RUBIN-SMITH, J.; FITZMAURICE, G. M.; GILMAN, S. E. Sierra Leone's Former Child Soldiers: A Longitudinal Study of Risk, Protective Factors, and Mental Health. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 49, n. 6, p. 606–615, jun. 2010.
- BOAKE, C.; SALMON, P. G. Demographic correlates and factor structure of the family environment scale. **Journal of Clinical Psychology**, v. 39, n. 1, p. 95–100, jan. 1983. Disponível em: <[https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679\(198301\)39:1%3C95::AID-JCLP2270390118%3E3.0.CO;2-3](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-4679(198301)39:1%3C95::AID-JCLP2270390118%3E3.0.CO;2-3)>.
- BØE, T.; HYSING, M.; ASKELAND, K. G.; SKOGEN, J. C.; HERADSTVEIT, O. Do Parental Education-Related Inequality Matter in Child and Adolescent Utilization of Mental Health Services: Results From a Norwegian Register Linkage Study. **Health services insights**, v. 14, p. 11786329211055302, 2021.
- BOHMAN, H.; LÅFTMAN, S. B.; PÄÄREN, A.; JONSSON, U. Parental separation in childhood as a risk factor for depression in adulthood: a community-based study of adolescents screened for depression and followed up after 15 years. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 1, p. 117, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1252-z>>.
- BOROWSKY, I. W.; TALIAFERRO, L. A.; MCMORRIS, B. J. Suicidal Thinking and Behavior Among Youth Involved in Verbal and Social Bullying: Risk and Protective Factors. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, n. 1, Supplement, p. S4–S12, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12007173>>.
- BOUMPA, V.; PAPATOUKAKI, A.; KOURTI, A.; MINTZIA, S.; PANAGOULI, E.;

- BACOPOULOU, F.; PSALTOPOULOU, T.; SPILIOPOULOU, C.; TSOLIA, M.; SERGENTANIS, T. N.; TSITSIKA, A. Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. **European Child & Adolescent Psychiatry**, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00787-022-02015-5>>.
- BRUFFAERTS, R.; DEMYTTENAERE, K.; BORGES, G.; HARO, J. M.; CHIU, W. T.; HWANG, I.; KARAM, E. G.; KESSLER, R. C.; SAMPSON, N.; ALONSO, J.; ANDRADE, L. H.; ANGERMEYER, M.; BENJET, C.; BROMET, E.; DE GIROLAMO, G.; DE GRAAF, R.; FLORESCU, S.; GUREJE, O.; HORIGUCHI, I.; HU, C.; KOVESS, V.; LEVINSON, D.; POSADA-VILLA, J.; SAGAR, R.; SCOTT, K.; TSANG, A.; VASSILEV, S. M.; WILLIAMS, D. R.; NOCK, M. K. Childhood Adversities as Risk Factors for Onset and Persistence of Suicidal Behaviour. **The British journal of psychiatry : the journal of mental science**, v. 197, n. 1, p. 20–27, jul. 2010.
- BUSH, N. R.; WAKSCHLAG, L. S.; LEWINN, K. Z.; HERTZ-PICCIOTTO, I.; NOZADI, S. S.; PIEPER, S.; LEWIS, J.; BIEZONSKI, D.; BLAIR, C.; DEARDORFF, J.; NEIDERHISER, J. M.; LEVE, L. D.; ELLIOTT, A. J.; DUARTE, C. S.; LUGO-CANDELAS, C.; O'SHEA, T. M.; AVALOS, L. A.; PAGE, G. P.; POSNER, J. Family Environment, Neurodevelopmental Risk, and the Environmental Influences on Child Health Outcomes (ECHO) Initiative: Looking Back and Moving Forward. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 547, 2020.
- CARROLL, D.; WULAN, N.; SWE, Z. Y.; MYINT, A. A.; SANDA, S.; LWIN, A. M.; OO, T.; KHAING, L. L.; SAN, C. C.; TUN, W. P. P.; CINI, K.; WIN, P. M.; AZZOPARDI, P. Mental health of adolescents in Myanmar: A systematic review of prevalence, determinants and interventions. **Asian Journal of Psychiatry**, 2021.
- CAVAZOS-REHG, P.; XU, C.; KASSON, E.; BYANSI, W.; BAHAR, O. S.; SSEWAMALA, F. M. Social and Economic Equity and Family Cohesion as Potential Protective Factors from Depression Among Adolescents Living with HIV in Uganda. **AIDS and behavior**, v. 24, n. 9, p. 2546–2554, 24 set. 2020. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10461-020-02812-6>>.
- CHEN, H.-J. Robust Protective Factors for African American Youths Who Have a Parent with Depression. **Social Work Research**, v. 37, n. 2, p. 121–134, 1 jun. 2013. Disponível em: <<https://academic.oup.com/swr/article-lookup/doi/10.1093/swr/svs026>>.
- CHERENACK, E. M.; TOLLEY, E. E.; KAAYA, S.; HEADLEY, J.; BAUMGARTNER, J. N. Depression and Sexual Trauma Among Adolescent Girls and Young Women in HIV-Prevention Research in Tanzania. **Maternal and Child Health Journal**, v. 24, n. 5, p. 620–

629, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10995-020-02888-5>>.

CNN BRASIL. **Condições de saúde mental são incompreendidas, aponta novo relatório da OMS**. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/saude/condicoes-de-saude-mental-sao-incompreendidas-aponta-novo-relatorio-da-oms/>>.

COLLISHAW, S.; HAMMERTON, G.; MAHEDY, L.; SELLERS, R.; OWEN, M. J.; CRADDOCK, N.; THAPAR, A. K.; HAROLD, G. T.; RICE, F.; THAPAR, A. Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: A prospective longitudinal study. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 1, p. 49–57, 1 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26654748>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

CREA, T. M.; CHAN, K.; BARTH, R. P. Family environment and attention-deficit/hyperactivity disorder in adopted children: associations with family cohesion and adaptability. **Child: Care, Health and Development**, v. 40, n. 6, p. 853–862, nov. 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cch.12112>>.

CRUSH, E.; ARSENEAULT, L.; JAFFEE, S. R.; DANESE, A.; FISHER, H. L. Protective Factors for Psychotic Symptoms Among Poly-victimized Children. **Schizophrenia bulletin**, v. 44, n. 3, p. 691–700, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28981896>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

CUMMING, G.; FIDLER, F.; VAUX, D. L. Error bars in experimental biology. **The Journal of cell biology**, v. 177, n. 1, p. 7–11, 2007.

CUMMINGS, E. M.; KOSS, K. J.; DAVIES, P. T. Prospective Relations between Family Conflict and Adolescent Maladjustment: Security in the Family System as a Mediating Process. **Journal of abnormal child psychology**, v. 43, n. 3, p. 503–515, abr. 2015.

DACHEW, B. A.; SCOTT, J. G.; MAMUN, A.; FETENE, D. M.; ALATI, R. Maternal Hypertensive Disorders during Pregnancy and the Trajectories of Offspring Emotional and Behavioral Problems: The ALSPAC Birth Cohort Study. **Annals of epidemiology**, v. 53, p. 63- 68.e1, jan. 2021.

DE AZEVEDO MARQUES, J. M.; ZUARDI, A. W. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. **General Hospital Psychiatry**, v. 30, n. 4, p. 303–310, jul. 2008.

DONATH, C.; GRAESSEL, E.; BAIER, D.; BLEICH, S.; HILLEMACHER, T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? **BMC Pediatrics**, v. 14, n. 1, 26 abr. 2014.

DUH-LEONG, C.; FULLER, A.; BROWN, N. M. Associations Between Family and Community Protective Factors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Outcomes

- Among US Children. **Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics**, v. 41, n. 1, 2020. Disponível em: <https://journals.lww.com/jrnldb/Fulltext/2020/01000/Associations_Between_Family_and_Community.1.aspx>.
- FAVARO, A.; TENCONI, E.; SANTONASTASO, P. Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. **Archives of general psychiatry**, v. 63, n. 1, p. 82–88, jan. 2006.
- FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 43, n. 6, p. 727–734, jun. 2004. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613228>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- FONG, V. C.; HAWES, D.; ALLEN, J. L. **A Systematic Review of Risk and Protective Factors for Externalizing Problems in Children Exposed to Intimate Partner Violence Trauma, Violence, and Abuse** SAGE Publications Ltd, 1 abr. 2019. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29333951>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- GOODMAN, R.; FORD, T.; RICHARDS, H.; GATWARD, R.; MELTZER, H. The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 41, n. 5, p. 645–655, jul. 2000.
- HAUCK, S.; SCHESTATSKY, S.; TERRA, L.; KNIJNIK, L.; SANCHEZ, P.; CEITLIN, L. H. F. Adaptação transcultural para o português brasileiro do Parental Bonding Instrument (PBI). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 2, p. 162–168, maio 2006.
- HILKER, R.; HELENIUS, D.; FAGERLUND, B.; SKYTTHE, A.; CHRISTENSEN, K.; WERGE, T. M.; NORDENTOFT, M.; GLENTHØJ, B. Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. **Biological Psychiatry**, v. 83, n. 6, p. 492–498, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322317319054>>.
- HOLLENSTEIN, T.; GRANIC, I.; STOOLMILLER, M.; SNYDER, J. Rigidity in Parent—Child Interactions and the Development of Externalizing and Internalizing Behavior in Early Childhood. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 32, n. 6, p. 595–607, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1023/B:JACP.0000047209.37650.41>>.
- IBGE. **Taxa de frequência escolar - Brasil**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0&cat=-1,-2,5,6,42,128&ind=4695>>.
- KAUR, JASVIR; VIG, DEEPIKA; CHAWLA, A. Family Environment as Determinant of

- Mental Health among Rural Adolescents. **International Journal of Education & Management**, v. 11, n. 3, p. 152–157, 2021. Disponível em: <<https://www.proquest.com/openview/6361ad2e99686aa703e65354b634bdeb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032132>>. Acesso em: 17 maio. 2023.
- KELLEY, A.; RESTAD, D.; KILLSBACK, J. A Public Health Approach: Documenting the Risk and Protective Factors of Suicide Ideation in One American Indian Community. **Psychological services**, v. 15, n. 3, p. 325–331, ago. 2018.
- KESSLER, R. C.; BERGLUND, P.; DEMLER, O.; JIN, R.; MERIKANGAS, K. R.; WALTERS, E. E. **Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication** **Archives of General Psychiatry** jun. 2005.
- KING, C. A.; KNOX, M. S.; HENNINGER, N.; NGUYEN, T. A.; GHAZIUDDIN, N.; MAKER, A.; HANNA, G. L. Major depressive disorder in adolescents: Family psychiatric history predicts severe behavioral disinhibition. **Journal of Affective Disorders**, v. 90, n. 2, p. 111–121, 2006. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032705003095>>.
- KUROCK, R.; GRUCHEL, N.; BONANATI, S.; BUHL, H. M. Family Climate and Social Adaptation of Adolescents in Community Samples: A Systematic Review. **Adolescent Research Review**, v. 7, n. 4, p. 551–563, 12 dez. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s40894-022-00189-2>>.
- LANSFORD, J. E. Parental Divorce and Children’s Adjustment. **Perspectives on Psychological Science**, v. 4, n. 2, p. 140–152, 1 mar. 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26158941/>>. Acesso em: 19 maio. 2023.
- LATALOVA, K.; SERY, O.; HOSAKOVA, K.; HOSAK, L. Gene-Environment Interactions in Major Mental Disorders in the Czech Republic. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 16, p. 1147–1156, 2020.
- LAWREN, P.; ZENI, L. C.; ARNOUD, T. de C. J.; FOSCHIERA, L. N.; HABIGZANG, L. F. Styles, practices or parental skills: how to differentiate them? **Rev. bras. ter. cogn**, v. 16, n. 1, 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872020000100002#:~:text=Os estilos parentais são definidos,de interação com os filhos.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872020000100002#:~:text=Os%20estilos%20parentais%20s%C3%A3o%20definidos,de%20interac%C3%A7%C3%A3o%20com%20os%20filhos.)>.
- LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, D. V.; WEILLER, E.; AMORIM, P.; BONORA, I.; SHEEHAN, K. H.; JANAVS, J.; DUNBAR, G. C. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. **European Psychiatry**, v. 12, n. 5, p. 224–231, 1 jan. 1997.
- LIEB, R.; WITTCHEN, H.-U.; HÖFLER, M.; FUETSCH, M.; STEIN, M. B.;

- MERIKANGAS, K. R. Parental Psychopathology, Parenting Styles, and the Risk of Social Phobia in Offspring: A Prospective-Longitudinal Community Study. **Archives of General Psychiatry**, v. 57, n. 9, p. 859–866, 1 set. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.9.859>>.
- LOPES, C. S.; ABREU, G. de A.; SANTOS, D. F. dos; MENEZES, P. R.; CARVALHO, K. M. B. de; CUNHA, C. de F.; VASCONCELLOS, M. T. L. de; BLOCH, K. V.; SZKLO, M. ERICA: prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000200308&lng=en&tlng=en>.
- MARTA, E.; ALFIERI, S. Family Conflicts. *In*: **Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2014. p. 2164–2167.
- MAYSELESS, O.; SCHARF, M. Respecting others and being respected can reduce aggression in parent–child relations and in schools. *In*: [s.l.: s.n.]p. 277–294.
- MCMAHON, E. M.; CORCORAN, P.; KEELEY, H.; CLARKE, M.; COUGHLAN, H.; WASSERMAN, D.; HOVEN, C. W.; CARLI, V.; SARCHIAPONE, M.; HEALY, C.; CANNON, M. Risk and protective factors for psychotic experiences in adolescence: A population-based study. **Psychological Medicine**, p. 1–9, 6 fev. 2020. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32026792>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- O’CONNELL, M. E.; BOAT, T.; WARNER, K. E. (ed.). **Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People**. Washington, D.C., Washington (DC): National Academies Press, 2009.
- PARKER, G.; TUPLING, H.; BROWN, L. B. A Parental Bonding Instrument. **British Journal of Medical Psychology**, v. 52, n. 1, p. 1–10, 1979.
- PERRINO, T.; PANTIN, H.; HUANG, S.; BRINCKS, A.; BROWN, C. H.; PRADO, G. Reducing the Risk of Internalizing Symptoms among High-Risk Hispanic Youth through a Family Intervention: A Randomized Controlled Trial. **Family Process**, v. 55, n. 1, p. 91–106, mar. 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/famp.12132>>.
- PETRESCO, S.; ANSEMI, L.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D.; FLEITLICH-BILYK, B.; BARROS, F. C.; MATIJASEVICH, A. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6-year-old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 6, p. 975–983, 1 jun. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00127-014-0826-z>>.
- PINEDA, J.; DADDS, M. R. Family Intervention for Adolescents with Suicidal Behavior: A Randomized Controlled Trial and Mediation Analysis. **Journal of the American Academy**

of Child and Adolescent Psychiatry, v. 52, n. 8, p. 851–862, ago. 2013.

PORRAS-SEGOVIA, A.; VALMISA, E.; GUTIÉRREZ, B.; RUIZ, I.; RODRÍGUEZ-BARRANCO, M.; CERVILLA, J. Prevalence and Correlates of Major Depression in Granada, Spain: Results from the GranadEsp Study. **The International journal of social psychiatry**, v. 64, n. 5, p. 450–458, ago. 2018.

PRAKASH BEHERE, A.; BASNET, P.; CAMPBELL, P. Effects of Family Structure on Mental Health of Children: A Preliminary Study. 2017. Disponível em: <www.ijpm.info>.

REISS, F.; MEYROSE, A.-K.; OTTO, C.; LAMPERT, T.; KLASSEN, F.; RAVENS-SIEBERER, U. Socioeconomic Status, Stressful Life Situations and Mental Health Problems in Children and Adolescents: Results of the German BELLA Cohort-Study. **PLoS one**, v. 14, n. 3, p. e0213700, 2019.

REMES, O.; FRANCISCO, J.; TEMPLETON, P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. **Brain Sciences**, v. 11, n. 12, 1 dez. 2021. Disponível em: </pmc/articles/PMC8699555/>. Acesso em: 17 maio. 2023.

RIVERS, A. S.; SANFORD, K. Family Environment Scale. *In: Encyclopedia of Couple and Family Therapy*. Cham: Springer International Publishing, 2019. p. 1047–1051.

ROBINSON, M.; MATTES, E.; ODDY, W. H.; DE KLERK, N. H.; LI, J.; MCLEAN, N. J.; SILBURN, S. R.; ZUBRICK, S. R.; STANLEY, F. J.; NEWNHAM, J. P. Hypertensive Diseases of Pregnancy and the Development of Behavioral Problems in Childhood and Adolescence: The Western Australian Pregnancy Cohort Study. **The Journal of Pediatrics**, v. 154, n. 2, p. 218- 224.e2, fev. 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347608006768>.

RODRIGUEZ, E. M.; DONENBERG, G. R.; EMERSON, E.; WILSON, H. W.; BROWN, L. K.; HOUCK, C. Family Environment, Coping, and Mental Health in Adolescents Attending Therapeutic Day Schools. **Journal of adolescence**, v. 37, n. 7, p. 1133–1142, out. 2014.

RUBIN, M.; KELLY, B. M. A cross-sectional investigation of parenting style and friendship as mediators of the relation between social class and mental health in a university community. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 1, p. 87, 1 dez. 2015.

Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/14/1/87>. Acesso em: 18 mar. 2020.

SADOCK, B. J., SADOCK, V. A., & RUIZ, P. **Compêndio de Psiquiatria - 11ed: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7th. ed. Porto Alegre: Artmed Ed, 2016. 1490 p. SALUM, G. A.; GADELHA, A.; PAN, P. M.; MORIYAMA, T. S.; GRAEFF-MARTINS, A. S.; TAMANAHA, A. C.; ALVARENGA, P.; KRIEGER, F. V.; FLEITLICH-BILYK, B.; JACKOWSKI, A.; SATO, J. R.; BRIETZKE, E.; POLANCZYK, G. V.; BRENTANI, H.; DE JESUS MARI, J.; DO ROSÁRIO, M. C.; MANFRO, G. G.; BRESSAN, R. A.;

- MERCADANTE, M. T.; MIGUEL, E. C.; ROHDE, L. A. High risk cohort study for psychiatric disorders in childhood: Rationale, design, methods and preliminary results. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 24, n. 1, p. 58–73, 1 mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25469819>>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- SANVICTORES, T.; MENDEZ, M. D. **Types of Parenting Styles and Effects On Children**. [s.l.: s.n.]
- SLONE, M.; SHOSHANI, A. Children affected by war and armed conflict: Parental protective factors and resistance to mental health symptoms. **Frontiers in Psychology**, v. 8, n. AUG, 23 ago. 2017.
- STATISTA. **Mental health in Brazil - Statistics & Facts | Statista**. Disponível em: <<https://www.statista.com/topics/10060/mental-health-in-brazil/#topicOverview>>. Acesso em: 15 maio. 2023.
- STEIN, D. J.; PALK, A. C.; KENDLER, K. S. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. **Psychological Medicine**, v. 51, n. 6, p. 894, 1 abr. 2021. Disponível em: <[pmc/articles/PMC8161428/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3411428/)>. Acesso em: 15 maio. 2023.
- TENCONI, E.; SANTONASTASO, P.; MONACO, F.; FAVARO, A. Obstetric Complications and Eating Disorders: A Replication Study. **The International journal of eating disorders**, v. 48, n. 4, p. 424–430, maio 2015.
- TEODORO, M.; BENETTI, S.; SCHWARTZ, C.; MÔNEGO, B. Propriedades psicométricas do parental bonding instrument e associação com funcionamento familiar. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 9, n. 2, p. 243–251, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1677-04712010000200009&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: 18 mar. 2020.
- UNICEF. **Convenção sobre os Direitos da Criança – Versão para crianças e adolescentes**. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/cdc-versao-crianca>>. Acesso em: 15 maio. 2023.
- VAN LOON, L. M. A.; VAN DE VEN, M. O. M.; VAN DOESUM, K. T. M.; HOSMAN, C. M. H.; WITTEMAN, C. L. M. Factors Promoting Mental Health of Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness: A Longitudinal Study. **Child and Youth Care Forum**, v. 44, n. 6, p. 777–799, 1 dez. 2015.
- VIANNA, V. P. T.; DA SILVA, E. A.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. Versão em português da family environment scale: Aplicação e validação. **Revista de Saude Publica**, v. 41, n. 3, p. 419–426, jun. 2007.
- WALLENBORN, J. T.; CHAMBERS, G.; LOWERY, E.; MASHO, S. W. Marital Status

Disruptions and Internalizing Disorders of Children. **Psychiatry journal**, v. 2019, p. 4634967, 2019.

WANG, Y. N.; XUE, H. L.; CHEN, Q. Effects of family cohesion and adaptability on behavioral problems in preschool children. **Chinese Journal of Contemporary Pediatrics**, v. 18, n. 5, p. 421–425, 1 maio 2016. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27165591>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

WEISSMAN, M. M.; WICKRAMARATNE, P.; ADAMS, P.; WOLK, S.; VERDELI, H.; OLFSON, M. Brief screening for family psychiatric history: The family history screen. **Archives of General Psychiatry**, v. 57, n. 7, p. 675–682, jul. 2000. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10891038>>. Acesso em: 18 mar. 2020.

WHO. **Mental disorders**. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acesso em: 18 mar. 2020a.

WHO. **WHO | Mental Health ATLAS 2017**. Disponível em:

<https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/>. Acesso em: 17 mar. 2020b.

WHO. **Mental health of adolescents - Key Facts**. Disponível em:

<<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>>. Acesso em: 15 maio. 2023.

WHO. **Mental Health - Key facts**. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>>. Acesso em: 15 maio. 2023a.

WHO. **World mental health report: transforming mental health for all**. 2022b.