



**PROJETO
ATENÇÃO BRASIL**

Um retrato atual da criança e do adolescente Brasileiro

**Educando com a ajuda das
Neurociências: cartilha do Educador**

2010

**“Para Educadores que desejam
que seus filhos e alunos
tenham controle sobre suas vidas,
e não que a vida
tenha controle sobre eles.”**

Índice

- 5 Saúde Mental e Desempenho Escolar em crianças e adolescentes brasileiros
- 6 A Comunidade Aprender Criança
A Seleção das crianças e adolescentes
- 7 Os questionários
Fatores de risco e proteção
- 8 Resultados
- 11 Comparação entre cidades de diferentes portes
Comparação entre as diferentes regiões brasileiras
Comparação entre meninos e meninas
- 12 Comparação entre os que apresentam baixo e alto desempenho escolar
Comparação entre os que são capazes e os incapazes de adiar recompensas
- 13 Fatores de risco para a Saúde Mental Infantil
Fatores de risco para um baixo desempenho escolar
- 14 Fatores de proteção de Saúde Mental e Desempenho Escolar
Comparação dos resultados brasileiros com o de outros países
Resiliência
- 15 Recomendações para o Educador
- 18 Recomendações para a elaboração de programas de Saúde Mental Infantil

Saúde Mental e Desempenho Escolar em crianças e adolescentes brasileiros: análise dos resultados e recomendações para o Educador com base em evidências científicas

Não existe Saúde sem Saúde Mental e Justiça Social

Saúde Mental é um estado de bem estar no qual a criança, o adolescente ou o adulto encontra-se apto a exercer suas habilidades, superar as adversidades da vida, poder estudar e trabalhar de forma produtiva, colaborando com sua comunidade. Nesse sentido, o conceito central de Saúde Mental é o bem estar e funcionamento integral de um indivíduo e, conseqüentemente, de sua comunidade, portanto, é mais do que apenas a ausência de doença mental (1).

Como o comportamento em muito reflete a Saúde Mental, é fácil avaliarmos a grande influência exercida pela Saúde Mental sobre a Saúde geral de um indivíduo.

A contínua interação bidirecional entre o patrimônio genético, funcionamento e estrutura cerebral, educação recebida, experiências vividas, emoções, comportamen-

to e funcionamento social, permite-nos também inferir a importância da Saúde Mental para o bem estar da sociedade como um todo.

Baixos índices de Saúde Mental, uso, abuso e dependência de substâncias, violência e abusos contra mulheres, crianças e idosos, de um lado, e doenças como a AIDS, depressão e ansiedade de outro, são mais prevalentes e mais graves em condições de pobreza, desemprego, baixo grau de instrução, discriminação sexual, exclusão social e violação dos direitos humanos.

Promover a Saúde Mental em um país, portanto, significa promover seus cidadãos, sobretudo crianças e jovens, salvaguardando seus direitos fundamentais. Sem a segurança e liberdade garantidas por esses direitos é muito difícil atingir altos níveis de Saúde Mental.

Saúde Mental em crianças e adolescentes de um país continental

O Projeto Atenção Brasil (PAB) tem como objetivo principal revelar um retrato da Saúde Mental de crianças e adolescentes brasileiros, de forma a identificar fatores de risco e proteção que viabilizem medidas de prevenção e intervenção. Foi idealizado por pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP), da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP), da Universidade La Sapienza (Roma) e do Albert Einstein College of Medicine (EUA).

O PAB teve como base de dados um amplo levantamento nacional em que foram entrevistados pais e professores de 9.149 crianças e adolescentes das cinco regiões do país, 16 estados e 81 cidades brasileiras, sendo 43 delas de porte pequeno (até 100 mil habitantes), 20 de porte médio (entre 100 e 500 mil habitantes) e 18 de grande porte (mais de 500 mil habitantes), 11 delas capitais.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (SP) e consentimentos pós-informados foram

obtidos do diretor da instituição de Ensino e dos pais ou responsáveis.



A Comunidade Aprender Criança



Em 2006, por ocasião do 1º Congresso APRENDER CRIANÇA na cidade de Ribeirão Preto (SP), o Instituto Glia criou a COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA (www.aprendercrianca.com.br), uma comunidade acadêmica, virtual e gratuita destinada a divulgar informações em Neurociências para o público em geral. Hoje com mais de 3.000 cidadãos em todos os estados brasileiros, 81% deles Educadores, a COMUNIDADE conta com neurocientistas, professores, pais, neurologistas, psiquiatras, pediatras e profissionais das áreas de Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, entre outras.



Os participantes da COMUNIDADE recebem periodicamente o Boletim "Notícias do Cérebro" com artigos sobre Neuroeducação, um novo ramo das Neurociências que tem como objetos de estudo a Educação e o Cérebro, entendido como um órgão social que pode ser modificado pela prática pedagógica.

A Seleção das crianças e adolescentes

Os seguintes critérios foram adotados para a inclusão de sujeitos na pesquisa: crianças e adolescentes de ambos os sexos frequentando classe regular do 1º ano do Ensino Fundamental ao 3º ano do Ensino Médio,

Em novembro de 2008 foi colocada uma enquete na página da COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA perguntando sobre o interesse de participar de uma pesquisa nacional sobre Saúde Mental infantil. Em maio de 2009 foi encerrada a enquete com 1.121 cidadãos interessados em participar do projeto. De junho a agosto de 2009 foi feito o cadastramento e seleção final de 123 professores, aqui denominados Professores-Pesquisadores (PP), que passaram à fase de treinamento através de um portal na internet especialmente elaborado para esse fim (www.atencao-brasil.com.br).

Foram instituídos Centros Especiais de Pesquisa em algumas cidades de localização estratégica onde os PP encontraram condições privilegiadas para ampliar a amostra.

Após a obtenção de um consentimento pós-informado do diretor da instituição de ensino, os pesquisadores receberam pelos Correios os protocolos de pesquisa. Em setembro de 2009 foram enviados 11.444 protocolos de pesquisa para os 123 PP que terminaram o treinamento, tendo início a fase de pesquisa de campo. Em 15 de outubro de 2009 foi encerrada a pesquisa de campo, os formulários foram recolhidos e organizados pelos PP, e devolvidos para os coordenadores da pesquisa através de porte pago pelo Instituto Glia.

Dos 11.444 protocolos de pesquisa enviados, foram devolvidos 8.304, sendo 7.155 com consentimento pós-informado, perfazendo uma taxa de devolução de 62,5%, bastante razoável para estudos populacionais.

Um consentimento pós-informado e informações completas com questionários preenchidos por pais e professor foram obtidos de 5.961 crianças e adolescentes, nossa amostra final, assim distribuída: 2.516 crianças e adolescentes vivendo em cidades pequenas (42,2%), 2.377 em cidades médias (39,9%) e 1.068 em cidades grandes (17,9%).

A lista completa dos PP, cidades e estados participantes encontra-se no final dessa cartilha.

em escolas particulares ou públicas, de zona urbana ou rural. As crianças e adolescentes foram selecionados randomicamente através de sorteio realizado pelo pesquisador.

Os questionários

No estudo foram avaliados aspectos demográficos, socioculturais, antecedentes pessoais e gestacionais, desenvolvimento, hábitos e desempenho escolar, além da aplicação do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire) (2).

Desenvolvido por Robert Goodman em 1997, o Questionário de Capacidades e Dificuldades é um instrumento de triagem em Saúde Mental infantil que pode ser aplicado a crianças e adolescentes de 4 a 16 anos e é composto por 25 itens que permitem estimar um índice total de dificuldades, dificuldades emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e desatenção, problemas com os colegas e comportamento pró-social (empatia), bem como o eventual impacto provocado por esses sintomas na vida da criança ou adolescente e sua família (2).

De acordo com a pontuação, as dificuldades podem ser consideradas normais ou anormais. É um questionário de domínio público, já tendo sido traduzido para 69 línguas e normatizado em numerosos países, inclu-

sive no Brasil por Bacy Fleitlich-Bilyk e colaboradores (3, 4).

Ele pode ser acessado em seu site original (www.sdq.info.com) ou numa versão online que automaticamente calcula o escore total à disposição no site da COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA (www.aprendercrianca.com.br).

O PAB é, portanto, um estudo populacional do tipo transversal, em que se avalia uma amostra populacional em um determinado momento. Nesse tipo de estudo os pesquisadores podem avaliar fatores de risco e de proteção para um determinado desfecho, seja ele uma doença (por exemplo, hipertensão arterial, enxaqueca, câncer de pulmão, etc.), um estado (por exemplo, bom desempenho escolar, Saúde Mental, etc.) ou outra condição. Em estudos desse tipo não podemos fazer inferências do tipo causa-efeito, possibilidade a ser levantada por estudos prospectivos (quando os sujeitos da amostra são acompanhados ao longo do tempo).

Fatores de risco e proteção

Podemos definir fator de risco como uma variável que aumenta a probabilidade (chance) de uma pessoa ou grupo desenvolver determinada doença, estado ou outra condição. Por exemplo, são conhecidos fatores de risco para doenças vasculares o tabagismo, vida sedentária, colesterol alto, hipertensão arterial e diabetes. Por outro lado, entende-se como fator de proteção toda variável que reduzirá essa probabilidade, protegendo o indivíduo de determinado desfecho (5).

Os fatores de risco e proteção em Saúde Mental infantil podem ser de origem genética (no caso das doenças hereditárias), biológica, ambiental, psicológica e socioeconômica, e podem atuar de forma isolada ou combinada, muitas vezes interagindo entre si de maneira complexa. Entre eles, os fatores de ordem socioeconômica, psicológica e ambiental prevalecem sobre os intrínsecos à criança (genéticos ou biológicos) (6, 7, 8, 9, 10). A combinação e acumulação de fatores de risco é mais importante que a natureza de cada um isoladamente (10).

Os mecanismos pelos quais esses fatores interagem entre si desencadeando um transtorno mental ou protegendo a criança e o adolescente contra ele, vêm sendo exaustivamente estudados pela Psiquiatria do Desenvolvimento (www.inpd.org.br) (11).



Resultados

Demografia

A distribuição das 5.961 crianças e adolescentes em função da idade foi a seguinte: de 5 a 9 anos (64,2%), de 10 a 13 anos (29,9%) e de 14 a 18 anos (5,9%). A distribuição por sexo foi similar, 50,2% meninos e 49,8% meninas. A cor da pele foi auto-referida pelos pais como de cor branca por 68,8% da amostra, não branca por 28,1% e 3,8% não responderam a essa questão.

A mãe foi responsável pelas respostas ao questionário em 78,7% das crianças, o pai em 14,3%, outros responsáveis em 14,3% e 57 não se identificaram.

A distribuição das crianças em função do estado civil dos pais foi a seguinte: casados 50,5%, amasiados 22,0% e separados 27,4%. Das crianças e adolescentes envolvidos na pesquisa, 68,3% vivem com o pai e a mãe sob o mesmo teto, 2,6% só com o pai, 25,3% só com a mãe e 3,8% com nenhum dos dois.

Adotando os critérios definidos pelo IBGE observa-se que 5,4% da amostra pertencem à classe econômica A, 33,1% à B, 49,5% à C, 10,3% à D e 1,4% à classe E. Dessa forma, predominam na amostra famílias com renda mensal média entre R\$861,00 e R\$3.944,00 (levantamento sócio-econômico IBOPE, 2007).

Em 20,1% das crianças e adolescentes da amostra o chefe da família era analfabeto ou não havia terminado o curso primário, 20,5% tinham o curso primário completo ou o ginásial incompleto, 18,3% o ginásio completo ou o colegial incompleto, 31,3% o colegial completo ou o curso superior incompleto e 9,7% o curso superior completo.

A amostra foi composta predominantemente por alunos da escola pública (88,4%).

Uso de substâncias durante a gestação

Dada a inter relação entre o uso de substâncias pela mãe (tabaco e álcool) durante a gestação e o futuro desenvolvimento de transtornos mentais e dificuldades de aprendizagem pela criança, esses fatores foram avaliados na amostra. O período da gestação em que houve a exposição e aspectos quantitativos do uso dessas substâncias não foram estudados.

A mãe referiu tabagismo ativo durante a gestação em 13,7% da amostra, 44,7% referiram tabagismo passivo e 6,8% a ingestão de álcool.

Presença de deficiências

A presença de deficiência física foi relatada em 3,2% da amostra, deficiência auditiva em 1,3%, deficiência visual em 3,6%, deficiência mental em 0,7% e nenhuma dessas deficiências em 84,5%.

Hábitos

Da amostra de 5.961 crianças e adolescentes, 88,8% assistem TV diariamente, 13,9% jogam videogames diariamente e 22,9% usam o computador todos os dias.

Em relação ao sono, 32,4% dormem menos de 8 horas por noite e 67,6% mais de 8 horas.

Saúde mental

Para 87% dos pais seus filhos são felizes e para apenas 2,3% são tristes, 6% não conseguiram caracterizar em nenhum desses dois estados e 4,6% não souberam responder.

A avaliação através do Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ) evidenciou a presença de dificuldades em 29,4% da amostra predominando as de ordem emocional (36,7%), seguida pelas dificuldades na área comportamental (problemas de conduta, 31%), de relacionamento com seus pares (26,9%) e relacionamento social (6,3%). No entanto, apenas 12,7% das crianças e adolescentes apresentavam prejuízo decorrente dessas dificuldades e, portanto, um



maior risco de transtornos mentais (Tabela 1).

Esse percentual de crianças com dificuldades provocando prejuízo em suas vidas, no entanto, varia expressivamente em função da classe econômica: 15,6% nas classes D/E, 9,7% na classe C, 7% na classe B e 5,7% na classe A.

A Tabela 1 também ilustra item a item a porcentagem de resposta de toda a amostra brasileira, por exemplo, 79,1% das crianças e adolescentes envolvidos na pesquisa "mostram ter consideração pelos sentimentos de outras pessoas", 65,7% "compartilham suas coisas com os outros", 26,9% "têm acessos de raiva ou crises de birra", 48,3% "são obedientes", 12,8% "frequentemente parecem tristes, deprimidos ou chorosos", 13,4% "frequentemente mentem ou enganam" e 2,8% "furtam coisas em casa, na escola ou em outros lugares".



Capacidade de adiar recompensas

Definimos capacidade de adiar recompensas como uma habilidade da criança ou do adolescente de controlar seus impulsos com o intuito de obter adiante alguma vantagem ou objetivo que deseja alcançar.

Para 65,1% dos pais os filhos são capazes de adiar recompensas e para 34,9% não. Em relação à resposta dada pelo professor 60,9% das crianças e adolescentes da amostra são capazes de adiar recompensas e 39,1% não.

Desempenho escolar

De acordo com os pais, 7,7% das crianças e adolescentes da amostra apresentam desempenho escolar muito acima da média, 21,2% um pouco acima, 45,4% na média, 19,2% um pouco abaixo da média e 6,5% muito abaixo da média.

De acordo com os professores, 11% das crianças e adolescentes da amostra apresentam desempenho escolar muito acima da média, 21,7% um pouco acima, 37,7% na média, 18,9% um pouco abaixo da média e 10,7% muito abaixo da média.

Portanto, de acordo com os professores, 70,4% das crianças e adolescentes da amostra apresentam desempenho escolar na média ou acima dela.



Tabela 1. Distribuição das crianças e adolescentes brasileiros em função dos itens de resposta ao Questionário de Capacidades e Dificuldades e dos resultados globais.

SDQ	BRASIL n=5961	
	n	%
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	4.717	79,1
Inquieto/a, hiperativo/a, não consegue ficar parado/a ...	1.226	20,6
Muitas vezes queixa-se de dor de cabeça ...	1.415	23,7
Tem boa vontade em compartilhar ...	3.915	65,7
Frequentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	1.605	26,9
É solitário, prefere brincar sozinho	645	10,8
Geralmente é obediente ...	2.879	48,3
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado	1.446	24,3
Mostra-se prestativo se alguém parece magoado ...	4.039	67,8
Está constantemente irrequieto ou agitado	1.735	29,1
Tem pelo menos um bom amigo/a	5.010	84,0
Frequentemente briga com outras crianças ou as amedronta	783	13,1
Frequentemente parece triste, deprimido ou choroso	765	12,8
Em geral, é querido por outras crianças	4.735	79,4
Distrai-se facilmente, perde a concentração	1.827	30,6
Fica nervoso quando enfrenta situações novas ...	1.874	31,4
É gentil com crianças mais novas	4.651	78,0
Frequentemente mente ou engana	796	13,4
É perseguido ou atormentado por outras crianças	1.401	23,5
Frequentemente se oferece para ajudar outras pessoas ...	3.800	63,7
Pensa antes de agir	2.085	35,0
Furta coisas de casa, da escola ou de outros lugares	168	2,8
Relaciona-se melhor com adultos do que com outras crianças	1.40	23,5
Tem muitos medos, assusta-se facilmente	1.641	27,5
Completa as tarefas que começa, tem boa concentração	2.657	44,6
SDQ ANORMAL		
Total de Dificuldades	1.755	29,4
Sintomas Emocionais	2.187	36,7
Problemas de Conduta	1.847	31,0
Hiperatividade	1.151	19,3
Problemas com Colegas	1.603	26,9
Comportamento Pró-social	378	6,3
Com Impacto	758	12,7

Comparação entre cidades de diferentes portes

Dada a suspeita da possível interferência do tamanho da cidade em que a criança ou adolescente vive, sobre seus hábitos, comportamentos, emoções e, consequentemente, Saúde Mental, comparamos os achados em função dessa variável.

Observa-se nas cidades grandes um maior percentual de crianças e adolescentes com dificuldades provocando prejuízo do que aqueles que vivem em cidades pequenas, portanto, um maior risco de apresentarem ou desenvolverem transtornos mentais. Esse risco foi 1,3 vezes maior nas crianças e adolescentes que vivem em cidades grandes.

Avaliando item a item do SDQ alguns achados são estatisticamente expressivos. Um maior percentual de crianças e adolescentes que vivem em cidades pequenas: “mostram-se irrequietos”, “apresentam acessos de raiva e crises de birra”, “referem medos excessivos” e “completam suas tarefas com boa concentração”. Por outro lado, um maior percentual de crianças e adolescentes de cidades grandes “são gentis com crianças mais novas”.

Em relação ao desempenho escolar, não observa-se diferença estatística significativa na comparação entre cidades de pequeno, médio e grande porte.

Comparação entre as diferentes regiões brasileiras

As crianças e adolescentes da região Sul mostraram os melhores índices de Saúde Mental, portanto os menores riscos de desenvolver transtornos mentais, quando comparadas às de outras regiões brasileiras.

As crianças e adolescentes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram um maior percentual de sintomas emocionais e de conduta do que as crianças e adolescentes das demais regiões brasileiras, no entanto, o risco de transtornos mentais foi igual ao das crianças da região Sudeste.

Um maior percentual de crianças e adolescentes da região Sul são “irrequietos”, do Sudeste “são queridos

por outras crianças” e os das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste “têm boa vontade de compartilhar”, “têm acessos de raiva e birras”, “preferem brincar só”, “são mais gentis com outras crianças”, “mentem” e “são atormentados por outras crianças”.

Em relação ao desempenho escolar, as crianças e adolescentes da região Sul apresentam melhor desempenho escolar que as das demais regiões do país na opinião de seus pais e professores, com uma chance 1,4 vezes maior de desempenho na média ou acima dela. Comparando as demais regiões entre si não observa-se diferença estatística significativa.

Comparação entre meninos e meninas

Os meninos apresentam maior número de dificuldades, mais problemas de conduta, hiperatividade e desatenção, problemas com colegas e de comportamento social, enquanto as meninas apresentam maior percentual de sintomas emocionais.

Nos meninos, o impacto dos sintomas é maior que nas meninas, eles apresentam um risco 1,6 vezes maior de baixos índices de Saúde Mental, portanto, maior risco de transtornos mentais.

Um maior percentual de meninos mostram-se “irrequietos”, “hiperativos”, “apresentam acessos de raiva e birras”, “preferem brincar só”, “brigam com outras crianças”, “distraem-se com maior facilidade”, “mentem”, “enganam”, “furtam” e “são perseguidos por ou-

tras crianças”. As meninas, por sua vez, mais frequentemente “têm consideração pelos sentimentos de outras pessoas”, “são mais prestativas com alguém que parece magoado”, “têm uma boa amiga”, “são queridas por outras crianças” e “gentis com as crianças mais novas”, “pensam antes de agir” e “completam as tarefas que começam”. Portanto, nas meninas encontramos um maior percentual de características de empatia e resiliência, fatores reconhecidamente protetores em Saúde Mental infantil.

Em relação ao desempenho escolar, as meninas apresentam melhor desempenho escolar que os meninos sendo 1,6 vezes maior a sua chance de desempenho na média ou acima dela, segundo a opinião de seus professores.

Comparação entre os que apresentam baixo e alto desempenho escolar

As crianças e adolescentes com baixo desempenho escolar apresentam maior número de dificuldades (46,7% versus 18,1% das crianças com alto desempenho escolar), mais sintomas emocionais (46,3% versus 29,4%), mais problemas de conduta (45,2% versus 21,2%), mais hiperatividade e desatenção (32,7% versus 10,5%), mais problemas com colegas (37,9% versus 19,4%) e pior comportamento social (10% versus 3,5%). O impacto dessas dificuldades é expressivamente maior nas crianças e adolescentes com baixo desempenho escolar do que nas crianças com alto desempenho escolar (25,6% versus 5,6%), portanto, apresentam maior risco de transtornos mentais (risco 4,8 vezes maior).

Um maior percentual de crianças com baixo desempenho escolar: "são inquietas e hiperativas", "queixam-se de dor de cabeça", "apresentam acessos de raiva e

birras", "são solitárias e preferem brincar só", "brigam com outras crianças", "parecem tristes, deprimidas ou chorosas", "distraem-se com facilidade", "ficam nervosas ao enfrentar situações novas", "mentem ou enganam", "furtam", "relacionam-se melhor com adultos", "são perseguidas por outras crianças" e "têm muitos medos e assustam-se com facilidade".

Um maior percentual de crianças e adolescentes com alto desempenho escolar: "têm consideração pelos sentimentos de outras pessoas", "tem boa vontade de compartilhar", "são obedientes", "são prestativas com alguém que parece magoado", "têm um bom amigo", "são queridas por outras crianças", "são gentis com as crianças mais novas", "se oferecem para ajudar outras pessoas", "pensam antes de agir" e "completam as tarefas que começam".

Comparação entre os que são capazes e os incapazes de adiar recompensas

A avaliação da capacidade de adiar recompensas teve como base a concordância da opinião de pais e professor sobre a criança ou adolescente.

As crianças e adolescentes incapazes de adiar recompensas apresentam maior número de dificuldades (42,7% versus 22,4% das crianças capazes de adiar recompensas), mais sintomas emocionais (44,2% versus 33,1%), mais problemas de conduta (45,1% versus 23,4%), mais hiperatividade e desatenção (30,8% versus 13%), mais problemas com colegas (31,9% versus 24,1%) e pior comportamento social (8,5% versus 4,8%). O impacto dessas dificuldades nas crianças e adolescentes incapazes de adiar recompensas é expressivamente maior do que naqueles capazes de adiar recompensas (20,3% versus 9%), com um risco 2,9 vezes maior de desenvolver transtornos mentais.

Em relação ao desempenho escolar, crianças e adolescentes incapazes de adiar recompensas apresentam um risco duas vezes maior de baixo desempenho escolar do que aqueles capazes de adiar recompensas.

Um maior percentual de crianças incapazes de adiar recompensas: "são inquietas e hiperativas", "queixam-se de dor de cabeça", "apresentam acessos de raiva e birras", "brigam com outras crianças", "parecem tristes, deprimidas ou chorosas", "distraem-se com facilidade", "ficam nervosas ao enfrentar situações novas", "mentem ou enganam", "furtam", "relacionam-se melhor com

adultos", "são perseguidas por outras crianças" e "têm muitos medos e assustam-se com facilidade".

Um maior percentual de crianças e adolescentes capazes de adiar recompensas: "têm consideração pelos sentimentos de outras pessoas", "têm boa vontade de compartilhar", "são obedientes", "são prestativas com alguém que parece magoado", "têm um bom amigo", "são queridos por outras crianças", "são gentis com as crianças mais novas", "se oferecem para ajudar outras pessoas", "pensam antes de agir" e "completam as tarefas que começam".



Fatores de risco para a Saúde Mental Infantil

A análise estatística identificou os seguintes fatores de risco para Saúde Mental na amostra avaliada:

1. Sexo masculino: meninos apresentam um risco 1,6 vezes maior que meninas;
2. Adolescentes apresentam um risco 1,4 vezes maior do que crianças;
3. Filhos de pais separados apresentam um risco duas vezes maior;
4. Crianças e adolescentes que não moram com um ou ambos os pais apresentam risco 3,2 vezes maior;
5. Baixo grau de instrução do chefe da família (de analfabeto a ginásio incompleto) representa um risco 3,5 vezes maior;
6. Pertencer a classe econômica baixa (D/E) um risco 3,1 vezes maior;
7. Viver em cidades de grande porte (>500 mil habitantes): risco 1,3 vezes maior do que crianças e adolescentes que moram em cidades pequenas (<100 mil habitantes);
8. Se a mãe usou substâncias durante a gestação da criança: tabaco um risco de 1,8 vezes e álcool de 2,4 vezes maior;
9. Se a criança ou adolescente é incapaz de adiar recompensas um risco 3,2 vezes maior;
10. Baixo desempenho escolar um risco até 5,4 vezes maior.

Fatores de risco para um baixo desempenho escolar

A análise estatística identificou os seguintes fatores de risco para um baixo desempenho escolar na amostra avaliada:

1. Sexo masculino: meninos apresentam um risco 1,7 vezes maior;
2. Adolescentes apresentam um risco 1,6 vezes maior que crianças;
3. Filhos de pais separados um risco 1,5 vezes maior;
4. Crianças e adolescentes que não moram com um ou ambos os pais um risco até 1,8 vezes maior;
5. Baixo grau de instrução do chefe da família um risco até 5,8 vezes maior;
6. Pertencer a classe econômica baixa (D/E) um risco até 4,8 vezes maior;
7. Se para os pais a criança ou adolescente não é feliz, um risco 2,8 vezes maior;
8. Se a mãe usou substâncias durante a gestação da criança: tabaco um risco 1,7 vezes e álcool 1,5 vezes maior;
9. Se a criança ou o adolescente é portador de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, um risco 15 vezes maior;
10. Se a criança ou adolescente é incapaz de adiar recompensas, um risco duas vezes maior;
11. Ter baixos índices de Saúde Mental, um risco 4,8 vezes maior.



Fatores de proteção de Saúde Mental e Desempenho Escolar

Na comparação de crianças e adolescentes com baixos índices de Saúde Mental e Desempenho Escolar com aqueles com altos índices, encontramos nesse segundo grupo uma série de variáveis estatisticamente significantes ($p < 0.05$) considerados por nós como fatores de proteção de Saúde Mental e Desempenho Escolar nessa amostra:

1. Sexo feminino: meninas apresentam uma chance 1,4 vezes maior de ter ótimos índices de Saúde Mental e desempenho escolar do que os meninos;
2. Ter os pais casados uma chance 3,1 vezes maior;
3. Morar com ambos os pais uma chance até 4,1 vezes maior;
4. Se o chefe da família tiver Ensino Fundamental completo uma chance 7,1 vezes maior; Ensino Médio completo 7,6 vezes maior, e Ensino Superior completo 11 vezes maior;
5. Pertencer à classe econômica A, uma chance 2,7 vezes maior em comparação a pertencer à classe C e 7,4 vezes maior em comparação às classes D e E. Pertencer à classe econômica B, uma chance duas vezes maior que à classe C e 5,4 vezes maior que às classes D e E;
6. Se a mãe não fez uso de tabaco durante a gestação, uma chance três vezes maior. Se não fez uso de álcool durante a gestação 2,5 vezes maior;
7. Se a criança ou adolescente é capaz de adiar recompensa, uma chance 1,7 vezes maior;
8. Crianças e adolescentes que dormem mais de 8 horas por noite uma chance 1,9 vezes maior em comparação com aqueles que dormem menos de 8 horas.

Comparação dos resultados brasileiros com o de outros países

Uma vez que aspectos socioeconômicos exercem influência direta sobre os índices de Saúde Mental, uma maior prevalência de transtornos mentais e baixos índices de Saúde mental são observados em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento em comparação com países desenvolvidos. Apesar da variação observada

nas taxas de prevalência, pela qual respondem as diferentes metodologias utilizadas nos estudos, nos países do primeiro mundo a estimativa de transtornos mentais em crianças e adolescentes geralmente não chega a dois dígitos: 8,4% nos EUA (13), 8,8% na Grã-Bretanha (14), 8,2% na Itália (15) e 7,0% na Noruega (16).

Na Índia a prevalência estimada é de 15% (17), em Porto Rico de 16,4% (18), na Rússia de 15% (19) e na China de 12,1% (20).

A estimativa de 12,7% de crianças e adolescentes brasileiros com alto risco de transtornos mentais obtida por nós no Projeto Atenção Brasil, é comparável a de outros estudos realizados em nosso país: 10,8% na cidade de Pelotas (RS) (21), 12,7% em Taubaté (SP) (22) e 10% na Ilha de Maré (BA) (4).



Resiliência

Um grupo muito especial de brasileiros foi identificado nesse estudo. São crianças e adolescentes que a despeito de não apresentarem nenhum desses fatores de proteção, apresentam ótimos índices de Saúde Mental e alto desempenho escolar.

Em Saúde Mental denominamos essa condição por resiliência, um termo advindo da Física que descreve a capacidade de um material sofrer um impacto e voltar ao seu estado original sem deformar-se, assim o plástico seria altamente resiliente e o cristal pouco. Da forma que o termo é aplicado em Saúde Mental infantil, entende-se por crianças e adolescentes resilientes aqueles capazes de superar as adversidades de todas as ordens, genéticas, biológicas, psicológicas, socioeconômicas e ambientais, além dos eventos negativos da vida (abusos, violência, desnutrição, etc.), não se deformarem e evoluírem para desfechos positivos.

No estudo foram identificadas três crianças nessa condição: meninos de cor não-branca, cujos pais são separados, que moram com a mãe ou com nenhum dos pais, a mãe é analfabeta e pertencem à classe econômica D ou E, apresentam altos índices de Saúde Mental e alto desempenho escolar.

São crianças de real interesse para estudos prospectivos.

Recomendações para o Educador

As recomendações abaixo foram organizadas a partir dos resultados do Projeto Atenção Brasil e de outras fontes de evidências científicas.



1. Atuando sobre os Fatores de Risco

Analisados em conjunto, esses são os fatores de risco para baixos índices de Saúde Mental e desempenho escolar obtidos nesse estudo: 1) sexo masculino; 2) adolescência; 3) pais separados; 4) não morar com um ou ambos os pais; 5) baixo grau de instrução dos pais; 6) pertencer a classe econômica baixa (D/E); 7) viver em cidades de grande porte; 8) uso de álcool ou tabaco pela mãe durante a gestação e 9) incapacidade de adiar recompensas.

Observando esses fatores vemos que alguns são imutáveis, outros dependem de transformações sociais e outros de políticas públicas que coloquem a Saúde Mental infantil na agenda das prioridades.

As gestantes devem ser orientadas quanto ao risco de fumar e ingerir bebidas alcoólicas durante a gestação. Nossos achados apenas confirmam numerosos estudos da literatura que apontam para essa relação entre tabaco e álcool durante a gestação e os riscos para o desenvolvimento, Saúde Mental e escolaridade da criança. As evidências científicas apontam para um efeito nocivo dessas substâncias para o cérebro em formação e desenvolvimento dentro do útero materno. Embora não tenhamos avaliado a quantidade nem a época de exposição a essas substâncias durante a gestação, a literatura

mostra que não há quantidade segura de exposição, ou seja: 1) gestantes não devem, em hipótese nenhuma, fumar; 2) devem ser protegidas do tabagismo passivo; e 3) não devem ingerir bebidas alcoólicas, qualquer que seja a quantidade.

Resta ainda um fator de caráter absolutamente educacional, “educar para o adiamento de recompensas”, que indiscutivelmente encontra-se ao nosso alcance imediato e trataremos adiante.

Por outro lado, como em outras condições de saúde, a identificação de fatores de risco permite a identificação de grupos de risco, crianças e adolescentes com alta chance de desenvolver problemas comportamentais/emocionais, transtornos mentais e baixo desempenho escolar. Essas crianças e adolescentes de risco merecem maior atenção e cuidados ao longo do seu desenvolvimento, seja dentro de sua casa, na escola ou em outro contexto social em que estejam inseridos.

Ter um filho ou aluno nesse grupo de risco requer nossa intervenção para a prevenção dos prováveis desfechos negativos que esperam por essa criança ou adolescente no futuro. Algumas necessidades básicas devem ser supridas, uma vez que podem estar faltando em suas vidas, como amor, disponibilidade dos pais, consistência e disciplina; necessidades que nós, como pais, mestres ou simplesmente cidadãos, devemos lhes dar.

Ao retratar o perfil de crianças e adolescentes com baixos índices de Saúde Mental e desempenho escolar,

é possível observar certos comportamentos que os caracterizam: 1) ser inquieto, excessivamente agitado, não conseguir ficar parado; 2) distrair-se facilmente, não conseguir manter a concentração; 3) ter acessos de raiva ou crises de birra frequentemente; 4) ser solitário, preferir brincar sozinho; 5) se mostrar excessivamente preocupado; 6) frequentemente brigar com outras crianças ou as amedrontar; 7) frequentemente parecer triste, deprimido ou choroso; 8) fica excessivamente nervoso ao enfrentar situações novas; 9) frequentemente mentir ou enganar; 10) ser perseguido ou atormentado por outras crianças; 11) furtar coisas de casa, da escola ou de outros lugares; 12) relacionar-se melhor com adultos do que com outras crianças; e 13) ter medos em excesso e assustar-se facilmente.

Crianças e adolescentes que apresentam esses comportamentos não necessariamente apresentam transtornos mentais, no entanto, os mesmos refletem dificuldades que podem de alguma forma trazer prejuízos para o seu melhor desenvolvimento e desempenho social e acadêmico. Atuar sobre os fatores de risco significa, portanto, desencorajar ou modificar esses comportamentos e dificuldades. Atuar preventivamente é dar atenção especial a essas crianças e, quando necessário, encaminhá-las para um atendimento especializado.

Em uma análise isolada sobre o grupo de crianças que “preferem brincar sozinhas”, observa-se um risco 6,2 vezes maior de apresentar baixos índices de Saúde Mental, 3,4 vezes de problemas emocionais, 2,1 vezes de problemas de conduta, 1,9 vezes de hiperatividade/desatenção, 16 vezes de problemas de relacionamento, duas vezes de problemas sociais e 1,8 vezes de ter um baixo desempenho escolar.

2. Estimulando os Fatores de Proteção

Muitos dos fatores de proteção, da mesma forma que os de risco, dependem de ações e transformações sociais que não são de alcance imediato. No entanto, dois desses fatores são passivos de nossa intervenção imediata: hábitos de sono e capacidade de adiar recompensas.

SONO

A literatura é rica em evidências científicas de que o sono é fundamental para o desenvolvimento e desempenho cognitivo da criança (23). Os resultados aqui obtidos confirmam claramente essa inter-relação, crianças e adolescentes que dormem mais de 8 horas por noite apresentam uma chance 1,9 vezes maior de ter altos índices de Saúde Mental e desempenho escolar em comparação com aqueles que dormem menos de 8 horas.



Nossa moderna sociedade urbana 24 horas vem causando prejuízos irreparáveis à higiene do sono, especialmente das crianças e adolescentes. Hábitos como dormir tarde da noite, assistir TV (muitas vezes no próprio quarto) até altas horas, dormir com o telefone celular ligado, ingerir cafeína (presente em refrigerantes, energéticos, chocolate, café e outros alimentos) à noite e “varar” a noite no computador são bastante comuns em determinados estratos da população infantil, com a devida permissividade dos pais.

Esses hábitos desregulam o relógio biológico cerebral interferindo na qualidade do sono e na produção de hormônios fundamentais para o organismo como o GH (hormônio do crescimento), ACTH (adenocorticotrófico, vai atuar sobre as suprarrenais, reações ao estresse e resposta imune), TSH (hormônio estimulante da tireóide), melatonina (hormônio regulador do sono) e hormônios sexuais.

Além da produção de hormônios, o sono é responsável pela restauração do metabolismo cerebral e consolidação da memória e do processo de aprendizagem, influenciando secundariamente, no período diurno, em mecanismos de controle da atenção e da saciedade.

Estudos revelam uma correlação positiva entre práticas educacionais permissivas em relação ao sono, privação crônica de sono e baixo desempenho escolar (24).

Outras evidências indicam que a privação de sono

pode causar hiperatividade e dificuldade de atenção durante o dia, o que pode ser confundido com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade ou outros transtornos mentais (25).

Entre as principais recomendações para uma boa higiene de sono para a criança e o adolescente temos: 1) estabeleça horários regulares para dormir e despertar; 2) evite atividades que estimulam a vigília após o jantar como internet, games, TV, celular e discussões; 3) estabeleça uma rotina de relaxamento na hora de deitar como banho morno, leitura e alongamento; 4) exercício físico pode ajudar o sono desde que realizado antes das 17 horas; 5) na medida do possível o quarto deve ter temperatura confortável, ventilação, escuridão e silêncio (“tire a TV do quarto”); 6) a cama só para dormir (fazer tarefa, assistir TV e jogar games na cama pode atrapalhar o sono); 7) uma soneca após uma manhã inteira de aulas pode ajudar a consolidar a memória declarativa (relativa a fatos, nomes, acontecimentos, etc.); e 8) assegure exposição adequada à luz natural para o ajuste natural do relógio biológico (ciclo sono-vigília).

ADIAMENTO DE RECOMPENSAS

Como já definido anteriormente, capacidade de adiar recompensas é a habilidade da criança ou do adolescente de controlar seus impulsos com o intuito de obter adiante alguma vantagem ou objetivo que deseja alcançar. É considerada componente fundamental da inteligência emocional e atributo exclusivo dos humanos.

Numerosas evidências científicas que datam dos estudos pioneiros de Walter Mischel na década de 60 apontam para a robusta relação entre a capacidade de adiar recompensas, Saúde Mental e desem-

penho cognitivo.

Os resultados aqui obtidos confirmam essa relação e reforçam a importância de educarmos nossos filhos estimulando essa habilidade, sobretudo nos dias de hoje, onde uma maciça e subliminar propaganda tenta atraí-los na direção contrária, a do prazer desenfreado e imediato. Para alguns estudiosos, essa tendência guarda relação com epidemias modernas como a do consumismo, da obesidade infantil e do uso, abuso e dependência de substâncias.

Educar para o adiamento do prazer é algo a ser feito desde bem cedo. Sabemos que o cérebro não nasce pronto, sofre uma série de transformações estruturais e funcionais ao longo da infância e adolescência, em resposta a determinantes genéticas, biológicas, experiências vividas e o processo educacional. Esse conjunto de fatores, por fim, esculpe o cérebro infantil.

Podemos comparar o cérebro da criança a uma cidade com ruas e avenidas (circuitos cerebrais) onde trafegam carros e gente (impulsos nervosos). Imagine que as vias que não são usadas acabam, ao longo da infância e adolescência, sendo bloqueadas. Esse processo ocorre no cérebro e explica por que é mais fácil para uma criança aprender uma língua estrangeira do que um adulto, e outras situações de aprendizagem.

Dessa forma, crianças que não são estimuladas desde cedo para o adiamento de recompensas, acabam por desativar circuitos cerebrais responsáveis por essa importante função localizados no cerne do cérebro (sistema límbico).

Educar para o adiamento de recompensas é educar para o autocontrole, a autodisciplina e o controle dos impulsos, é também educar para a tomada de decisões. Portanto, deve determinar condutas educacionais rela-



cionadas a numerosos temas como, por exemplo: hábitos de consumo, alimentação, sono e vestuário, estabelecimento de horários e rotinas, premiações e punições, tarefas escolares, etc., o que representa grande parte do dia-a-dia da relação pais e filhos.

ACESSO À MÍDIA ELETRÔNICA

Videogames são jogos que premiam com recompensas imediatas, sob intensa interação e estimulação visual e auditiva. No entanto, diferente de outros jogos, tendem a gerar certa compulsão, uso excessivo e muitas vezes solitário, em detrimento de atividades físicas ao ar livre e outras oportunidades de desenvolvimento de habilidades sociais. Devem, portanto, ser devidamente regulados pelos pais, seja pela proibição dos jogos que estimulam a violência, seja limitando o tempo de uso. A Academia Americana de Pediatria recomenda que esse tempo não ultrapasse uma hora diária.

No presente estudo não encontramos relação de risco ou proteção entre o acesso e uso de TV e computadores com os índices de Saúde Mental e desempenho escolar estudados.

ATRIBUTOS ESPECIAIS

Ao retratar o perfil de crianças e adolescentes com altos índices de Saúde Mental e desempenho escolar, é possível observar certos comportamentos que os caracterizam: 1) ter consideração pelos sentimentos de outras pessoas; 2) ter boa vontade em compartilhar; 3) ser obediente; 4) ser prestativo com quem demonstra estar magoado; 5) ter bons amigos (as); 6) ser gentil com crianças mais novas; 7) se oferecer para ajudar outras pessoas; 8) pensar antes de agir e 9) completar as tarefas que começa com boa concentração.

Intervir em fatores de proteção, portanto, é estimular essas capacidades através da ação educacional. Todas essas capacidades caracterizam também crianças resilientes e podem ser desenvolvidas através da educação para a resiliência que veremos a seguir.

EDUCANDO PARA A RESILIÊNCIA

Se fosse possível entrevistar os pais dos mais de dois bilhões de crianças e adolescentes que vivem no mundo, certamente constataríamos uma grande diversidade no olhar desses pais em relação aos seus filhos. Por outro lado, não ficaríamos surpresos em constatar a uniformidade das expectativas desses mesmos pais para a vida dos seus filhos: serem felizes, terem sucesso e saúde.

Para conquistar esses desfechos na vida, a criança precisa desenvolver um conjunto de competências que a torne resiliente. A criança e o adolescente resiliente:



1) lida melhor com o estresse, a pressão e os desafios da vida diária; 2) tolera melhor suas frustrações; 3) consegue superar as adversidades e traumas; 4) estabelecer objetivos claros e reais; 5) resolve bem seus problemas; 6) se relaciona bem com os outros; 7) sabe respeitar os outros e a si próprio.

As evidências científicas atuais comprovam que o sucesso que uma criança pode alcançar na vida adulta depende muito mais de suas habilidades (muitas delas incluídas na definição de resiliência) e pontos fortes do que de suas fraquezas e dificuldades.

O modelo que deriva desse conceito de resiliência nos explica melhor por que algumas crianças superam com absoluta facilidade numerosos obstáculos, modelando e lapidando continuamente o seu modo de ser até alcançar sucesso na vida adulta, enquanto outras se tornam presas fáceis de um ambiente inadequado ou de experiências de vida negativas (12).

Independente do credo religioso e de aspectos éticos, culturais ou científicos, todos concordam com a importância de educar as crianças para a resiliência.

Para essa tarefa, ao invés de concentrarmos nossos esforços na mudança do mundo que nos cerca, deveríamos canalizar nossa energia e atenção para as crianças que temos bem perto de nós, em nossas casas e salas de aula.

Alguns ingredientes são fundamentais na educação de uma criança para a resiliência: amor, disponibilidade dos pais, consistência e disciplina; outros atributos educacionais são mais específicos e precisam ser mais bem elaborados e desenvolvidos junto à criança ou adolescente.

Para Brooks e Goldstein (12) as estratégias educacionais abaixo relacionadas são os pilares da educação para a resiliência:

1. Empatia

Empatia é uma habilidade vital para todos os relacionamentos humanos. Ser empático com filhos (ou alunos) é conseguir se colocar no lugar deles, ver o mundo através dos olhos deles. Não significa concordar com tudo o que eles dizem ou fazem, mas, sobretudo, tentar avaliar e validar os seus pontos de vista, ainda que discordem deles. Pais e professores empáticos conseguem avaliar como suas palavras e ações chegam até seus filhos e alunos, como são vistas e sentidas por eles. Ser empático é agir com os outros da forma com que gostaríamos que os outros agissem conosco. Algumas questões nos ajudam a desenvolver empatia: “Como eu gostaria que meus filhos (alunos) me descrevessem?”; “Como eles me descreveriam nesse momento?”; “Quão distante está a descrição deles sobre mim, da que eu desejaria que fosse?”; “A minha forma de comunicação com meus filhos (alunos) é eficaz, ou seja, consigo a sua atenção e participação no processo?”; “Eu gostaria que alguém falasse e agisse comigo da forma com que eu falo e ajo com meus filhos (alunos)?”. Pais e professores capazes de superar suas frustrações e ir à busca dessas respostas já estão praticando empatia, componente chave para educar uma criança para a resiliência. Outra consequência importante desse processo é que sendo empático com nossos filhos ou alunos estaremos dando um grande estímulo para que eles desenvolvam empatia conosco e com os outros.

2. Comunicação eficiente

Comunicar-se não é apenas falar, comunicar-se de forma eficiente é um processo ativo e muito mais amplo que inclui vários outros atributos. Alguns dos seguintes podem nos ajudar bastante na comunicação com nossos filhos ou alunos: a) ouvir com atenção o que eles têm a dizer; b) tentar compreender e validar o que eles tentam explicar; c) não interromper enquanto falam; d) não dizer a eles como deveriam estar se sentindo ou o que deveriam estar pensando (isso virá como consequência do diálogo); e) jamais ofender ou diminuir nosso interlocutor; f) evitar o uso de palavras de sentido absoluto como “sempre” e “nunca” (“você sempre erra”, “nunca me entende”, etc.).

A arte da comunicação terá implicações importantes para as demais habilidades de resiliência como relacionamento interpessoal, empatia, resolução de problemas e tomada de decisões. As crianças e adolescentes resilientes desenvolvem uma capacidade de comunicação eficiente através dos seus pais e professores, modelos fundamentais nesse processo.

3. Mudar roteiros negativos

É comum vermos pais que por anos a fio insistem com seus filhos para que cumpram determinadas obrigações, mesmo que por anos a fio seus filhos os desobedeçam. Como numa peça ou filme, cada um cumpre “religiosa-

mente” o seu papel em um roteiro em que os pais ralham com os filhos e eles desobedecem aos pais. Uma das principais razões para esses pais persistirem no erro é a crença de que só os filhos devem mudar. Pais resilientes sabem que devem mudar o roteiro quando os filhos não mudam o seu. Nessa mudança de roteiro, coragem e criatividade são atributos fundamentais. Muitas dessas crenças tiveram origem na nossa infância e foram transmitidas a nós por meio da educação, é preciso coragem para mudar um roteiro que já decoramos há tempo. Criar rotas alternativas para um final comum pode não ser tarefa fácil, mas certamente aparece quando um desafio maior se impõe.

Mudar roteiros não significa ceder, mas, sobretudo resolver problemas com inteligência e sabedoria.

4. Amar de forma com que eles se sintam especiais e admirados

Amor de pai e mãe é diferente de outros amores, ele é incondicional. É importante que isso fique claro para os nossos filhos sempre, a despeito de tudo que possam fazer, sempre iremos amá-los. O que não significa, no entanto, que os amando consentimos com suas transgressões, isso também precisa ficar bem claro na relação. E se sentindo amados, certamente se sentirão especiais e admirados. Como pais, precisamos encontrar outras formas de fazer nossos filhos se sentirem especiais e admirados, seja expressando nossa confiança e admiração, reconhecendo nossos erros, pedindo desculpas ou uma opinião. Outra estratégia eficaz é reservar um tempo especial para estarmos juntos com cada um deles. Um momento em que não haverá intromissão de telefone, trabalho, TV ou o que quer que seja. Esse “momento blindado de dedicação” denota nossa admiração por eles e fará se sentirem especiais.

5. Aceitá-los como eles são

Toda criança é única desde o momento do seu nascimento. Algumas vêm ao mundo com um temperamento fácil, outras são difíceis, outras são tímidas, outras desconfiadas, numa diversidade infinita e admirável. Um dos maiores desafios a serem vencidos pelos pais é aceitar seus filhos dentro dessa perspectiva diversa e não a partir de suas próprias expectativas. Havendo aceitação, aí sim os pais podem estabelecer suas expectativas e objetivos a serem alcançados, consistentes com o temperamento e desenvolvimento dos seus filhos. Aceitar, obviamente, não significa tolerar comportamentos inapropriados e inaceitáveis, mas acima de tudo ajudar a criança a mudar sem que haja prejuízo de sua auto-estima e senso de dignidade (12).

6. Ajudá-los a identificar suas habilidades e com elas experimentar sucesso

Ao contrário do que se pensava no passado, a litera-

tura atual comprova que a determinante mais importante no sucesso futuro de crianças e adolescentes, nos vários contextos de suas vidas, são suas habilidades e não as dificuldades. Identificar e investir nessas habilidades é uma maneira eficaz de promover a autoconfiança e auto-estima, esperança e otimismo. Crianças e adolescentes resilientes não desistem diante dos problemas, eles reconhecem suas habilidades e nelas concentram seus esforços. Infelizmente, muitos jovens com baixa auto-estima e autoconfiança têm dificuldades em identificar suas habilidades, o que lhes rouba a esperança de transpor os obstáculos que se apresentam. É muito difícil para um jovem nessa condição, ser convencido pelos elogios ou palavras de estímulo dirigidas pelos seus pais. Para eles realmente acreditarem em suas habilidades, e assim restaurar sua autoconfiança e auto-estima, precisam experimentar o sucesso em áreas de habilidades que sejam importantes para eles e seus pares. Ao identificar suas habilidades o jovem finalmente é capaz de enfrentar os problemas em áreas que apresenta dificuldades ou limitações.

7. Ajudá-los a aprender que erros são oportunidades para aprender

Em geral, temos a tendência de imprimir em nossos filhos, desde bem cedo, a crença de que erros são tão somente comportamentos a serem punidos. Essa postura pessimista e de punição, ao provocar o medo de errar pode, com o tempo, retrair a criança ou o adolescente no enfrentamento dos desafios que se apresentam. Nesse sentido, seja o modelo para seus filhos, sempre que possível exemplifique, por que não discutir com eles erros que você mesmo cometeu e o que aprendeu em cada uma dessas situações? É importante que se convençam de que errar não é apenas aceitável, mas algo inevitável ao longo da vida. Quando erros se repetem, certamente não houve aprendizagem adequada e todo o processo deve ser revisto. Estabeleça expectativas realistas para seus filhos e ensine-os a fazer o mesmo para si, muitas vezes os erros decorrem de expectativas irreais dos pais para os filhos e deles para eles próprios.

8. Ajudá-los a desenvolver responsabilidade, compaixão e consciência social

Crianças e adolescentes resilientes têm um forte senso de responsabilidade, compaixão e consciência social, por serem ferramentas poderosas para ajudar o próximo. Estudos acerca do desenvolvimento infantil comprovam que uma das mais fortes pulsões da criança é a de ajudar. Quando solicitados a recordar as situações mais prazerosas de sua infância, a maioria dos adultos lembra-se de momentos em que estavam ajudando alguém a realizar algo, faça o teste e verá! Essa pulsão de ajudar pode ser observada bem cedo, mesmo em crianças de 1-2 anos de idade, e deve ser estimulada de forma a persistir ao longo do seu desenvolvi-

mento. Ofereça oportunidades para que seus filhos e alunos se sintam ajudando os outros. Programe ações de caridade em sua casa ou sala de aula com participação ativa e voluntária dos seus filhos e alunos. Estimule-os a perceber desigualdades e injustiças, isso lhes ajudará a desenvolver compaixão, consciência social e cidadania. Seja um modelo de responsabilidade para seus filhos e alunos e dê oportunidades para eles desenvolverem responsabilidade. Desenvolvendo essas capacidades estaremos solidificando neles os pilares da vida em sociedade, os direitos e deveres de todos nós.

9. Ensiná-los a resolver problemas e tomar decisões

A criança e o adolescente resiliente demonstram segurança e controle sobre suas vidas, não lhes agrada a idéia do "deixa a vida me levar"! Ter controle sobre a sua vida é algo crítico para todos nós. Quando os pais ensinam seus filhos a tomar decisões e resolver problemas de forma autônoma estão habilitando-os em autocontrole e autoconfiança. Crianças e adolescentes resilientes são capazes de: 1) definir um problema; 2) considerar diferentes soluções e suas possíveis consequências; 3) decidir sobre a solução mais apropriada para aquela situação; 4) executá-la; 5) avaliar seus resultados; e 6) aprender com as consequências. Para o sucesso da aprendizagem, os pais devem progressivamente deixar que os filhos desenvolvam autonomamente cada etapa do processo. Programe encontros familiares para a articulação/discussão dessas várias etapas a partir de problemas que se apresentem para o grupo ou para cada um, serão momentos de crescimento para todos.

10. Disciplinar promovendo a autodisciplina e autoconfiança

A palavra disciplina tem a mesma raiz que a palavra discípulo, "aquele que segue", "aquele que aprende". Disciplinar, portanto, é um processo de aprendizagem, não de punição. Esse é o verdadeiro sentido do ato de disciplinar, ensinar, educar. Não devemos nos iludir com práticas do tipo "o que é bom para mim, é bom para o meu filho", "disciplina é apenas para momentos de crise", "disciplinar com agressões e insultos". Algumas recomendações: 1) o objetivo maior do ato de disciplinar é promover a autodisciplina e o autocontrole; 2) trabalhe em equipe para atingir os objetivos; 3) seja consistente, não rígido; 4) sirva de modelo, calmo e racional; 5) batalhas vão acontecer, escolha-as cuidadosamente; 6) não puna por conta de expectativas irreais; e 7) as recompensas e elogios nos momentos de acertos são as mais poderosas formas de estimular a autodisciplina. Nós, educadores, devemos ter sempre em mente que a forma com que disciplinamos poderá fortalecer ou enfraquecer a auto-estima, autoconfiança, autocontrole e resiliência de nossas crianças.

Recomendações para a elaboração de programas de Saúde Mental Infantil



Políticas de Saúde Mental não devem apenas visar a prevenção e tratamento de transtornos mentais, devem também contemplar ações de promoção de Saúde Mental como um todo, assegurando o direito das crianças e adolescentes de desenvolver suas habilidades com plenitude e segurança, contribuindo de forma produtiva com a sua comunidade. Essas ações incluem a redução de fatores de risco e estímulo a fatores de proteção, muitos dos quais foram aqui relacionados. Para isso, programas específicos de Saúde Mental infantil devem ser criados com o engajamento de vários setores do governo como: educação, trabalho, justiça, transporte, esporte, meio ambiente, habitação e bem estar social.

Algumas intervenções de promoção da Saúde Mental infantil são consideradas de baixo custo, alto impacto e baseadas em evidências científicas:

- 1) Programas dirigidos à gestante. Vimos aqui o grande impacto do uso de substâncias durante a gestação para o desenvolvimento, Saúde Mental e desempenho escolar na infância e adolescência. Programas dirigidos à Saúde da gestante existem, no entanto, precisam ser ampliados para contemplar a Saúde Mental infantil. As futuras mães precisam ser orientadas sobre Saúde Mental infantil, fatores de risco e proteção, educação e desenvolvimento normal da criança.
- 2) Programas de acompanhamento do desenvolvimento da criança. Acompanhamento da criança desde seus primeiros meses de vida em ambulatórios de Puericultura ou através de agentes de Saúde

capacitados visando monitorar não apenas aspectos nutricionais e de Saúde geral, mas também o desenvolvimento, os fatores de risco e proteção em Saúde Mental e o desempenho escolar, bem como as práticas educacionais.

- 3) Intervenções psicossociais em pré-escolares. A identificação de pré-escolares em situação de risco para Saúde Mental e desempenho escolar viabiliza intervenções psicossociais precoces. Essas intervenções são consideradas altamente eficazes na literatura especializada e incluem a atuação de profissionais das áreas de Assistência Social, Pedagogia, Psicologia, Psicopedagogia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Medicina.
- 4) Programas de promoção da Saúde Mental nas escolas. A escola, "maior invenção da humanidade", transformando-se em veículo de integração e capacitação social. A capacitação e promoção do professorado viabilizando a capacitação de pais em temas como desenvolvimento e Saúde Mental infantil, educação para a resiliência e cidadania. Esse trabalho de capacitação do professorado já é oferecido no Brasil pelo Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento (www.inpd.org.br).
- 5) Programas de identificação e intervenção em grupos de risco. A identificação dos grupos de risco permite a criação de programas de intervenção multiprofissional específica.
- 6) Outros programas que podem promover a Saúde Mental infantil. Programas de emponderamento da mulher, acesso à habitação, prevenção da violência, promoção da Saúde Mental no trabalho e de desenvolvimento da comunidade, entre outros.

Para a implantação eficaz desses programas, os governos precisam, além de avançar no desenvolvimento sócio-econômico, colocar a Saúde Mental infantil na agenda de suas prioridades.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) oferece apoio a toda iniciativa de implantação de políticas, planos e programas de governo dirigidos à promoção da Saúde Mental infantil através de material técnico e consultoria (www.who.int).

Referências Bibliográficas

- World Health Organization. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40:791-801.
- Fleitch B, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil – a cross-sectional survey. *BMJ*, 2001; 323:599-600.
- Goodman R, Neves dos Santos D, Robatto Nunes AP, Pereira de Miranda D, Fleitch-Bilyk B, Almeida Filho N. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40: 11-17.
- Grizenko N, Fisher C. Review of studies of risk and protective factors for psychopathology in children. *Can J Psychiatry*, 1992; 37(10):711-21.
- Bukowski WM, Sippola LK. Diversity and the social mind: goals, constructs, culture, and development. *Dev Psychol*, 1998; 34(4):742-6.
- Sameroff AJ, Seifer R, Barocas R, Zax M, Greenspan S. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: social environmental risk factors. *Pediatrics*, 1987; 79(3):343-50.
- Barocas R, Seifer R, Sameroff AJ. Defining environmental risk: multiple dimensions of psychological vulnerability. *Am J Community Psychol*, 1985; 13(4):433-47.
- Sameroff A. Models of development and developmental risk. In: Zeana Jr CH. *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press; 1993. p. 120-42.
- Halpern R, Figueras ACM. Influências ambientais na saúde mental. *J Pediatr (Rio J)*, 2004; 80(2 Supl):104-10.
- Polanczyk GV. Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Rev Psiquiatr RS*, 2009; 31(1):6-12.
- Brooks R, Goldstein S. *Raising resilient children: fostering strength, hope, and optimism in your child*. New York, McGraw-Hill, 2001.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60:837-844.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003; 42:1203-1211.
- Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, Nobile M, Giorda R, Marino C, Molteni M, Rucci P, Ammaniti M, Lucarelli L, Lenti C, Walder M, Martinuzzi A, Carlet O, Muratori F, Milone A, Zuddas A, Cavolina P, Nardocci F, Tullini A, Morosini P, Polidori G, De Girolamo G. The Italian preadolescent mental health project (PrISMA): rationale and methods. *Int J Methods Psychiatr*, 2006; Res 15:22-35.
- Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, Ullebo AK, Plessen KJ, Bjelland I, Lie SA, Gillberg C. Psychiatric disorders in Norwegian 8 to 10 year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007; 46:438-447.
- Mullick MS, Goodman R. The prevalence of psychiatric disorders among 5-10 year olds in rural, urban and slum areas in Bangladesh: an exploratory study. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2005; 40:663-671.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez-Taboas A (2004) The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61:85-93.
- Goodman R, Slobodskaya H, Knyazev G. Russian child mental health - a cross-sectional study of prevalence and risk factors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2005; 14:28-33.
- Hesketh T, Zheng Y, Jun YX, Xinq ZW, Donq ZX, Lu L. behaviour problems in Chinese primary school children. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2010 Jun 6 [Epub ahead of print].
- Anselmi L, Fleitch-Bilyk B, Menezes AMB, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 2010; 45:135-142.
- Fleitch-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 43:727-734.
- Cardinali DP. Chronoeducation: how the biological clock influences the learning process. In: *The Educated Brain, Essays in Neuroeducation*. Ed. Battro, Fischer and Léna. Cambridge University Press, 2008.
- Billon-Descarpentries J. Influence of parental educational practices on the sleep and Attentional performances in children. *Arch Pediatr*, 1997; 4:181-5.
- National Institute of Health. Disponível em: www.ninds.nih.gov/disorders/brain_basics/understanding_sleep.htm. Acessado em 26/06/2010.

Potenciais Conflitos de Interesse

O Projeto Atenção Brasil foi realizado com financiamento irrisório e exclusivo do Instituto Glia Consultoria em Neurociências, sem qualquer participação da indústria farmacêutica ou de agências governamentais de financiamento em pesquisa. O coordenador geral do Projeto e responsável por esta cartilha, Dr. Marco Antônio Arruda, declara não haver potenciais conflitos de interesse para todas as atividades que exerceu ao longo do Projeto Atenção Brasil até sua publicação final.

Como citar essa referência

Arruda MA, Almeida M, Bigal ME, Polanczyk GV, Moura-Ribeiro MV, Golfeto JH. Projeto Atenção Brasil: Saúde Mental e desempenho escolar em crianças e adolescentes brasileiros. Análise dos resultados e recomendações para o educador com base em evidências científicas. Ed. Instituto Glia, Ribeirão Preto, SP, 2010.



Coordenadores Gerais:

Dr. Marco Antônio Arruda, Neurologista da Infância e Adolescência, Mestre e Doutor em Neurologia pela Universidade de São Paulo, membro Titular da Academia Brasileira de Neurologia, diretor do Instituto Glia.

Prof. Mauro de Almeida, Psicólogo Clínico, Mestre em Psicologia Comportamental pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, membro do Instituto Glia.

Pesquisadores Associados:

Dra. Federica Galli, Psicóloga da Infância e Adolescência, Doutora em Psicologia Infantil pela Universidade de Roma La Sapienza, Itália.

Dr. Guilherme Polanczyk, Psiquiatra da Infância e Adolescência, Mestre e Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pós-Doutorado Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College, Londres, Reino Unido, e Department of Psychology and Neuroscience, Duke University, Durham, EUA, Diretor do Instituto Nacional de Psiquiatria do Desenvolvimento e Professor do Departamento de Psiquiatria da Universidade de São Paulo.

Dr. Marcelo Bigal, Neurologista, Doutor em Neurologia pela Universidade de São Paulo, Professor do Albert Einstein College of Medicine, Nova York, EUA e Head of the Merck Investigator Studies Program and Scientific Education Group Office of the CMO.

Dr. Vincenzo Guidetti, Neuropsiquiatra da Infância e Adolescência, Professor Titular de Neuropsiquiatria Infantil da Universidade La Sapienza de Roma, Itália.

Profa. Dra. Regina C. A. P. Albuquerque, Neurologista da Infância e Adolescência, Mestre em Neurologia e Professora de Neurologia Infantil da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São Paulo.

Colaboradoras: Profa. Ana Paula Menossi Gonçalves, Pp. Flávia Augusta Giacomini Rossini, Dra. Karina Sanches e Dra. Livia Inácio de Freitas.

Logística: Dra. Ivete A. A. C. Arruda.

Tecnologia da Informação: Felice Preziosi

Projeto Visual: J. Ventura

Ilustrações: Claudson Rocha

Professores Pesquisadores: Adelmá Domingos, Adriana Diniz, Adriana Pereira, Alessandra Nascimento de Paula, Alessandra Tetzlaff, Alessandra Zanoncello, Alessandra Cristina Vieira de Araújo, Alessandra Regina Gabi Belão, Ana Maria Tito Murça Pires, Ana Neri Tashiro, Ana Rita Okubo Ferreira, Andréa Antonia Andreatti de Moraes, Angela Maria Clapis Bello, Angela Maria Rita, Ariádine Ferrigato Gonçalves, Camila Franco da Motta, Carmem Helene dos Santos Souza, Cecília Nogueira Siqueira Pereira, Cintia Aparecida Pereira dos Santos, Claudécilia Marques Silvério, Claudia Denize Alves Miranda, Cristiomara Barbosa, Daniele Vitoria Fischer de Lima, Edinalva Clementino de Carvalho, Edna Sousa Matos, Elisabete Rubin, Eizabete Rodrigues, Eunice Gimael, Fabiane Salomão Souza, Gleima Albernaz Vanin Suzart, Grazielle Carolina de Almeida, Inês Aparecida de Souza Azevedo, Isabel Cristina Morello Bianco, Islei Simone Oliveira dos Santos, Ivana R. G. Mollica, Ivana Valeria Pereira da Silva, Janete Roling Spodari, Joaquina Moreira Botana, Joelma Portugal, Jonas Araújo de Ávila Campos, Leandra Silva de Almeida, Livia Mara Menezes Lopes, Lucia Helena Benedito, Luciana Barboza Bento, Luísa Rafaldini dos Santos, Maria Laudicéia Alves Costa, Maria Regina Potenza, Maria Rosa Assis Ferreira, Maria Thereza Pereira Moraes Parellada, Marice Fernandes, Mariluce Barbeiro Pereira, Marlene Busanello, Marta Piedade, Míriam Filgueiras, Nadia Bacci, Ozana Vera Giorgini Carvalho, Paula Mieco Koizumi Masuyama, Ralden Lima, Raquel Pinho dos Santos, Regina Márcia Penha Pimenta, Renan Boeira Rocha, Renata Constantino, Rosa Cristina Lima da Silva, Rosana Cardoso de Souza Bastos, Rosângela Parreira Lopes Amorim, Rosária Coutinho de Andrade, Rosilene Pacheco de Lima, Rosimara Negri, Sergio Moraes, Silvana Pedroso Thomé de Freitas, Simone de Oliveira Costa, Simone Mesquita de Araújo Rodrigues, Sonia Maria Dantas Neves, Sonia Pereira, Soraya Lopes, Stephânia Cotorello Vitorino, Suseli Aparecida dos Santos Pereira, Uyara Liege, Valéria Cristina Rosa Araújo Dourado, Vera Lucia Carvalho Gigliotti dos Reis, Wania Della Rovere e Zelma Tereza Boin Popi.

Coordenadores de Centros Especiais: Ana Paula Menossi Gonçalves (Santa Cruz das Palmeiras, SP), Andrea Daher (Rio de Janeiro, RJ), Elizabeth Lovato de Marchi (Maringá, PR), Eneida C. Silva (Aracaju, SE), Erika Silveira (Passos, MG), Fabrício C. F. da Silva (Santos, SP), Dr. Hermano J. F. de Almeida (João Pessoa, PB), Dr. João Quadros (Caxias do Sul, RS), Lisia R. V. Antonello (Rio Claro, SP), Mara Rosane Andrade (Araquari, SC), Dra. Maria Amin (Belo Horizonte, MG), Maria Elisabete S. Borges (Arapongas, PR), Marcia H. O. Grotti (Brodowski, SP), Neuza A. B. Canalles (Dracena, SP), Norita M. Dastre (São Paulo, SP), Ralden Lima (São Luís, MA), Rosângela Brogim (Maringá, PR), Rosemeire Plepis (Maringá, PR), Rosemery Robert (Rio de Janeiro, RJ), Simone Milaré (Campo Limpo Paulista, SP), Silene Moreira (Manaus, AM) e Solange S. G. Ferreira (Orlândia, SP).

Estados participantes: Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Pernambuco, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Sergipe e São Paulo.

Cidades participantes: Aracaju, Alagoa Grande, Américo Brasiliense, Andradina, Apiaí, Araçoiaba da Serra, Arapongas, Araquari, Araraquara, Arealva, Assis, Astorga, Barretos, Bebedouro, Belo Horizonte, Betim, Brasília, Brodowski, Cabo Frio, Campinas, Campo Grande, Campo Limpo Paulista, Caratinga, Caxias do Sul, Ceres, Codó, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Cotia, Criciúma, Crixás, Cruzeiro, Curitiba, Dracena, Feira de Santana, Fernandópolis, Florianópolis, Garopaba, Governador Valadares, Guará, Guariba, Igarassu, Irecê, Itaberaba, Itamaraju, Jaboticabal, João Pessoa, Joinville, Juazeiro do Norte, Juiz de Fora, Manaus, Maringá, Matão, Mauá, Miguel Pereira, Mococa, Mogi das Cruzes, Natal, Orândia, Passos, Pederneiras, Presidente Prudente, Rio Claro, Rio de Janeiro, Salvador, Santa Rita do Passa Quatro, Santos, São Gonçalo, São Gotardo, São João da Boa Vista, São João do Paraíso, São Luís, São Paulo, São Sebastião, São Sebastião do Paraíso, São Vicente, Taquara, Três Pontes, Tupanciretã, Uberaba e Unai.

**“Para Educadores que desejam
que seus filhos e alunos
tenham controle sobre suas vidas,
e não que a vida tenha controle
sobre eles.”**

Essa cartilha é de domínio público e pode ser
baixada gratuitamente através do site:

www.aprendercrianca.com.br



Instituto Glia, Av. Braz Olaia Acosta, 727 – sala 304
CEP 14026-040 – Ribeirão Preto – SP.
Tel.: (16) 3911-9234