



Artigo Original

Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Quilombolas de Alagoas

Mental Health of Children and Adolescents Quilombolas de Alagoas
Salud Mental de Niños y Adolescentes Quilombolas de Alagoas

Divanise Suruagy Correia¹, Arthur Abreu¹, Maria das Graças Monte Mello Taveira¹, Sandra Lopes Cavalcante¹, João Luiz Melo Sathler, Maria Genelva Almeida Costa¹

¹ Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil.

<https://doi.org/10.28998/rpss.e02106043>

Recebido em: 24/05/2020

Aceito em: 06/07/2020

Disponível online: 09/12/2021

Autor Correspondente:

Arthur Abreu

Email: arthurabbreu@gmail.com



Resumo

Avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes de uma comunidade quilombola em Alagoas. Trata-se de um estudo transversal, analítico. Usou-se como instrumento o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) em uma amostra de 181 escolares, de ambos os sexos, na faixa etária de 4 a 18 anos residentes em uma comunidade quilombola, em 2017. A coleta de dados foi feita através de entrevistas individuais em reuniões convocadas pela referida instituição. Foram pesquisados – Em todas subescalas do SDQ há pelo menos 25% de riscos de desenvolvimento de transtorno mental em crianças e adolescentes. Em relação ao sexo, sintomas emocionais e problemas de comportamento foram mais frequentes entre mulheres. Comparando faixa etária, o resultado que obteve maior impacto foi o relacionado à problema de comportamento em adolescentes. O uso do SDQ permite diagnóstico, apenas de triagem. Os dados podem subsidiar elaboração de estratégias de intervenção na população quilombola.

Descritores: Saúde Mental; Crianças; Adolescentes; Quilombolas.

Abstract

To evaluate the mental health of children and adolescents from a quilombola community in Alagoas. This is a cross-sectional, analytical study. The Skills and Difficulties Questionnaire (SDQ) was used as an instrument in a sample of 181 schoolchildren of both sexes, aged 4 to 18 years living in a quilombola community, in 2017. Data collection was done through individual interviews at meetings convened by the institution. They were surveyed – In all subscales of the SDQ there is at least 25% of risks of developing mental disorder in children and adolescents. Regarding gender, emotional symptoms and behavior problems were more frequent among women. Comparing age group, the result that had the greatest impact was related to the behavior problem in adolescents. The use of SDQ allows diagnosis, screening only. The data can support the development of intervention strategies in the quilombola population.

Descriptors: Health Mental; Children; Adolescents; Quilombolas.

Resumen

Evaluar la salud mental de niños y adolescentes de una comunidad quilombola en Alagoas. Este es un estudio analítico transversal. El Cuestionario de Habilidades y Dificultades (SDQ) se utilizó como instrumento en una muestra de 181 escolares de ambos sexos, de 4 a 18 años que vivían en una comunidad quilombola, en 2017. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas individuales en reuniones convocadas por la institución. Fueron encuestados – En todas las subescalas del SDQ hay al menos el 25% de los riesgos de desarrollar trastorno mental en niños y adolescentes. En cuanto al género, los síntomas emocionales y los problemas de conducta eran más frecuentes entre las mujeres. Comparando el grupo de edad, el resultado que tuvo mayor impacto estuvo relacionado con el problema de comportamiento en los adolescentes. El uso de SDQ sólo permite el diagnóstico, el cribado. Los datos pueden apoyar el desarrollo de estrategias de intervención en la población quilombola.

Descritores: Salud Menal; Niños; Adolescentes; Quilombola.

INTRODUÇÃO

A importância das queixas relativas aos transtornos psicossociais entre crianças e adolescentes destaca-se nos últimos anos, principalmente pela mudança do perfil de morbidade da faixa etária pediátrica, devido à redução de doenças como a diarreia e as que são evitáveis pela vacinação. Era comum o fato de que a assistência à saúde mental desse grupo etário se concentrasse em problemas graves, como Transtorno do Espectro Autista e Psicoses. Nos últimos anos outras preocupações começaram a emergir, incluindo populações em situações de vulnerabilidade social (como envolvimento com drogas, prostituição, violências) e questões relacionadas a vida escolar (1-3).

A avaliação da saúde mental infantil costuma visar à identificação de crianças que merecem uma investigação mais aprofundada, destacando-se as peculiaridades neste processo avaliativo com criança, por estarem as mesmas em processo de desenvolvimento, apresentando características diferentes de acordo com a faixa etária, exigindo muitas vezes que os instrumentos se adaptem, o que mostra a importância da escolha do instrumento ou técnica mais eficaz para atingir a investigação pretendida além do adequado esclarecimento a quem melhor se deve aplicar os instrumentos, se aos pais/cuidadores, professores ou a própria criança (4).

Os determinantes da saúde mental não incluem apenas os atributos da ordem individual, como o grau de habilidade pessoal em manejar emoções, sentimentos e comportamentos, mas abrange fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. A exposição à adversidade em uma idade jovem é um fator de risco previsível estabelecido para transtornos mentais (5).

Estudos demonstram correlação entre saúde mental infantil e desigualdades sociais em todo mundo, particularmente no Brasil, verifica-se que os PSM estão mais presentes em crianças expostas a fatores de vulnerabilidade, como baixos níveis de educação, precariedade da assistência médica e familiar, de segurança e estar suscetível a diferentes formas de violência (6,7). A violência social é problema de saúde pública global, sendo o índice de violência social alto no Brasil, com uma parcela da população enquadrada abaixo do limiar da pobreza (7).

Elemento importante na história brasileira, os quilombos, tem destaque no estado de Alagoas. Foram espaços de resistência em tempos atras, quando da escravidão, agora são espaços de resistência cultural. No cenário dos quilombos, as comunidades remanescentes podem ser compreendidas como núcleos de luta por melhores condições de vida e pela manutenção de costumes, crenças e tradições. O processo histórico das comunidades quilombolas é marcado por discriminação, exclusão e enfrentam uma realidade socioeconômica bastante excludente em relação à população brasileira em geral (8). Em Alagoas elas se caracterizam por grande precariedade socioeconômica, destacando-se o grande contingente de famílias pertencentes à classe econômica E, o que leva a vulnerabilidade social (9).

A partir da década de 1970, o estudo da população negra, com destaque na cultura e identidade, traz a ideia da proximidade de movimentos sociais negros, reflexões

relativas ao tema. O quilombo é símbolo de resistência étnica e política e guarda características particulares do modelo africano (10). A presença do Estado nas comunidades quilombolas é recente, fato que pode ter afastado as mesmas de benefícios como os das políticas públicas de saúde, educação e programas sociais (11).

Assim, diante da precariedade socioeconômica vigente nas comunidades quilombolas em Alagoas e da escassez de estudos locais referentes ao tema de saúde mental infantil, este artigo se justifica por configurar-se como ferramenta para identificação precoce de possíveis problemas de saúde mental, propiciando ações de atenção e intervenção adequadas, uma vez que objetiva avaliar a saúde mental de crianças e adolescentes de uma comunidade quilombola em Alagoas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em uma amostra por conveniência, composta por 181 estudantes, na faixa etária dos 4 aos 18 anos, de uma escola pública localizada em uma comunidade quilombola, em Alagoas em 2018.

O instrumento usado no estudo foi o Questionário de Capacidades e Dificuldades (Strength and Difficulties Questionnaire) – SDQ. Desenvolvido por Goodman (12) e validado para o Brasil por Woerner et al. (13). O SDQ é um questionário de screening/triagem para problemas de saúde mental de crianças e adolescentes utilizado, portanto, para identificar conjuntos de sintomas e não realizar diagnósticos. Existem três versões deste instrumento: para pais, para professores e para jovens (a partir dos 11 anos), podendo ser autoaplicáveis (14). Os autores optaram por este instrumento pelos critérios: rapidez e facilidade de aplicação, possibilidade de geração de hipóteses diagnósticas e possibilidade de possíveis intervenções.

Ele é composto por 25 questões que abrangem cinco dimensões, sendo 4 relacionadas as dificuldades (sintomas emocionais, problemas de comportamento/conduita, hiperatividade e problemas com os pares), e uma relacionada as capacidades (comportamento pró social). Oferece três opções de respostas, que variam em uma escala de três pontos: falso: 0, mais ou menos verdadeiro: 1 e verdadeiro: 2.

Além da sua capacidade em avaliar os sintomas, o SDQ também possui um suplemento de impacto, que avalia o impacto dos sintomas na própria criança e seu contexto (14). Goodman (12) refere que em amostras de alto risco, ou seja, as que não se referem à população em geral, os falsos positivos não são a prioridade.

Os pesquisados podem ser classificados em três categorias de acordo com a soma de cada escala e a soma total: desenvolvimento normal, limítrofe ou anormal. Em relação a subescala de comportamento pró social, quanto maior a pontuação menor a quantidade de queixas, enquanto nas outras subescalas a pontuação é diretamente proporcional a quantidade de queixas. Neste trabalho, optou-se por agrupar limítrofe e anormal na construção dos resultados.

Destaca-se que a saúde mental das crianças entre 4 e 10 anos foi avaliada pelo SDQ na versão para os professores,

e os adolescentes entre 11 e 18 anos foi avaliado pelo SDQ nas versões para os jovens. A coleta de dados foi feita através de entrevistas individuais em reuniões convocadas pela referida instituição.

Foram inclusos todas crianças e adolescentes entre 4 e 18 anos que estavam matriculadas na instituição selecionada e excluídos aqueles que faltaram no dia da aplicação do que instrumento (adolescentes) e aqueles cujos pais não assinaram/devolveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As tabelas deste trabalho foram construídas de maneira invertida para melhor síntese e agrupamento dos resultados obtidos. Para análise dos dados, foi desenvolvido um banco no programa Microsoft Excel® versão 2013. As análises descritivas e inferências foram realizadas com o auxílio do software Epi Info, versão 7.2.3. Foi utilizado o teste de qui-quadrado e calculada a razão de chances (odds ratio - OR) com intervalo de confiança de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, número do parecer: 1.455.575.

RESULTADOS

Foram analisados 115 crianças e 66 adolescentes, totalizando uma amostra de 181 indivíduos, com séries compreendidas entre o Jardim 1 e o 9º ano do ensino fundamental. De acordo com os resultados obtidos no SDQ, a tabela 1 apresenta a frequência de crianças e adolescentes nas categorias de desenvolvimento anormal/limítrofe e normal, nas cinco subescalas do questionário.

Observa-se na Tabela 1, que as subescalas com maior porcentagem de crianças e adolescentes anormal/limítrofe foram: problemas de relacionamento (82,3%) e problemas de comportamento (48,6%), seguidos por hiperatividade (42,5%), comportamento pró-social (40,3%) e sintomas emocionais (29,3%).

A tabela 2, apresenta a frequência de crianças e adolescentes nas categorias anormal/limítrofe e normal de acordo com o sexo e as 5 subescalas do SDQ. Os resultados que obtiveram significância foram os relacionados aos sintomas emocionais, com 39,0% do sexo feminino e odds = 2,4 (IC 95% = 1,2 - 4,6), e problemas de comportamento, com 58,5% de mulheres e odds = 2,1 (IC 95% = 1,1- a 3,8).

A tabela 3, apresenta a distribuição dos indivíduos pesquisados por faixa etária e classificação arbitrada (anormais/limítrofes e normais). O resultado que obteve maior destaque foi o relacionado a problemas de comportamento (60,6%) entre adolescentes (41,7% para crianças), para classificação anormal/limítrofe com odds = 2,1 (IC 95% = 1,2 - 4). Outros resultados que se destacam são os no âmbito dos problemas de relacionamento, com 88,7% de crianças (71,2% de adolescentes) com odds = 0,3 (IC 95% 0,1- 0,7), e os relacionados a comportamento pró-social, com 46,1% de crianças, (30,3% de adolescentes) e odds = 0,5 (IC 95% = 0,3- 0,9).

DISCUSSÃO

A prevalência de transtorno psiquiátrico na infância e adolescência varia entre 7,0% a 15,6% dependendo do país investigado, da exposição a fatores de risco e da metodologia

Tabela 1 - Distribuição dos indivíduos estudado segundo as subescalas do SDQ.

Subescala	n	%	Intervalo de confiança	
			L.inf.	L.sup.
S i n t o m a s Emocionais				
Anormal/limítrofe	53	29,3	22,8	36,5
Normal	128	70,7	63,5	77,2
Problemas de Comportamento				
Anormal/limítrofe	88	48,6	41,1	56,1
Normal	93	51,4	43,9	58,9
Problemas de Hiperatividade				
Anormal/limítrofe	77	42,5	35,2	50,1
Normal	104	57,5	49,9	64,8
Problemas de Relacionamento				
Anormal/limítrofe	149	82,3	76,0	87,6
Normal	32	17,7	12,4	24,0
Comportamento Pró-social				
Anormal/limítrofe	73	40,3	33,1	47,9
Normal	108	59,7	52,1	66,9
Total				
A n o r m a l / limítrofe	160	88,4	82,8	92,7

utilizada. Entretanto, nos países em desenvolvimento são escassos em estudos epidemiológicos, o que dificulta análise por não fornecerem dados precisos dessa prevalência(15, 16).

As políticas voltadas para a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil tem surgimento tardio em relação a outros países mais desenvolvidos. O cuidado desse grupo etário ficou por muito tempo com a área da educação e do serviço social, desta forma as ações eram mais corretivas e reparadoras do que focadas nas reais necessidades biopsicossociais (17). Problemas relacionados à saúde mental na infância podem provocar limitações no desenvolvimento social, desempenho na escola e na autoestima, interferindo em seus futuros emocionais podendo acarretar uma possível psicopatologia na fase adulta (18).

Os resultados deste estudo comparados com a literatura (19,20)mostram-se altos. Em todas subescalas do SDQ há pelo menos 25,0% de riscos de desenvolvimento de transtorno mental em crianças e adolescentes, chegando até a 82,3% quando se observa os problemas de relacionamento. Observando-se o ambiente onde foram coletados os dados, ou seja, a escola, o mau desempenho escolar encontra-se associado a comportamentos antissociais e agressivos, geralmente dificuldades de aprendizagem e rendimento escolar estão associados a problemas emocionais, que podem interferir em vários aspectos da vida (19).

Estudos destacam que o sexo masculino apresenta mais problemas de comportamento externalizante, do que o sexo feminino, que apresenta mais dificuldades em comportamentos internalizante (19 -22). Em relação a

Tabela 2 - Distribuição dos indivíduos segundo Sexo e subescalas do SDQ

Subescalas	Gênero*				IC95%		
	F		M		ODDS	L. inf.	L. sup.
S i n t o m a s Emocionais	n	%	n	%			
Anormal/limítrofe	32	39,0	21	21,2	**2,4	1,2	4,6
Normal	50	61,0	78	78,8			
Problemas de Comportamento							
Anormal/limítrofe	48	58,5	40	40,4	**2,1	1,1	3,8
Normal	34	41,5	59	59,6			
Problemas de Hiperatividade							
Anormal/limítrofe	30	36,6	47	47,5	0,6	0,4	1,2
Normal	52	63,4	52	52,5			
Problemas de Relacionamento							
Anormal/limítrofe	71	86,6	78	78,8	1,7	0,8	3,9
Normal	11	13,4	21	21,2			
Comportamento Pró-social							
Anormal/limítrofe	29	35,4	44	44,4	0,7	0,4	1,2
Normal	53	64,6	55	55,6			

Nota:*A letra (F) representa o sexo feminino e a letra (M) o sexo masculino.

**Significativo.

Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos segundo as subescalas do SDQ e faixa etária

Subescalas	Gênero*				IC95%		
	C		A		ODDS	L. inf.	L. sup.
S i n t o m a s Emocionais	n	%	n	%			
Anormal/limítrofe	31	27,0	22	33,3	1,4	0,7	2,6
Normal	84	73,0	44	66,7			
Problemas de Comportamento							
Anormal/limítrofe	48	41,7	40	60,6	**2,1	1,2	4,0
Normal	67	58,3	26	39,4			
Problemas de Hiperatividade							
Anormal/limítrofe	45	39,1	32	48,5	1,5	0,8	2,7
Normal	70	60,9	34	51,5			
Problemas de Relacionamento							
Anormal/limítrofe	102	88,7	47	71,2	**0,3	0,1	0,7
Normal	13	11,3	19	28,8			
Comportamento Pró-social							
Anormal/limítrofe	53	46,1	20	30,3	**0,5	0,3	0,9
Normal	62	53,9	46	69,7			

Nota:*As letras C representa as crianças e A representa adolescentes.

**Significativo.

diferença entre sexos, um estudo (21) mostrou que ser do masculino e sofrer punição física grave é um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, todavia este estudo encontrou entre os resultados significativos, maior frequência em categorias anormal/límitrofe no sexo feminino nas subescalas de sintomas emocionais e problemas de comportamento (tabela 2).

A maior tendência das meninas para introjetar as dificuldades e somatizá-las pode relacionar-se à influência do meio cultural que as permite exibir mais queixas do que aos meninos. Os pais podem ainda manter algumas regras diferenciadas para educar meninos e meninas: os meninos são criados para serem fortes e desaconselha-se que demonstrem seus sentimentos, enquanto às meninas permitem-se mais comportamentos emotivos e expressão de sentimentos (22).

No âmbito dos problemas de relacionamento, fica evidente uma contradição entre a alta frequência aqui encontrados e relatos de valores histórico-culturais das comunidades quilombolas, que se fundamentam na satisfação de suas necessidades mútuas com o uso comum da terra. É nesse sentido que território, cultura e etnicidade se mesclam, assegurando-lhes a continuidade. Entretanto, é necessário ressaltar que o espaço escolar reflete a sociedade e suas contradições, sendo palco de conflitos e desigualdades múltiplas e sobrepostas, proporcionando, assim, uma nova perspectiva nessas crianças e adolescentes (23).

Observando-se a subescala dos problemas de comportamento, que abrange questionamentos principalmente sobre impulsividade e desvio de conduta, há uma concordância entre os resultados deste estudo e as raízes históricas das comunidades quilombolas (24). Os quilombos foram a maior forma de resistência à lógica da escravidão, que estava em desacordo com as premissas da modernidade, do liberalismo, da liberdade do indivíduo, do domínio sobre seu próprio corpo e da vontade autônoma (24,25)

No entanto, vendo os dados sob uma ótica distinta, tal achado poderia ser justificado devido a condição de vulnerabilidade socioeconômica da população quilombola estudada que está localizada em uma região do Brasil com baixo índice de desenvolvimento humano. Crianças abaixo da linha de pobreza, de cor da pele negra, com pais com baixa escolaridade, e vivendo em famílias monoparentais ou compostas por madrastra/padrasto apresentaram mais precária competência social e mais problemas de comportamento (26, 27).

Na perspectiva da idade, o estudo que comparou as características apresentadas entre as crianças de 2ª, 3ª e 4ª séries (28), encontrou que a média da pontuação do SDQ tendeu a diminuir com a escolarização na maioria das subescalas do SDQ, corroborando outro estudo (29), que apresentou que transtornos mentais aumentam no período próximo e durante a adolescência. Dados diferentes deste trabalho, em que os adolescentes apenas tiveram resultados estatisticamente significativa na subescala de problemas de comportamento, quando comparados com as crianças (tabela 3), enquanto estas apresentaram resultados superiores no âmbito de problemas de relacionamento e

comportamento pró-social.

Destaca-se como limitação deste estudo o uso de apenas duas versões do SDQ, (professores e autoaplicação com adolescentes) pela dificuldade em reunir os pais para a aplicação do instrumento, considerando suas atividades de trabalho diários. Outra limitação que pode ser apontada se encontra no âmbito da dificuldade em avaliar uma comunidade com grande singularidade cultural e inexistência de estudos publicados neste sentido. Entende-se que a interdisciplinaridade é importante para um diálogo mais complexo entre saúde mental e crianças/adolescentes quilombolas.

No entanto, é importante esta contribuição numa área com poucas pesquisas realizadas, que é a saúde mental infanto-juvenil em populações negras. A história do afrodescendente tem um percurso de ausência e de presença na sociedade brasileira à medida que a dinâmica racial e social se construiu, negando a sua presença e fragmentando-o social e culturalmente (24).

CONCLUSÃO

Os dados coletados através do SDQ não possuem caráter de diagnóstico, apenas de triagem, necessitando de diagnóstico com profissionais capacitados. Entretanto, os dados aqui apresentados podem subsidiar novas pesquisas, bem como a elaboração de estratégias de intervenção, visando à melhoria do desenvolvimento integral das crianças/adolescentes e seus familiares, particularmente na população quilombola.

Assim, conclui-se que mais estudos são necessários sobre o tema, tanto nesta população como em outros contextos.

REFERÊNCIAS

- 1- Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018, 23(6), 1737-1750.
- 2- Sampasa-Kanyinga H, Colman I, Goldfield GS, Janssen I, Wang J, Podinic I, Tremblay MS, Saunders TJ, Sampson M, Chaput JP. Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020. 5;17(1):72. doi: 10.1186/s12966-020-00976-x. PMID: 32503638; PMCID: PMC7273653.
- 3- Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S, Moore E, Mensah MO, Docherty M, et al. Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. *Curr Psychiatry Rep*. 2019;21(5):35. doi:10.1007/s11920-019-1017-0.
- 4- Duarte CS, Bordin IAS. Instrumentos de avaliação. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2000, 22(Suppl. 2): 55-58.
- 5- World Health Organization - WHO. Draft comprehensive mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization. 2013 Disponível em: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/. Acesso: 30 de maio de 2018.
- 6- Matsukura TS, Fernandes ADSCA, Cid MFB. Saúde mental infantil em contextos de desvantagem socioeconômica: fatores de risco e proteção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 2014, 22 (2): 251-262.
- 7- Hildebrand NA, Celeri EHRV, Morcillo AM, Zanolli ML. Resilience and mental health problems in children and adolescents who have been victims of violence. *Rev Saude Publica*. 2019 Jan 31;53:17. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053000391.
- 8- Ferreira HS, Lamenha MLD, Cavalcante JC, Júnior AFSX, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2011; 30(1), 51-58.
- 9- Secretaria de Estado do Planejamento, Gestão e Patrimônio. (2015). Estudo sobre as comunidades Quilombolas de Alagoas/Alagoas.

Maceió. Disponível em : <http://www.iteral.al.gov.br/dtpaf/comunidades-quilombolas-de-alagoas/estudocomunidadesquilombolas.pdf>. Acesso 19 de jun de 2018.

- 10- Neto CS, Soares E, Coqueiro E. Do Quilombo à Escola: Ancestralidade e Práticas Pedagógicas. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1501> Acesso 14 de maio de 2018.
- 11- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Política Nacional de Assistência Social. Brasília. 2008. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/publicacoes/antigas/rel-anual-de-aval/2008/08_ppa_aval_cad17_mds.pdf. Acesso 17 de jun de 2018.
- 12- Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997; 38, 581-586.
- 13- Woerner W, Fleitlich BB, Martinussen R, Fletcher J., Cucchiari G, Dalgalarondo P et al. The strengths and difficulties questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 13, 47–54. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15243786>. doi:10.1007/s00787-004-2008-0. Acesso em 10 de maio de 2017.
- 14- Fleitlich B, Cortazar P, Goodman, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). *Revista Infante (de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência)*, 2000; 8 (sn): 44-50.
- 15- Petresco S, Anselmi L, Santos IS, Barros AJD, Fleitlich Bilyk B, Barro FC et al Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6 year old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4028510/>. Acesso em 10 de jul de 2018.
- 16 - Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2008; 30(4): 384-389.
- 17 - Soares FC, Araújo RS, Chaves ROS. Políticas Públicas de Saúde Mental para Crianças e Adolescentes: a Atuação do Psicólogo. *SANARE*. Sobral. 2018; 17(2):74-81.
- 18- Ignachewsk CL, Batista AP, Toni CGS, Pavoski GTT. Capacidades e dificuldades socioemocionais de crianças antes e após a participação no método FRIENDS. *Rev. Psicol. Saúde* 2019; 11(3): 111-123.
- 19 - Rosa AR, Fernandes GNA, Lemos SMA. Desempenho escolar e comportamentos sociais em adolescentes. *Audiology - Communication Research*, 25, e2287, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3915/391562666018/html/index.html>. Acesso: 15 de fevereiro de 2021.
- 20- Poton WL, Soares LG, Gonçalves H. Problemas de comportamento internalizantes e externalizantes e uso de substâncias na adolescência. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(9):e00205917. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n9/1678-4464-csp-34-09-e00205917.pdf>. Acesso 10 de janeiro de 2020
- 21- Góes TRV, Correia DS. Estresse e Locus de Controle em Adolescentes Grávida. *Revist. Port.: Saúde e Sociedade*. 2016;1(1):5-17.
- 22- Saud LF, Tonelotto JMF. Comportamento social na escola: diferenças entre gêneros e séries. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2005; 9(1), 47-57.
- 23- Sá DGF, Bordin IAS, Martin D, Paula CS. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2010; 26(4), 643-652.
- 24- Carril LF. (2017). Os desafios da educação quilombola no Brasil: o território como contexto e texto. *Revista Brasileira de Educação*. 2017; 22(69), 539-564.
- 25 – Schwarz R. *Ao vencedor as batatas* (6a ed.). São Paulo: Editora 34. 2012.
- 26 – Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Revista de Saúde Pública*, 2009; 43(Supl. 1), 92-100.
- 27 -Silva DF, Santana PR. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: Uma revisão sistemática. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 2012; 6(4), 175 - 185.
- 28 – Stivanin L, Scheuer CI, Assumpção Jr FB, SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire): identificação de características comportamentais de crianças leitoras. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2008; 24(4), 407-413.
- 29- Counselling Directory. Key statistics about children and young people. Disponível em: <http://www.counselingdirectory.org.uk/childrenstats.html>. Acesso 30 de novembro de 2019.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

COMO CITAR

Correia DS, Abreu A, Taveira MGMM, Cavalcante SL, Costa MGA. Saúde Mental de Crianças e Adolescentes Quilombolas de Alagoas. *Revista Portal: Saúde e Sociedade*, 6 (único):e02106043. DOI:10.28998/rpss.e02106043.

