

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL INFANTIL: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA

RESUMO:

INTRODUÇÃO: As doenças mentais são alterações que, em sua maioria das vezes, desenvolvem sinais na infância em diferentes domínios. Entende-se, hoje, que dificuldades emocionais e comportamentais nem sempre são fases transitórias do desenvolvimento normal da criança; Considera-se o ambiente escolar como algo fundamental no processo de identificação de comportamentos e emoções preditivas de algum sofrimento infantil, compreendendo este como um espaço potencial de ações de prevenção e de promoção à saúde mental. **OBJETIVOS:** Identificar e analisar a saúde mental de crianças de um município situado na região Nordeste do Brasil, através da concepção dos educadores. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo de prevalência descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado a coleta de dados no mês de novembro de 2018, com 30 professores de 387 crianças, na faixa etária entre dois e seis anos, de ambos os gêneros, regularmente matriculados em duas escolas públicas municipais do interior do estado do Piauí. Para a coleta de dados, aplicou-se o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) – SDQ, composto por 25 itens organizados nas seguintes subescalas: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró-social. Os dados foram analisados pelo software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0. A fim de caracterizar a amostra, foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central e medidas de dispersão. O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas, para verificação do pressuposto de normalidade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Piauí, sob o número do parecer: 2.948.491. **RESULTADOS:** A média da idade encontrada dos 387 alunos foi de 3,7 anos, com discreto predomínio masculino, de 51,7%. De acordo com os parâmetros da escala SDQ, identificou-se que 86,8% de crianças tinham desenvolvimento normal, 5,4% desenvolvimento limítrofe e 7,8% anormal. Os cinco eixos avaliados (hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta relações interpessoais e comportamento pró-social), mostraram-se, de modo geral, satisfatórios, com destaque ao eixo

relacionado aos comportamentos pró-social que obteve maior variação, sob a ótica dos professores. Os sintomas emocionais destaca-se o item “Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo”, que houve 16% assinalados como verdadeiro. Em relação à subescala de problemas de conduta, 10% afirmam que as crianças “Frequentemente têm acessos de raiva ou crises de birra”. Na subescala de sinais de hiperatividade o item 15, “Facilmente perde a concentração” foi observado em 18% das crianças. No que se refere à questão de problemas de relacionamento com os colegas, não foi evidenciado dificuldades de relacionamentos; visto que a maioria “Tem pelo menos um bom amigo ou amiga” (71%). **CONCLUSÕES:** A pesquisa identificou que as crianças possuem desenvolvimento satisfatório e, uma boa saúde mental. Além disso, esse estudo mostrou-se eficiente por rastrear prováveis problemas de saúde mental de crianças na escola, oferecendo elementos necessários não para definição de um diagnóstico, mas para a realização de intervenções especializadas, sobretudo, àqueles que se enquadram na categoria “clínica”; sugestiva de alteração psicológica e/ou psiquiátrica.

Palavras-chave: Psiquiatria Infantil; Serviços de Saúde Escolar; Comportamento Infantil.

1 INTRODUÇÃO

Promover saúde mental na infância é importante para qualquer sociedade¹, visto que esse ciclo de vida ocasiona um aumento da vulnerabilidade a adversidades físicas e mentais. Os problemas que mais afetam a saúde mental infantil são os transtornos de conduta, emocionais de atenção e hiperatividade².

No intuito de dispor subsídio específico para o público infanto-juvenil foi criada a política de atenção à saúde mental. Os fatores que interferem na saúde mental desse público envolvem fatores genéticos, biológicos, psicossociais e ambientais³. Tais fatores causam impacto na vida cotidiana da população infantil e interferem no bem-estar biopsicossocial⁴.

Os percentuais de casos de transtornos mentais no contexto brasileiro envolvem aproximadamente 10 a 20% das crianças e, destas, 3 a 4% requerem tratamento intensivo. A dificuldade de identificação de transtornos menos agressivos pode subestimar a real magnitude desse macrocenário⁵.

Em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, as estimativas são ainda maiores, aproximadamente 13 a 20% das crianças têm um problema de saúde mental, com diagnóstico confirmado. Em contrapartida, as intervenções ainda são incipientes, com poucas ou nenhuma ajuda⁶.

Quando se trata de grupos vulneráveis, como jovens privados de liberdade e sem o aporte familiar, as intervenções aplicadas pelos profissionais ainda apresentam falhas tanto no contexto nacional quanto internacional. Autores propõem o alicerce entre as organizações que atendem crianças, incluindo centros de assistência à saúde pediátrica, escolas, agências de proteção à criança e justiça juvenil, como medida alvissareira para melhorar esse panorama⁷.

No âmbito brasileiro, as estratégias de ações que envolvem essa problemática atuam sobre os problemas mais graves de transtornos mentais que envolvem crianças e adolescentes. As intervenções são subsidiadas pelos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi). Entretanto, é premente salientar a importância da expansão das ações de detecção e intervenções dessa problemática que envolvem o emocional, a conduta, hiperatividade e relacionamento com os pares².

Nessa perspectiva, esse estudo teve como objetivo identificar e analisar a saúde mental de crianças de um município situado na região Nordeste do Brasil, através da concepção dos educadores.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de prevalência, descritivo, transversal, realizado em duas escolas da zona urbana de um município situado na região Nordeste do Brasil.

O estudo foi realizado em um município do Estado do Piauí, em duas escolas públicas municipais da zona urbana do município, que atendem crianças da primeira infância (período de desenvolvimento compreendido de zero a seis anos de idade).

A população foi contabilizada em 415 escolares. A amostra resultou em 387 crianças, na faixa etária entre três e seis anos, de ambos os gêneros, regularmente matriculados nas escolas que se desenvolveu a pesquisa. O estudo contou com a participação de 30 professores que abordaram as crianças.

Para os professores, adotou-se como critério de inclusão ministrar disciplinas para os escolares avaliados. Foram excluídos os professores inativos, coordenadores e diretores, por não terem o convívio diário, em sala de aula, com as crianças.

Para as crianças, adotou-se como critérios de inclusão: estar regularmente matriculado na instituição de ensino e frequentar regularmente as aulas. Foram excluídas aquelas que possuíam mais de 25% de falta no período letivo. Destaca-se que todo o procedimento ocorreu após os responsáveis pelas crianças terem aceito participar do estudo e permitido a participação da criança. Tendo então assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As crianças autorizadas por seus responsáveis a participar do estudo apresentaram a anuência por meio da assinatura do Termo de Assentimento.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2018. A mesma foi constituída da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) pelos professores. O SDQ é um questionário estruturado e multidimensional, que aborda questões relativas à detecção de problemas relacionados à saúde mental infanto-juvenil. O SDQ é destinado aos pais e professores, para identificarem as características do desenvolvimento socioemocional das crianças. Esse questionário foi desenvolvido por Goodman, em 1994, e validado no Brasil no ano 2000, por Fleitlich, Cartázar e Goodman⁹, com o objetivo de criar um instrumento de fácil aplicação, para evidenciar risco de problemas de saúde mental.

O SDQ é composto por vinte e cinco itens, organizados em cinco escalas, cada uma composta por cinco itens, tendo cada item três opções de resposta (0 – “Não é verdade”, 1 – “Pouco Verdade” e 2 – “Muito verdade”). Possui as seguintes subescalas: hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de conduta, relações interpessoais e comportamento pró- social. A soma das quatro subescalas de problemas (com exceção da escala de comportamento pró-social) permite calcular um total de dificuldades que pode variar entre zero e 40.

A soma de cada escala e a soma total permite a classificação da criança em três categorias: desenvolvimento normal (DN), limítrofe (DL) ou anormal (DA). Na subescala comportamento pró-social, quanto maior a pontuação, menor é a quantidade de queixas. Nas outras subescalas (hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento), quanto maior a pontuação, maior o número de queixas.

O SDQ é um instrumento amplamente utilizado, de domínio público, encontrando-se gratuitamente disponível em mais de 40 idiomas, incluindo o português, no site <http://www.sdqinfo.com>.

Os dados foram submetidos ao processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel e, posteriormente, exportados e analisados no software *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22.0.

A fim de caracterizar a amostra, foram realizadas estatísticas descritivas, como medidas de tendência central (frequência simples, média, intervalo mínimo e máximo) e medidas de dispersão (desvio padrão). O teste de *Kolmogorov-Smirnov* foi aplicado nas variáveis numéricas contínuas, para verificação do pressuposto de normalidade.

3 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O presente estudo obedeceu a todos os preceitos éticos que regem uma pesquisa científica. Inicialmente obteve-se aprovação das escolas sede do estudo e, posteriormente foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, aprovado sob Parecer número 2.948.491, no ano de 2018. As crianças autorizadas por seus responsáveis a participarem do estudo manifestaram a anuência por meio da assinatura do Termo de Assentimento, o qual foi anexado ao TCLE mediante assinatura de seus pais e/ou responsáveis. Dessa forma, a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foi cumprida em sua integralidade.

4 RESULTADOS

Na Tabela 1 é possível verificar que, entre os 387 alunos avaliados por seus respectivos professores, 278 (71,8%) apresentam idade menor que quatro anos, com discreto predomínio masculino (51,7%). A média da idade encontrada foi de 3,7 anos.

Tabela 1: Distribuição descritiva do perfil dos estudantes de três a seis anos de escolas de um município na região Nordeste do Brasil. 2018. (n=387).

	N	%	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Faixa Etária						
≤4 anos	278	71,8	3,7	2,0	6,0	1,2
> 4 anos	109	28,2				
Sexo						

Masculino	200	51,7
Feminino	187	48,3

Fonte: Pesquisa direta.

A Tabela 2 faz uma análise descritiva dos atributos comportamentais e emocionais presentes no SDQ. Observou-se que, das 387 crianças, 54,5% foram classificadas em “verdadeiro” no item “atencioso”. Foram considerados como “falso” 69,3% dos estudados no item “inquieto durante atividades”, e 83,7% em “sintomas somáticos”. No item “ações prontamente”, 51,7% foram “verdadeiro”. Em “temperamentos” e “solitários”, a maioria foi “falso”, 67,4% e 84,5%, respectivamente. No quesito “obediente”, 59,9% foram classificados em “verdadeiro”, e em “preocupações”, 76% foram considerados “falsos”. Em “útil se alguém se machucar”, 43,9% foram “mais ou menos verdadeiro”. Para o item “agitado”, 79,8% foram classificados em “falso”. Quanto ao quesito “tem bons amigos”, foi “verdadeiro” para 71,3% da amostra. “Brigas ou valentões” foi “falso” para 74,4% das crianças, e “infeliz” para 75,5%. O item “geralmente gostam” foi “verdadeiro” para 63% da amostra. “Distrair-se facilmente” foi “falso” entre 50,1% dos investigados. Entre 48,6% da amostra o item “inseguro em novas situações” foi “falso”. Quanto a ser “gentil com crianças mais novas”, em 54% dos casos foi considerado “verdadeiro”. Para “argumentos e fraudes” 82,2% foram “falso”, e para “colhido ou intimidado”, 83,5%. Nos itens “muitas vezes voluntário” e “pensar antes de agir”, 50,6% e 51,4% foram classificados em “mais ou menos verdadeiro”, respectivamente. A maioria dos investigados foi classificada em “falso” nos quesitos “malicioso” (86%), “melhor com adulto do que com criança” (72,6%), e “assustado” (79,1%). No item “boa atenção”, 45% foram classificados em “mais ou menos verdadeiro”.

Tabela 2: Análise descritiva das opções dos itens do SDQ em alunos de três a seis anos de escolas de um município na região Nordeste do Brasil. 2018. (n=387).

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
	n (%)	n (%)	n (%)
1 Atencioso	27 (7)	149 (38,5)	211 (54,5)
2 Inquieto durante atividades	268 (69,3)	74 (19,1)	45 (11,6)
3 Sintomas Somáticos	324 (83,7)	42 (10,9)	21 (5,4)

4 Ações prontamente	26 (6,7)	161 (41,6)	200 (51,7)
5 Temperamentos	261 (67,4)	86 (22,2)	40 (10,3)
6 Solitário	327 (84,5)	52 (13,4)	8 (2,1)
7 Obediente	35 (9)	120 (31)	232 (59,9)
8 Preocupações	294 (76)	81 (20,9)	12 (3,1)
9 Útil se alguém se machucar	62 (16)	170 (43,9)	155 (40,1)
10 Agitado	309 (79,8)	50 (12,9)	28 (7,2)
11 Tem bons amigos	26 (6,7)	85 (22)	276 (71,3)
12 Brigas ou Valentões	288 (74,4)	69 (17,8)	30 (7,8)
13 Infeliz	292 (75,5)	66 (17,1)	29 (7,5)
14 Geralmente gostam	28 (7,2)	115 (29,7)	244 (63)
15 Distrair-se facilmente	194 (50,1)	122 (31,5)	71 (18,3)
16 Inseguro em novas situações	188 (48,6)	137 (35,4)	62 (16)
17 Gentil com crianças mais novas	17 (4,4)	161 (41,6)	209 (54)
18 Argumentos ou Fraudes	318 (82,2)	49 (12,7)	20 (5,2)
19 Colhido ou intimidado	323 (83,5)	55 (14,2)	9 (2,3)
20 Muitas vezes Voluntário	51 (13,2)	196 (50,6)	140 (36,2)
21 Pensar antes de agir	58 (15)	199 (51,4)	130 (33,6)
22 Malicioso	333 (86)	43 (11,1)	11 (2,8)
23 Melhor com adulto do que com criança	281 (72,6)	94 (24,3)	12 (3,1)
24 Assustado	306 (79,1)	59 (15,2)	22 (5,7)
25 Boa atenção	104 (26,8)	174 (45)	109 (28,2)

Fonte: Pesquisa direta.

Em relação ao eixo de competência, sob o olhar dos professores ficou em evidência a presença do comportamento pró-social entre os alunos. Apresentando em 54% a atitude de ter consideração pelos sentimentos de outras pessoas (item 1).

Apresentam-se na Tabela 3 os resultados das médias de cada subescala avaliada pelo SDQ. Convém ressaltar que na subescala problemas no comportamento pró-social, uma pontuação alta indica menos problemas, enquanto nas outras subescalas, quanto maior a pontuação, maior o índice de queixas. Seguindo os valores normativos apresentados na metodologia, pode-se inferir que os cinco eixos avaliados apresentam um desenvolvimento normal. Observa-se que não há uma taxa de prevalência de

problemas de saúde mental infantil no presente estudo, expressa pelo Total de Dificuldades, que representa a pontuação geral do SDQ. Segundo a percepção dos professores, a média de 9,30 encontra-se dentro dos níveis de normalidade, cuja média varia entre zero e 11.

Tabela 3: Distribuição descritiva dos escores das escalas do SDQ, segundo avaliação dos alunos de três a seis anos, de escolas de um município na região Nordeste do Brasil. 2018. (N=387).

	Média	Mínimo	Máximo	Desvio padrão
Sintomas Emocionais	1,75	0,00	9,00	1,91
Problemas de Conduta	1,65	0,00	10,00	2,21
Hiperatividade	3,29	0,00	10,00	2,42
Problemas de Relacionamento	2,58	0,00	6,00	1,15
Comportamento Pró-Social	6,89	0,00	10,00	2,35
Total De Dificuldades	9,30	0,00	28,00	5,72

Fonte: Pesquisa direta.

Observa-se na Tabela 4 a distribuição de alunos em cada nível das subescalas avaliadas pelo instrumento. Houve uma prevalência de desenvolvimento normal das crianças, sobretudo na subescala de sintomas emocionais, com 94,3% de índice de normalidade. De forma geral, as subescalas com maior porcentagem de crianças na categoria de desenvolvimento anormal foram as de comportamento pró-social (14,7%) e de hiperatividade (10,3%).

A prevalência de problemas de saúde mental infantil, expressa pelo Total de Dificuldades, foi de 7,8%. A partir desse resultado presume-se que esse percentual de crianças apresenta anormalidade na saúde mental, podendo indicar a necessidade de intervenção especializada.

Tabela 4: Distribuição descritiva da classificação das escalas do SDQ, em alunos de três a seis anos de escolas de um município na região Nordeste do Brasil. 2018. (n=387).

	Normal	Limítrofe	Anormal
	n (%)	n (%)	n (%)

Sintomas Emocionais	365 (94,3)	14 (3,6)	8 (2,1)
Problemas de Conduta	321 (83,2)	26 (6,7)	39 (10,1)
Hiperatividade	325 (84)	22 (5,7)	40 (10,3)
Problemas de Relacionamento	307 (79,3)	73 (18,9)	7 (1,8)
Comportamento pró-social	273 (70,5)	57 (14,7)	57 (14,7)
Total de Dificuldades	335 (86,8)	21 (5,4)	30 (7,8)

Fonte: Pesquisa direta.

5 DISCUSSÃO

Nesse estudo, uma população de crianças foi avaliada por seus professores, a partir das suas manifestações emocionais e comportamentais, evidenciadas no ambiente escolar. Observa-se que as pesquisas publicadas utilizando o SDQ abrangem vários períodos do desenvolvimento (pré-escolar, escolar e adolescência). A exemplo, destaca-se um estudo realizado no ano de 2015, que abordou a violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes de 4 a 16 anos¹⁰. Outra pesquisa investigou os aspectos temporais auditivos de crianças de 7 a 12 anos de idade com mau desempenho escolar e a associação com aspectos comportamentais¹¹. Essa amplitude de faixas etárias e públicos avaliados confirma a validade de aplicação do SDQ sob diversas possibilidades e contextos¹².

Em relação ao sexo, os dados deste estudo vão ao encontro de outros estudos. O predomínio de crianças do sexo masculino também foi encontrado em publicação científica que estudou o estado de saúde mental de crianças que trabalham nas ruas da cidade de São Paulo, inseridas em um programa psicossocial (58,7%)¹³. Outra pesquisa com este mesmo achado analisou as correlações entre sintomas psiquiátricos do cuidador e psicopatologia da criança em um ambiente de baixa renda (51,8%)¹⁴.

Na Tabela 2, dentre os itens de sintomas emocionais destaca-se o número 16: “Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo”, que houve 16% assinalados como verdadeiro. A literatura afirma que insegurança e a dificuldade que a criança tem de regular suas próprias emoções, são maiores entre os escolares, pois este é o período do aumento da aquisição de habilidades para regulação emocional, o que é fundamental ao desenvolvimento adaptativo da criança¹⁵.

Em relação à subescala de problemas de conduta, 10% afirmam que as crianças “Frequentemente têm acessos de raiva ou crises de birra” (item 5). As birras são uma

manifestação que caracteriza um desenvolvimento psicoafetivo normal da criança. Contudo as birras incontroláveis, assim como a agressividade excessiva e os estados de agitação, constituem um dos principais motivos de demandas psiquiátricas na primeira infância¹⁶.

Na subescala de sinais de hiperatividade o item 15, “Facilmente perde a concentração” foi observado em 18% das crianças. Destaca-se que as crianças na idade pré-escolar têm uma grande curiosidade acerca do mundo, perdem a concentração facilmente e têm uma imaginação sem limites¹⁷.

No que se refere à questão de problemas de relacionamento com os colegas, não foi evidenciado dificuldades de relacionamentos; visto que a maioria “Tem pelo menos um bom amigo ou amiga” (71%), item 11, e “Em geral, é querido por outras crianças” (63%), item 14. No período pré-escolar as crianças já identificam de uma forma consistente o seu melhor amigo, e este tende a ser facilmente identificado pelos adultos (pais, educadoras, etc.). É com o seu melhor amigo que a criança em idade pré-escolar passa grande parte do seu tempo, desenvolvendo trocas sociais positivas e negativas¹⁸.

Quanto aos resultados apresentados pela Tabela 3, as características mais relatadas pelos professores referem-se à hiperatividade, enquanto os problemas de conduta foram os menos referidos. Estudo de intervenção verificou, em sua avaliação inicial, que o comportamento pró-social e hiperatividade foram os mais prevalentes entre as crianças estudadas, enquanto os problemas de relacionamento foram os menos identificados¹⁹.

Estudo internacional, que avaliou a precisão do diagnóstico de hiperatividade em crianças pelo SDQ, ressalta a importância de avaliar e detectar esse problema durante a infância, visto que pode se associar ao risco aumentado de falha educacional, problemas sociais, entre outras adversidades, na vida adulta²⁰.

No que diz respeito à Tabela 4, a prevalência de crianças com escore anormal, indicando escore “clínico” para a saúde mental, aponta um índice de prevalência consideravelmente inferior ao que tem sido encontrado em estudos nacionais, os quais têm indicado taxas de prevalência de até 43%²¹.

Pesquisa de intervenção realizada com crianças observou que, no pré-teste, o somatório de dificuldades atingia percentual de 13,7. Após realização da intervenção, no pós-teste, evidenciou-se diminuição nos escores de hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de relacionamento e problemas de conduta, com consequente diminuição do somatório de dificuldades²².

6 CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou-se eficiente por rastrear possíveis problemas de saúde mental em escolares, oferecendo elementos necessários para se viabilizarem intervenções especializadas, sobretudo àqueles que se enquadram na categoria “clínica”, sugestiva de presença de alteração de foro psicológico e/ou psiquiátrico.

Ressalta-se que os resultados encontrados pelo SDQ não tratam de diagnósticos de “alunos com problema”, mas contribuem na complementação de informações, como meio de prevenção e principalmente como estratégia para elaboração de condutas com a crianças em ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

1. Shin H, Lee SJ, Lee YN, Shon S. Community health needs assessment for a child health promotion program in Kyrgyzstan. *Eval Program Plann* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 07];74:1-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.02.005>.
2. Matos MB, Cruz ACN, Dumith SC, Dias NCR, Carret RBP, Quevedo LA. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 01];20(7):2157-2163. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.17452014>.
3. Couto MCV, Delgado PGC. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 01];27(1):17-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>.
4. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Arch Dis Child* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 10];104(10):998-1003. Available from: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314808>.
5. Gomes FMA, Cintra AMO, Ricas J, Vecchia MD. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saude Soc* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 08];24(1):244-58. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100019>.

6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Mental Health Surveillance Among Children, United States, 2005–2011. 2013 [cited 2019 Dec 08]; 62(02):1–35. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su6202a1.htm>.
7. Delaney KR, Karnik NS. Building a Child Mental Health Workforce for the 21st Century: Closing the Training Gap. *J Prof Nurs* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 11];35(2):133-137. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.07.002>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população e das Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. Available from: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock.
9. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2001 [cited 2019 Oct 15];40(11):1337-1345. Available from: <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>.
10. Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crit* [Internet]. 2015 [cited 2019 Dec 15];28(2):213-221. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528201>.
11. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Aspectos temporais auditivos de crianças com mau desempenho escolar e fatores associados. *CoDAS* [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 16];28(3):226-233. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20162015170>.
12. Nielsen LG, Rimvall MK, Clemmensen L, Munkholm A, Elberling H, Olsen EM, et al. The predictive validity of the strengths and difficulties questionnaire in preschool age to identify mental disorders in preadolescence. *Plos One* [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 16];14(6):e0217707. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217707>.
13. Hoffmann EV, Duarte CS, Fossaluzza V, Milani AC, Maciel MR, Mello MF, et al. Mental health of children who work on the streets in Brazil after enrollment in a psychosocial program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Dec 20];52(1):55-63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1316-2>.
14. Matsuzaka CT, Wainberg ML, Pala AN, Hoffmann EV, Coimbra BM, Braga RF, et al. Correlations between caregiver psychiatric symptoms and offspring psychopathology

- in a low-resource setting. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2018 [cited 2019 Dec 20];40(1):56-62. Available from: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1990>.
15. Silk JS, Shaw DS, Skuban EM, Oland AA, Kovacs M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. J Child Psychol Psychiatry [Internet]. 2006 [cited 2019 Dec 22];47(1):69-78. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01440.x>.
16. Queirós O, Goldschmidt T, Almeida S, Gonçalves MJ. O outro lado das birras: alterações de comportamento na 1.^a infância. Análise Psicológica [Internet]. 2003 [cited 2019 Dec 23];21(1):95-102. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312003000100012.
17. Gelman DL. Design For Kids - Digital Products for Playing and Learning. Brooklyn, New York: Rosenfeld Media; 2014.
18. Rubin KH, Bowker JC, McDonald KL, Menzer M. Peer interactions, relationships and groups. In: DAMON, R. M. et al. Child and adolescent development: An advanced course (pp. 141-180). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.; 2008.
19. Braga M, Pereira D, Simões MCR. Aprendizagem socioemocional: a intervenção psicomotora em meio escolar para redução de problemas de comportamento e melhoria das competências acadêmicas. Journal of Child and Adolescent Psychology [Internet]. 2016 [cited 2019 Dec 23];7(1-2):377-396. Available from: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2421>.
20. Overgaard KR, Madsen KB, Oerbeck B, Friis S, Obel C. The predictive validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire for child attention-deficit/hyperactivity disorder. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 17];28(5):625-633. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1226-9>.
21. Cid MFB, Matsukura TS. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2014 [cited 2019 Dec 22];25(1):1-10. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i1p1-10>.
22. Ignachewski CL, Batista AP, Toni CGS, Pavoski GTT. Capacidades e dificuldades socioemocionais de crianças antes e após a participação no método FRIENDS. Rev Psicol Saúde [Internet]. 2019 [cited 2019 Dec 28];11(3):111-123. Available from: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i3.628>.