

Crianças Atendidas em um Ambulatório Transdisciplinar de Saúde Mental: levantamento do perfil atual

**Children Treated at an Outpatient Multidisciplinary Mental Health Care: a survey of the current profile**

Fernanda Pereira Muller<sup>1</sup>  
Marina Bento Gastaud<sup>2</sup>

**Resumo:** Estudo transversal e documental com crianças que buscaram atendimento em psicoterapia, psicodiagnóstico, psiquiatria, fonoaudiologia e psicopedagogia, visando traçar o perfil da clientela. A clientela é composta predominantemente por pacientes do sexo masculino, com renda familiar de 2 a 3 salários mínimos, com média de idade de 7,65 anos, pertencentes a famílias separadas e estruturadas, com mães que chegaram ao ensino superior. 12% dos pacientes atendidos no ambulatório não residem em Porto Alegre. Segundo os responsáveis, o problema mais freqüente das crianças pequenas diz respeito à incapacidade de reagir adequadamente a eventos e o das crianças maiores refere-se a comportamento agressivo. As queixas mais prevalentes foram Ansiedade/Depressão e Comportamento Agressivo. A maior fonte de encaminhamento foi a escola; houve poucos encaminhamentos por iniciativa própria dos familiares. A conduta terapêutica mais prescrita na triagem foi psicoterapia, seguida por psicopedagogia. Limitações do estudo, hipóteses explicativas e aplicabilidade dos achados são levantadas.

**Palavras-chave:** atendimento clínico; infância; perfil clientela.

**Abstract:** Cross-sectional and documentary study with children who sought care in psychotherapy, psychodiagnostic, psychiatry, speech therapy and pedagogy in order to profile the customers. The clientele is mostly comprised of male patients, with family incomes from two to three minimum wages, with an average age of 7.65 years, from separated or structured families, with mothers who studied higher education. 12% of patients treated at the clinic do not live in Porto Alegre. According to the parents or the child responsible, the most frequent problem of young children is the inability to react appropriately to events and of the older children is the aggressive behavior. The most prevalent complaints were anxiety / depression and aggressive behavior. The biggest source of referral was the school; there were few referrals from family members on their own initiative. The most commonly prescribed therapeutic screening was psychotherapy, followed by pedagogy. Limitations of the study, explanatory hypotheses and applicability of the findings are raised.

**Keywords:** clinical care; childhood; clientele profile.

---

<sup>1</sup> Acadêmica de Psicologia, PUCRS. Auxiliar de Pesquisa do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

<sup>2</sup> Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica, PUCRS. Doutoranda em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS. Coordenadora do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. Contato: marinagastaud@hotmail.com

## Introdução

Cada vez mais hoje em dia, há crescente discussão no meio clínico e científico a respeito da necessidade de obter dados empíricos que fundamentem as indicações terapêuticas, independentemente da modalidade.

A prevalência de transtornos psiquiátricos e psicológicos na população infantil é alta. Estudo recente (NUNES et al., 2006) estimou que 10% da população de Porto Alegre entre zero e nove anos de idade teriam necessidade de atendimento especializado em saúde mental. Estes dados confirmam ainda mais a importância de crianças com transtornos mentais receberem ajuda especializada nas áreas de psicologia, pedagogia, medicina, fonoaudiologia e neurologia.

Apesar de todos estes dados, a literatura apresenta um problema: muitas vezes está defasada, pois não retrata necessariamente o perfil atual de pacientes que buscam atendimento. Baseia-se em dados teóricos ou obtidos em épocas anteriores e apóia-se mais em pacientes de consultório do que em pacientes de instituição, os quais de fato abrangem um público diferente. Isso talvez seja um dos fatores que faça com que o abandono nos tratamentos de crianças seja tão alto; ao redor de 60% nas psicoterapias (MIDGLEY e NAVRIDDI, 2007; GASTAUD e NUNES, 2009) e 25% na psiquiatria (OFLSON, 1991).

Por todos estes motivos, torna-se relevante levantar o perfil de pacientes atendidos em instituições voltadas à saúde mental na atualidade. A partir da obtenção deste perfil, os profissionais que atendem essa clientela de crianças poderão traçar medidas específicas de intervenção e adequar suas técnicas à população atual, tornando o tratamento mais efetivo. Este estudo, portanto, tem o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico (sexo, idade, renda, religião, cidade em que reside, idade da mãe, idade do pai, idade do responsável, escolaridade da mãe, escolaridade do pai, escolaridade do responsável, tipo de moradia) e clínico (características de comportamento relatadas pelo responsável, grau de coesão e adaptabilidade da família, risco familiar de desenvolver problemas psiquiátricos, mês da busca por atendimento, fonte de encaminhamento, motivo de consulta, história de tratamentos prévios, uso de medicação, conduta terapêutica) de crianças que buscaram atendimento em um ambulatório transdisciplinar de saúde mental na cidade de Porto Alegre.

## Método

Trata-se de um estudo transversal e documental realizado a partir de prontuários de crianças atendidas no Contemporâneo – Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade. O Contemporâneo é uma instituição nas áreas de ensino, científica, de pesquisa e clínica social que integra o estudo teórico da psicanálise com as práticas de psicoterapia, psiquiatria, psicopedagogia, fonoaudiologia e nutrição. Caracteriza-se por atender a população de média e baixa renda e oferecer tratamentos com término aberto (ou seja, não tem data limite para a alta).

Os pacientes que buscam atendimento nesta instituição passam por uma entrevista de recepção e pesquisa e a seguir são encaminhados ao tratamento mais adequado para cada caso. O responsável pela criança comparece a esta entrevista, na qual preenche alguns questionários sobre o paciente e conversa com um profissional especializado em fazer triagens. Nessa entrevista e com base nos resultados dos questionários, a criança é encaminhada para o tipo de atendimento mais adequado para o seu caso específico. Os dados da presente investigação foram obtidos a partir dos formulários preenchidos pelos responsáveis e pelos triadores durante esta entrevista de recepção e pesquisa.

As variáveis de interesse foram assim definidas:

- a) sexo, idade do paciente, religião, cidade em que reside, idade da mãe, idade do pai e idade do responsável, tipo de moradia, fonte de encaminhamento e história de tratamentos prévios: conforme assinalado no formulário do paciente;
- b) renda: conforme referido pelo paciente a partir das categorias: até 1 salário mínimo, de 2 a 3 salários mínimos, de 4 a 6 salários mínimos, de 7 a 10 salários mínimos e mais do que 10 salários mínimos;
- c) escolaridade da mãe, escolaridade do pai, escolaridade do responsável: Em situações em que o responsável pela criança não é seu pai ou sua mãe, a escolaridade do responsável é preenchida no formulário sócio-demográfico. Nesta pesquisa, considerou-se a escolaridade máxima do respondente, independentemente de ter ou não concluído o curso em questão;

d) motivo de consulta: Para classificação desta variável foram utilizadas as escalas de social e de comportamento do *Child Behavior Check-List* (CBCL). Após relato verbal do paciente sobre o motivo de consulta, o triador categorizava a resposta de acordo com as seguintes opções: 1) Ansiedade/Depressão (exemplos: baixa autoestima, choros, medos, culpa); 2) Retraimento/Depressão (exemplos: timidez, isolamento, inatividade); 3) Queixas somáticas (exemplos: dores, tontura, cansaço, vômitos, constipação, enurese); 4) Problemas de relacionamento (exemplos: dependência, pessoas não gostam do paciente, implicante); 5) Problemas de pensamento (exemplos: alucinações, idéias estranhas, comportamentos bizarros, pesadelos); 6) Problemas de atenção (exemplos: falta de concentração, inquietação, impulsividade); 7) Comportamento opositor/desafiador/delinquente (exemplos: fugas, roubos, vandalismo, uso de álcool e drogas); 8) Comportamento agressivo (exemplos: brigas, gritos, discussões, destrói coisas, ataques); 9) Problemas de aprendizagem (exemplos: repetência escolar, notas baixas);

e) características de comportamento da criança: extraídas dos resultados do CBCL (*Child Behavior Check-List*) preenchido pelo responsável no momento da triagem. O *Child Behavior Check-List* (CBCL) é um questionário que avalia competência social e problemas de comportamento em crianças e adolescentes, a partir de informações fornecidas pelos pais ou cuidadores. A classificação divide-se em categorias: Clínica, Limítrofe e Não Clínica. A versão brasileira do CBCL alcançou boa sensibilidade (87%), identificando corretamente 75% dos casos leves, 95% dos moderados e 100% dos casos graves (BORDIN, MARI e CAEIRO, 1995). O CBCL divide-se em dois: 1) para crianças entre um ano e meio e 5 anos de idade, e 2) para crianças e adolescentes entre de 6 e 18 anos.

As classificações de 1 ano e meio a 5 anos são as seguintes:

Sintomas:

Emocionalmente Reativo: Avalia o quanto o paciente apresenta reação afetiva sintomática e a eventos, tais como: se desorganiza com mudanças, entra em pânico, muda rapidamente de humor, chateia-se com novidades, etc.

**Ansiedade / Depressão:** Avalia o quanto o paciente apresenta sintomas de ansiedade e depressão, tais como: dependência excessiva, magoa-se, ansiedade de separação, nervosismo, medo, tristeza, etc.

**Queixas somáticas:** Avalia o quanto o paciente apresenta sintomas somáticos, tais como: constipação, tontura, dores, náusea, diarreia, etc.

**Retraimento:** Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de retraimento, tais como: regressiva, evita contato visual, não responde, pouco interesse, pouco afetiva, não reage afetivamente, etc.

**Problemas de sono:** Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de sono, tais como: não dorme sozinha, pesadelos, resiste a ir para a cama, dorme pouco, sonambulismo, acorda durante a noite, etc.

**Problemas de Atenção:** Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de atenção, tais como: dificuldade de concentração, agitado, atrapalhado, devaneios, etc.

**Comportamento agressivo:** Avalia o quanto o paciente apresenta comportamentos agressivos, tais como: destrói coisas, birra, ataques de raiva, desafiador, não tolera espera, egoísmo, frustração, agride os outros, etc.

#### Problemas Internalizantes / Externalizantes

**Problemas Internalizantes:** Com base nos sintomas pontuados na escala anterior, avalia o quanto o paciente apresenta problemas de comportamento internalizante, ou seja, os problemas de comportamento incidem sobre o paciente, e não sobre o meio externo (Emocionalmente reativo, ansiedade / depressão, problemas somáticos, retraimento).

**Problemas Externalizantes:** Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de comportamento externalizante, ou seja, os problemas de comportamento incidem diretamente sobre o meio externo (problemas de atenção, comportamento agressivo).

As Classificações do CBCL de 6 a 18 anos são as seguintes:

#### Competência Social

**Atividades:** Avalia o quanto o paciente pratica atividades, tais como: esportes, participações em organizações, tarefas de casa, etc.

Social: Avalia os relacionamentos estabelecidos pelo paciente: o número de amizades, a capacidade de relacionar com os irmãos e seus pares em comparação a crianças / adolescentes da sua idade, a qualidade de relacionamento com os pais e a capacidade de autonomia.

Escolar: Avalia o desempenho de capacidade nas disciplinas escolares.

#### Sintomas

Ansiedade / Depressão: Avalia o quanto o paciente apresenta sintomas de ansiedade e depressão, tais como: choros, medos, nervosismo, sentimentos de desvalia, preocupações, etc.

Retraimento / Depressão: Avalia o quanto o paciente apresenta sintomas de retraimento e depressão, tais como: aproveita pouco, prefere ficar sozinha, não fala, timidez, tristeza, etc.

Queixas somáticas: Avalia o quanto o paciente apresenta sintomas somáticos, tais como: pesadelos, constipação, tontura, cansaço, dores, náusea, etc.

Problemas de Relacionamento: Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de relacionamento, tais como: dependência excessiva, solidão, ciúmes, não se da bem com as pessoas, implicante, atrapalhado, etc.

Problemas de Pensamento: Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de pensamento, tais como: machuca-se, alucinações, atos repetitivos, problemas do sono, comportamentos estranhos, etc.

Problemas de Atenção: Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de atenção, tais como: confusão, impulsividade, dificuldade de concentração, problemas escolares.

Problemas de Comportamento desafiador/ opositor/ delinqüente: Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de conduta, tais como: uso de álcool e droga, vandalismo, não sente culpa, mentiras, roubos, etc.

Comportamento agressivo: Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de comportamento agressivo, tais como: birra, ataques de raiva, discussões, teimosia, brigas, mudanças de humor, destrói coisas, etc.

#### Problemas Internalizantes / Externalizantes

Problemas Internalizantes: Com base nos sintomas pontuados na escala anterior, avalia o quanto o paciente apresenta problemas de comportamento internalizante, ou seja, os problemas de comportamento incidem sobre o paciente, e não sobre o meio externo (Ansiedade / depressão, Retraimento / Depressão, Problemas somáticos).

Problemas Externalizantes: Avalia o quanto o paciente apresenta problemas de comportamento externalizante, ou seja, os problemas de comportamento incidem diretamente sobre o meio externo (Comportamento desafiador / opositor, Comportamento agressivo).

f) grau de coesão e adaptabilidade da família: extraídos a partir dos resultados da FACES (*Family Adaptability and Cohesion Scales*) preenchida pelo responsável no momento da triagem. Trata-se de um questionário auto-aplicável, o qual avalia o funcionamento familiar em que o paciente está inserido, a partir da percepção do responsável pela criança se este for da família nuclear do paciente. O grau de coesão familiar se refere à capacidade da família de manter-se unida frente às vicissitudes do dia-a-dia. O grau de adaptabilidade é a capacidade dos membros da família de modificar papéis e regras de funcionamento para adequá-los à tarefa ou ao momento a enfrentar.

g) risco familiar de desenvolver problemas psiquiátricos: extraído da FACES, com base nas combinações possíveis dos resultados de coesão e adaptabilidade.

Conduta terapêutica: conforme assinalado pelo triador após a entrevista de recepção e pesquisa.

Foram pesquisados prontuários de crianças que buscaram atendimento entre junho de 2009 e maio de 2011. Consideraram-se crianças pessoas com até 12 anos incompletos, segundo critério do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990).

Compuseram a amostra, então, todas as crianças que buscaram atendimento no ambulatório no período de 24 meses referido e cujos responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando que os dados de seu atendimento fossem usados para pesquisa e ensino.

O banco de dados foi elaborado no SPSS versão 17. A análise estatística utilizou o mesmo programa e foi feita em termos de frequência, porcentagem, medidas de dispersão e tendência central.

## Resultados

Durante o referido período, 206 responsáveis buscaram atendimento para pacientes crianças na instituição. Desses, 14 não assinaram o termo de consentimento, restando 192 pacientes para a amostra final desta investigação. Como se trata de pesquisa com dados secundários, algumas variáveis não puderam ser obtidas a partir dos prontuários, demonstradas nas tabelas como ‘não consta’.

A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas da amostra. A média de idade das crianças atendidas foi de 7,65 anos (desvio padrão = 2,34 anos).

Tabela 1 – Caracterização da amostra quando às variáveis sócio-demográficas

	n (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	117 (61,3)
Feminino	74 (38,7)
<b>Renda familiar</b>	
Até 1 SM	32 (16,8)
2 a 3 SM	66 (34,6)
4 a 6 SM	44 (23,0)
7 a 10 SM	18 (9,4)
Mais de 10 SM	10 (5,2)
Não consta	21 (11,0)
<b>Religião</b>	
Católica	116 (60,7)
Espírita	12 (6,3)
Evangélica	8 (4,2)
Testemunha de Jeová	3 (1,6)
Judaica	2 (1,0)
Outras*	5 (2,5)
Não consta	45 (23,5)
<b>Cidade em que reside</b>	
Porto Alegre	136 (71,2)
Região Metropolitana	21 (11,0)
Interior do estado, Serra, Litoral	1 (0,5)
Outro estado	1 (0,5)
Não consta	32 (16,8)
<b>Tipo de moradia do responsável</b>	
Própria	98 (51,3)
Alugada	31 (16,2)
Cedida	26 (13,6)



## Artigos

Financiada	16 (8,4)
Pensionato/Abrigo	8 (4,2)
Não consta	12 (6,3)
<b>Idade do paciente</b>	
2 anos	3 (1,6)
3 anos	7 (3,7)
4 anos	10 (5,2)
5 anos	12 (6,3)
6 anos	31 (16,2)
7 anos	31 (16,2)
8 anos	18 (9,4)
9 anos	25 (13,1)
10 anos	31 (16,2)
11 anos	23 (12,0)

(\*Foram agrupadas na categoria ‘Outras’ todas as religiões com apenas um representante na amostra – africana, protestante, adventista, etc.)

Fonte: das autoras

A tabela 2 mostra a idade e escolaridade da mãe, do pai e do responsável pelo paciente.

Tabela 2 – Escolaridade e idade da mãe, do pai e do responsável pelas crianças

	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b><u>Mãe do paciente</u></b>		
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	25 (13,1)	
Ensino Médio	66 (34,6)	
Ensino Técnico/Profissionalizante	3 (1,5)	
Ensino Superior	76 (39,8)	
Não Consta	21 (11,0)	
<b>Idade</b>		36,22 (7,88)
20 a 29 anos	38 (19,9)	
30 a 39 anos	78 (40,8)	
40 a 49 anos	50 (26,2)	
50 a 59 anos	8 (4,2)	
Acima de 60 anos	1 (0,5)	
Não consta	16 (8,4)	
<b><u>Pai do paciente</u></b>		
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	22 (11,5)	
Ensino Médio	64 (33,5)	
Ensino Técnico/Profissionalizante	4 (2,1)	
Ensino Superior	57 (29,9)	
Não Consta	44 (23,0)	
<b>Idade</b>		38,60 (8,36)
20 a 29 anos	22 (11,5)	
30 a 39 anos	61 (31,9)	
40 a 49 anos	46 (24,1)	
50 a 59 anos	16 (8,4)	
Acima de 60 anos	2 (1,0)	
Não consta	44 (23,0)	
<b><u>Responsável pelo paciente</u></b>		

<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	11 (5,8)	
Ensino Médio	17 (8,9)	
Ensino Técnico/Profissionalizante	1 (0,5)	
Ensino Superior	30 (15,7)	
Não Consta	132 (69,1)	
<b>Idade</b>		41,26 (12,47)
20 a 29 anos	12 (6,3)	
30 a 39 anos	18 (9,4)	
40 a 49 anos	13 (6,8)	
50 a 59 anos	7 (3,7)	
Acima de 60 anos	6 (3,1)	
Não consta	135 (70,7)	

Fonte: das autoras

Os resultados do CBCL foram divididos conforme a faixa de idade do paciente, uma vez que o instrumento apresenta-se de duas formas: 1) destinado a pacientes entre 1 ano e meio e cinco anos; 2) destinado a pacientes entre 6 e 18 anos. Como se pode ver na tabela 1, 32 (16,8%) crianças tinham até 5 anos no momento da busca e 159 (83,2%) tinham mais de 6 anos.

Dos 32 prontuários referentes a crianças menores de 6 anos, 22 CBCLs estavam adequadamente preenchidos pelos responsáveis. Os resultados estão descritos na tabela 3, onde se pode observar que o problema de comportamento mais freqüente relatado pelos responsáveis para as crianças pequenas é apresentar reação afetiva sintomática a eventos.

Tabela 3 – Resultados do CBCL 1 ½ - 5 anos

	<b>n (%)</b>
<b>Sintomas</b>	
<b>Emocionalmente Reativo</b>	
Não-clínico	9 (40,9)
Limítrofe	3 (13,6)
Clínico	10 (45,5)
<b>Ansiedade/Depressão</b>	
Não-clínico	12 (54,5)
Limítrofe	5 (22,7)
Clínico	5 (22,7)
<b>Queixas Somáticas</b>	
Não-clínico	16 (72,7)
Limítrofe	2 (9,1)
Clínico	4 (18,2)
<b>Retraimento</b>	
Não-clínico	17 (77,3)
Limítrofe	1 (4,5)
Clínico	4 (18,2)
<b>Problemas de sono</b>	
Não-clínico	16 (72,7)

## Artigos

Limítrofe	1 (4,5)
Clínico	5 (22,7)
<b>Problemas de atenção</b>	
Não-clínico	15 (68,2)
Limítrofe	2 (9,1)
Clínico	5 (22,7)
<b>Comportamento agressivo</b>	
Não-clínico	15 (68,2)
Limítrofe	2 (9,1)
Clínico	5 (22,7)
<b>Problemas Internalizantes</b>	
Não-clínico	7 (31,8)
Limítrofe	4 (18,2)
Clínico	11 (50,0)
<b>Problemas Externalizantes</b>	
Não-clínico	10 (45,5)
Limítrofe	3 (13,6)
Clínico	9 (40,9)

(São consideradas crianças não-clínicas aquelas cujas pontuações estão de acordo com o esperado para sua idade, segundo normas estipuladas pelo instrumento. Limítrofes são aquelas que se encontram no limite entre o clínico e o não-clínico. Crianças clínicas são aquelas cujas pontuações não se encontram dentro do esperado para a sua idade, denunciando dificuldade naquele domínio específico.)

Fonte: das autoras

Dos 159 prontuários referentes a crianças maiores de 5 anos, 118 CBCLs estavam preenchidos pelos responsáveis, ainda que não completamente. A tabela 4 mostra os resultados destes dados, considerando que o responsável pode ser deixado algumas questões em branco no questionário, não sendo possível classificar o paciente nas categorias.

Tabela 4 – Resultados do CBCL 6-18 anos

	n (%)
<b><u>Competência Social</u></b>	
<b>Atividades</b>	
Não-clínico	43 (27,0)
Limítrofe	27 (17,0)
Clínico	30 (18,9)
Não respondeu adequadamente este domínio	59 (37,1)
<b>Social</b>	
Não-clínico	60 (37,7)
Limítrofe	20 (12,6)
Clínico	24 (12,6)
Não respondeu adequadamente este domínio	55 (34,6)
<b>Escolar</b>	
Não-clínico	43 (27,0)
Limítrofe	11 (6,9)
Clínico	17 (10,7)
Não respondeu adequadamente este domínio	71 (44,7)
<b><u>Sintomas</u></b>	
<b>Ansiedade/depressão</b>	
Não-clínico	54 (34,0)
Limítrofe	22 (13,8)

Clínico	29 (18,2)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b>Retraimento</b>	
Não-clínico	51 (32,1)
Limítrofe	19 (11,9)
Clínico	35 (22,0)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b>Queixas Somáticas</b>	
Não-clínico	76 (47,8)
Limítrofe	10 (6,3)
Clínico	18 (11,3)
Não respondeu adequadamente este domínio	55 (34,6)
<b>Problemas de relacionamento</b>	
Não-clínico	63 (39,6)
Limítrofe	16 (10,1)
Clínico	26 (16,4)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b>Problemas de pensamento</b>	
Não-clínico	69 (43,4)
Limítrofe	11 (6,9)
Clínico	25 (15,7)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b>Problemas de atenção</b>	
Não-clínico	55 (34,6)
Limítrofe	23 (14,5)
Clínico	27 (17,0)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b>Comportamento de comportamento opositor/desafiador/delinquente</b>	
Não-clínico	64 (40,3)
Limítrofe	14 (8,8)
Clínico	27 (17,0)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b>Problemas de comportamento agressivo</b>	
Não-clínico	54 (34,0)
Limítrofe	15 (9,4)
Clínico	36 (22,6)
Não respondeu adequadamente este domínio	54 (34,0)
<b><u>Média da Competência Social</u></b>	
Não-clínico	13 (8,2)
Limítrofe	9 (5,4)
Clínico	45 (28,3)
Não respondeu adequadamente este domínio	92 (57,9)
<b><u>Média dos Problemas Internalizantes</u></b>	
Não-clínico	29 (18,2)
Limítrofe	17 (10,7)
Clínico	57 (35,8)
Não respondeu adequadamente este domínio	56 (35,2)
<b><u>Problemas Externalizantes</u></b>	
Não-clínico	35 (22,0)
Limítrofe	13 (8,2)
Clínico	55 (34,6)
Não respondeu adequadamente este domínio	56 (35,2)

(São consideradas crianças não-clínicas aquelas cujas pontuações para cada domínio estão de acordo com o esperado para sua idade, segundo normas estipuladas pelo instrumento. Limítrofes são aquelas crianças que se encontram no limite entre o clínico e o não-clínico. Crianças clínicas são aquelas cujas pontuações não se encontram dentro do esperado para a sua idade, denunciando dificuldade naquele domínio específico.)

Fonte: das autoras

Apenas 82 responsáveis preencheram o FACES-III, ainda que não adequada ou completamente. Assim, os resultados deste questionário estão descritos na tabela 5.

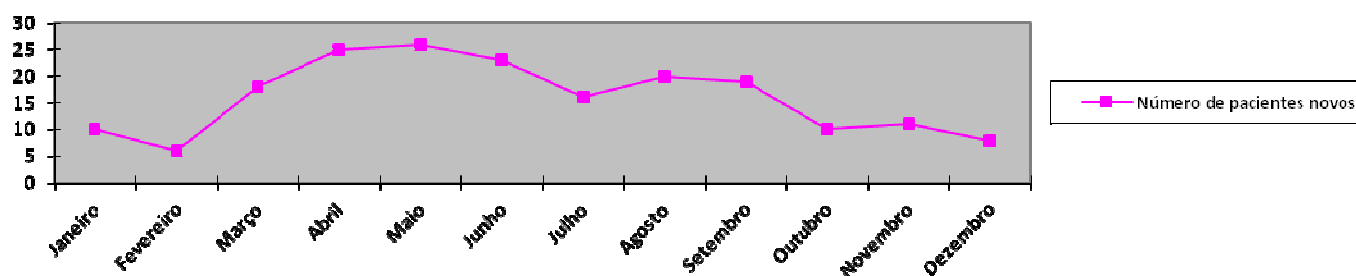
Tabela 5 – Resultados do FACES

	n (%)
<b>Coesão familiar</b>	
Desligada	42 (22,0)
Separada	46 (24,1)
Conectada	32 (16,8)
Aglutinada	7 (3,7)
Questionários invalidados ou incompletos neste ítem	64 (33,5)
<b>Adaptabilidade familiar</b>	
Rígida	37 (19,4)
Estruturada	57 (29,8)
Flexível	25 (13,1)
Caótica	8 (4,2)
Questionários invalidados ou incompletos neste ítem	64 (33,5)
<b>Risco familiar</b>	
Baixo	52 (27,2)
Moderado	57 (29,8)
Alto	18 (9,4)
Questionários invalidados ou incompletos neste ítem	64 (33,5)

Fonte: das autoras

O mês de maior busca por atendimento foi em maio, como mostra o gráfico 1. Pode-se inferir um padrão na busca a partir do gráfico: percebe-se uma curva que aumenta nos períodos letivos e diminui nos períodos de férias escolares.

Gráfico 1 – Mês da busca por atendimento



Fonte: das autoras

A caracterização clínica da amostra está ilustrada na tabela 6. Quanto à realização de tratamentos prévios, muitos prontuários não explicitavam a informação, destacados na tabela

## Artigos

como 'não consta'. A mesma criança pode ter passado por mais de uma modalidade de tratamento antes do atendimento atual, justificando a apresentação dos resultados separadamente.

Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto às características clínicas

	n (%)
<b>Fonte de encaminhamento</b>	
Escola	88 (45,8)
Médico	24 (12,5)
Psicólogo	14 (7,3)
Própria criança pediu	6 (3,1)
Amigo/Colega	10 (5,2)
Familiar	12 (6,2)
Outros*	15 (7,8)
Não consta	22 (11,4)
<b>Motivo de consulta</b>	
Ansiedade/Depressão	42 (22,0)
Comportamento agressivo	34 (17,8)
Comportamento opositor/desafiador/delinquente	5 (2,6)
Problemas de atenção	25 (13,1)
Retraimento/Depressão	18 (9,4)
Problemas de aprendizagem	26 (13,6)
Problemas de relacionamento	10 (5,2)
Queixas somáticas	6 (3,1)
Problemas de pensamento	2 (1,0)
Não consta	23 (12,0)
<b>Tratamentos prévios</b>	
Sim	74 (38,7)
Não	70 (36,6)
Não consta	47 (24,6)
<b>Psicoterapia prévia</b>	
Sim	40 (20,9)
Não	104 (54,5)
Não consta	47 (24,6)
<b>Tratamento psiquiátrico prévio</b>	
Sim	9 (4,7)
Não	135 (70,7)
Não consta	47 (24,6)
<b>Tratamento neurológico prévio</b>	
Sim	18 (9,5)
Não	126 (65,9)
Não consta	47 (24,6)
<b>Tratamento psicopedagógico prévio</b>	
Sim	5 (2,6)
Não	139 (72,8)
Não consta	47 (24,6)
<b>Tratamento fonoaudiológico prévio</b>	
Sim	12 (6,3)
Não	132 (69,1)
Não consta	47 (24,6)
<b>Uso prévio de medicação psicotrópica</b>	
Sim	20 (10,5)
Não	124 (64,9)
Não consta	47 (24,6)
<b>Internação psiquiátrica prévia</b>	
Sim	11 (5,8)

## Artigos

Não	133 (69,6)
Não consta	47 (24,6)
<b>Conduta terapêutica na triagem**</b>	
Psicoterapia individual	137
Psicoterapia vincular	7
Psiquiatria	6
Psicopedagogia	25
Fonoaudiologia	9
Psicodiagnóstico	20

---

(\*Foram agrupados na categoria Outros todas as fontes de encaminhamento com menos de 2 pacientes, como fonoaudiólogo, chefe/patrão, advogado, etc. \*\*O mesmo paciente pode ter recebido mais de uma indicação de tratamento no momento da triagem.)

Fonte: das autoras

## Discussão

A escola foi a maior fonte encaminhadora para atendimento especializado, sendo que 10,7% dos responsáveis referiram que suas crianças apresentam dificuldades escolares quando comparadas com a média da população nacional. Há inúmeras influências sobre o aproveitamento escolar das crianças. Papalia (2009) refere alguns fatores: a) a autoconfiança da criança, b) estilos parentais, c) nível sócioeconômico, d) o sistema educacional e e) a cultura. A escola é a maior experiência de formação e afeta todos os aspectos do desenvolvimento humano, pois é lá que as crianças adquirem conhecimento, habilidades e competência social, onde desenvolvem seus corpos e mentes e se preparam para a vida adulta. “As experiências dos primeiros anos de escola são críticas para a formação de uma base de determinará os futuros sucessos ou os fracassos.” (PAPALIA, 2009, p. 339)

A procura significativa de crianças com queixa escolar em serviços de atendimento psicológico pode estar relacionada à co-existência da dificuldade de aprendizagem com outros problemas adaptativos. Sete em cada dez crianças encaminhadas à rede de saúde com queixa escolar apresentam sintomas emocionais e/ou comportamentais em nível clínico (ELIAS, 2003). Um levantamento descritivo sobre a queixa escolar revelou que 90% das crianças encaminhadas ao serviço apresentavam história de outros tipos de tratamento na área de saúde (psicológico, fonoaudiológico, neurológico e psiquiátrico), 40% de algum transtorno de fala e 29% fazem uso de medicação psicotrópica, evidenciando a pluralidade dos problemas escolares. As taxas de prevalência de transtornos mentais foram de 62% para TDAH, 54% para a ocorrência de qualquer transtorno de ansiedade (fobia específica, 37%; ansiedade de separação, 19%; ansiedade generalizada, 17%; fobia social, 11%; estresse pós-traumático,

5%; e compulsões e obsessões, 2%) e 21% para a presença de qualquer transtorno depressivo (D'ABREU, 2008).

Na caracterização comportamental e sociodemográfica da população infantil da clínica-escola do Instituto de Psicologia da USP, com idade inferior a 16 anos, percebeu-se que as queixas mais frequentes foram o mau desempenho ou fracasso escolar (41.2%), seguido pelo comportamento agressivo ou agressividade (30%) e por dificuldades de fala (26%), sendo que para todas estas queixas há um predomínio de crianças do sexo masculino, exceto para queixas como ansiedade/medo e comportamento tímido e fechado (SILVARES, 1993). Este estudo encontrou que pais mais escolarizados tendem a encaminhar seus filhos à clínica em idade mais precoce do que os menos escolarizados, reconhecendo-se como a origem do encaminhamento e queixando-se de sintomas internalizantes, tais como medo, ansiedade e quietude. Torna-se imperativo detectar e atender precocemente estas crianças, uma vez que estudos têm demonstrado que entre 50 e 75% das crianças pré-escolares com acentuadas dificuldades comportamentais continuam a apresentá-las cerca de seis anos depois. (MOURA, 2008)

Uma investigação que objetivava examinar, através de estudo epidemiológico, os determinantes sociodemográficos, familiares e individuais dos problemas de comportamento em crianças pré-escolares verificou que a prevalência de crianças com problemas de comportamento em tal amostra foi de 15% para escore clínico. Este número subia para 24% se fosse somado o escore limítrofe. Desta porcentagem, 31,8% se referia a problemas externalizantes (tais como agressividade, hiperatividade, desobediência, baixo controle de impulsos, etc.) e 15,2% a problemas internalizantes (tais como retraimento, problemas somáticos, tristeza, medo, depressão e ansiedade) (ANSELMINI et al., 2004). Em tal estudo, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo da criança bem como em relação à prevalência de um ou outro tipo de problema quando considerado o grupo étnico ao qual a criança pertencia. No entanto, a idade materna foi significativamente correlacionada com os escores de problemas de comportamento, sendo que, quanto maior a idade da mãe, menores eram tais escores. Ainda neste estudo, a incidência de desordens psiquiátricas maternas foi altamente correlacionada com a presença de problemas de comportamento nas crianças, seguida pela baixa qualidade do ambiente familiar, pelo número de irmãos e de hospitalizações das crianças, que, quanto maiores, mais altos eram os escores de problemas de comportamento.



A presente investigação encontrou que a maior parte das crianças atendidas são meninos, encaminhados pela escola. Possivelmente os meninos apresentem mais problemas de comportamento externalizante do que as meninas, incomodando mais a escola e os pais e, portanto, sendo mais freqüentemente levados a atendimento. Entretanto, nosso estudo constatou que o maior número de crianças clínicas encontra-se nas categorias de sintomas internalizantes, o que possivelmente indica uma mudança atual neste paradigma. A escola e demais fontes encaminhadoras parecem estar cada vez mais aptas a detectar sofrimento psíquico das crianças, mesmo quando não se manifestam diretamente no meio em que a criança está inserida.

Uma das importantes limitações deste estudo é a ausência de determinadas informações em diversos prontuários. A incompletude dos registros por parte dos profissionais que atendem em instituições dificulta a pesquisa, a continuidade dos tratamentos (em casos em que ocorrem trocas de terapeutas) e a realização de tratamentos combinados (uma vez que profissionais de outras especialidades poderiam se beneficiar de informações coletadas pelo terapeuta). Ademais, outra limitação do estudo se refere à pouca capacidade de generalização dos achados, uma vez que os dados foram coletados em um único ambulatório, com características específicas. Mesmo assim, a pesquisa cumpriu seu objetivo de oferecer um retrato da população atual de crianças atendidas em ambulatório de saúde mental.

### **Conclusão**

O perfil de pacientes adolescentes que busca atendimento em ambulatório de Saúde Mental na cidade de Porto Alegre é composto predominantemente por meninos (61,3%), com renda familiar de 2 a 3 Salários Mínimos (34,6%), católicos (60,7%), residindo em Porto Alegre (71,2%), com moradia própria (51,3%). A média de idade dos pacientes crianças que buscam tratamento é de 7,65 anos. São pertencentes a famílias separadas e estruturadas, com mães que chegaram ao ensino superior (39,8%). O problema mais freqüente das crianças pequenas segundo os responsáveis diz respeito à incapacidade de reagir adequadamente a eventos. Já nas crianças maiores (mais de 5 anos), os principais sintomas relatados pelos cuidadores foram Comportamento Agressivo. 10,7% dos responsáveis referem problemas no desempenho escolar nos pacientes. As queixas mais prevalentes foram Ansiedade/Depressão e Comportamento Agressivo. A maior fonte de encaminhamento foi a escola, seguido por

médicos. A maioria já havia passado por tratamento prévio (38,7%), principalmente em psicoterapia (20,9%) e neurologia (9,5%). A conduta terapêutica mais prescrita na triagem foi psicoterapia (137), seguida por psicopedagogia (25).

Tendo em vista a dificuldade financeira dos pacientes e a prevalência de pacientes que residem em cidade diferente do ambulatório, sugere-se aprimoramento nas técnicas utilizadas, encurtando as intervenções e mantendo a efetividade. Pesquisas que testem a efetividade de intervenções breves e focais são importantes aliadas dos clínicos no momento de prescrever uma terapia.

Crianças pequenas precisam de tratamentos específicos nas diversas especialidades, o que inclui consultas familiares. A boa capacidade de adaptação das famílias, apontada neste estudo, favorece esta indicação.

A partir da constatação de que a escola ainda constitui-se como a maior fonte encaminhadora para atendimento, salienta-se a necessidade de capacitar os pais através de campanhas de saúde pública para detectar sofrimento psíquico em seus filhos, aumentando o número de crianças ajudadas e encaminhando-as antes que os sintomas cronifiquem.

Profissionais da saúde mental precisam ter conhecimento sobre todas as especialidades, promovendo tratamentos combinados e diminuindo a indicação quase exclusiva para psicoterapia.

### Referências

ANSELMINI, L. et al. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 45, n. 4, p. 779-788, may 2004.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAEIRO, M. F. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL). Inventário de comportamentos da infância e da adolescência: dados preliminares. **Revista ABP-APAL**, Associação Brasileira de Psiquiatria; Asociación Psiquiátrica de la América Latina, v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

D'ABREU, L. C. F. **Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA**. 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental, Ribeirão Preto (SP), 2008.

ELIAS, L. C. S. **Crianças que apresentam baixo rendimento escolar e problemas de comportamento associados**: caracterização e intervenção. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Ribeirão Preto (SP), 2003.

GASTAUD, M.; NUNES, M. L. T. Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 13-23, 2009.

MIDGLEY, N.; NAVRID, E. An exploratory study of premature termination in child analysis. **Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy**, v. 5, n. 4, p. 437-459, 2007.

MOURA, C. B. Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). **Contextos Clínicos**, v. 1, n. 1, p. 1-8, 2008.

NUNES, M. L. et al. Avaliação psicológica e indicação de psicoterapia psicanalítica para crianças. *In*: WERLANG, B; OLIVEIRA, M. (Org.). **Temas em psicologia clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

OLFSON, M. Primary care patients who refuse specialized mental health services. **Archives of Internal Medicine**, v. 151, n. 1, p. 129-132, 1991.

PAPALIA, D. E. Desenvolvimento físico e cognitivo na terceira infância. *In*. PAPALIA, D. E. **Desenvolvimento humano**. São Paulo: McGraw, 2009.

SILVARES, E. F. M. O papel preventivo das clínicas-escola de Psicologia em seu atendimento a crianças. **Temas em Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 87-97, ago. 1993.

Artigo enviado à Comissão Editorial em nov. 2011