

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS DE CRIANÇAS ESCOLARES

Nelson Silva Rodrigues Júnior¹

Aline Raquel de Sousa Ibiapina²

Antônio Alberto Ibiapina Costa Filho²

Márcia Astrês Fernandes²

Ana Paula Cardoso Costa²

Layze Braz de Oliveira³

<https://orcid.org/0000-0001-8145-4562>

<https://orcid.org/0000-0003-1373-3564>

<https://orcid.org/0000-0002-2368-0526>

<https://orcid.org/0000-0001-9781-0752>

<https://orcid.org/0000-0002-1550-3685>

<https://orcid.org/0000-0001-7472-5213>

Objetivo: Identificar e analisar características comportamentais e emocionais de crianças escolares do ensino público.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo de delineamento transversal. Para a coleta dos dados aplicou-se o Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*), que permite aos pais e professores a identificação das características do desenvolvimento socioemocional das crianças.

Resultados: Entre os 387 alunos avaliados, a média de idade encontrada foi de 3,7 anos, com discreto predomínio masculino de 51,7%. A porcentagem de crianças na categoria de desenvolvimento anormal foi de 7,8%. Os cinco eixos mensurados pelo instrumento apresentaram desenvolvimento normal.

Conclusão: Evidenciou-se que as crianças possuem desenvolvimento satisfatório e possivelmente uma boa saúde mental.

Descritores: Psiquiatria infantil; Serviços de saúde escolar; Comportamento infantil

BEHAVIORAL AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF SCHOOL CHILDREN

Objective: To identify and to analyze behavioral and emotional characteristics of public school children.

Methods: This is a descriptive cross-sectional study. For data collection we applied the *Strengths and Difficulties Questionnaire of Capacities and Difficulties*, which allows parents and teachers to identify the characteristics of their children's social and emotional development.

Results: Among the 387 students evaluated, the average age found was 3.7 years, with a slight male predominance of 51.7%. The percentage of children in the abnormal development category was 7.8%. The five axes measured by the instrument showed normal development.

Conclusion: It was evidenced that children have satisfactory development and possibly good mental health.

Keywords: Child psychiatry; School health services; Child behavior

CARACTERÍSTICAS DE COMPORTAMIENTO Y EMOCIONAL DE LOS NIÑOS DE LA ESCUELA

Objetivo: Analizar las características conductuales y emocionales de los niños de escuelas públicas. **Métodos:** Este es un estudio descriptivo de corte transversal. Para la recolección de datos, aplicamos el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades de Capacidades y Dificultades, que permite a los padres y maestros identificar las características del desarrollo social y emocional de sus hijos.

Resultados: Entre los 387 estudiantes evaluados, la edad promedio fue de 3.7 años, con un ligero predominio masculino del 51.7%. El porcentaje de niños en la categoría de desarrollo anormal fue del 7.8%. Los cinco ejes medidos por el instrumento mostraron un desarrollo normal.

Conclusion: Se evidenció que los niños tienen un desarrollo satisfactorio y posiblemente una buena salud mental.

Descriptores: Psiquiatria Infantil; Servicios de Salud Escolar; Conducta Infantil

¹Hospital Universitário Presidente Dutra, Teresina, PI, Brasil.

²Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.

³Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Ana Paula Cardoso Costa | Email: anapaulaccardoso@hotmail.com

Recebido: 22/03/2020 - Aceito: 02/01/2021

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde infantil 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 em idade escolar 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 evoluem 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 características comportamentais e emocionais de crianças escolares do ensino público.

MÉTODOS

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

O estudo foi realizado no município Inhuma, localizado no Estado do Piauí. O município conta com uma população estimada de 15.308 habitantes, segundo o censo do ano de 2019⁸.

A pesquisa foi realizada 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), totalizando 415 crianças, a saber:

Escola Municipal Arlindo Cipriano Leal: Antiga Unidade Escolar Cenecista Inhumense (CNEC), implantada no município em 1964 e municipalizada em 2001. A mesma é constituída de 324 alunos, distribuídos em creche, pré I e pré II, contando com 24 professores.

Escola Municipal João de Sousa Leal: Fundada em 1987, onde funcionou como rede estadual de ensino até 2012. Atualmente possui 91 alunos, distribuídos no primeiro ano que frequentam a escola, contando com 6 professores. A escola também recebe alunos do segundo e do terceiro ano.

O município além das escolas acima apresentadas possui, também na rede pública municipal de ensino, as escolas: Unidade Escolar João Amilton Ferreira (para alunos do 6º ao 9º ano), Escola Municipal Tia Neném Brito (para alunos do 4º ao 5º ano). A rede pública estadual é constituída das escolas: Unidade Escolar Antônio De Deus (para alunos do Ensino Fundamental Maior e ensino médio), Unidade Escolar Manoel Macêdo (para alunos do Ensino Fundamental Maior, ensino médio, Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Alfabetização de Jovens e Adultos (AJA) e a Unidade Escola João de Deus Carvalho (Ensino médio e ensino profissionalizante).

Em relação aos aspectos socioeconômicos, o município possui 2445 beneficiários do programa de transferência de renda do governo federal Bolsa Família. Um total de 3611 famílias são cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais- CadÚnico. Conclui-se, portanto, que uma porcentagem significativa dos municípios possui como fonte de renda apenas esses recursos.

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 ao longo do ano.

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.

Envelopes fechados contendo o TCLE, o Termo de Assentimento, questionários e orientações da pesquisa foram entregues às crianças, na escola, para serem direcionados aos seus pais ou responsáveis e respondidos em casa. Depois que os documentos foram respondidos, os envelopes foram devolvidos aos professores e, então, entregues aos pesquisadores.

Os professores responderam aos questionários sobre as crianças cujos pais ou responsáveis haviam manifestado consentimento, autorizando-os a responder ao questionário, de acordo com as normas da ética em pesquisa. Os professores receberam de volta 387 termos relativos às crianças, cujos pais manifestaram consentimento.

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2018. A mesma foi constituída da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades *Strenghts 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 1994⁹, e validado no Brasil no ano 2000, por Fleitlich et al.¹⁰, com o objetivo de criar um instrumento de rotina, 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>. Nesta pesquisa foram utilizadas duas de suas versões unilaterais sem suplemento de impacto: O SDQ unilateral para pais ou educadores de 2-4 anos de idade e o SDQ unilateral para pais ou professores de crianças de 4 a 17 anos.

Para proceder este estudo foi realizada reunião com a direção e professores das duas escolas incluídas no estudo, apresentando-se os objetivos do trabalho, retirando as dúvidas e oferecendo maiores esclarecimentos inerentes à aplicação da escala.

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. Para a análise inferencial entre os grupos, utilizou-se o Teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*.

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.

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, com variação mínima e máxima de três e seis anos, respectivamente, e desvio padrão de 1,2 anos.

Tabela 1. Distribuição descritiva do perfil dos estudantes de três a seis anos de escolas (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)				

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”.

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).

Tabela 2. Análise descritiva das opções dos itens do SDQ em alunos de três a seis anos de escolas (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)

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 apresentaram 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 (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

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 (n=387)

	Normal n(%)	Limitrofe n(%)	Anormal 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)

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 anos¹¹. 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 comportamentais¹². Essa amplitude de faixas etárias e públicos avaliados confirma a validade de aplicação do SDQ sob diversas possibilidades e contextos¹³.

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%)¹⁴. 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%)¹⁵.

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 criança¹⁶.

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 infância¹⁷.

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 limites¹⁸.

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 negativas¹⁹.

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 identificados²⁰.

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 adulta²¹.

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%²².

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 dificuldades²³.

Dentre as limitações do estudo, coloca-se a pouca diversidade de fontes de informação, pois utilizou-se apenas dos professores como fonte de informação para os problemas comportamentais das crianças, e a literatura tem apontado a importância de se utilizar múltiplos informantes, como familiares e as próprias crianças. Existe uma tendência de professores avaliarem positivamente seus alunos, ou mesmo de forma superficial, por não terem

parâmetros suficientes de avaliação, necessários para responder algumas das perguntas existentes no SDQ.

O estudo traz a oportunidade de atualização para profissionais e pesquisadores da área de saúde pública, com vistas à melhor atuação e prestação de cuidados ampliados ao público infantil. Possui relevância, especialmente para profissionais da Atenção Primária em Saúde, que desenvolvem rotineiramente estratégias e programas direcionados ao público escolar. As informações levantadas servem como subsídio para a equipe multidisciplinar atuante na atenção básica.

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.

Contribuições dos autores:

Nelson Silva Rodrigues Júnior - concepção e/ou desenho do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Aline Raquel de Sousa Ibiapina - concepção e/ou desenho do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Antônio Alberto Costa Ibiapina Filho - concepção e/ou desenho do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; aprovação da versão final a ser publicada. Márcia Astrês Fernandes - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Ana Paula Cardoso Costa - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada. Layze Braz de Oliveira - redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

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.* 2019;74:1-9.
2. Matos MB, Cruz AC, Dumith SC, Dias NC, Carret RB, Quevedo LA. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(7):2157-63.
3. Couto MC, Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicol Clin.* 2015;27(1):17-40.
4. Pearce A, Dundas R, Whitehead M, Taylor-Robinson D. Pathways to inequalities in child health. *Arch Dis Child.* 2019;104(10):998-1003.

5. Gomes FM, Cintra AM, Ricas J, Vecchia MD. Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos. *Saúde Soc*. 2015;24(1):244-58.
6. Perou R, Bitsko RH, Blumberg SJ, Pastor P, Ghandour RM, Gfroerer JC, et al. Mental health surveillance among children, United States, 2005-2011. *MMWR Suppl*. 2013;62(2):1-35.
7. Delaney KR, Karnik NS. Building a child mental health workforce for the 21st century: closing the training gap. *J Prof Nurs*. 2019;35(2):133-7.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Projeção da população e das Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2019 [citado 2020 Jan 11]. Disponível em: 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*. 2001;40(11):1337-45.
10. Fleitlich B, Cortázar PG, Goodman R. Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto Rev Neuropsiquiatr Infanc Adolesc*. 2000;8(1):44-50.
11. Hildebrand NA, Celeri EH, Morcillo AM, Zanolli ML. Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicol Reflex Crit*. 2015;28(2):213-21.
12. Rezende BA, Lemos SM, Medeiros AM. Aspectos temporais auditivos de crianças com mau desempenho escolar e fatores associados. *CoDAS*. 2016;28(3):226-33.
13. 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*. 2019;14(6):e0217707.
14. Hoffmann EV, Duarte CS, Fossaluza 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*. 2017;52(1):55-63.
15. 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*. 2018;40(1):56-62.
16. Silk JS, Shaw DS, Skuban EM, Oland AA, Kovacs M. Emotion regulation strategies in offspring of childhood-onset depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(1):69-78.
17. Queirós O, Goldschmidt T, Almeida S, Gonçalves MJ. O outro lado das birras: alterações de comportamento na 1.ª infância. *Anál Psicol*. 2003;21(1):95-102.
18. Gelman DL. Design for kids - digital products for playing and learning. New York: Rosenfeld Media; 2014.
19. Rubin KH, Bowker JC, McDonald KL, Menzer M. Peer interactions, relationships and groups. In: Damon W, Lerner RM, Kuhn D, Siegler RS, Eisenberg N, editors. *Child and adolescent development: an advanced course*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2008. p. 141-80.
20. Braga M, Pereira D, Simões C. Aprendizagem socioemocional: a intervenção psicomotora em meio escolar para redução de problemas de comportamento e melhoria das competências acadêmicas. *J Child Adolesc Psychol*. 2016;7(1-2):377-96.
21. 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*. 2019;28(5):625-33.
22. Cid MF, Matsukura TS. Problemas de saúde mental em escolares e seus responsáveis: um estudo de prevalência. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014;25(1):1-10.
23. Ignachewski CL, Batista AP, Toni CG, Pavoski GT. Capacidades e dificuldades socioemocionais de crianças antes e após a participação no método FRIENDS. *Rev Psicol Saúde*. 2019;11(3):111-23.