



**UNIFAP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ  
PRO-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**DELCLINTON FERREIRA DA PAIXÃO  
EDYLANY ALMEIDA DE OLIVEIRA  
MAX VILHENA BARBOSA**

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS EM ESCOLARES DE 06  
A 12 ANOS E FATORES RELACIONADOS**

**Macapá-AP**

**2018**

**DELCLINTON FERREIRA DA PAIXÃO  
EDYLANY ALMEIDA DE OLIVEIRA  
MAX VILHENA BARBOSA**

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS ESCOLARES DE 06 A 12  
ANOS E FATORES RELACIONADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso II  
apresentado como requisito parcial à  
obtenção do grau de Bacharel e  
Licenciado em Enfermagem pela  
Universidade Federal do Amapá.  
Orientador (a): Prof. Dr. Marina Noll  
Bittencourt

**Macapá-AP  
2018**

Dados internacionais de catalogação na publicação (CIP)  
Biblioteca central da Universidade Federal do Amapá

618.928917

P142i Paixão, Delclinton Ferreira da.

Identificação de sintomas psicopatológicos em escolares de 06 a 12 anos e fatores associados / Delclinton Ferreira da paixão, Edilany Almeida de Oliveira, Max Vilhena Barbosa; orientadora, Marina Noll Bittencourt – Macapá, 2018. 60 P.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Fundação Universidade Federal do Amapá, coordenação de Enfermagem.

1. Psicopatologia. 2. Saúde mental. 3. Psiquiatria infantil. I Oliveira, Edilany Almeida de. II Barbosa, Max Vilhena. III Bittencourt, Marina Noll, orientadora. IV. Fundação Universidade Federal do Amapá. V. Título.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

**DELCLINTON FERREIRA DA PAIXÃO**

**EDYLANY ALMEIDA DE OLIVEIRA**

**MAX VILHENA BARBOSA**

**IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS ESCOLARES DE 06 A 12  
ANOS E FATORES RELACIONADOS**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Orientadora: Prof. Dr. Marina Noll Bittencourt (UNIFAP)**

---

**Avaliador: Prof. Dr<sup>o</sup>. José Luis Pena (UNIFAP)**

---

**Avaliadora: Prof. Dr<sup>a</sup>. Maria Izabel Tentes Côrtes (UNIFAP)**

**NOTA: \_\_\_\_\_**

Macapá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

**Macapá-AP**

**2018**

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, que me deu condições para realizar este trabalho, me deu saúde e forças para não desistir perante as adversidades.

Agradeço a minha orientadora Dr. Marina Nolli Bitterncourt, que nos presenteou com seus conhecimentos seja na orientação deste trabalho ou na prática do ensinar e sua visão única de professora que sempre pensa em promover o melhor para seus acadêmicos ou para aqueles que necessitam dos seus cuidados. Acredito que seus trabalhos desenvolvidos na área da saúde mental são e serão de grande relevância para a formação de melhores enfermeiros ou outros profissionais da área de saúde mental.

Agradeço aos meus familiares, especialmente a minha mãe Rejjane Oliveira Ferreira, que sempre me apoiou nas minhas decisões, me inspirou a ser uma pessoa melhor e sempre me guiou pelo caminho da educação, nunca se abateu pelos problemas que passamos, sempre se mantendo forte, para que seus filhos possam realizar seus sonhos. Ao meu pai Manoel do Socorro Ferreira da Paixão que me ensinou a importância de se manter firme nas jornadas da vida. Aos meus irmãos Clestiane e Daniel que muitas vezes me mostraram o sentido de parceria e de coleguismo.

Agradeço ao professor José Luiz Pena, que apresentou a mim e muitos dos meus colegas o campo da saúde mental, me mostrou também a importância da pesquisa, me tornando um novo pesquisador, este professor que já marca seu lugar na história da saúde no estado do Amapá e na UNIFAP. Sempre desenvolvendo seus trabalhos para a melhoria do serviço de enfermagem e mostrando a importância, de se tornar um profissional melhor para a categoria e para sua clientela.

Agradeço a professora Maria Izabel Tentes Cortes por mostrar no início do curso a importância da ciência e as bases biológicas para o decorrer do curso e da vida de profissional, toda sua capacidade de ensinar e conduzir o acadêmico no começo da sua jornada da academia dando uma base sólida para sua graduação.

E por fim, mas, não menos importante a minha namorada, meus amigos e colegas que me acompanham e compartilham dos mesmos sentimentos que eu seja na vida pessoal ou na vida de acadêmico.

*Delclinton Ferreira da Paixão*

Ao final de mais uma trajetória quero expressar os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que contribuíram para a realização de mais um sonho.

Agradeço primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida, me dando saúde e força para superar as dificuldades.

À minha orientadora Prof. Dr. Marina Nolli Bittencourt, por toda sua paciência, ensinamentos e orientações prestadas. Quero expressar meu reconhecimento e minha admiração pela sua competência profissional, contribuindo para com minha formação.

Agradeço aos meus pais, Edilene Manito Almeida e Waldiclei Melo de Oliveira, agradeço em especial minha mãe minha heroína que sempre esteve presente na minha vida acadêmica, agradeço pelos incentivos, pelo apoio

incondicional, por me incentiva a nunca desistir de meus sonhos, sou eternamente grata.

Agradeço a minha irmã Vanessa Almeida de oliveira, por todo amor e carinho.

Agradeço em especial meu padrasto Rilson Garcia Paz que sempre se prontificou a me ajudar em qualquer coisa que eu precisasse.

Aos meus queridos amigos; Taise Teotônio Teixeira, Liandra Patrizia Melo, rodoval Gomes Correa, por todo companheirismo e compreensão. Em especial ao meu namorado Cristian Pontes Bastos por toda paciência, compreensão, carinho e amor.

Meus sinceros agradecimentos a toda minha família e aqueles que de alguma forma doaram um ouço de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

*Edylany Almeida de Oliveira*

À Deus por todas as lições que aprendi nesses anos de vida, por sempre estar presente em nos momentos que mais precisei.

À nossa orientadora Professora Dr. Marina Nolli Bittencourt que contribuiu significativa com nossa formação, obrigado por toda assistência e conhecimento compartilhado.

Aos meus pais Anaizi Vilhena e Waldir Barbosa, por todo amor, compreensão e paciência.

Aos meus amigos, Jucivan Barbosa, Carolina Almeida, Wendley Bonner, Samara Cristina, Luiza Picanço e Pedro Moura que fizeram parte desta trajetória e dividiram momentos de estudos e muitas risadas.

A minha esposa, pelo incentivo, por sempre acreditar em mim e por estar sempre ao meu lado.

À Todos que contribuíram ou torceram por mim na conclusão de mais esta etapa de minha vida.

*Max Vilhena Barbosa*

*A melhor maneira de tornar as crianças boas, é torná-las felizes.*

*(Oscar Wilde).*

## RESUMO

Historicamente a atenção à saúde pública ao grupo infanto-juvenil foi e ainda é bastante negligenciada. O número reduzido de publicações em nosso meio sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência e sobre a utilização de serviços por esta população tem evidenciado tal fato. Então com objetivo de identificar sintomas psicopatológicos, e fatores associados, em escolares de Macapá foi desenvolvido esse estudo. Esta pesquisa foi realizada em três escolas públicas, localizadas na cidade de Macapá- AP, utilizando a Escala de identificação de sintomas psicopatológicos em escolares, como metodologia foi utilizada as abordagens quantitativa e qualitativa, foram entrevistadas 201 crianças no total com idade de 6 a 12 anos. Cada item contido na escala foi analisado levando em consideração os fatores associados à saúde mental da criança. Os resultados obtidos com os dados quantitativos mostram que das 201 crianças entrevistadas, nenhuma delas pontuou na escala em uma faixa que evidenciam um problema de saúde mental importante, porém vale ressaltar que ao analisar os dados qualitativos, verificamos que algumas crianças estão expostas a fatores que podem comprometer o seu desenvolvimento mental saudável, esses dados também mostraram que as crianças estão ativamente envolvidas nas relações e problemas entre seus familiares e seu círculo social, absorvendo esses impactos que deveriam ser menos relevantes para a vida de uma criança, problemas de saúde dos familiares, problemas socioeconômicos da família, provocações por parte de seus colegas, são fatores evidenciados nessa pesquisa e mostraram que estão afetando as crianças. Por fim deve haver um olhar mais atento por parte dos órgãos, serviços e profissionais que estão ligados a essa faixa etária, sempre promovendo novos meios para acesso das crianças às informações importantes, aos serviços especializados em saúde mental e a um desenvolvimento físico e mental saudável, pois se cuidarmos bem das crianças agora no futuro elas formarão uma sociedade melhor e saudável.

**Descritores:** Saúde Metal. Psicopatologia. Psiquiatria Infantil.



## **ABSTRACT**

Historically the attention to public health to the child-youth group has been and is still quite neglected. The reduced number of publications in our country on mental health problems in childhood and adolescence and on the use of services by this population has evidenced this fact. So, in order to know more about this phenomenon, this research was developed. This research was carried out in three public schools, located in the city of Macapá-Ap, using the EISPE (scale of identification of psychopathological symptoms in schoolchildren), as a methodology was used the quantitative and qualitative approaches, were interviewed 201 children in total aged 6 to 12 years.. Each item contained in the scale was analyzed taking into account the factors associated with the mental health of the child. The results obtained with the quantitative data show that of the 201 children interviewed, none of them scored on the scale in a range that shows a significant mental health problem, but it is worth mentioning that when analyzing the qualitative data, we verified that some children are exposed to factors that may compromise their healthy mental development, these data also showed that children are actively involved in the relationships and problems between their families and their social circle, absorbing those impacts that should be less relevant to the life of a child, family health problems , socioeconomic problems of the family, provocations by their colleagues, are factors evidenced in this research and showed that they are affecting the children. Finally, there should be a closer look at the bodies, services and professionals that are linked to this age group, always promoting new ways for children to have access to important information, specialized mental health services and a healthy physical and mental development , because if we take good care of children now in the future they will form a better and healthier society.

**Descriptors:** Health Metal. Psychopathology. Child Psychiatry.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CAPSI	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EISPE	Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública
ONU	Organização das Nações Unidas
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SEED	Secretária Estadual de Educação
SMCA	Saúde Mental da Criança e do Adolescente
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Dados sócio demográficos dos escolares da rede pública no município de Macapá, AP, 2018 .....	23
<b>Tabela 2</b> - Classificação conforme a pontuação da escala EISPE em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.....	23
<b>Tabela 3</b> - Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares – EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.....	24
<b>Tabela 4</b> - Sentimentos relacionados ao eixo ansiedade de acordo com a escala EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018 S.	25
<b>Tabela 5</b> - Sentimentos relacionados ao eixo humor de acordo com a escala EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018 .....	25
<b>Tabela 6</b> - Sentimentos relacionados ao eixo condutas sociais de acordo com a escala EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018 .....	26
<b>Tabela 7</b> - Sentimentos relacionados ao eixo atenção/atividade motora de acordo com a escala EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.....	26
<b>Tabela 8</b> - Sentimentos relacionados ao eixo padrões alimentares de acordo com a escala EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018 .....	27
<b>Tabela 9</b> - Sentimentos relacionados ao eixo uso de substâncias psicoativas de acordo com a escala EISPE, aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.....	27
<b>Tabela 10</b> - Correlação entra Sexo, Idade, Ano escolar e a média da pontuação da escala EISPE.....	28

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>7</b>
<b>2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>8</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>9</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	10
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	10
<b>5 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>11</b>
5.1 A CRIANÇA E SEU CONTEXTO HISTÓRICO .....	11
5.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS .....	12
5.3 EPIDEMIOLOGIA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA. ....	15
5.4 PSICOPATOLOGIA EM CRIANÇAS .....	16
5.5 ESCALA DE IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS .....	<b>ERRO!</b>
<b>INDICADOR NÃO DEFINIDO.</b>	
<b>6 MATERIAIS E METODOS</b> .....	<b>18</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	18
6.2 LOCAL DE ESTUDO .....	18
6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	18
6.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO .....	19
<b>6.4.1 Critérios de inclusão</b> .....	<b>19</b>
6.5 PERÍODO DA PESQUISA .....	19
6.6 COLETA DE DADOS .....	19
6.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	20
6.8 ANÁLISE DOS DADOS .....	20
6.9 ASPECTOS ÉTICOS .....	21
<b>6.9.1 Riscos</b> .....	<b>22</b>
<b>6.9.2 Benefícios</b> .....	<b>22</b>
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>23</b>
7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	23
<b>Tabela 1</b> .....	<b>23</b>
7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA ESCALA EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017) .....	23
<b>Tabela 2</b> .....	<b>23</b>
<b>Tabela 3</b> .....	<b>24</b>
<b>Tabela 4 – S</b> .....	<b>25</b>
<b>Tabela 5 –</b> .....	<b>25</b>
<b>Tabela 6 –</b> .....	<b>26</b>
<b>Tabela 7 –</b> .....	<b>26</b>
<b>Tabela 8 –</b> .....	<b>27</b>
<b>Tabela 9</b> .....	<b>27</b>
7.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS .....	27
<b>Tabela 10 –</b> .....	<b>28</b>
7.4 FATORES RELACIONADOS AOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS .....	28

<b>7.4.1 FATORES RELACIONADOS A SINTOMAS DE ANSIEDADE NA CRIANÇA CONFORME A CATEGORIA 1.</b>	<b>28</b>
7.4.1.1 SUBCATEGORIA 1 – PROBLEMAS DE SAÚDE NA FAMÍLIA	28
7.4.1.2 SUBCATEGORIA 2 – QUESTÕES SOCIOECONÔMICAS	29
7.4.1.3 SUBCATEGORIA 3 – QUESTÕES ESCOLARES	29
<b>7.5 FATORES RELACIONADOS AO HUMOR CONFORME A CATEGORIA 2</b>	<b>29</b>
<b>7.5.1 SUBCATEGORIA 1: DESEJO DE SE AUTO LESIONAR</b>	<b>30</b>
<b>7.5.2 SUBCATEGORIA 2: SOLIDÃO E TRISTEZA</b>	<b>30</b>
<b>7.6 FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO CONFORME A CATEGORIA 3</b>	<b>30</b>
<b>7.7 FATORES RELACIONADAS À ATENÇÃO/ATIVIDADE MOTORA CONFORME A CATEGORIA 4</b>	<b>31</b>
<b>7.8 FATORES RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO CONFORME A CATEGORIA 5</b>	<b>31</b>
<b>7.9 FATORES RELACIONADOS ÀS DROGAS CONFORME A CATEGORIA 6</b>	<b>31</b>
<b>8 DISCUSSÃO</b>	<b>33</b>
8.1 SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E SUAS CORRELAÇÕES	33
8.2 FATORES RELACIONADOS AOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS	38
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS A</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICE A</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE B</b>	<b>58</b>
<b>APÊNDICE C</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE D</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde pública ao grupo infanto-juvenil foi e ainda é bastante negligenciada. O número reduzido de publicações em nosso meio sobre problemas de saúde mental na infância e adolescência e sobre a utilização de serviços por esta população tem evidenciado tal fato (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Para Battistelli (2016), pensar em saúde mental, independente do campo de atuação, é pensar o sujeito integralmente, considerando sua subjetividade, singularidade e visão de mundo. E, ao falarmos em crianças e adolescentes, não esquecer de que são pessoas em situação peculiar de desenvolvimento.

Segundo os desenvolvimentistas a terceira infância vai dos 06 aos 12 anos e neste período a vida escolar torna-se um elemento essencial no processo de desenvolvimento e construção de sua identidade. É ainda na infância que o indivíduo estabelece alguns padrões, hábitos e habilidades básicas que irão transpassar por toda adolescência e vida adulta.

Contudo, na infância e adolescência pode haver variações no processo de desenvolvimento saudável como dificuldades emocionais, comportamentais e/ou adaptativas que podem nem sempre ser transitórias e representar um risco para diversas psicopatologias. Assim Beck e Lopes (2007) destacam que violências, problemas genéticos e eventos estressores diversos entre outros fatores afetam a saúde mental da criança que se encontra em desenvolvimento cognitivo, psicológico, físico e social.

Sabendo que a saúde mental infantil é um tema que abrange diversas especialidades médicas, sociais e educacionais, a identificação de sintomas psicopatológicos em escolares se faz necessário, uma vez que, oportuniza um acompanhamento e tratamento ainda nas fases iniciais do processo do desenvolvimento do distúrbio psicológico. Neste contexto, estudos epidemiológicos de base populacional são importantes para que se conheçam a distribuição da exposição e do adoecimento e também as condições que influenciam a dinâmica dos padrões de risco em uma determinada comunidade (THIENGO; CAVALCANTE; LOVISI, 2014).

## **2 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA**

As crianças são um grupo vulnerável para agravos psicopatológicos, sejam esses por mudanças desencadeadas pelo desenvolvimento e amadurecimento do organismo, problemas de relacionamento em casa e na escola, ou exposição a oferta de substâncias psicoativas e violência.

Então com objetivo de conhecer este fenômeno foi desenvolvido o seguinte problema de pesquisa: Quais sintomas psicopatológicos são apresentados pelas crianças de escolas públicas na cidade de Macapá?

### 3 JUSTIFICATIVA

O interesse por este estudo surgiu pela afinidade com a área de saúde mental, que foi despertada ainda neste período de graduação, após pesquisas bibliográficas na área se observou uma temática que está sendo amplamente discutida que são os sintomas psicopatológicos, levando em consideração a especificidade do público infantil essa se torna ainda mais relevante. A escolha de se trabalhar com o público infantil se justifica pelo fato de que essa fase muitas vezes é esquecida por parte dos profissionais de saúde quando se pensa em saúde mental e também na dificuldade de se identificar sintomas suspeitos que muitas vezes podem ser confusos neste período da infância, e também a identificação precoce oportuniza um acompanhamento e tratamento ainda nas fases iniciais do processo do desenvolvimento do distúrbio psicológico.

Com isso os resultados podem servir de embasamento para o planejamento de medidas protetivas na infância com relação a psicopatologias, bem como a formulação de métodos de tratamento para aqueles que já tem o problema presente. Os estudos podem servir para o aprimoramento de profissionais da saúde mental, bem como para professores e pedagogos a fim de preparar estes para lidarem com essas psicopatologias, uma vez que, são profissionais que atuam diretamente com o público aqui evidenciado.

Este estudo também servirá como base para construir literaturas para o estudo acadêmico e enriquecimento do acervo sobre a temática na Saúde Mental, e assim estimular discussões no meio acadêmico de forma a formar profissionais aprimorados para trabalhar e estudar a temática. Neste contexto esta pesquisa irá trazer benefícios para o público infantil, profissionais da educação, saúde e comunidade científica, por trazer a temática em seu amplo aspecto e mostrar a realidade das crianças que muitas vezes é negligenciada, principalmente quando se fala em saúde mental.



## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar sintomas psicopatológicos, e fatores associados eles, em escolares de 06 a 12 anos de três escolas da rede pública de ensino de Macapá – AP.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a sintomas psicopatológicos nos escolares;
- Associar as variáveis sócias demográficas com os sintomas psicopatológicos.
- Analisar as falas que envolvem os fatores associados aos sintomas psicopatológicos.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 A CRIANÇA E SEU CONTEXTO HISTÓRICO

Até a Idade Média, a criança era percebida como um adulto em miniatura, diferenciada dos adultos apenas pela estatura e força física: “[...] a duração da infância era reduzida ao seu período mais frágil e [...] mal a criança adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos e partilhava de seus trabalhos e jogos” (ARIÈS, 1981). Müller (2006) afirma que a criança medieval era vista como ser inferiorizado em relação aos adultos (meramente biológico e sem a habilidade e autonomia necessárias para a sobrevivência).

Seguindo a mesma lógica, Ariès (1981) afirma que a criança medieval participava da vida adulta sem restrição alguma, tanto em relação à prática de ofício (visando à conservação e manutenção dos bens da família), quanto em relação à noção de intimidade (incluindo a observação da prática sexual dos adultos). A criança não precisava ter conhecimentos aprofundados e gerais como a leitura e aritmética, para ser destinada ao trabalho, bastava apenas conhecer o ofício dos antepassados e reproduzir as mesmas técnicas laborais. Desta maneira, a transmissão forma de conhecimentos não era acessível às massas, apenas às crianças e jovens de famílias bastadas que delegavam a transmissão do saber a predecessores. A criança, de um modo geral, era educada a partir do convívio com os adultos, pois era criada no espaço público.

Para Ariès (1981) a criança era considerada como tal até aproximadamente sete anos. A partir de então, deixava de ser criança e passava à condição de homem jovem, capaz de trabalhar e ser independente. Por ser um período muito breve de tempo (apenas 07 anos), a criança não existia de fato, vivia sob a égide de um anonimato permeado por limitações e dependências.

No Brasil, principalmente no século XVIII, que coincide com a criação do europeia do conceito de infância, muito do descaso dado à criança era fruto, segundo Del Priore (2000), de maternidades irregulares (sem proteção de familiares ou sem um companheiro estabelecido ou ênfase nos costumes de moral rígida).

Concepções sobre a infância variam historicamente e as crianças estão em contínua mudança. Contudo, os processos de socialização da criança sempre

motivaram preocupação central nos círculos acadêmicos, pedagógicos e familiares constituídos na Modernidade. Isto pode ser percebido na fala de uma professora de Educação Infantil em 2001, que defende a importância da Educação Infantil, indicando a socialização como aspecto central (MÜLLER, 2006).

## 5.2 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CRIANÇAS

A história das políticas de defesa dos direitos de crianças e adolescentes tem como algumas de suas marcas o controle do Estado sobre esses indivíduos e a construção de um modelo de assistência centrado na institucionalização, com o objetivo de garantir a proteção social.

Assim, as políticas de saúde da criança se efetivam a partir de diretrizes voltadas ao cuidado materno e da criança, organizadas em eixos estratégicos: atenção humanizada perinatal e aleitamento materno ao recém-nascido, desenvolvimento integral na primeira infância, prevenção de violências e promoção da cultura de paz, atenção à saúde de crianças em situações específicas e de vulnerabilidade, prevenção e atenção às doenças crônicas e aos agravos prevalentes na infância, tendo como ordenadoras do cuidado as equipes da Atenção Básica no território.

Não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao se receber cuidados em saúde, devem ser consideradas as dimensões biológica, psíquica e social dos indivíduos. Se uma criança ou um adolescente apresenta algum grau de sofrimento (com angústias, medos, conflitos intensos, por exemplo), não será possível tratar sua saúde sem considerar esse componente emocional/relacional significativo. Muitos sintomas físicos têm origem em situações de sofrimento psíquico de origens diversas (na relação com instituições, com a família e consigo mesmo, entre outras). Em muitos casos, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas podem estar associados à tentativa pessoal de manejo de um sofrimento (BRASIL, 2014).

A atenção pública em saúde mental dirigida ao grupo infanto-juvenil tem sido marcada por um vazio histórico em sua cobertura, preenchido ao longo dos anos por instituições, na sua maioria de natureza privada ou filantrópica, tornando-se, em algumas localidades, as únicas opções de cuidado disponível às crianças, jovens e seus familiares. A partir de 2002 foram implantados serviços públicos

específicos para crianças, adolescentes e jovens, denominados Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSI). Tais serviços foram propostos com a função de prover a atenção comunitária em saúde mental de forma integral, além de organizar a rede de cuidado existente no seu território de abrangência, tornando-se, portanto, elementos estratégicos nesta proposta de reversão do modelo hospitalocêntrico (HOFFMAN, 2008).

Os caminhos para o desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes no Brasil só foram propostos no início do século XXI. Antes desse momento, o país não dispunha de formulações pelo setor da saúde mental que orientassem a construção de uma rede de cuidados para crianças e adolescentes com problemas mentais, ficando as ações assistenciais, quando existentes, circunscritas à agenda dos setores da assistência social educação, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que propriamente clínicas ou psicossociais. A política atual de Saúde mental da criança e do adolescente (SMCA,) voltada para a construção de redes ampliadas e intersetoriais de atenção, de base comunitária, com ênfase na articulação entre serviços de diferentes níveis de complexidades e tendo como ações estratégicas iniciais a oferta de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi) e a articulação intersetorial (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

A promulgação da Lei da Saúde Mental, Lei 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), ambas ocorridas em 2001, elevaram o patamar de institucionalidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, ampliando o alcance de suas ações e o horizonte de aplicação de seus princípios. Com essa Lei, a saúde mental passou a constituir-se como uma política de Estado ancorada na defesa dos direitos de cidadania dos pacientes mentais e não apenas como um programa de governo (COUTO, 2004).

Em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria 336/2002 contendo um capítulo especificamente destinado à criação de Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes, os CAPSi. As orientações contidas nessa Portaria, a primeira na história do SUS com orientações para a SMCA, indicaram a incorporação pelo Ministério da Saúde de algumas das mais importantes aspirações emanadas da III CNSM. Dois anos depois, em 2004, foi criado, também pelo Ministério da Saúde, o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e

Adolescentes (BRASIL, 2004, 2005). Um mecanismo democrático de participação e deliberação, de composição intersetorial e com representação de usuários e familiares, para formulação e orientação das ações relacionadas à política de SMCA.

Para Harper (2012, p. 7), o projeto brasileiro do CAPSi constitui “um programa ambicioso”, principalmente por situar no nível comunitário da atenção a complexidade do tratamento do problema mental, visar parcerias para a ampliação dos laços sociais possíveis a cada um dos seus usuários e por convocar articulações entre serviços e setores públicos, inaugurando, pela via da responsabilidade política, a tentativa de superar a fragmentação da atenção em SMCA ainda presente no Brasil.

Seguindo a criação da RAPS (Rede de atenção psicossocial), e visando o estabelecimento de uma linguagem e um entendimento que seja parecido entre os profissionais e que possam promover o avanço do acesso e da qualificação das ações que são direcionadas às crianças e adolescentes nos cenários jurídicos e de atenção à saúde, com ênfase na atenção psicossocial. O Ministério da Saúde lança, em 2014, o documento intitulado “Atenção Psicossocial a criança e adolescentes no SUS: Tecendo redes para garantir direitos” (BRASIL, 2014).

Além disso, apesar dos CAPSi serem os principais dispositivos de atenção a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na rede de atenção psicossocial, caracterizados como local estratégico para a atenção a essa população, o percentual de CAPSi em relação ao total dos CAPS (todas as tipologias) em funcionamento no país tem se mantido sem alterações ao longo dos anos, média de 8% (BRASIL, 2011; COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

O total de CAPSi não é capaz de atender a população infanto-juvenil brasileira de forma efetiva, pois, já que o Brasil tem em torno de 200.000.000 de pessoas, e deve haver 1 CAPSi para cada 100.000 habitantes, seriam necessários, aproximadamente, 2000 deles distribuídos em todo o território nacional. Dessa forma, considerando que o último levantamento nacional apontou que o Brasil possui 201 CAPSi (BRASIL, 2015).

Frente a essas constatações, observa-se que apesar da implantação de uma nova rede de atenção a crianças e adolescentes, e uma relativa expansão dessa rede, ela ainda se encontra defasada, e as políticas públicas pouco têm atentado para a crescente necessidade de atendimento dessa população, o que

pode demonstrar a pouca importância dada à população infanto-juvenil no país, o que é algo constatado na história da assistência direcionada a essa população ao longo dos séculos (BITTENCOURT; VARGAS, 2017).

### 5.3 EPIDEMIOLOGIA DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA.

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), as crianças e adolescentes representam respectivamente cerca de 30% e 14,2% da população mundial. Nessas populações, são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão de literatura internacional, a média global da taxa de prevalência de transtornos mentais nessa população foi de 15,8%. A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares foi de 10,2% e entre os adolescentes, de 16,5%<sup>3</sup>. No Brasil, estudos registraram taxas de prevalência de 7 a 12,7%. Atualmente, estimativas apontam que uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo apresenta algum transtorno mental (THIENGO, 2014).

Segundo Sá *et al.* (2010) a partir do ano 2000, estudos epidemiológicos, na área de saúde mental da infância e adolescência, começaram a ser realizados nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil e outros países da América Latina. Os resultados desses estudos mostram taxas de prevalência semelhantes às de países desenvolvidos, que sinalizam que uma entre quatro ou cinco crianças no mundo apresenta problemas de saúde mental.

No Brasil, o primeiro estudo realizado para avaliar a prevalência de transtornos mentais na população infantil foi feito em Salvador, e apontou uma prevalência de 23,5% (ALMEIDA FILHO, 1982). Desde então, diversos estudos foram realizados com o objetivo de levantar essa prevalência e identificar os diagnósticos psiquiátricos mais presentes nas crianças e adolescentes brasileiros.

Outra investigação, com o objetivo de identificar o perfil epidemiológico da clientela atendida em CAPSi de sete estados do Brasil, apontou que 49,3% das crianças e adolescentes em atendimento nos CAPSi estavam sendo tratadas em regime não intensivo, e que a maior parte deles estavam nesses serviços devido a transtornos emocionais e do comportamento (44,5%) (HOFFMANN; SANTOS; MOTA, 2008).

Em 2008, a Associação Brasileira de Psiquiatria, em parceria com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública (IBOPE), estimou que 5 milhões das crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos possuem um transtorno mental. A prevalência de sintomatologia foi de 12,6%. Dentre os sintomas, os mais frequentes estavam relacionados a hiperatividade ou desatenção (8,7%), seguidos por dislexia e discalculia (7,8%), irritabilidade e comportamentos desafiadores (6,7%), dificuldades cognitivas (6,4%), sinais de depressão (4,0%), e ansiedade (5,9%), fobias sociais (4,25%), transtornos de conduta (3,4%) e problemas com álcool e drogas (2,8%) (MAEDA, 2009).

#### 5.4 PSICOPATOLOGIA EM CRIANÇAS

Fenômeno biopsicossocial, definido como o estudo da doença mental em suas causas, alterações estruturais e funcionais e suas manifestações. Termo empregado desde 1878, com o significado inicial de “psiquiatria clínica” (BAUNGART (2006).

“O ramo da ciência que trata da natureza essencial da doença mental” (CAMPBELL, 1986). Na infância, pressupõe-se a compressão da Psicopatologia por meio do entendimento do sujeito e suas características biológicas que são inatas do seu crescimento e desenvolvimento e da relação da criança com o ambiente que o circunda e que mantém suas necessidades vitais (FERRAZ; GONÇALVEZ, 2012).

A fase escolar é o momento em que os quadros nos gráficos categoriais são identificados pela primeira vez, e isso pode ser observado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V-TR) que apresenta os quadros clínicos dos transtornos mentais que já são evidenciados no período escolar. No DSM-V-TR, os diagnósticos presentes nos grupos 1 a 4, são aqueles identificados pela primeira vez na infância, e os quadros clínicos do grupo 5, são aqueles no quais os sintomas são semelhantes ao dos adultos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). O Grupo 1 do DSM-V-TR - Transtornos Globais do Desenvolvimento, engloba as entidades diagnósticas relacionadas ao espectro autístico e outros quadros com sintomatologia semelhante, e os Transtornos degenerativos que são caracterizados pela perda de aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor.

O Grupo 2: Prejuízo sensorial e Doenças Neurológicas contempla as condições que causam significativo prejuízo no sistema nervoso central e nas vias sensorio motoras.

O Grupo 3: Alterações na alimentação, eliminações e sono, apresentam os transtornos da alimentação como característicos da primeira infância, mas apresenta anorexia e obesidade como transtornos que podem aparecer na fase escolar como consequência de conflitos externos e internos da criança.

No Grupo 4: Comportamento Disruptivo, o DSM-V-TR apresenta os quadros de déficit de atenção, de hiperatividade, THDA, de aprendizagem, de linguagem e de conduta. Essa denominação é dada, pois são transtornos que na fase escolar, principalmente, levam a uma ruptura no continuum do desenvolvimento normal, uma vez que a criança passa a apresentar comportamentos inadequados e inadaptados, que não correspondem a demandas dessa fase da vida (FERRAZ; GONÇALVEZ, 2012).

O Grupo 5: Alteração de um tempo em diante, apresenta entidades nosográficas que são semelhantes as descrições realizadas para o adulto. Esse grupo engloba os Transtornos do Humor, Transtornos de Ansiedade, as Fobias, o Transtorno Obsessivo Compulsivo, a Esquizofrenia, as Síndromes Mentais Orgânicas, os Transtornos Somatoformes, e a Violência e Maus-tratos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Conforme evidenciado anteriormente, no mundo, a prevalência de crianças e adolescentes com transtornos mentais variam entre 8,2% (FRIGERIO et al., 2006) e 21% (DUARTE et al., 2003), e, dentre esses transtornos mais comuns, têm-se a depressão, os transtornos de ansiedade, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, o transtorno por uso de substâncias, o transtorno de conduta (THIENGO; CAVALCANTE; LIVISI, 2014), e os transtornos alimentares, que podem atingir uma prevalência de 20% entre adolescentes (FIATES; SALLES, 2001)(DUNKER; PHILIPPI, 2004).

Nesse sentido, na Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos (EISPE), um olhar especial foi dado às características do desenvolvimento de crianças em idade escolar 06 a 12 anos e nas principais funções psíquicas alteradas, representadas pelos sintomas psicopatológicos, que representam os transtornos mentais mais comuns na infância (BITTENCOURT; VARGAS, 2017).



## 6 MATERIAIS E METODOS

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo foi realizado uma pesquisa do tipo exploratória de caráter quantiquantitativo. De acordo com Gerhardt e Silveira (2009) a pesquisa exploratória tem o objetivo de propiciar maior conhecimento do problema de pesquisa de forma a ajudar a formulação de hipóteses, nesse tipo de pesquisa se tem os seguintes passos: levantamento da bibliografia, entrevistas com os sujeitos que vivenciaram o problema de pesquisa e análise de exemplos para o entendimento.

Lakatos e Marconi (2003) afirmam que o caráter qualitativo está envolvido com pesquisas, nas quais o objetivo é o delineamento e análise das características de fenômenos ou fatos e variáveis principais. É uma pesquisa quantiquantitativa, pois considera-se que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

### 6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Amapá, nas escolas de ensino fundamental da rede pública no Município de Macapá. Sendo as escolas elencadas:

Escola Estadual Silvio Camilo, endereço: Rodovia Juscelino Kubitschek, 0488; – Jardim Marco Zero;

Escola Estadual Governador Ivanhoe Gonçalves Martins, endereço: Polo hortifrutgrangeiro, 4248 – Fazendinha CEP: 68911-075;

Escola Estadual padre Ângelo Biraghi, Endereço: Rua Acesio Guedes – Perpétuo Socorro, Macapá - AP, 68905-711.

### 6.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Na Escola Estadual Governador Ivanhoe Gonçalves Martins a população total nesta faixa etária é de 77 alunos, na Escola Estadual Silvio Camilo são 176 alunos e na Escola Estadual Padre Ângelo Biraghi são 250. Participaram da pesquisa um total de 201 alunos, sendo que na Escola Estadual Silvio Camilo

participaram 71 alunos, Escola Estadual Governador Ivanhoe Gonçalves Martins 37 alunos e na Escola Estadual padre Ângelo Biraghi 93 alunos.

## 6.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

### 6.4.1 Critérios de inclusão

- Ter idade entre 06 e 12 anos;
- Ter autorização dos pais ou responsável para participar da pesquisa com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).
- Ter o termo de assentimento devidamente assinado;

## 6.5 PERÍODO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada nos meses de setembro a dezembro de 2017.

## 6.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada na seguinte sequência:

1. Apresentação dos objetivos do projeto para os diretores da escola e da autorização (ANEXO A) que já foi assinado e expedido pela Secretaria Estadual de Educação (SEED);
2. Esclarecimento da pesquisa para os alunos e de como será a participação dos mesmos e dos responsáveis;
3. Entrega da Carta de Informação (APENDICE B), termo de assentimento (APENDICE C) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para serem assinados pelos pais ou responsáveis;
4. Recolhimento dos documentos entregues no dia posterior;
5. Entrevista individual com os alunos ocorreu com a leitura das perguntas para preenchimento do instrumento, com gravação em aparelho gravador MP4 das respostas dos participantes a seguinte pergunta “Por qual motivo você sente isso?” em caso afirmativo às questões negativas, e negativa as questões positivas realizadas através do instrumento;

## 6.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento utilizado foi a Escala de identificação de sintomas psicopatológicos em escolares (EISPE) (APENDICE D), esta foi construída e validada por Bittencourt e Vargas (2017). A EISPE se mostrou válida para identificar sintomas psicopatológicos que tem relação com o humor, ansiedade, atenção e atividade motora, condutas sociais, padrões alimentares e abuso de substância psicoativas. (BITTENCOURT; VARGAS, 2017).

A EISPE é composta por 23 perguntas, onde o entrevistador faz os questionamentos para a criança e esta vai classificar nestes aspectos suas respostas. “Sempre” se é algo que acontece rotineiramente com ela, “Às vezes” se é algo que acontece de vez em quando ou “Nunca” se é algo que não acontece com ela.

Em relação à orientação dos itens, a EISPE é composta por itens positivos, em que se espera que a criança responda positivamente (Sempre), e negativos, aos quais se intenciona que ela responda negativamente (Nunca). Dentre os 23 itens, quatro correspondem às afirmativas com sentido positivo (itens 15, 17, 19 e 24), aos quais foram atribuídas a pontuação: *sempre* (1 ponto), *às vezes* (2 pontos), e *nunca* (3 pontos).

As 19 afirmações com sentido negativo tiveram sua pontuação invertida, o que permitiu atribuir um mesmo sentido para todos os itens. Dessa forma, considerando a soma de pontos dos sujeitos, nos itens da escala, será possível inferirmos acerca da necessidade de a criança ser encaminhada para acompanhamento especializado, sendo que quanto maior a soma de pontos, maior o risco.

## 6.8 ANÁLISE DOS DADOS

Para análise quantitativa dos dados coletados, foi criada uma planilha no Excel-2010 para tabulação dos dados, sendo posteriormente transferida para o Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22.0 for Windows (IBM. SPSS STATISTICS 22), onde para apresentação dos dados ocorreu através de tabelas. A caracterização dos dados quantitativos utilizou-se porcentagem para as variáveis ano escolar e sexo, média e desvio padrão para a variável idade.

Na análise estatística, o teste de normalidade foi realizado através do Teste de Kolmogorov-Smirnov (ks) onde foi constatada distribuição normal entre as variáveis ( $p < 0,05$ ). Assim, para comparação das médias utilizou-se o Teste t de Student. As correlações entre as variáveis foram realizadas através do teste Spearman (R) que adota valores de referência: R=0 nulo, R=1 a 3 fraco, R=4 a 6 moderado, R=7 a 9 forte e R=1 perfeito. Todos os testes adotam nível de significância de  $p < 0,05$ .

Na análise dos dados qualitativos, os comentários extras feitos pelos participantes sobre as questões da escala de cunho qualitativo, foram transcritas na íntegra e analisadas por similaridade semântica em categorias e subcategorias de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (2007).

Para a análise dos dados qualitativos, foi realizada a análise do conteúdo das falas dos entrevistados e fundamentados à luz do referencial de Bardin (2007), seguindo as três fases colocadas por ele.

A 1ª fase foi a pré-análise, que é um período de intuições e objetiva tornar operacional e sistematizar as ideias iniciais e direciona as operações sucedentes e essa fase inclui: leitura flutuante, no qual o conteúdo vai se tornando mais claro; a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, seguindo as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; a formulação das hipóteses e dos objetivos; a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores e preparação do material.

Na 2ª fase foi a exploração do material; onde foi feita a conclusão da preparação do material para análise, em operações de codificação, desconto ou enumeração, com regras previamente formuladas aplicadas manual ou automaticamente.

Na 3ª fase ocorreu o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, estabelecendo estes em quadros, se propondo inferências e interpretações conforme objetivos da pesquisa ou referentes a novos achados.

## 6.9 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), o projeto foi aprovado conforme o parecer número 1.689.746. Os sujeitos da pesquisa e seus responsáveis receberão

explicação a respeito do projeto e seus objetivos, os responsáveis irão assinar o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), e a criança assinará o termo de assentimento (Apêndice C e D).

### **6.9.1 Riscos**

Os riscos desta pesquisa são considerados mínimos, podendo ocorrer constrangimento do menor com relação as perguntas que lhe forem feitas.

### **6.9.2 Benefícios**

Esta pesquisa servirá como construção de produção científica desta temática, assim como poderá servir como base para encaminhamento precoce de crianças que possam apresentar sintomas psicopatológicos.

## 7 RESULTADOS

A partir deste capítulo serão apresentados os resultados que dizem respeito a análise e pesquisa realizadas nos locais supracitados.

### 7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

A população constituiu-se em sua maioria, por crianças do sexo masculino  $n=102(51\%)$ , em média a faixa etária foi de 9,8 anos ( $\pm 1,74$ ) com prevalência de crianças de 6 a 10 anos  $n=132$  (66%). Do total,  $n= 74$  (37%) estavam cursando o 4º ano (**tabela 1 pag. 23**).

**Tabela 1-** Dados sócio demográficos dos escolares da rede pública no município de Macapá, AP, 2018

Variável		N	%
Sexo	Masculino	102	51
	Feminino	99	49
Faixa etária Média=9,8±1,74	2 a 5 anos	3	1
	6 a 10 anos	132	66
	Mais de 10 anos	66	33
Ano Escolar	1º ano	15	8
	2ºano	25	12
	3ºano	20	10
	4ºano	74	37
	5ºano	67	33

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

### 7.2 CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DA ESCALA EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017)

Quanto a classificação baseada na pontuação da escala EISPE dos escolares da rede pública de ensino de Macapá-AP, a prevalência foi de  $n=197$  (98%) de crianças que obtiveram a faixa de 23 a 38 pontos, quanto a medida de ação a ser tomada deve-se realizar atividades de promoção da saúde na escola (**Tabela 2**).

**Tabela 2 -** Classificação conforme a pontuação da escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017) em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.

<b>Ação</b>	<b>Pontuação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Escola (promoção da saúde)	23 a 38	197	98
Alerta	39 a 53	4	2
Encaminhar ao CAPS I	54 a 69	0	0

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

Os sintomas prevalentes apresentados pelos escolares da rede pública de Macapá-AP foram “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo” ( $1,59\pm 0,77$ ), “Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem” ( $1,57\pm 0,55$ ), “Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído” ( $1,51\pm 0,65$ ), e “Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto” ( $1,51\pm 0,70$ ), os demais sintomas estão descritos na tabela 3 abaixo.

**Tabela 3** - Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares – EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública.

<b>Variáveis</b>	<b>Média (DP)</b>
Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem	1,57±0,55
As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades	1,24±0,47
Penso muito em me machucar	1,08±0,29
Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar	1,41±0,57
Me sinto sozinho	1,30±0,55
Eu me arrependo depois que me comporto mal	1,30±0,57
Participo de brigas com meus amigos	1,19±0,44
Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente	1,44±0,64
Tenho facilidade em cumprir regras e ordens	1,20±0,47
Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído	1,51±0,65
Eu termino as tarefas que comecei	1,35±0,53
Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto	1,51±0,70
Eu presto atenção facilmente nas aulas	1,29±0,48
Quando como demais, fico triste	1,13±0,40
Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo	1,59±0,77
Estou sempre pensando em comida	1,08±0,33
Como muito, e acabo passando mal	1,15±0,39
O meu peso me incomoda	1,22±0,54
Fumo cigarro	1,00±0,09
Tomo bebida alcoólica	1,00±0,07
Fumo maconha	1,00±0,07
Uso crack	1±0
Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga	1,00±0,09

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

Quanto as variáveis que estavam relacionadas ao eixo ansiedade (tabela 4), “me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem” foi

relatado em n=105 (52%) das vezes, e n= 156 (77%) afirmaram que nunca sentem “as preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades”

**Tabela 4** – Sentimentos relacionados ao eixo ansiedade de acordo com a escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.

Eixo Ansiedade	Sempre		As vezes		Nunca	
	n	%	n	%	N	%
Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem	5	3	105	52	91	45
As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades	5	3	41	20	156	77

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

Em relação aos sentimentos de humor dos estudantes, a maioria afirma nunca “penso muito em me machucar”, “Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar” ou se “sentir sozinho”, com n= 185 (76%), n=126 (74%) e n=148 (74) respectivamente (**Tabela 5, pag. 26**).

**Tabela 5** – Sentimentos relacionados ao eixo humor de acordo com a escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.

Eixo humor	Sempre		As vezes		Nunca	
	N	%	N	%	N	%
Penso muito em me machucar	1	1	15	7	185	76
Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar	4	2	41	24	126	74
Me sinto sozinho	9	4	44	22	148	74

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

Aos sentimentos do eixo de condutas sociais, 83% nunca participaram de brigas com os amigos, além de 82% afirmar que sempre tem facilidade em cumprir regras, 64% nunca é esquentado e fica com raiva facilmente, sendo que 76% sempre se arrepende s que se comporta mal (Tabela 6).



**Tabela 6** - Sentimentos relacionados ao eixo condutas sociais de acordo com a escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.

Eixo Condutas sociais	Sempre		Às vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Eu me arrependo depois que me comporto mal	152	76	37	18	12	6
Participo de brigas com meus amigos	4	2	31	15	166	83
Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente	17	8	56	28	128	64
Tenho facilidade em cumprir regras e ordens	165	82	20	15	6	3

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

Na Tabela 7 o eixo relacionado a atenção/atividade demonstra que 72% sempre presta atenção nas aulas, por outro lado, tem-se o resultado que 67% sempre termina as tarefas que começou. Ainda observa-se que 60% é considerado agitado e também tem dificuldade em ficar quieto e por fim 57% nunca se distrai facilmente.

**Tabela 7** – Sentimentos relacionados ao eixo atenção/atividade motora de acordo com a escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018.

Eixo Atenção/atividade motora	Sempre		Às vezes		Nunca	
	N	%	n	%	n	%
Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído	18	9	68	34	115	57
Eu termino as tarefas que comecei	135	67	60	30	6	3
Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto	121	60	56	28	24	12
Eu presto atenção facilmente nas aulas	145	72	53	26	3	2

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

Em relação aos sentimentos do eixo denominado padrões alimentares, pode-se observar que 89% nunca fica triste quando come demais, 59% nunca teve medo de engordar, 93% nunca esta sempre pensando em comida, 86% nunca come muito e acaba passando mal e 87% nunca se incomodou com o peso corporal (Tabela 8).

**Tabela 8** – Sentimentos relacionados ao eixo padrões alimentares de acordo com a escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018

Eixo Padrões alimentares	Sempre		As vezes		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Quando como demais, fico triste.	5	3	17	8	179	89
Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo	36	18	47	23	118	59
Estou sempre pensando em comida	3	1	12	6	186	93
Como muito, e acabo passando mal.	3	2	24	12	173	86
O meu peso me incomoda	3	1	24	12	173	87

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

No último eixo, relacionado ao uso de substâncias psicoativas 99,6% nunca fumou, bebeu ou usou outras drogas, no entanto, atenta-se ao 1% que declarou que as vezes fuma e tem vontade de beber, fumar ou usar droga, e aos 0,4%, 0,4% e 0,4% que respectivamente, as vezes bebe, fuma maconha e usa crack (**Tabela 9**).

**Tabela 9** – Sentimentos relacionados ao eixo uso de substâncias psicoativas de acordo com a escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017), aplicado em escolares da rede pública de Macapá, AP, 2018

Eixo uso de substâncias psicoativas	Sempre		As vezes		Nunca	
	N	%	N	%	n	%
Fumo cigarro	0	0	2	1	199	99
Tomo bebida alcoólica	0	0	1	0,4	200	99,6
Fumo maconha	0	0	1	0,4	200	99,6
Uso crack	0	0	1	0,4	200	100
Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga	0	0	2	1	199	99

**Fonte:** Instrumento de coleta, 2018.

### 7.3 CARACTERIZAÇÃO DAS CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS

Na Tabela 10 observa-se que na comparação entre as médias, não se observou diferença estatística ( $p > 0,05$ ) entre a pontuação do sexo Masculino (média=28.9) e o Feminino (média=28.4) estando a média de ambos classificados (forma geral) na faixa de educação em saúde. Nas correlações de Spearman (R), a Idade apresentou correlação moderada, negativa e significativa ( $R = -0,5$ ,  $p < 0,05$ ) com a pontuação total, sendo assim, quanto menor a idade, maior a pontuação

apresentada na escala, logo mais sintomas presentes. O ano escolar teve  $R = -0,3$  ( $p < 0,05$ ) classificado como fraco, negativo e significativo estatisticamente, inferindo assim que quanto menor o ano escolar, maiores pontuações na escala, foram encontradas.

**Tabela 10** – Correlação entre Sexo, Idade, Ano escolar e a média da pontuação da escala EISPE (BITTENCOURT; VARGAS, 2017);

<b>Sexo</b>	<b>Média de pontos da Escala</b>	<b>P*</b>
Masculino	28.9	>0,05
Feminino	28.4	
<b>Score total</b>		
	<b>R de Spearman</b>	<b>P</b>
Idade	-0,5	<0,05
Ano escolar	-0,3	

\*Teste t de student com nível de significância <0.05

#### 7.4 FATORES RELACIONADOS AOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Após a análise temática de conteúdo das falas, emergiram 6 categorias, quais sejam: fatores relacionados a sintomas de ansiedade na criança, fatores relacionados ao humor, fatores relacionados ao comportamento, fatores relacionados à atenção/atividade motora, fatores relacionados à alimentação, fatores relacionados às drogas. E da categoria 1 emergiram 3 subcategorias apresentadas a seguir: problemas de saúde na família, questões socioeconômicas e questões escolares. A categoria dois também apresenta duas subcategorias: desejo de se autolesionar, solidão e tristeza.

##### 7.4.1 Fatores relacionados a sintomas de ansiedade na criança conforme a categoria 1.

De acordo com as respostas dadas pelos participantes na escala EISPE, que envolvem assuntos relacionados a sentimentos de ansiedade e preocupação. Dela emergiram três subcategorias: problemas de saúde na família, questões socioeconômicas e questões escolares.

###### 7.4.1.1 Subcategoria 1 – Problemas de saúde na família

Os relatos evidenciam a percepção de algumas crianças em idade escolar (6 a 12 anos) quanto à questão de saúde, doença e fatores associados não somente sua, mas também daqueles que fazem parte de seu ambiente familiar como podemos observar em algumas falas destacadas a seguir:

*Fico preocupada quando minha mãe está doente (c-2);  
Me preocupo quando minha mãe está com dor de cabeça (c-6);  
Fico preocupado com minha mãe que está com depressão (c-10).  
Fico preocupada com a minha avó quando ela não toma os remédios (c-29).*

#### 7.4.1.2 Subcategoria 2 – questões socioeconômicas

Os relatos que foram coletados e analisados demonstraram uma percepção das crianças que sentem e são afetadas por problemas socioeconômicos que toda a família passa, demonstrando uma preocupação e uma absorção de problemas advindos deles, podendo ser observado pelos seguintes relatos:

*Fico preocupada às vezes porque não tem o que comer e fico pensando se a mamãe já comeu (c-17);  
Fico preocupado às vezes porque minha mãe está desempregada e sem condições de comprar comida (c-24).  
Me preocupo com meu pai que não conseguiu arrumar emprego (c-30).*

#### 7.4.1.3 Subcategoria 3 – Questões escolares

De acordo com o que foi descrito pelas crianças que participaram da pesquisa, surgiram relatos sobre as questões escolares que acabam estando relacionadas à preocupação e ansiedade, principalmente ligadas ao desempenho nas provas, cobranças por parte dos pais e por parte delas mesmas. Alguns relatos foram destacados para compor esta categoria:

*Fico ansioso quando vai ter prova (c- 26);  
As provas escolares me deixam ansiosa (c-35);  
Fico preocupada quando tiro notas baixas (...) se eu tirar notas vermelhas e ficar reprovada vou apanhar do meu pai (C-39).*

### 7.5 FATORES RELACIONADOS AO HUMOR CONFORME A CATEGORIA 2

De acordo com as respostas dadas pelos participantes na escala EISPE, que envolvem assuntos relacionados a ao humor, dela emergiram duas subcategorias

### **7.5.1 Subcategoria 1: Desejo de se auto lesionar**

Observou-se que as crianças que responderam positivamente no item “Tenho vontade de me machucar”, simbolizaram esse desejo por meio da autolesão, conforme as falas que se seguem:

*As vezes penso em me machucar quando estou com raiva (c-30);  
Penso em se machucar às vezes (por doidice) (c-34);  
Penso em me furar porque estava sentindo falta de minha avó que morreu recentemente, e fico com raiva por isso, porque eu morava com ela (c-78);  
Penso em se ferir quando me sinto culpada por alguma coisa que fiz de errado (c-12).*

### **7.5.2 Subcategoria 2: Solidão e tristeza**

Nessa subcategoria, as crianças apontam o que as faz se sentirem sozinhas e tristes, e isso envolve a separação dos pais, falta de amigos e atenção dos familiares, e doença na família:

*Me sinto triste quando minha mãe não está ao meu lado, e sozinha ao mesmo tempo (c-79);  
Me sinto triste porque moro longe da casa do meu pai e desanimada por não ter amigos para brincar em casa (c-89);  
Tenho vontade de chorar as vezes, por várias coisas e porque minha avó está doente (c-77);  
Me sinto sozinho porque fico brincando sozinho em casa (c-89);  
Me sinto sozinho porque meu pai tem que sair sempre e minha irmã estuda pela tarde e fico sozinho em casa (c-30);  
Às vezes me sinto sozinho porque ninguém me dá atenção (c-98).*

## **7.6 FATORES RELACIONADOS AO COMPORTAMENTO CONFORME A CATEGORIA 3**

Nessa categoria, puderam ser evidenciados os fatores relacionados à mudança de comportamento das crianças, que são influenciadas pelo seu relacionamento no ambiente escolar e familiar, essa categoria está relacionada a fatores que fazem com que essas crianças tenham raiva, e acabem brigando com os colegas de escola, conforme as falas a seguir:

*Fico com raiva quando estou quieta e alguém vem me perturbar (c-99);  
 Fico com raiva quando me dão apelidos (c-101);  
 Fico com raiva sempre que discuto com meus colegas (c-104)  
 Participo de briga para defender minhas colegas, porque não deixo elas apanharem (c-29);  
 Participa de brigas com colegas quando ficam xingando eles (c-3).*

## 7.7 FATORES RELACIONADAS À ATENÇÃO/ATIVIDADE MOTORA CONFORME A CATEGORIA 4

Essa categoria apresenta os fatores que fazem com que as crianças percam sua atenção nas atividades que estão desenvolvendo, como barulho, fatos engraçados, músicas.

*Me distraio com qualquer barulho (c-10);  
 Me distraio quando vejo coisas engraçadas (c-9);  
 Me distraio às vezes pensando em músicas (c-25);  
 Fico distraído quando vou fazer algo e acabo esquecendo o que iria fazer (c-15).*

## 7.8 FATORES RELACIONADOS À ALIMENTAÇÃO CONFORME A CATEGORIA 5

Alguns relatos contidos nas entrevistas mencionam certa preocupação por parte das crianças com questões alimentares, principalmente ligadas a questões estéticas que podem ser ocasionadas por uma alimentação desequilibrada e isto as deixa preocupadas e com medo de não estar em conformidade com o que a sociedade acredita ser o corpo ideal, vejamos nos relatos destacados:

*Quando como muito fico pensando se vou engordar demais (c-12);  
 Eu não gostaria de ficar gorda (c-56);  
 Acho que se eu comer muito, vou ficar gordo (c-78);  
 Tenho medo de ficar gorda (...) eu ia ter um passeio da escola alguns dias atrás e não estava mais jantando porque já estava obesa (c-85);  
 Achei que se eu ficasse gordo não iria fazer mais nada, iria ficar sendo xingado (c-75);  
 Não gostam de ser chamada de gorda (c-101);*

## 7.9 FATORES RELACIONADOS ÀS DROGAS CONFORME A CATEGORIA 6

Observou-se que a poucas crianças relataram fazer uso de alguma droga (x crianças), porém, muitas crianças relatam o quanto as drogas são presentes em

suas vidas seja em sua família ou próximo de sua casa, causando problemas de segurança e problemas familiares, relatos que mostram também que seus familiares fazem uso com frequência, conforme os relatos a seguir:

*Tenho preocupações com a minha mãe, ela se envolveu em uma briga onde moro. lá onde moramos vendem drogas e por isso tenho medo que façam algo com ela (c-26);*

*Disse que os pais brigam muito por causa de um irmão que usa drogas e leva os amigos pra usar na casa deles (c-118);*

*Às vezes tenho vontade de beber. No Natal tenho vontade de beber. Meu pai toma bebida alcoólica todo final de semana (c-45).*

## 8 DISCUSSÃO

### 8.1 SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS E SUAS CORRELAÇÕES

Neste estudo a população participante se mostrou na maioria por crianças do sexo masculino com 51% e a média de idade de 9,8 de crianças entre 6 a 10 anos com 66% e dessas a maior parte 37% estava cursando o 4º ano do ensino fundamental. Borsa, Souza e Bandeira (2011) em estudo sobre problemas de comportamento em escolares no Estado do Rio Grande de Sul, obteve uma população onde a maioria era meninas com 57,1%, e o predomínio foi de crianças com 10 anos alunas da 5ª série do ensino fundamental. Já Bittercourt e Vargas (2017) em estudo similar a esse utilizando a escala EISPE teve uma amostra composta na sua maioria de meninas com 50,7%, e com média de idade de 8,16, onde a maior parte seria do 3º ano do ensino fundamental com 23,4%.

A pesquisa com crianças em fase escolar é importante e necessária, visto que, é nesta fase que a crianças passa a desenvolver melhor suas relações sociais e seu desenvolvimento cognitivo, deixando de ter contato somente com o ambiente familiar, podendo iniciar, assim, o aparecimento dos psicopatológicos por meios das questões sociais que as envolve.

Corroborando com os resultados desse estudo em que 98% de crianças que obtiveram uma pontuação baixa na Escala, Santos (2015) aponta que a maior parte das crianças vivencia sua infância sem dificuldades ou alterações significativas, porém, conforme Bittencourt e Vargas (2017) quando há problemas de saúde mental nas crianças, estes afetam o seu comportamento e desenvolvimento psicológico, resultando negativamente em seus relacionamentos interpessoais e desempenho escolar, devendo assim ser avaliando cuidadosamente.

Vale ressaltar que das 201 crianças entrevistadas, nenhuma delas pontuou em uma faixa que evidenciam um problema de saúde mental importante, o que se contrapõe os dados de estudos prévios. Rodriguez (2011) em estudo na cidade de São Luís, constatou que a prevalência geral de problemas de saúde mental na sua amostra total foi de 47,7%. Entre esses problemas os emocionais e de conduta foram prevalentes com 58,2% e 48,8% cada. Além disso, em estudos



epidemiológicos, a prevalência de perturbações psiquiátricas na população infanto-juvenil é cerca de 20%. Se considerarmos os problemas de saúde mental que, sendo de menor gravidade, também requerem tratamento e intervenção, a prevalência é ainda maior (SANTOS, 2015).

Dessa forma, apesar de não se ter encontrado crianças com escore alto na escala, de um modo geral, devem ser referenciadas as crianças e jovens que manifestem problemas ou sintomas persistentes e intensos, que afetam o seu bem-estar ou lhes causam incapacidade de funcionamento, na aprendizagem, nas atividades sociais ou no ambiente familiar, e que não melhoram apesar das estratégias utilizadas (SANTOS, 2015).

Além disso, a literatura em saúde mental tem indicado a escola com um campo estratégico para a promoção de políticas de saúde e de prevenção de saúde mental para crianças e adolescentes, com ações para o desenvolvimento de fatores de proteção e na redução de fatores de risco relacionados à saúde mental. Dentre essas medidas de promoção e prevenção estão estimulação de potencialidades do indivíduo ou grupo, treinamentos de habilidades socioemocionais, campanhas de motivação para atividade física (ESTANISLAU; BRESSAN, 2014).

Para Feitosa et al. (2011) é importante se trabalhar a prevenção e o tratamento de distúrbios mentais ainda na infância, já que este tratamento precoce influencia no futuro desta criança, favorecendo a diminuição dos índices de criminalidade, uso de substâncias psicoativas, abandono escolar, desenvolvimento de transtornos de personalidade e transtornos mentais no adulto. Essas ações podem ser feitas em diversos âmbitos, como na família e na escola, com o trabalho do Programa Saúde na Escola (PSE) e em caso de necessidade de tratamento o encaminhamento da criança ao CAPSi.

Os sintomas prevalentes apresentados pelos escolares da rede pública de Macapá-AP têm relação com o padrão de alimentação e percepção corporal: “Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo”. Com sintomas de ansiedade: “Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem”. Dificuldades de atenção: “Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído”. E sintomas de agitação: “Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto”.

Estudo na cidade de Porto Alegre (RS) investigou problemas de comportamento em escolares e como resultado mostraram que entre as meninas e meninos há alta prevalência de problemas de comportamento agressivo, problemas de ansiedade, depressão e isolamento. Neste mesmo estudo os problemas mentais foram divididos em externalizantes (problemas de comportamento) e internalizantes (depressão e isolamento) e os internalizantes foram mais prevalentes em ambos os sexos com 41,4%, seguido dos externalizantes com 32,9% (BORSA; SOUZA; BANDEIRA, 2011).

Paula, Duarte e Bordin (2007) realizaram um estudo na cidade de São Paulo também sobre problemas de saúde mental em crianças e obtiveram como resultado a prevalência de 24,6% de problemas sem prejuízos funcionais globais, e 7,3% de problemas com prejuízo funcional global onde há necessidade de tratamento. Na população que foi estudada os problemas de saúde mental são frequentes, porém os serviços públicos de saúde não têm suporte para atender este público e ofertar o tratamento necessário.

Como o público nestas diversas pesquisas são crianças em idade escolar os professores têm um papel fundamental no processo de identificação de problemas e na primeira intervenção com a crianças e os pais. Quando este profissional está preparado para reconhecer esses problemas, isso evita encaminhamentos desnecessários aos serviços especializados, diminuindo o contingente e a estigmatização das famílias de encaminhamento (LOADES; MASTROYANNOPOULOU, 2010).

Com relação aos sentimentos do eixo padrões alimentares, a maior parte mostrou que nunca fica triste quando come demais, nunca teve medo de engordar, nunca está sempre pensando em comida, nunca come muito e acaba passando mal e nunca se incomodou com o peso corporal. O que corrobora com estudo que apontou que a maioria dos escolares gostaria de ter peso menor (LEITE et al., 2014).

Leite et al. (2014) afirmam que os transtornos alimentares são fenômenos resultados de correlações entre fatores pessoais, familiares e socioculturais que se definem por uma apreensão excessiva com o corpo e o peso assim como a ingesta de alimentos.

Com relação ao eixo ansiedade a maioria dos entrevistados afirmaram que: “me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem” e que

nunca sentem “as preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades”. Para Caíres e Shinohara (2010) a ansiedade e o medo são considerados patológicos quando se mostram excessivos e desproporcionais ao estímulo ou qualitativamente diferente do que se julga normal para a faixa etária, além de interferir na qualidade de vida, desempenho da criança e conforto emocional.

Estes sintomas ansiosos podem se apresentar em outros transtornos psiquiátricos e caracterizam-se por uma ansiedade que se explica pelos sintomas do transtorno primário, como a ansiedade do início do surto esquizofrênico, o medo da separação dos pais numa criança com depressão maior e não constitui um conjunto de sintomas que determina um transtorno ansioso típico. Mas podem ocorrer casos em que vários transtornos estão presentes ao mesmo tempo e não se consegue identificar o que é primário e o que não é, ou seja, sintomas primários não são derivados de outras condições psiquiátricas como as depressões, psicoses e transtornos do desenvolvimento sendo mais correto referir que esse paciente apresenta mais de um diagnóstico coexistente apresentando comorbidades (CAÍRES; SHINOHARA, 2010).

Já o eixo da atenção/atividade demonstra que a maior parte sempre presta atenção nas aulas, e sempre termina as tarefas que começou, além de ser agitado e ter dificuldade em ficar quieto e outros em nunca se distrai facilmente. Observa-se nos estudos que a prevalência de ansiedade na literatura americana é de 3 a 5% das crianças em idade escolar. No Brasil há uma semelhança com esta realidade onde a taxa de prevalência encontrada é de 3,6% a 5% da população escolar (SUZUKI; GUGELMIM; SOARES, 2017).

Com relação aos sentimentos de humor dos estudantes, a maioria afirma nunca penso muito em me machucar, ou estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar ou se sentir sozinho. Os sintomas afetivos relacionados a alterações de humor são caracterizados por mudanças entre o estado deprimido ou estado eufórico, os parâmetros utilizados são conforme o tipo, características, intensidade, tempo e quantidade de ocorrência dos sintomas. Os transtornos de humor em adultos têm início dos sintomas cada vez mais cedo, com idades muito inferiores ao que era observado anteriormente e os profissionais da área de saúde mental e psiquiatria precisam estar capacitados para reconhecer

esses sintomas e tratá-los bem como orientar as famílias (FARIAS; CORDEIRO, 2011).

Com relação aos sentimentos do eixo de condutas sociais, a maioria nunca participaram de brigas com os amigos, além de que sempre tem facilidade em cumprir regras, e nunca é esquentado ou fica com raiva facilmente, e sempre se arrepende quando se comporta mal, o que é similar a um estudo realizado por Barbosa et al. (2011) em Minas Gerais e São Paulo que constataram que as crianças e jovens apresentaram baixo nível de agressividade.

Segundo Domitrovich e Greemberg (2010) os problemas de saúde mental na infância mais sérios são a agressividade e comportamentos negativos como o comportamento de oposição ou comportamento destrutivo. As crianças que apresentam altos níveis de agressividade têm maior chances de terem dificuldades na inserção no ambiente escolar e no processo de aprendizagem, além de menor habilidade nas relações sociais e emocionais, podendo ocorrer rejeição entre os colegas. A relação com o professor também fica prejudicada devido ao seu comportamento negativo podendo com tudo isso ocorrer desajustamentos no futuro desta criança.

No último eixo, relacionado ao uso de substâncias psicoativas a maioria afirmou que nunca fumou, bebeu ou usou outras drogas, no entanto, atenta-se ao pequeno percentual que declarou que as vezes fuma e tem vontade de beber, fumar ou usar droga, ou que as vezes bebe, fuma maconha e usa crack. Apesar de uma frequência baixa nesse estudo, no Brasil, a partir de 1987, houve aumento do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes e o percentual de adolescentes no país que já consumiu drogas entre 10 e 12 anos de idade é extremamente significativo onde 51,2% já usaram bebidas alcoólicas; 11%, tabaco; 7,8%, solventes; 2%, ansiolíticos, e 1,8%, anfetamínicos (OLIVEIRA; BITTENCOURT; CARMO, 2010).

Em relação ao teste de correlação observou-se que quanto menor a idade, maior a pontuação apresentada na escala, logo mais sintomas presentes, o que foi demonstrado por um estudo realizado por Borsa, Souza e Bandeira (2011) no estado do Rio Grande do Sul que apontam que as condições socioeconômicas influenciam no aparecimento de problemas mentais e de comportamento da infância e que devem ser prioritariamente investigados influência na manifestação de problemas de comportamento na infância e merecem ser investigadas. O que

remete sobre o fato de que talvez as crianças com maior idade tenham maior facilidade em lidar com os problemas sociais que vivenciam em seu dia a dia até mesmo por terem mais maturidade que as crianças de menor idade.

Para Couto, Duarte e Delgado (2008) é necessário que se planeje uma política de saúde mental específica para a infância, de forma, a auxiliar substancialmente a oferta de serviços próprios para o público infantil, o que resultaria em institucionalidade à construção de dados e de informações culturalmente relevantes, contribuindo para melhora no serviço e na qualidade do atendimento além de mais informações oriundas de pesquisas nesta temática.

É notório a escassez de estudos no âmbito da saúde mental infantil, assim como serviços especializados no atendimento desta faixa etária. A infância apresenta características peculiares e que muitas vezes dificulta a identificação e o tratamento de transtornos mentais, por esse motivo os professores devem ser preparados para lidar com essas situações e os serviços de saúde mental precisam ser articular e se especializarem a fim de melhorar a política que está instaurada atualmente e que não satisfaz a demanda.

## 8.2 FATORES RELACIONADOS AOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS

Os dados qualitativos deste estudo foram concordantes com os encontrados na literatura em vários aspectos, pois, quando se trata de saúde mental, muitos fatores devem ser levados em consideração, dentre eles, os fatores de risco, como: os abusos sexuais e físicos, violência na família, na escola e na comunidade, assim como pobreza, exclusão social, desvantagem educacional, abuso de drogas, violência conjugal, exposição às alterações sociais e angústia psicológica (Pinto, 2014). Dessa forma, são muitos fatores a serem analisados e, para tanto, deve-se desenvolver mecanismos que possam promover condições para um desenvolvimento mental saudável de forma individual e coletiva.

Os dados analisados nesta pesquisa demonstram que as crianças estão expostas aos fatores de risco a sua saúde mental, já que as falas apontam que essas crianças estão enfrentando problemas sociais importantes, alguns que poderiam ser amenizados pelos pais, que muitas vezes esquecem da importância do diálogo com eles, o que facilitaria o enfrentamento de questões encontradas nessa pesquisa.

Os resultados mostraram grande quantidade de relatos referentes às questões relacionadas aos sintomas de ansiedade, esses relatos mostraram um padrão de respostas relacionadas às preocupações, mostrando que as crianças estão sujeitas a fatores estressores, o que corrobora com o estudo de CRUJO (2009), que diz ser normal que crianças, já em idade escolar, refiram grandes preocupações com as amizades, escola e com a saúde física tanto pessoal quanto de pessoas próximas. Muitos relatos envolveram principalmente questões de problemas de saúde dos familiares, questões socioeconômicas e referentes às metas impostas pelo método de aprovação empregado pelas escolas, como provas e medias.

Colocando em discussão como as questões de saúde dos familiares interferem na qualidade de vida daquelas crianças, pois muitas vezes os pais não percebem que esses problemas de saúde e suas complicações acabam afetando a execução das atividades normais da criança. Por isso, é fundamental a participação dos pais no papel de tentar amenizar e explicar a situação, evitando um agravamento dos sintomas que podem desencadear uma ansiedade.

Além disso, observou-se na fala outros fatores sociais que estão relacionados aos sintomas psicopatológicos, como aqueles em situação socioeconômica baixa, o que os deixa exposto a muito mais fatores que podem prejudicar o desenvolvimento mental saudável, pois, conforme Assis (2009), por ser a infância uma fase de vulnerabilidade e dependência, os determinantes sociais ocupam uma função crítica.

O estresse familiar e individual de viver em famílias em ampla desvantagem social, econômica, educacional e demográfica tende a influenciar o contexto de vida, ocasionando problemas em suas crianças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001). Porém, é possível que medidas sejam empregadas para reduzir esses impactos que estão causando preocupações nas crianças, como políticas públicas de redistribuição de renda, promoção de saúde mental nos serviços comunitários de saúde, maior acesso aos serviços de saúde mental para a população infantil e comunidades mais organizadas que tenham apoio de seus governantes para alcançarem melhor desempenho no futuro.

Uma subcategoria dessa pesquisa denominada: questões escolares apontou uma preocupação por partes dos participantes com a questão de desempenho nas atividades escolares, e a apreensão relacionada a uma possível

reprovação ou baixo aproveitamento escolar, que acarretaria em uma punição por parte dos seus responsáveis. Esses temores, acabam ocasionando uma auto cobrança acentuada, e isso corrobora com pesquisas que apontam os sentimentos negativos das crianças quanto ao baixo desempenho pessoal (STEVANATO, 2003).

Segundo Stevanato (2003), as crianças que apresentam pobre desempenho escolar e atribuem isso à incompetência pessoal apresentam sentimentos de vergonha, dúvidas sobre si mesma, baixa auto-estima e distanciamento das demandas da aprendizagem, caracterizando problemas emocionais e comportamentos internalizados. Analisando a situação podemos considerar que o modo como essas crianças são avaliadas pelo sistema de ensino atual demanda muito esforço e põe uma carga grande de apreensão em cima das crianças, colocando em dúvida a finalidade e funcionalidade do atual sistema de ensino que parece estar prejudicando-os em alguns aspectos ligados a estresse e ansiedade nos participantes desta pesquisa.

Existe uma tendência natural de se pensar na infância como um período feliz, livre de preocupações ou de responsabilidades, mas as pesquisas têm mostrado que as crianças também são afetadas por questões que alteram o humor que, somadas com outros problemas, podem acarretar em transtornos afetivos.

Simioni (2017) traz algumas nomenclaturas relacionadas ao conceito de “se machucar deliberadamente” ou “pensar em se machucar”. A autolesão deliberada (deliberate self-harm), refere-se a qualquer ato intencional de autolesão ou auto envenenamento, sem levar em consideração a motivação ou a intenção suicida, já a Autolesão não suicida (non-suicidal self-injury) se refere a episódios de comportamento autolesivo, sem a intenção suicida. Por sim, o Parasuicídio (parasuicide) é definido pela OMS como ato de consequências não fatais, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento que lhe causará dano caso não haja intervenção de outrem, ou, deliberadamente ingere uma substância em excesso dada à prescrição ou uso terapêutico habitual, para, a partir de consequências reais ou esperadas, provocar alterações no ambiente.

Esse sentimento de intenção de se lesionar é ainda muito controverso nas evidências como observa-se nos dados dessa pesquisa, pois podemos observar que existem alguns motivos relatados pelas crianças, mas que nem sempre foram claros, pois algumas vezes quando as crianças responderam positivamente ao item

“penso muito em me machucar” não souberam ou não quiseram relatar o motivo, permaneceram em silêncio, não sabendo demonstrar o sentimento por trás daquela prática. Outras demonstraram sentimento de raiva de si mesma.

Conforme os dados levantados, nem sempre a intenção de se lesionar está ligada a tentativa de homicídio, porém, essas crianças que apresentaram o desejo de se lesionar devem ser acompanhadas de perto por aqueles que estão próximos delas, como pais, familiares, professores e analisadas pelos profissionais da saúde que podem ser procurados, tanto em serviços especializados como os CAPS, quanto nas UBS. Observou-se que essas práticas de comportamento autolesivo aparecem como consequência de outros problemas afetivos, comportamentais, de ansiedade e enfrentamento das situações, podendo causar problemas sérios no momento presente ou no futuro dessa criança, causando transtornos mentais, podendo levar a um suicídio.

Sentimento de tristeza em função de perdas ou manifestações de raiva decorrentes de frustração são na maioria das vezes reações afetivas normais e passageiras e não requerem tratamento. Porém, dependendo da intensidade, da persistência e da presença de outros sintomas concomitantes, a tristeza e a irritabilidade podem ser indícios de quadros afetivos em crianças e adolescentes (FU, 2000). Os resultados dessa pesquisa mostram que as crianças se sentem sozinhas, sentem falta de mais amigas, de irmãos. Muitos ficam tristes por conta da separação e problemas conjugais de seus pais, assim como a falta de atenção por parte dos familiares.

Esse sentimento de solidão devido à falta de interação social já vem sendo estudado a bastante tempo como podemos ver em um estudo de Rubin e Mills (1988), as dificuldades de relação entre pares na infância são muitas vezes apontadas como anteriormente de desajustamento psicológico no futuro. As interações sociais assumem uma importância fundamental no desenvolvimento, principalmente no período da pré-adolescência e adolescência, tornando-se o isolamento social num aspecto que poderá ser passível de risco e, portanto, com interesse e relevância para a investigação (FERREIRA, 2013). Por isso, é importante que tal achado seja levado aos pais, para que os mesmos possam pensar em conjunto com os profissionais alternativas que evitem tal sentimento.

Podemos observar nos dados dessa pesquisa que crianças de ambos os sexos se envolvem em brigas, seja para revidar um xingamento ou uma ofensa,



como também defender os amigos que se metem em brigas. Existe sempre uma tensão entre eles, hora estão brincando, e de repente estão brigando, basta uma palavra mal compreendida ou uma provocação, existem também aqueles casos que as desavenças já estão a muito tempo entre eles. Os meninos são os que mais se envolvem em brigas, porém as meninas também estão envolvidas nas brigas, muitas vezes para se defender. Porém, os dados relacionados a esse envolvimento em brigas são poucos, o que aponta que pode ser um comportamento natural do desenvolvimento da criança, ou relacionado a um fato vivenciado no ambiente familiar.

Na categoria relacionada à atenção/atividade motora podemos identificar que os fatores que fazem com o que as crianças percam a atenção em sala de aula são conversa dentro de sala de aula e barulhos, fatores que acabam interferindo na atenção dentro de sala de aula, fazendo com o que acabem se distraindo e não terminando as tarefas em sala de aula.

Segundo Barkley (2002), A atenção, condição básica para a aprendizagem e realização de atividades na escola, tem estado entre os principais motivos de queixa dos professores, e conseqüentemente gerado muitos encaminhamentos para especialistas (psicopedagogos, psicólogos e médicos) com o objetivo de que estes profissionais possam resolver a questão. A falta ou a dificuldade de manter a atenção em atividades pedagógicas tem sido relacionada cada vez mais frequentemente ao que se nomeia como transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. Porém, apesar do transtorno associado a isso, percebe-se que são poucos relatos, e que também podem ser características da fase do desenvolvimento pelo qual a criança passa.

Entre os dados analisados pode-se observar que a categoria relacionada aos fatores alimentares, há uma grande preocupação relacionada a estética nas crianças, algumas relataram que sentem medo de engordar, apontando a influência dos padrões estéticos impostos pela sociedade no modo de pensar das crianças.

Frois *et al.* (2011) apontam que, a mídia influencia no modo em que os indivíduos vêem sua própria imagem corporal desde a infância, dentre as relações que vivencia o indivíduo, as mídias são elementos constantes enquanto referências que incidem nos nomes que a criança e seu corpo recebem, caracterizando uma demanda constante de ajustamento e reorganização das imagens e esquemas corporais. Sendo assim, a forma de apropriação da imagem corporal perpassa

pelas definições que se obtêm a partir dos outros e das mídias - rádio, televisão e, sobretudo, internet, e, embora as construções da imagem corporal não estejam submetidas apenas às imposições das mídias, elas, assim como as demais experiências pelas quais passa a criança, influem na sua formação.

De acordo com o estudo de Bressan e Pujals (2015), há evidências indicando que esses valores culturais estão relacionados com o ideal de imagem corporal e que já estão presentes nas crianças e nos adolescentes. Muitos jovens associam seus sentimentos subjetivos de insatisfação com sua aparência física; as meninas descrevem a si mesmas como estando acima do peso e querendo ser magra, já os meninos manifestam um padrão menos consistente da imagem corporal, em que alguns querem ser magros e outros mais musculosos. Diante disso as influências da mídia junto à sociedade podem desencadear um fator no desenvolvimento dos transtornos alimentares, principalmente por difundirem modelos corporais e comportamentais fora da realidade de algumas pessoas.

Na categoria relacionada as drogas, observou-se que algumas crianças relataram que as drogas estão presentes no seu cotidiano indiretamente. De acordo com Fonseca et al (2013) no Brasil, as principais vulnerabilidades que acometem as crianças e os adolescentes são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo e conflitos entre casais, que tornam crianças testemunha de agressões e de toda forma de violência. Os riscos relacionados ao lugar de moradia incluem a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a falta de disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança e a proximidade da localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas.

Com a expansão da distribuição de drogas, cada vez mais presente na sociedade, vale a pena trabalhar a promoção da saúde mental dessas crianças, e a inteligência emocional, como a impulsividade, pois ao fortalecer as estratégias de enfrentamento e a autoestima, essas crianças passam a lidar facilmente as pressões sociais do uso de drogas por meio dos amigos, conseguindo controlar seus impulsos.

O programa saúde na escola tem um papel essencial nessas estratégias de promoção da saúde mental e inteligência emocional, pois surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, tendo como perspectiva a atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças,

adolescentes e jovens do ensino público básica, tendo ações são direcionadas ao enfrentamento das vulnerabilidades que afetam o desenvolvimento de crianças e jovens na rede pública de ensino Brasil (2009).

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que 98% das crianças obtiveram uma pontuação baixa na Escala EISPE, no entanto, as poucas que apresentaram um escore mais elevado - ou mesmo muitas com escores baixos, mas que mostraram alguns sentimentos e comportamentos que divergem do padrão de normalidade - chamam atenção devido aos motivos pelos quais estão associados.

Outro aspecto que chamou atenção foi à relação obtida entre a baixa idade e escores altos na escala, evidenciando assim mais sintomas presentes, o que nos faz refletir que talvez aquelas crianças com maior idade tenham maior facilidade em lidar com os problemas que vivenciam em seu dia a dia.

Em relação aos dados qualitativos percebeu-se prevalentes os relatos referentes à ansiedade e padrões alimentares. Assim as crianças estão sujeitas a estressores ligados, principalmente, a questões de saúde familiar e questões socioeconômicas. De modo igual, as preocupações das crianças com o corpo ideal, aponta a influência dos padrões estéticos impostos pela sociedade no modo de pensar das crianças o que pode influenciar também no desenvolvimento de transtornos alimentares.

Dessa forma conclui-se que a avaliação psicopatológica é essencial durante a fase escolar, pois permite a detecção precoce de sintomas, um acompanhamento e tratamento ainda nas fases iniciais de algum distúrbio que possa a vir se desenvolver. Neste contexto, o Programa Saúde na Escola poderia ser implementado de forma mais eficaz, uma vez que, tem como estratégia a promoção da saúde mental e inteligência emocional tendendo à atenção integral a saúde da criança.

Por fim deve haver um olhar mais atento por parte dos órgãos, serviços e profissionais que estão ligados a essa faixa etária, sempre promovendo novos meios para acesso das crianças às informações importantes, aos serviços especializados em saúde mental e a um desenvolvimento físico e mental saudável, pois se cuidarmos bem das crianças agora, no futuro elas formarão uma sociedade melhor e saudável.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Z. M. M. B; SILVA, Maria Helena G. F. Dias da. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, July 1992.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. São Paulo: Editora LTC, 1981.

ALMEIDA, F. N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.31, p.225-36. 1982. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=9720&indexSearch=ID>>. Acesso em: 07 de jul de 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TRTM Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

ASSIS, S. G; AVANCI, J. Q; OLIVEIRA, R. V. C de. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 92-100, Ago. 2009.

BARBOSA, Altemir José Gonçalves et al. Agressividade na infância e contextos de desenvolvimento: família e escola. Porto Alegre: **Psico**, v. 42, n. 2, p. 228-235, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4071538.pdf>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. Tradução de Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BATTISTELLI, B. M.; CRUZ, L. R. Saúde Mental na Infância: cuidado e cotidiano nas políticas públicas. Rio Grande do Sul: **Rev. polis psique**, v.6, n.3, p. 187-205, 2016. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/69780>>. Acesso em: 08 de jul de 2017.

BAUMGART, A. **Lecciones Introdutórias de Psicopatologia**. 2ª edição. Buenos Aires: Eudeba, 2006.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo 2007: Edições, 70.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): guia completo para pais, professores e profissionais da saúde**. Tradução de Luís Sérgio Roizman. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BECK, A. R. M.; LOPES, M. H B. de M. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n.5, set./out. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500006)>. Acesso em: 10 de jul de 2017.

BITTENCOURT, M. N.; VARGAS, D. Construção e validação da Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE). **Jornal brasileiro de psiquiatria** [online], vol.66, n.2, 2017.

BORSA, Juliane Callegaro; SOUZA, Daiane Silva de; BANDEIRA, Denise Ruschel. Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. São Paulo: **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, p. 15-29, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872011000200002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200002). Acesso em: 28 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do sistema único de saúde**.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS**. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2002

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Brasília, DF.2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Portaria 1608, de 3 de agosto de 2004. **Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes**. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2004

\_\_\_\_\_. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

\_\_\_\_\_, **Álcool e Outras Drogas**. Saúde Mental em Dados 12, Ano 10, nº 12, outubro de 2015. Brasília, 2015.

CAMPBELL, R.J. **Dicionário de psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CASTILLO, A. R. G.L et al. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 20-23, Dec. 2000.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Minas Gerais 6 (2), dez, 2013,179-191.

CAÍRES, M. C.; SHINOHARA, H. Transtornos de Ansiedade na Criança: Um olhar nas comunidades. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro 2010, Vol6, N 1.

COUTO, M. C. V.; DUARTE, C.S.; DELGADO, P. G. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública Brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n.4, p.390-398. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30n4/a15v30n4.pdf>>. Acesso em: 07 de jul de 2017.

COUTO, M. C. V. Por uma Política Pública de Saúde Mental para crianças e Adolescentes. In T. Ferreira (Ed.), **A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política** (p.61-74). Belo Horizonte: Ed. Autêntica. 2004

CRUJO, M.; MARQUES C. As perturbações emocionais-ansiedade e depressão na criança e no adolescente. **Dossier: saúde mental infantil Ver PortClin Geral**, Portugal, 2009; vol 25: 576-82

DEL PRIORE, M. (Org.) **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

DOMITROVICH, Celene E.; GREEMBERG, M. T. Intervenções preventivas que reduzem a agressividade em crianças pequenas. In: **Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância**. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development, p. 1-8, 2010. <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2088/intervencoes-preventivas-que-reduzem-a-agressividade-em-criancas-pequenas.pdf>

DUARTE, C. S; BORDIN, I. A. S. Instrumentos de avaliação. **Rev. Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 55-58, Dezembro. 2000.

DUNKER, K. L. L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Campinas: **Revista Nutrição**, v.16, n.1, p.51-60. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732003000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000100006)>. Acesso em 08 de jul de 2017.

ESTANISLAU, Gustavo M.; BRESSAN, Rodrigo Affonseca. **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Artmed Editora, 2014.

FARIAS, Antonio Carlos; CORDEIRO, Mara Lucia. Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras. Rio de Janeiro: **Jornal de Pediatria**, v.87, n.5, p.373-81, 2011. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/11-87-05-373/port.asp>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

FEITOSA, Helvécio Neves et al. A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. Brasília: **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, 2011. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/280641340\\_A\\_Saude\\_Mental\\_das\\_Crianc](https://www.researchgate.net/publication/280641340_A_Saude_Mental_das_Crianc)

as\_e\_dos\_Adolescentes\_consideracoes\_epidemiologicas\_assistenciais\_e\_bioeticas. Acesso em: 26 de janeiro de 2018.

FERRAZ P.G; GONÇALVES A.M.N. Psicopatologia do Escolar. In: Assumpção FB, Kuczynski E. **Tratado de Psiquiatria da infância e adolescência**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2012.

FERREIRA, D, et al . Isolamento social e sentimento de solidão em jovens e adolescentes. **Aná.Psicológica**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 117-127, jun. 2013.

FIATES, Giovanna Medeiros Rataichesck; SALLES Raquel Kuerten. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. Campinas: **Revista Nutrição**, v.14, 2001.

FRIGERIO A, et al. The Italian preadolescent mental health project (PRISMA): rationale and methods. **Int J Methods Psychiatr**.V.15, n.1, p.: 22-35. 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16676683>>. Acesso em 07 de jul de 2017.

FONSECA F.F; SENA R.K.R; SANTOS R.L.A; DIAS O.V; COSTA S.M. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr**. 2013;31(2):258-64.

FU I, Lee; CURATOLO, E; FRIEDRICH, S. Transtornos afetivos. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 24-27, Dez. 2000.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GUERREIRO, D. F; SAMPAIO,D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Rev portuguesa de saúde pública**. Lisboa, vol, 31(2):204–213. Mai. 2013.  
Harper.G. Child and adolescent mental health policy.**Child and Adolescent Behavioral Health**, p. 522-532, 2012.

HOFFMANN, M.C. C. L.; SANTOS, D. N; MOTA, E. L. A. **Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v. 24, n. 3, p. 633-642, Mar. 2008. Disponível em<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010211X2008000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2008000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 July 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LEITE, Ana Caroline Branco et al. Insatisfação corporal em escolares de uma cidade do Sul do Brasil. São Paulo: **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 1, p. 54-61, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822014000100008&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822014000100008&script=sci_arttext&lng=pt). Acesso em 28 de janeiro de 2018.



LOADES, Maria E.; MASTROYANNOPOULOU, Kiki. Teachers' recognition of children's mental health problems. [s.l]: **Child and Adolescent Mental Health**, v. 15, n. 3, p. 150-156, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-3588.2009.00551.x/full>. Acesso em: 28 de janeiro de 2018.

MAEDA R. **TV Globo veicula campanha produzida pela ABP**. *Psiquiatria Hoje*. 2009; 4:6-7.

~

MANFRO, L. "Indisciplina na escola gera violências mais graves. É o começo de tudo", diz coordenadora da Cipave. [05/01/2018]. Porto alegre: **Jornal Zero Hora**. Entrevista concedida à Ângela Chagas.

MÜLLER, F. Infâncias nas vozes das crianças: culturas infantis, trabalho e resistência. **Educ.Soc.**, v. 27, n. 95, p. 553-573, 2006.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de; BITTENCOURT, Leilane Porto; CARMO, Aila Coelho do. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. Bogotá: **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/1452/145217280002/>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

Organização Mundial da Saúde. **Saúde mental**: nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.

PAULA, Cristiane S; DUARTE, Cristiane S; BORDIN, Isabel. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. São Paulo: **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 11-17, 2007. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/317613115\\_Prevalence\\_of\\_mental\\_health\\_problems\\_in\\_children\\_and\\_adolescents\\_from\\_the\\_outskirts\\_of\\_Sao\\_Paulo\\_City\\_treatment\\_needs\\_and\\_service\\_capacity\\_evaluation](https://www.researchgate.net/publication/317613115_Prevalence_of_mental_health_problems_in_children_and_adolescents_from_the_outskirts_of_Sao_Paulo_City_treatment_needs_and_service_capacity_evaluation). Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

PINTO, A. C. S, et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 555-564, Junho de 2014.

RODRIGUEZ, Juliana DM et al. The impact of perinatal and socioeconomic factors on mental health problems of children from a poor Brazilian city: a longitudinal study. [s.l]: **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 46, n. 5, p. 381-391, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-010-0202-6>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

RUBIN, K; MILLS, R. The many faces of social isolation in children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 56, 916-924. 1988.

SÁ, D.G. F, et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Psicologia Teoria e Pesquisa**. v.6, n,4, p.:643-52. 2010.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n4/08.pdf>>. Acesso em 08 de jul de 2017.

SANTOS, Maria do Carmo. **Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir**. 2 ed. Lisboa: Silabo, 2015.

SIMIONI, André Rafael; SALUM JUNIOR, Giovanni Abrahão. **Autolesão deliberada em crianças e adolescentes: prevalência, correlatos clínicos e psicopatologia materna**. Dissertação, Porto alegre 2017.

STEVANATO, I. S; LOUREIRO, S. R; LINHARES, M. B. M; MARTURANO, E. M. Autoconceito de crianças com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 1, p. 67-76, jan./jun. 2003.

SUZUKI, Simone; GUGELMIM, Márcia Regina Garcia; SOARES, Antonio Vinicius. O equilíbrio estático em crianças em idade escolar com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Curitiba: **Fisioterapia em Movimento**, v. 18, n. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/18603/18039>. Acesso em: 29 de janeiro de 2018.

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

WÜRDIG, R. C.B: um dos sentidos do recreio? **Educação Unisinos**. Pelotas18(2):185-192, maio/agosto 2014.

## **ANEXOS A**

**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

OFÍCIO CIRCULAR Nº 016/2016 - GAB/SEED

Macapá/AP, 05 de maio de 2016.

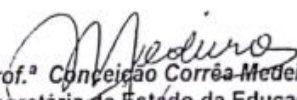
Aos Gestores Escolares da Rede de Ensino Estadual.

Assunto: Autorização de Pesquisa.

Senhores Gestores,

1. Informamos a Vossas Senhorias que a Vice-Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem, Senhora **Marina Nollí Bittencourt**, está autorizada a desenvolver uma pesquisa científica do Grupo de Pesquisas em Saúde Mental e Psiquiatria, nas escolas da rede de ensino estadual (lista anexa) intitulada "Levantamento dos sintomas psicopatológicos e questões associadas em escolas da rede de ensino Estadual do Estado do Amapá".

Atenciosamente,

  
Prof.ª **Conceição Corrêa Medeiros**  
Secretária de Estado da Educação  
Decreto nº 0012/2015 – GEA



COORDENADORIA DE EDUCAÇÃO BÁSICA E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL  
NÚCLEO DE ENSINO MÉDIO

Relação das Escolas Estaduais de Ensino Fundamental selecionadas para a Pesquisa Científica "Levantamento dos Sintomas Psicopatológicos e questões associadas em escolares do Estado do Amapá" coordenada pela UNIFAP.

**Município de Macapá:**

- 1- Escola Estadual Modelo Guanabara
- 2- Escola Estadual Princesa Isabel
- 3- Escola Estadual Araçary Correa Alves
- 4- Escola Estadual José de Alencar
- 5- Escola Estadual Santuário Perpétuo Socorro
- 6- Escola Estadual Padre Ângelo Biraghi
- 7- Escola Estadual Castro-Alves
- 8- Escola Estadual São Benedito
- 9- Escola Estadual Gov. Ivanhoé Gonçalves Martins
- 10- Escola Estadual Silvio Camilo
- 11- Escola Estadual São Francisco das Chagas
- 12- Escola Estadual Raimunda Dulcinéia Monteiro da Silva
- 13- Escola Estadual Santa Inês
- 14- Escola Estadual Roberto José Moraes Castro
- 15- Escola Estadual Josefa Juçileide Amoras Colares
- 16- Escola Estadual Professora Predicanda Amorim Lopes
- 17- Escola Estadual Santa Maria
- 18- Escola Estadual Lagoa dos Índios
- 19- Escola Estadual Tempo Integral João Piamarta
- 20- Escola Estadual Mãe Angélica
- 21- Escola Estadual Reinaldo Mauricio Golbert Damasceno
- 22- Escola Estadual Nelita Rocha Ribeiro
- 23- Escola Estadual Aracy Miranda de Mont'alverne
- 24- Escola Estadual São Lázaro
- 25- Escola Estadual Oneide Pinto Lima
- 26- Escola Estadual Serafini Costaperária
- 27- Escola Estadual José Bonifácio
- 28- Escola Estadual Brasil Novo
- 29- Escola Estadual Nossa Senhora de Nazaré

**Município de Santana.**

- 1-Escola Estadual Waldecy Correa Ferreira
- 2-Escola Estadual São João
- 3-Escola de Educação Infantil Vitória Régia
- 4-Escola Estadual Professora Denise de Melo Vasconcelos
- 5-Escola Estadual Maria Catarina Dantas Tibúrcio
- 6-Escola Estadual Novo Horizonte
- 7-Escola Estadual Ana Dias da Costa
- 8-Escola Estadual Margarida Rocha
- 9-Escola Estadual São Bento
- 10-Escola Estadual São Paulo
- 11-Escola Estadual David Miranda Dias
- 12-Escola Estadual Foz do Rio Matapi
- 13-Escola Estadual Nossa Senhora de Nazaré

## APÊNDICES

**APENDICE A****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICO EM ESCOLARES”O objetivo deste trabalho é identificar sintomas psicopatológicos em escolares de 06 a 12 anos. Para realizar o estudo será necessário que o(a) Sr.(a) autorize o menor a participar respondendo a entrevista que será realizada na escola. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar a apresentação de sintomas psicopatológicos em crianças de forma a planejar medidas terapêuticas. Os riscos da participação do menor nesta pesquisa são mínimos podendo ocorrer constrangimento do menor com relação as perguntas que lhe forem feitas. Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual o(a) Sr.(a) receberá uma cópia. Os benefícios desta pesquisa é que servirá como construção de produção científica desta temática, assim como poderá servi como base para encaminhamento precoce de crianças que possam apresentar sintomas psicopatológicos

O(a) Sr.(a) terá o direito e a liberdade de negara participação do menor nesta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirá-lo a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone: (96) 991607384. O senhor (a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amapá Rodovia JK, s/n – Bairro Marco Zero do Equador - Macapá/AP, para obter informações sobre esta pesquisa e/ou sobre a sua participação, através dos telefones 4009-2804, 4009- 2805. Desde já agradecemos!

Eu \_\_\_\_\_(nome por extenso) declaro que após ter sido esclarecido (a) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo que o menor sob minha responsabilidade participe da Pesquisa intitulada “IDENTIFICAÇÃO DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICO EM ESCOLARES”.

Macapá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
DelclintonFerreita da Paixão

\_\_\_\_\_  
Edylany Almeida de oliveira

\_\_\_\_\_  
Max Vilhena Barbosa

Universidade federal do Amapá  
Cel:(96)991607384  
e-mail: max\_vilhena@ymail.com  
e\_dil\_a@hotmail.com  
dellferreira@hotmail.com

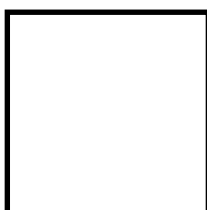
---

Assinatura do participante

Caso o paciente esteja impossibilitado de assinar:

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, confirmo a leitura do presente termo na íntegra para o(a) paciente

\_\_\_\_\_,  
o(a) qual declarou na minha presença a compreensão plena e aceitação em participar desta pesquisa, o qual utilizou a sua impressão digital (abaixo) para confirmar a participação.



Polegar direito (caso não assine).

Testemunha nº1: \_\_\_\_\_

Testemunha nº2: \_\_\_\_\_



**APENDICE B**  
**CARTA DE INFORMAÇÃO**  
**Termo de assentimento**

Estou fazendo um trabalho para entender melhor os sentimentos, os pensamentos e as atividades de crianças. Por isso, convido você a participar do meu trabalho e vou te contar o que irá acontecer se você quiser me ajudar:

Eu irei conversar com você sozinho, e fazer algumas perguntas para entender um pouco de seus sentimentos, pensamentos e de suas atividades.

A sua participação será muito importante, porque vai me ajudar a escrever um trabalho que poderá ajudar crianças da sua idade. Mas se, durante a nossa conversa, você resolver que não quer mais participar, não haverá problemas. Você não precisa mais participar se não quiser.

Você pode me fazer perguntas caso não entenda alguma coisa.

A nossa conversa ficará em segredo, e o seu nome não aparecerá no meu trabalho. Vou guardar essa carta comigo e entregar uma outra carta igual a essa para você.

Obrigada por você me ajudar.

**APENDICE C**  
**TERMO DE ASSENTIMENTO**

Eu li a carta de informação. Entendi que será feito um trabalho para entender melhor os sentimentos, os pensamentos e as atividades de crianças, e que eu estou sendo convidado para participar.

Entendi que eles vão conversa comigo sozinho, e farão algumas perguntas.

Entendi que posso fazer perguntas se não entender alguma coisa.

Eu entendi que só vou participar do trabalho se eu quiser, e que posso pedir para parar de participar a qualquer hora.

A nossa conversa ficará em segredo e o meu nome não vai parecer quando forem escrever o trabalho. Esta carta ficará com o pesquisador e outra carta igual ficará comigo.

Macapá-AP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Assinatura da criança

---

Assinatura do Pesquisador

## APENDICE D

### Escala de Identificação de Sintomas Psicopatológicos em Escolares (EISPE)

Prezado aplicador, leia as frases a seguir para a criança, e marque um X em “Sempre” se é algo que acontece sempre com ela, “Às vezes” se é algo que acontece de vez em quando com ela, ou “Nunca” se é algo que não acontece com ela.

	Sempre	Às vezes	Nunca
2. Me sinto preocupado ou ansioso demais com as coisas que me acontecem			
5. As preocupações que tenho me fazem perder a atenção e acabam atrapalhando as minhas atividades			
6. Penso muito em me machucar			
7. Estou a maior parte do tempo triste, desanimado ou com vontade de chorar			
10. Me sinto sozinho			
12. Eu me arrependo depois que me comporto mal			
13. Participo de brigas com meus amigos			
14. Sou esquentado, e costumo ficar com raiva facilmente			
15. Tenho facilidade em cumprir regras e ordens			
16. Eu me distraio facilmente, por isso, dizem que sou distraído			
17. Eu termino as tarefas que comecei			
18. Sou agitado, e tenho dificuldades em ficar quieto.			
19. Eu presto atenção facilmente nas aulas			
20. Quando como demais, fico triste			
21. Tenho medo de ganhar peso e ficar gordo			
22. Estou sempre pensando em comida			
23. Como muito, e acabo passando mal			

24. O meu peso me incomoda			
25. Fumo cigarro			
26. Tomo bebida alcoólica			
27. Fumo maconha			
28. Uso crack			
29. Tenho vontade de beber, fumar ou usar outra droga			

Comentários do  
aplicador:

---

---

---

---

---