

**PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL
DA CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR:
OPORTUNIDADES E POSSIBILIDADES DE
ABORDAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA**

EDITH LAURIDSEN RIBEIRO

**Tese de Doutorado apresentada ao
Departamento de Saúde Materno-Infantil
da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo
para a obtenção do Grau de Doutor**

Área de concentração: Saúde Materno-Infantil

**Orientador: Professor Titular
OSWALDO YOSHIMI TANAKA**

**São Paulo
2003**



**Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos,
a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.**

Assinatura:

Data:

DEDICATÓRIA

Em memória da Dra. Dulce Vieira Marcondes Machado, que soube, como ninguém, ensinar as questões de saúde mental aos pediatras.

Para as crianças, por um mundo mais justo e feliz.

Para Roberto, Pedro e Francisco.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Oswaldo Yoshimi Tanaka pela orientação competente e amiga, pela convivência de nove anos plena de lições aprendidas, pela compreensão quando eu não queria mudar de idéia e pela capacidade de me fazer mudar de idéia quando era necessário, muito obrigada.

Aos colegas do setor de Psiquiatria e Psicologia da Infância e Adolescência do Hospital do Servidor Público Municipal, que viram este projeto nascer, pelo apoio nos primeiros passos desta jornada.

Aos companheiros do Ambulatório de Especialidades Jardim Peri Peri, em especial Lígia Santos Barosa e Ângela M. Stape Herrera, pela compreensão e colaboração no dia a dia do Ambulatório.

Aos colegas do Distrito de Saúde Escola do Butantã, em especial Alexandre Nemes Filho, Marta Akemi Horii e Gracia M. G. Boscov Olivi pela possibilidade de maior dedicação ao final deste trabalho.

Aos professores e funcionários do Departamento de Saúde Materno-Infantil pela acolhida nestes nove anos.

À direção do Centro de Saúde Escola do Butantã pela autorização para realização deste trabalho e a seus funcionários, que colaboraram, sempre com presteza, com a coleta dos dados.

Às entrevistadoras do Centro de Saúde Cleusa Aparecida da Costa, Ivete Parra de Andrade, Maria de Lourdes B. S. Costa, Marly de Oliveira Couto e Terezinha Paixão de Souza pelo carinho e afinho com que fizeram seu trabalho.

Um agradecimento especial à Maria Helena Valente, Hugo Issler, Filumena M. S. Gomes, Sandra J. F. E. Grisi, Renato M. Yamamoto, Sérgio Sarrubo, Viviane M. Terra, Paulette C. Douek, Jussara M. Santos, Lúcia F. Bricks e Luiza A. S. Mascaretti pela colaboração sem a qual este trabalho não teria se concretizado.

À Cristina M. M. de Melo pela calorosa ajuda nas questões da metodologia qualitativa e por muitas outras conversas.

À Cristiane S. Duarte pela colaboração no início desta caminhada e pelo treinamento das entrevistadoras.

À professora Isabel A. S. Bordin e ao professor Ivan França Júnior pelas preciosas sugestões do exame de qualificação, que permitiram a elaboração do desenho final deste trabalho.

Ao meu filho Pedro, companheiro desde o início deste projeto, pela construção dos bancos de dados, pela digitação dos dados, pela leitura atenta do texto, pelos palpites, pelas correções e, acima de tudo, pelo grande prazer de tê-lo ao meu lado neste percurso.

Aos pais das crianças que responderam uma grande quantidade de questões, provavelmente acreditando que estavam colaborando para a melhoria do atendimento de seus filhos e de outras crianças, que eu consiga, pelo menos em parte, corresponder aos seus anseios.

À FAPESP pelo apoio financeiro imprescindível para realização do projeto.
(Processo FAPESP n.º 99/07475-5).

VERDADE

A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Lauridsen-Ribeiro E. **Problemas de saúde mental da criança em idade escolar: oportunidades e possibilidades de abordagem na atenção básica.** São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objetivo. Este trabalho avaliou como o atendimento das crianças na atenção básica enfoca os problemas de saúde mental (PSM). Procurou-se também identificar a frequência dos PSM identificados pelos pediatras e comparou-se-a à frequência dos PSM identificados por questionário padronizado (CBCL). **Métodos.** Foram estudadas crianças de 5 anos a 11 anos e 11 meses atendidas em um Centro de Saúde (CS) no Município de São Paulo. Foi feito um levantamento de 411 prontuários e foram selecionadas as crianças com diagnóstico de PSM feito pelo pediatra. Foram feitas 206 visitas domiciliares para aplicação do CBCL e da entrevista com os pais. Também foram realizadas onze entrevistas com os pediatras. **Resultados.** Os pediatras fizeram hipóteses diagnósticas de PSM em 72 crianças (17,5%). O CBCL encontrou 130 crianças com escore clínico. Destas 130 crianças os pediatras só identificaram 33. As outras 97 não foram identificadas durante a consulta. A presença de preocupação dos pais com os PSM está estatisticamente associada ao escore clínico do CBCL. Nas crianças com escore clínico do CBCL, a presença de preocupação dos pais não melhora o reconhecimento dos PSM pelos pediatras. Os médicos identificaram dificuldades para lidar com os PSM e apontaram como seus determinantes falhas na formação profissional, falta de tecnologia adequada, pouco tempo para as consultas, ausência de equipe multiprofissional no CS e falta de retaguarda especializada em Saúde Mental. **Conclusão.** Os médicos do CS estudado têm dificuldade em fazer hipóteses diagnósticas de PSM em crianças, principalmente nas áreas ansiedade/depressão, problemas de atenção e transtornos de conduta.

Descritores: Saúde Mental Infantil. Atenção Básica. Psiquiatria Infantil.

SUMMARY

Lauridsen-Ribeiro E. **Mental health problems of school-age children: opportunities and possibilities of approach to basic care.** São Paulo (BR); 2003. [Doctorate Thesis – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Objective. This work evaluated how child attendance in primary care assess mental health problems (MHP). It also sought to identify the frequency of MHP identified by the pediatricians, which was compared to the frequency of MHP identified by a standardized questionnaire (CBCL). **Methods.** Children between 5 years old and 11 years and 11 months old, attended at a Health Center (HC) in the City of São Paulo, were studied. A raising of 411 prontuaries was made, and the children with diagnostic hypothesis of MHP made by the pediatrician were selected. Household visits were made in 206 such cases for the application of the CBCL questionnaire and interview with the parents. Eleven interviews with the pediatricians were held as well. **Results.** The pediatricians made diagnostic hypotheses of MHP about 72 children (17,5%). The CBCL questionnaire found 130 children with clinical score. Among these, the pediatricians identified only 33. The 97 remaining ones were not detected during consultation. The presence of parents' worry with MHP is statistically related to CBCL's clinical score. For children with clinical score on CBCL, the presence of parents' worry does not improve the recognizability of MHP by the pediatricians. The physicians identified difficulties in dealing with MHP and remarked as their determinants flaws in professional formation, lack of proper technology, too short a time of consultation, absence of a multiprofessional team at the HC, and lack of specialized backup in Mental Health. **Conclusion.** The physicians of the HC under study have difficulty in making diagnostic hypotheses of MHP in children, mainly in the areas of anxiety/depression, attention problems and behavioral distress.

Keywords. Child Mental Health. Basic Care. Child Psychiatry.

APRESENTAÇÃO

É estranho chegar ao fim deste projeto. Foram muitos anos de caminhada, entre a pediatria e a psiquiatria. Este trabalho reflete, de um certo modo, o percurso de uma vida, a minha vida.

Lembro-me do vestibular, 1969. Fazia cursinho para faculdade de psicologia. No meio do ano, a mudança. Faria vestibular para medicina, para fazer psiquiatria. Iniciei a faculdade de medicina em 1970. Minha mãe, feliz da vida por ter uma filha médica, levou-me para conhecer a madre Cristina, do Sedes. Experiência inesquecível. O caminho parecia traçado. Até inscrição no Instituto de Psicanálise eu tinha.

No entanto, a vida não é tão simples assim. No meio do curso mudei de idéia. A psiquiatria da faculdade não me conquistou. A pediatria sim. A partir do quarto ano todas as minhas energias foram investidas na pediatria. Sexto ano opcional, residência, três anos com especialização em neonatologia. Depois fui assistente do berçário do HC. Depois o Hospital Universitário, também o berçário. Em 1982 pedi demissão do Hospital Universitário. A vida pessoal me chamava, os filhos eram mais importantes. Fui trabalhar no Hospital Menino Jesus, no berçário. Muitos amigos, nove anos. Deixei a Universidade, o saber; *caí na vida*, no fazer.

Permaneci sonhando com a pós-graduação. Em 1983 comecei o doutorado na área de neonatologia. Três anos depois, outra grande mudança. Em 1986 deixei a pós e comecei minha volta para a psiquiatria, agora impregnada pela pediatria. Três anos de formação em psiquiatria infantil, ainda trabalhando como pediatra. Em 1990 comecei a trabalhar como psiquiatra numa unidade básica de saúde.

Em 1991, outra guinada. Fui convidada para ser assessora de saúde da criança do distrito de saúde do Butantã. Aceitei, meio temerosa. Deixei de vez a neonatologia. Foi uma descoberta. A saúde pública, sua complexidade, a interdisciplinaridade. Comecei pela prática cotidiana. Foi

envolvente, denso. No entanto, em 1993, mudança de governo. Deixei a assessoria, fui para o ambulatório. Comecei a montar o serviço de saúde mental infantil. Batizei de CISMI (Centro Integrado de Saúde Mental Infantil).

Conquistada pela Saúde Pública, fui fazer curso de Especialização em 1993 na FSP da USP. No departamento de Saúde Materno-Infantil, iniciei o mestrado, em 1994, com o Professor Tanaka. Trabalhei com o banco de dados do Professor Chester: morbidade referida de saúde mental em crianças e adolescentes. Estava feita a mistura: pediatria, psiquiatria infantil e saúde pública. Terminei o mestrado em 1998. Parte do sonho da pós-graduação realizado.

Durante este período, na Prefeitura do Município de São Paulo, em 1996, foi instalado o PAS. Muitas marcas dolorosas nas vidas de muitas pessoas. Serviços e trabalhos desmontados, inclusive o meu. Fiquei errante até 1998, quando fui acolhida pelo pessoal da PPIA do Hospital do Servidor Público Municipal. Fiquei lá três anos. Muito trabalho, equipe fantástica.

Permanecia o desejo do doutorado. Durante um ano desenvolvi, junto com o professor Tanaka, uma idéia que me acompanhava há muito tempo: como funcionava a interface entre a pediatria e a psiquiatria, no contexto da saúde pública, dos serviços. Apesar do namoro com a academia, sempre fui dos serviços, do fazer cotidiano. Meu estudo tinha que ter esta cara. Em 1999, quando o projeto de pesquisa criou corpo, me inscrevi no doutorado, um sonho. Mandamos o projeto para FAPESP, foi aprovado, uma enorme alegria.

Após o exame de qualificação fui para o campo. Os seis meses que permaneci, quase diariamente, no Centro de Saúde Escola do Butantã, foram pontilhados de recordações (dos meus anos de pediatra), de emoções nas falas dos colegas médicos, no fazer dedicado das entrevistadoras, na lide com as mães e familiares das crianças, e de muito trabalho braçal. Gostei de cada instante, mesmo dos mais estressantes.

Em 2001 nova mudança de governo na prefeitura de São Paulo. Acabou o PAS, retornei ao distrito de saúde do Butantã. Deixei a PPIA. Foi difícil, gostava muito de trabalhar lá. Mas precisava voltar. Deixei este estudo um pouco de lado; a prática me chamava.

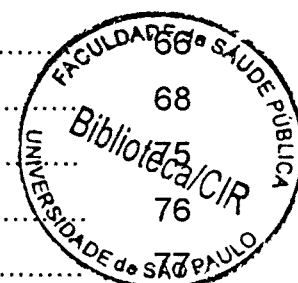
Ainda em 2001 uma experiência marcante. Levada pelo professor Yunes, participei de um grupo de trabalho, em SES, que elaborou uma proposta de organização da assistência às crianças na área de saúde mental. Foi um trabalho iluminado. Conhecidos novos e antigos, trabalhamos juntos a Ana, o Raul, a Sônia, a Josiane, o Sérgio, a Eliana, a Cristina, a Marisa e a Toninha. Construimos um sonho: o de poder, efetivamente, melhorar a qualidade de vida das nossas crianças.

Agora estou terminando este projeto. Precisei tirar férias para acabá-lo, mas acho que consegui. Talvez não da forma que tinha idealizado, mas do jeito que a vida permitiu.

Por fim, como uma pessoa mais dos serviços do que da academia, gostaria que este trabalho tivesse alguma utilidade prática, não ficasse apenas na prateleira de bibliotecas. Mais um sonho? Talvez... Mas o que seria de nós sem os sonhos?

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Considerações iniciais	1
1.2 Estudos de prevalência dos transtornos mentais	3
1.3 Sistema de saúde e saúde mental infantil	9
2. OBJETIVOS	17
3. METODOLOGIA	18
3.1 Opção teórico-metodológica: trajetória	18
3.2 Tipo de estudo	23
3.3 Objeto de estudo	24
3.4 Local	26
3.5 Sujeitos	31
3.6 Relação dos instrumentos utilizados	32
3.7 Procedimentos metodológicos	37
3.7.1 Levantamento dos dados	37
3.7.2 Desenho da análise	40
3.8 Aspectos éticos	46
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
4.1 Prontuários	48
4.1.1 Queixas	49
4.1.2 Diagnósticos	53
4.1.3 Queixa X diagnóstico médico	59
4.1.4 Condutas	64
4.2 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	66
4.3 SDQ X diagnóstico de PSM feito pelo pediatra	68
4.4 Visita domiciliar	75
4.4.1 Identificação	76
4.4.2 SDQ	77
4.4.3 CBCL	78
4.4.4 Questionário para pais sobre as preocupações relativas às dificuldades das crianças	79



4.5	CBCL X diagnóstico de PSM feito pelo pediatra	82
4.6	Entrevistas com os médicos pediatras	88
4.6.1	Concepção de problemas de saúde mental	92
4.6.2	Reconhecimento dos problemas de saúde mental	99
4.6.3	Ação do pediatra frente aos problemas de saúde mental	112
4.6.4	Propostas de mudanças: <i>uma luz no fim do túnel</i>	124
4.6.5	O papel do pediatra	127
5.	CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS	128
6.	REFERÊNCIAS	135

ANEXOS

1	FORMULÁRIO PARA REVISÃO DO PRONTUÁRIO
2	FORMULÁRIOS DAS CONSULTAS DO CSE BUTANTÃ
3	QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES - SDQ
4	INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - CBCL
5	FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR
6	QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS SOBRE AS PREOCUPAÇÕES RELATIVAS ÀS DIFICULDADES DAS CRIANÇAS
7	ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS PEDIATRAS
8	EXEMPLO DE PERFIL GERADO PELO CBCL
9	TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR - PAIS
10	TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR - PEDIATRAS
11	LISTA COMPLETA DAS QUEIXAS
12	CID-10 CAPÍTULO V: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00-F99)
13	LISTA COMPLETA DOS DIAGNÓSTICOS
14	CASOS COM QUEIXAS E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM
15	CASOS COM HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM E CONDUTA DO PEDIATRA
16	CASOS COM SDQ ANORMAL E IMPACTO ANORMAL
17	ESCORES DO CBCL
18	MAPAS DAS ENTREVISTAS COM OS PEDIATRAS

ÍNDICE DE FIGURAS

I	Mapa da área de abrangência do Centro de Saúde Escola Butantã	30
II	"Árvore" da relação entre queixas e hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras	63
III	"Árvore" da relação entre SDQ e hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras	70
IV	"Árvore" da relação entre CBCL, presença de preocupação dos pais e hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras	85
V	"Árvore" das verbalizações e explicações do eixo temático CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL	91
VI	"Árvore" das verbalizações e explicações do eixo temático RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	98
VII	"Árvore" das verbalizações e explicações do eixo temático AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	111

ÍNDICE DE GRÁFICOS

1	Distribuição do número de crianças segundo sexo e idade	49
2	Distribuição da percentagem das crianças com CBCL clínico segundo sub-escalas do CBCL, hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelo pediatra e presença de preocupação dos pais	87

ÍNDICE DE MATRIZES

1	Ideário da Pediatria relacionado à Saúde Mental identificado pelos pediatras	93
2	Concepção de PSM relacionada à descrição de comportamentos identificados pelos pediatras	94
3	Concepção de PSM relacionada aos limites da patologia identificados pelos pediatras - CSE Butantã	94
4	Concepção de causalidade dos PSM identificada pelos pediatras	95
5	Magnitude dos PSM no cotidiano da Pediatria identificada pelos pediatras	99
6	Categorização das queixas durante o atendimento pediátrico identificada pelos pediatras	101
7	Gravidade dos PSM identificada pelos pediatras	101
8	Dificuldades para detectar PSM identificadas pelos pediatras	106
9	Diferenças entre as linguagens específicas da pediatria e da psiquiatria identificadas pelos pediatras	107
10	Falhas na formação profissional identificadas pelos pediatras	109
11	Características de personalidade do médico identificadas pelos pediatras	110
12	Tipos de tecnologia para abordar os PSM considerados ausentes pelos pediatras	113
13	Tipos de intervenção do pediatra frente aos PSM identificados pelos pediatras	115
14	Características da organização do processo de trabalho do médico identificadas como deficientes pelos pediatras	116
15	Características da organização do processo de trabalho no Centro da Saúde identificadas como deficientes pelos pediatras	118
16	Características da organização do sistema de saúde identificadas como deficientes pelos pediatras	119
17	Tipos de preconceitos identificados pelos pediatras nos distintos atores envolvidos	120
18	Sentimentos expressados pelos pediatras frente aos PSM	122
19	Propostas para melhoria da assistência aos PSM identificadas pelos pediatras: Interação com profissionais de saúde mental	125
20	Propostas para melhoria da assistência aos PSM identificadas pelos pediatras: Utilização de instrumentos adequados	126
21	Propostas para melhoria da assistência aos PSM identificadas pelos pediatras: Mudanças na formação médica	126
22	O papel identificado para o pediatra no atendimento dos PSM na atenção básica	127

ÍNDICE DE QUADROS

1	Acesso à atenção psiquiátrica: 5 níveis e 4 filtros	15
2	Relação das fontes de dados	40
3	Distribuição do número e percentagem dos tipos de anotações sobre desenvolvimento	52
4	Índice de “validade” das hipóteses diagnósticas dos médicos segundo critério de referência (queixas)	61
5	Índices de “validade” das hipóteses diagnósticas dos médicos segundo critério de referência (SDQ)	69
6	Hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras em crianças com SDQ anormal e impacto anormal	71
7	Hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras em quatro crianças com SDQ normal e impacto anormal	72
8	Hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras em crianças com SDQ normal e impacto normal	73
9	Características familiares das crianças entrevistadas	77
10	Índices de “validade” das hipóteses diagnósticas de PSM segundo critério de referência (CBCL)	82
11	Descrição e explicação dos tipos de PSM citados pelos pediatras nas entrevistas	103

ÍNDICE DE TABELAS

1	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo tipo de consulta	48
2	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo idade e sexo	49
3	Distribuição do número e percentagem das queixas segundo os 159 grupos	50
4	Distribuição do número e percentagem das queixas segundo agrupamentos sintomáticos	51
5	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico nutricional	54
6	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico de crescimento	54
7	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico alimentar	54
8	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico de vacinação	54
9	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico do desenvolvimento neuropsicomotor	55
10	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico do ambiente físico	55
11	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico do ambiente emocional	55
12	Distribuição do número e percentagem das hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras	56
13	Distribuição do número e percentagem das hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10	57
14	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo especificações de ambiente emocional inadequado	59
15	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo queixas e hipóteses diagnósticas de PSM	60
16	Distribuição do número e percentagem dos crianças segundo queixas e hipóteses diagnósticas de problemas respiratórios	60
17	Distribuição do número e percentagem das crianças com diagnóstico de PSMI segundo tipo de conduta do pediatra	64
18	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo pontuação do SDQ e do impacto	66
19	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo pontuação do SDQ e do impacto (casos com SDQ/impacto limítrofes incorporados aos normais)	67
20	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo resultado total do SDQ (sem impacto) e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra	68

21	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo resultado total do SDQ (com impacto) e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra	68
22	Distribuição do número e percentagem das crianças com visita domiciliar segundo idade e sexo	76
23	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo perfil comportamental e escalas do CBCL	78
24	Distribuição do número e percentagem das crianças com preocupação dos pais com PSM segundo motivo de não comentar com o pediatra	80
25	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo escores das escalas do CBCL e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra	82
26	Distribuição do número e percentagem das crianças segundo escores das escalas do CBCL e preocupação dos pais com os PSM	84
27	Distribuição das crianças com escore do CBCL clínico segundo hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra e preocupação dos pais	86

BRINCAR NA RUA

Tarde?

O dia dura menos que um dia.
O corpo ainda não parou de brincar
e já estão chamando da janela:
É tarde.

Ouçõ sempre este som: é tarde, tarde.
A noite chega de manhã?
Só existe a noite e seu sereno?

O mundo não é mais, depois das cinco?
É tarde.
A sombra me proíbe.
Amanhã a mesma coisa.
Sempre tarde antes de ser tarde.

Carlos Drummond de Andrade

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A atenção integral à saúde da criança e do adolescente, como preconizada pelos programas oficiais, envolve ações visando à promoção, prevenção e tratamento, com enfoques orgânico, psíquico e social. Em 1984, o MINISTÉRIO DA SAÚDE, na introdução do documento “ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: AÇÕES BÁSICAS”, preconizou:

“O programa (...) deverá possibilitar a criação de um elo de ligação entre aquele grupo populacional e os serviços, através do acompanhamento sistemático de seu crescimento e desenvolvimento. Uma vez responsável por um efetivo cuidado com o processo de crescimento e desenvolvimento de cada uma e de todas as crianças da população adstrita, os serviços deverão estar preparados para resolver, a partir da unidade mais elementar, a maioria dos problemas de saúde das crianças. Do mesmo modo, devem estar capacitados a atuar contra os fatores indesejáveis do meio ambiente que impedem ou restringem cada criança de realizar seu potencial genético” (p.6).

Nos últimos anos, com a mudança do perfil da morbidade da faixa etária pediátrica devida à redução da importância de doenças como a diarreia e aquelas passíveis de prevenção pela vacinação, foi ressaltada a importância das doenças respiratórias, dos acidentes e das queixas relativas a transtornos psicossociais.

É na atenção básica, via de regra, que chegam todos os tipos de queixas. No nosso país, principalmente nas grandes cidades, o pediatra é o profissional que geralmente faz este atendimento. Existe disponibilidade

deste profissional na maior parte dos serviços de saúde, sejam estes públicos ou privados, e ele é tido como responsável pelo atendimento das crianças e, às vezes, também dos adolescentes. Outros profissionais, como médicos de família, clínicos gerais e outros componentes da equipe de saúde, como a enfermagem e os agentes comunitários, podem constituir-se nos responsáveis pelo atendimento desta população na atenção básica. Desta forma acentua-se a importância do conhecimento e da atenção que todos estes profissionais dão às queixas e sintomas na área de saúde mental. Outro fator que ressalta esta necessidade é a falta de equipes de saúde mental na atenção básica.

De forma geral, pode-se dizer que o médico ou o profissional que realiza o atendimento na atenção básica tem dois papéis distintos. Por um lado, a escuta cuidadosa das queixas pode possibilitar uma intervenção efetiva e imediata por parte da equipe local. Por outro, o adequado encaminhamento das crianças com problemas na área de saúde mental para serviços especializados pode permitir uma intervenção terapêutica mais precisa e oportuna.

A introdução de um componente de saúde mental na atenção básica vem sendo cada vez mais enfatizada. A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (1990) vem apontando para a importância e magnitude deste tipo de queixa em todos os atendimentos clínicos, e para a necessidade de incorporação de abordagem apropriada para que seu reconhecimento e tratamento sejam adequados cientificamente e culturalmente. Outros autores, entre eles SARACENO e col. (1994), discutiram como aumentar a capacidade das equipes da atenção primária de lidar com estas questões. A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) e a OMS, no Relatório sobre a Saúde no Mundo - 2001, enfatizam o manejo e tratamento dos transtornos mentais no contexto da atenção primária como a primeira de suas dez recomendações para uma nova concepção na atenção em saúde mental.

1.2 ESTUDOS DE PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS

Os estudos epidemiológicos dos transtornos mentais com base populacional produzem informações para aprimorar o conhecimento do curso e co-ocorrência dos transtornos mentais de uma dada população, apontando freqüências e tendências destes transtornos nos vários grupos sociais e avaliando o prejuízo no funcionamento social que eles causam. São também importante fonte de dados para formulação e implementação de políticas públicas e para a implantação de serviços de saúde.

A maioria dos levantamentos já feitos em epidemiologia psiquiátrica buscou determinar a prevalência de doença mental na população. Este indicador é expresso em termos de taxas populacionais, que são proporções entre o número de casos (numerador) e o número total da população, isto é, incluindo casos e não casos (denominador). O termo “prevalência” abrange vários tipos de índices, mas sempre refere-se aos casos que apresentam o transtorno em um momento especificado, independente da data do início dos sintomas. As taxas de prevalência podem também ser avaliadas por período determinado (6 meses anteriores à entrevista, por exemplo) ou prevalência na vida, entre outras (REGIER e BURKE 1999).

Os trabalhos mais recentes, realizados na população adulta, mostraram que a prevalência dos transtornos mentais é alta, chegando até 50% em alguns deles. Nos Estados Unidos, ROBINS e REGIER (1991) estudaram a prevalência dos transtornos mentais na população de mais de 18 anos em cinco comunidades, tendo encontrado 20,0% dos indivíduos com transtorno mental no momento da pesquisa e 32,0% com história de pelo menos um episódio durante a vida. Observaram também que apenas 19,0% dos indivíduos com “doença ativa” recebiam tratamento especializado.

No Brasil, ALMEIDA FILHO e col. (1992) realizaram uma pesquisa em três áreas metropolitanas (Brasília, Porto Alegre e São Paulo) na

população de maiores de 15 anos e encontraram taxas de prevalência global dos transtornos mentais, incluindo qualquer nível de sintomatologia, entre 30,0% e 50,0%. Estudaram também a estimativa de demanda potencial de serviços destinados ao tratamento de distúrbios psiquiátricos (casos potencialmente necessitados de assistência estabelecida através de auto-referência do entrevistado). Estas estimativas oscilaram entre 20,0% e 35,0%.

Estudo realizado na cidade de São Paulo por ANDRADE e col. (1998), em população de 18 anos ou mais, encontrou que 33,1% desta população tinha apresentado algum transtorno mental (exceto dependência de tabaco) ao longo da vida, 18,5% no ano anterior e 15,2% no mês anterior à entrevista. Este trabalho também buscou descrever o uso dos serviços de saúde pela população estudada. Entre os achados, encontrou-se que 8,3% procuraram atendimento psicológico no mês anterior à entrevista e que a presença de transtornos psiquiátricos aumenta o uso de serviços de saúde em geral, e esta utilização é maior se o transtorno ocorreu no ano anterior à entrevista.

Os trabalhos de investigação epidemiológica dos transtornos mentais na infância e adolescência têm características e dificuldades próprias. Em 1990, VERHULST (citado por PEDREIRA e col. 1993) esquematizou algumas das principais características do levantamento de informações sobre morbidade em saúde mental na infância:

✓ Critérios de morbidade:

Que conduta considerar anormal?

Para que idade?

Patologias ou variações qualitativas/quantitativas?

✓ Aspectos do desenvolvimento:

Idades

Procedimento de avaliação: Escalas

Entrevistas

✓ Escolher informantes

Pais

Pediatras

Professores

Crianças

- Grau elevado de acordo
- Favorecer multi-informantes
- Saber o peso da informação

✓ Escolher instrumentos de avaliação

Na população infantil também são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão recentemente publicada por ROBERTS e col. (1998), que incluiu trabalhos realizados a partir de 1980, foram encontradas taxas de prevalência global de transtornos mentais que variaram de 1,0% a 51,0% (média de 15,8%). Estes estudos foram realizados em mais de 20 países, e a faixa etária pesquisada variou de um a 18 anos. As idades dos sujeitos variaram amplamente entre os estudos. As taxas de prevalência tendem a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares (idade de um a cinco ou seis anos) foi de 10,2%, entre os pré-adolescentes (seis a 12 ou 13 anos) de 13,2%, e entre os adolescentes (12 ou 13 anos ou mais) de 16,5%. Pesquisas que incluíram amostras com grandes variações de faixas etárias tendiam a apresentar taxas de prevalência global maiores (média de 21,9%).

As taxas de prevalência podem variar sob a influência de diversos fatores metodológicos. Um dos mais importantes e problemáticos é o critério utilizado para definição de caso. O aparecimento de classificações internacionais, como a Classificação Internacional da Doenças, atualmente na Décima Edição (CID-10) (OMS 2000), e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, em sua quarta edição (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1995), tem contribuído para minorar esta dificuldade. Existe a necessidade de avaliar

normalidade/patologia na infância, adequando-a a cada grupo etário e classificando a conduta detectada como patológica ou como uma variação quali-quantitativa da norma. Nesta questão do diagnóstico e classificação, outra dificuldade detectada é a delimitação de diferentes categorias diagnósticas. CANTWELL e RUTTER (1994) discutiram a questão dos limites entre os quadros mórbidos na infância, apontando para as altas taxas de co-morbidade encontradas nas pesquisas.

COSTELLO (1989b) compilou uma revisão de cinco estudos realizados durante a década de 80, que utilizaram critérios do DSM-III (terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), e encontrou taxas de prevalência global de transtornos mentais de 17,6% a 22,0%, na faixa etária de quatro a 20 anos.

Outra forma de definir caso é utilizar a construção de síndromes empíricas a partir de sintomas referidos. O instrumento mais conhecido desta abordagem é o "Child Behavior Checklist" (CBCL) (ACHENBACH e EDELBROCK 1981; ACHENBACH 1991). As síndromes obtidas a partir desta metodologia não correspondem a diagnósticos psiquiátricos, pois são apenas um agregado de sintomas e não entidades nosológicas definidas. BIRD (1996), compilando trabalhos realizados com esta metodologia, encontrou taxa de prevalência global de prováveis transtornos mentais entre 20,0% e 35,4%.

Outro aspecto importante é a escolha dos instrumentos de avaliação possíveis de serem utilizados: escalas diagnósticas (desenvolvidas a partir da tradição psicométrica) ou entrevistas clínicas (baseadas no exame clínico psiquiátrico) (CANTWELL e RUTTER 1994; COSTELLO 1989b; PEDREIRA e col. 1993; RUTTER 1989). Há necessidade de levar em conta que a validade e a confiabilidade das escalas diagnósticas podem estar comprometidas por numerosos problemas de ordem conceitual ou prática, em sua construção, uso ou interpretação.

A escolha do informante também é fundamental. Eles devem ser pessoas de referência na vida da criança (pais, professores, pediatras). Sempre que possível, a própria criança deve também ser entrevistada. São vários os trabalhos que apontam discordância entre os informantes (BRANDENBURG e col. 1989; COSTELLO 1989b; PEDREIRA e col. 1993; RUTTER 1989). Isto põe em evidência o grau de acordo necessário para qualificação das condutas. Por vezes é necessário obter-se dados de vários informantes com a finalidade de uma descrição mais objetiva, que pode ajudar a valorizar o peso específico de cada informação.

Um aspecto que tem sido cada vez mais valorizado é o uso de critérios de impacto dos sintomas detectados na vida da criança (PICKLES e col. 2001). Não basta apenas listar sintomas, pois muitas crianças têm alguns sintomas na área da saúde mental e cerca de 30,0% a 50,0% das crianças com sintomas preenchem critérios diagnósticos (FLEITLICH e GOODMAN 2000). Entretanto em apenas 5,0% a 15,0% das crianças observa-se impacto significativo dos sintomas, trazendo sofrimento psíquico, tanto para as crianças como para suas famílias.

Um exemplo interessante de como a avaliação do impacto dos sintomas pode ter efeitos importantes sobre as taxas de prevalência é o estudo realizado por SHAFFER e col. (1996), conhecido por *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA)*. Patrocinado pelo National Institute of Mental Health (NIMH), esta pesquisa foi realizada em um único estágio, utilizando uma entrevista diagnóstica padronizada para crianças/adolescentes e para pais especialmente elaborada para esta ocasião. Foi também utilizada uma escala de funcionamento social. Os critérios utilizados para definição de caso foram dos DSM-III-R, DSM-IV e CID-10. Foram estudadas 1.285 crianças e adolescentes de nove a 17 anos em quatro diferentes regiões dos Estados Unidos: Columbia, Georgia, Yale e Porto Rico. As taxas de prevalência encontradas variaram de acordo com os critérios de disfunção social empregados: quando não é empregado nenhum critério de disfunção social,

a prevalência chega a 50,6%. A prevalência global de casos moderados e graves foi de 11,5%.

No Brasil existem poucos estudos na área de epidemiologia dos transtornos mentais na infância. O mais importante, quanto ao rigor metodológico, é o de ALMEIDA FILHO (1982, 1985). Nessa pesquisa foi estudada uma amostra de 829 crianças de cinco a 14 anos residentes em Amaralina, Salvador - Bahia. O autor usou uma escala de gravidade de três níveis (duvidoso/leve, moderado e severo). A prevalência global de transtornos mentais para o grupo em estudo foi de 23,1% e era composta de 1,6% de transtornos do desenvolvimento, 15,3% de distúrbios neuróticos e psicossomáticos, 2,5% de transtornos orgânico-cerebrais, 2,6% de retardo mental e 1,2% para outros diagnósticos de menor ocorrência.

No pesquisa "Morbidade referida e utilização de serviços de saúde no ERSA 12 – 1989-90" foram estudadas as queixas referidas de "problemas dos nervos" de crianças e adolescentes de um a 19 anos (LAURIDSEN 1998). A morbidade referida é aquela em que a própria população alvo define a presença do problema pesquisado, não havendo nenhum outro tipo de comprovação. A taxa de prevalência encontrada foi de 4,7%.

Estes são apenas alguns dos trabalhos que demonstram as altas taxas encontradas e reforçam a magnitude do problema.

Transtornos mentais levam a um grande sofrimento, tanto para as próprias crianças afetadas, como para suas famílias e comunidades. Estes transtornos variam em relação a idade de início, tipos de sintomas, nível de disfunção que provocam e prognóstico a longo prazo. Mesmo usando uma taxa de prevalência mais conservadora, como a do Institute of Medicine (OFFORD e FLEMING 1996), que é de 12,0%, pode-se estimar que, no Município de São Paulo, ao redor de 100.000 crianças e adolescentes entre cinco e 14 anos apresentam algum tipo de transtorno psiquiátrico (FUNDAÇÃO IBGE 2000).

1.3 SISTEMA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL INFANTIL

No Brasil são poucas as iniciativas que buscam ampliar o conhecimento e a formulação de práticas de atenção à saúde mental na faixa etária pediátrica. As principais linhas de trabalho que têm sido colocadas dizem respeito à saúde mental do adulto, tendo como base de intervenção, entre outras, o movimento da luta anti-manicomial. A atenção às crianças tem-se mantido à margem deste processo.

SARTORIUS e GRAHAM (1984), avaliando pesquisas em saúde mental na infância realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em oito países no final da década de 70, ressaltaram as seguintes recomendações:

1. "A pesquisa, particularmente em aspectos de saúde mental infantil relacionados à saúde pública, é uma área negligenciada, que merece uma fração importante da atenção dos especialistas em saúde mental infantil. Seu enfoque deveria ser centrado na aquisição de dados que serão úteis em planejamento e formação de políticas. Entre tópicos específicos, é recomendada prioridade em: pesquisas que conduzam a um melhoramento dos procedimentos de assistência à saúde mental; pesquisas em serviços e sua avaliação; epidemiologia do retardo mental grave; e pesquisas que desenvolvam indicadores de saúde mental infantil e em efetivação de intervenções promotoras de saúde. Estudos sobre o impacto da escolaridade em diferente estratos sociais são de particular interesse.
2. Pessoas que lidam com saúde mental infantil deveriam assumir a responsabilidade não só sobre o tratamento da criança individual, mas também sobre a divulgação da idéia de que as necessidades de saúde mental infantil devem ser levadas em conta na formulação de políticas nacionais de saúde e desenvolvimento social.

3. A preparação dos pais para os cuidados com os filhos e o treinamento de profissionais de saúde em geral para as questões referentes à saúde mental infantil são da mais alta importância e merecem grande prioridade. Isto requer uma mudança no papel tradicional dos especialistas em saúde mental infantil: grande parte de seu tempo deveria ser, daí em diante, destinado ao treinamento de outros que são passíveis de lidarem de forma significativa com transtornos mentais e com tarefas que poderiam promover a saúde mental das crianças” (p. 211).

De modo geral, os serviços especializados em saúde mental para crianças e adolescentes são escassos e de difícil acesso, geralmente com longas filas de espera. Na maioria das vezes, crianças com dificuldades emocionais são atendidas por profissionais de saúde não especializados ou mesmo por profissionais da área da educação ou de outras áreas sociais (assistentes sociais, conselhos tutelares, etc.). Nem sempre estes profissionais estão capacitados para este tipo de atenção e acabam por minimizar o problema ou encaminhá-lo de forma inadequada, postergando intervenções necessárias que, por vezes, tornar-se-ão mais difíceis e custosas no futuro.

Questões como a violência crescente entre os adolescentes, delinqüência, uso de drogas são apenas alguns dos elos visíveis desta cadeia de eventos. Surge então uma sociedade perplexa, que não sabe o que fazer com estas crianças e adolescentes. Na maioria das vezes essas histórias iniciaram-se anos antes, manifestando-se por problemas muito menores e que, se reconhecidos, poderiam ter sido alvo de uma intervenção que revertesse esta evolução perversa.

Vários trabalhos apontam para o pequeno reconhecimento ou valorização, pelos pediatras e outros profissionais da atenção básica, dos transtornos mentais na infância e adolescência. COSTELLO (1986), revisando 12 pesquisas sobre avaliação e tratamento dos transtornos mentais por pediatras, encontrou grande amplitude das taxas de diagnóstico,

que variaram de 0,6% a 16,0%. A maioria destas pesquisas encontrou taxas entre 4,0% e 7,0%, aproximadamente metade daquelas encontradas pelos estudos de base populacional. Esta revisão também apresenta outras análises interessantes:

- 1) Os pais não costumam queixar-se dos problemas emocionais ou de comportamento de seus filhos aos pediatras.
- 2) Os pediatras têm dificuldade de identificar os problemas ou valorizar sua importância.
- 3) Os pediatras têm receio de colocar "rótulos deletérios" em seus pequenos pacientes.
- 4) Os pediatras são relutantes em expressar o diagnóstico para os pais por recear não ter tempo ou habilidade suficientes para lidar com o problema.

GIEL e col. (1981), em um estudo patrocinado pela OMS na África, encontraram taxas de prevalência de transtornos mentais entre 12,0% e 29,9%, em crianças que buscavam atendimento na atenção primária. Foi detectada baixa capacidade dos técnicos de identificar o problema, pois apenas foram reconhecidos entre 10,0% e 29,0% dos casos com diagnóstico de transtorno mental feito por instrumento padronizado.

GARRALDA e BAILEY (1986), analisando crianças de sete a 12 anos avaliadas por médicos da atenção primária, encontraram 23,0% de casos com distúrbios psiquiátricos. Estes distúrbios foram mais frequentes em meninas que em meninos e os transtornos emocionais foram os distúrbios mais comuns. Os médicos que realizaram as consultas foram capazes de identificar apenas 11,8% de todas as crianças diagnosticadas como casos.

COSTELLO e col. (1988a) descreveram o pequeno reconhecimento feito por estes profissionais, principalmente dos transtornos mentais mais leves. Estudando 789 crianças de sete a 11 anos atendidas por pediatras na

atenção primária, encontraram taxa de prevalência de transtornos mentais de 22,0%. Neste mesmo estudo a prevalência deste tipo de problema encontrada pelos pediatras foi de 5,6% (COSTELLO e col. 1988b). De modo geral, os pediatras têm alta especificidade, isto é, têm boa capacidade para distinguir os verdadeiros negativos, mas apresentam alto limiar para reconhecer os verdadeiros positivos (baixa sensibilidade) (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL 1992). Neste estudo americano os pediatras identificaram só 17,0% das crianças com problemas de saúde mental, levando a uma "new hidden morbidity" de 83,0%, conforme os autores denominaram os falsos negativos.

LAVIGNE e col. (1993), estudando 3.876 crianças em idade pré-escolar (entre dois e cinco anos), observaram diagnósticos de distúrbios mentais feitos por pediatras em 8,7% das crianças, e por técnicos de saúde mental em 13,0%. A sensibilidade dos pediatras foi de 20,5%, e a especificidade 92,7%. Este autores reforçam que pelo menos 51,7% das crianças com problemas emocionais ou de comportamento não receberam orientação, medicação ou encaminhamento para serviços especializados.

BRIGGS-GOWAN e col. (2000) estudaram 1.060 crianças entre cinco e nove anos em consultórios pediátricos e encontraram taxa de prevalência de transtornos mentais de 16,8%. Neste trabalho não foi avaliado o diagnóstico feito pelo pediatra. Além disso, observaram que metade dos pais de crianças com transtornos mentais não se queixaram ao médico destes problemas, que acabaram passando despercebidos na consulta.

DULCAN e col. (1990) estudaram a importância de haver a queixa relacionada aos problemas mentais: quando os pais expressam suas preocupações aumenta a probabilidade do pediatra identificar o problema.

CHANG e col. (1988) também apontaram que a dificuldade do médico em fazer hipóteses diagnósticas na área de saúde mental advém, entre outros motivos, do fato de que os pais e as crianças não se queixam

de seus problemas nesta área, e geralmente buscam atendimento para doenças físicas coexistentes ou manifestações somáticas dos problemas psiquiátricos.

HORWITZ e col. (1992) desenvolveram um interessante estudo buscando compreender melhor os determinantes das dificuldades dos pediatras em reconhecer os transtornos mentais nas crianças. Esta pesquisa envolveu 1.886 crianças de quatro a oito anos. Os pediatras preencheram um questionário sobre sintomas da área de saúde mental especialmente preparado para atenção primária. Este instrumento compreendeu, além dos problemas emocionais, de comportamento e de relacionamentos, questões relacionadas ao crescimento, desenvolvimento e questões familiares e sociais. A partir deste instrumento, os pediatras identificaram 515 crianças (27,3%) com pelo menos um problema psicossocial ou de desenvolvimento. Os achados dos pediatras não foram comparados com outro tipo de avaliação de transtornos mentais das crianças. Este estudo aponta para a importância do instrumento utilizado nas pesquisas e o diferente enfoque que a pediatria faz dos problemas da área de saúde mental.

Estes autores também encontraram que algumas características da consulta influenciam o reconhecimento destes problemas. Os médicos identificam mais problemas de saúde mental durante consultas de controle de saúde, isto é, quando não há problemas de saúde agudos, e quando conhecem bem as crianças.

Outro aspecto importante a ser considerado é a conduta dos profissionais da atenção primária frente a um diagnóstico de transtorno mental. LAVIGNE e col. (1993) observaram que, dos casos identificados pelos pediatras, 69,4% recebiam algum tipo de orientação, 8,1% receberam prescrição de medicamentos e 41,9% foram encaminhados para serviços de saúde mental. HORWITZ e col. (1992) reportaram que as condutas dos pediatra nos casos diagnosticados eram: 40,0% avaliação, tratamento ou orientação pelos próprios pediatras, 31,0% permaneciam sem tratamento,

16,0% eram encaminhados para serviços especializados e 13,0% sem informação.

Além de um pequeno reconhecimento dos distúrbios mentais pelos profissionais da atenção básica, também foi observado um reduzido número de encaminhamentos aos serviços especializados. Este achado pode ter várias causas, desde a pouca disponibilidade destes serviços até dificuldades pessoais dos profissionais em relação a este tipo de morbidade (não querer colocar rótulos deletérios em seus pacientes ou a pouca valorização das queixas, com conduta do tipo: “é da idade, vai passar”).

Os fatores que favorecem o encaminhamento das crianças identificadas como portadoras de transtornos psiquiátricos para serviços especializados mereceram análises. GARRALDA e BAILEY (1988) observaram que o encaminhamento para atendimento especializado estava relacionado com o sexo masculino, gravidade do transtorno, problemas mentais nas mães, alto nível de estresse psicossocial na família e falta de suporte em famílias grandes. BAILEY e GARRALDA (1989), estudando as razões explicitadas pelos médicos, encontraram que os principais motivos que favorecem os encaminhamentos são ansiedade da família, solicitação dos pais e gravidade do problema da criança.

GOLDBERG e HUXLEY (1980) descreveram um esquema que permite compreender o caminho trilhado na busca de atendimento na área de saúde mental. Estes autores criaram um modelo para descrever o processo de seleção que ocorre entre pessoas com transtornos mentais e que determina quais buscarão atendimento; quais, tendo buscado ajuda, terão seus distúrbios diagnosticados; e, tendo seus distúrbios diagnosticados, quais serão tratados pela atenção primária e quais serão encaminhados aos serviços psiquiátricos. São descritos cinco níveis, cada um representando uma população de sujeitos diferentes. Para ir de um nível para outro é necessário ultrapassar um filtro (Quadro 1).

Quadro 1 - Acesso à atenção psiquiátrica: 5 níveis e 4 filtros

Comunidade		Consulta de clínica geral			Serviços psiquiátricos especializados	
NÍVEL 1		NÍVEL 2	NÍVEL 3	NÍVEL 4	NÍVEL 5	
Estudos de morbidade em amostras representativas da comunidade		Morbidade psiquiátrica total na atenção básica	Morbidade psiquiátrica conspícua	Total de pacientes psiquiátricos	Pacientes psiquiátricos internados	
FILTROS	PRIMEIRO	SEGUNDO	TERCEIRO	QUARTO		
Características dos filtros	Conduta do paciente	Deteção do transtorno	Encaminhamento ao psiquiatra	Admissão ao hospital psiquiátrico		
INDIVÍDUO CHAVE	PACIENTE	MÉDICO CLÍNICO	MÉDICO CLÍNICO	MÉDICO PSIQUIATRA		
Fatores que operam no indivíduo chave	Tipo e gravidade dos sintomas Estresse psicossocial Padrões aprendidos de conduta perante a doença	Técnicas de entrevistas Fatores de personalidade Treinamento e atitude	Confiança e habilidade para manejar o paciente Disponibilidade e qualidade dos serviços psiquiátricos Atitude para com os psiquiatras	Disponibilidade de leitos Disponibilidade de serviços psiquiátricos adequados na comunidade		
Outros fatores	Atitude dos familiares Disponibilidade de serviços médicos Acesso econômico ao tratamento	Padrão de sintomas apresentados Características sócio-demográficas do paciente	Padrão sintomatológico do paciente Atitudes de paciente e familiares	Padrão sintomatológico do paciente Riscos para si e para os demais Atitudes do paciente e familiares		

FONTE: GOLDBERG e HUXLEY 1980.

Na população infantil, questões como o reconhecimento do problema pela família, a consideração de buscar ajuda e a conduta do profissional de saúde estão baseadas tanto na presença da sintomatologia como também nas atitudes e crenças da família (PAVULURI e col. 1995).

De acordo com o modelo de GOLDBERG e HUXLEY (1980), poder-se-ia dizer que o médico da atenção básica corresponde ao segundo e terceiro filtros, sendo responsável pelo reconhecimento do problema e encaminhamento aos serviços especializados.

MODA DA MENINA TROMBUDA

É a moda
da menina muda
da menina trombuda
que muda de modos
e dá medo.

(A menina mimada!)

É a moda
da menina muda
que muda
de modos
e já não é trombuda.

(A menina amada!)

Cecília Meireles

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar como o atendimento rotineiro das crianças pelos médicos da atenção básica aborda os problemas de saúde mental.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a proporção de crianças diagnosticadas como tendo algum tipo de problema de saúde mental pelo médico da atenção básica.
- Comparar e analisar, utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa, a relação entre a frequência dos tipos de problemas de saúde mental detectados pelo médico da atenção básica e aquela obtida através de um instrumento padronizado de avaliação.
- Analisar os determinantes da conduta do médico frente à suspeita diagnóstica de problemas de saúde mental.

O MENINO DOENTE

O menino dorme.
Para que o menino
Durma sossegado,
Sentada a seu lado
A mãezinha canta:

- "Dodói, vai-te embora!
"Deixa o meu filhinho.
"Dorme... dorme... meu..."

Morta de fadiga.
Ela adormeceu.
Então, no ombro dela,
Um vulto de santa,
na mesma cantiga,
na mesma voz dela,
se debruça e canta:

- "Dorme, meu amor.
"Dorme meu benzinho..."

e o menino dorme.

Manuel Bandeira

METODOLOGIA

3. METODOLOGIA

3.1 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA: TRAJETÓRIA

Um dos aspectos mais complexos deste trabalho foi a opção teórico-metodológica. Após a delimitação do tema e do problema a ser estudado, defrontei-me com a busca de referenciais teóricos que dessem conta da amplitude de análise que pretendia realizar.

Num primeiro momento ficou claro que a simples constatação numérica das possíveis diferenças entre as hipóteses diagnósticas de problemas de saúde mental feitas pelo médico na atenção básica e os prováveis diagnósticos de transtornos mentais feitos através de instrumentos padronizados não seria suficiente para contemplar os objetivos da investigação. O aprofundamento das análises estatísticas, com ênfase nas relações entre as variáveis estudadas, também não parecia ser o caminho que me levasse ao resultado que pretendia obter.

Apesar de achar importante a descrição numérica das evidências do campo, algo mais era necessário. Entender o significado desta diferença, principalmente do ponto de vista dos médicos pediatras, parecia-me indispensável.

Algumas características específicas deste estudo são de fundamental importância para a compreensão das escolhas metodológicas realizadas:

- Como pesquisadora encontrava-me profundamente envolvida com as questões estudadas. Tendo uma trajetória pessoal tanto como pediatra quanto como psiquiatra, sentia-me identificada com os pediatras incluídos no estudo. Minhas hipóteses de trabalho emergiram da minha prática cotidiana nos serviços de

saúde e eu tinha uma compreensão própria do problema estudado.

- Todas as evidências coletadas no campo foram obtidas a partir da interação com as diversas pessoas envolvidas na pesquisa. Além das entrevistas com os médicos, situação claramente colocada como interação explicitada, todos os outros dados emergiram de interações¹. A aplicação dos questionários padronizados e as consultas médicas, cujo conteúdo foi captado através da análise do prontuário, também são situações claramente interacionais. A psiquiatria tem tentado, exaustivamente mas sem muito êxito, buscar instrumentos mais “objetivos” para realização de diagnósticos na área de saúde mental. Apesar da busca de marcadores biológicos para as doenças mentais, da construção de entrevistas padronizadas e testes psicológicos complexos e da elaboração de novas classificações tidas como mais objetivas (DSM IV e CID-10), quase toda a prática psiquiátrica, diagnóstica e também boa parte da terapêutica (exceção talvez da psicofarmacoterapia) baseia-se na interação entre duas pessoas.
- Pareceu-me também importante a contextualização dos achados, tanto no seu espaço geográfico específico como na história do serviço estudado. A escolha de um serviço de saúde com características tão próprias tem como um dos seus propósitos o aprofundamento da análise e uma compreensão mais abrangente do fenômeno estudado, mesmo que isto implique em redução da validade externa dos achados.

¹ Segundo DENZIN (1989) interação compreende o agir de um sobre o outro, ser capaz de ação mútua. Para os seres humanos a interação é simbólica, envolvendo o uso da linguagem.

Para realizar a análise dos achados deste estudo utilizei conceitos, ainda que algumas vezes de maneira aproximada, de duas propostas teórico-metodológicas.

A primeira delas é o Construcionismo Social, conforme descrito por SPINK (2000). Esta autora define, nas palavras de GERGEN (1985), o que vem a ser a investigação construcionista:

“A investigação sócio-construcionista preocupa-se sobretudo com a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo (incluindo a si mesmo) em que vivem” (p. 26).

O núcleo desta proposta metodológica, também nas palavras de GERGEN (1985), citado por SPINK e MENEGON (2000) é a compreensão de que:

“os termos em que o mundo é compreendido são artefatos sociais, produtos de trocas historicamente situadas entre as pessoas” (p.76).

Nesta opção teórico-metodológica a pesquisa científica é concebida como uma prática reflexiva e crítica e também como uma prática social. A produção de sentido processa-se no contexto da ação social e é dialógica.

Segundo SPINK e MEDRADO (2000), a visão construcionista:

“alia-se à tradição hermenêutica de processo criativo mediado pelas expectativas e pressupostos que a pessoa traz para a situação, à tradição interacionista de valorização da presença – real ou imaginária – do outro e à onipresença da linguagem na perspectiva das práticas discursivas” (p. 59).

A segunda proposta teórico-metodológica é o Interacionismo Interpretativo como idealizado por DENZIN (1989) para ser uma modalidade de pesquisa avaliativa. Segundo esse autor, esta abordagem é uma tentativa de unir a abordagem interacionista simbólica com os trabalhos

fenomenológicos e interpretativos de Heidegger e a tradição associada com a hermenêutica. Uma das teses básicas desta proposta é a importância da interpretação e da compreensão dos fatores-chave da vida social. A vida cotidiana gira em torno da interpretação e dos julgamentos que as pessoas fazem sobre os comportamentos e experiências de si mesmos e dos outros.

DENZIN (1989) descreve seis passos fundamentais para o processo interpretativo:

1. Delimitação da questão da pesquisa - que compreende não apenas formular o problema, mas também contextualizá-lo.
2. Desconstrução - refere-se a uma revisão da literatura crítica, desconstrutiva, que busca identificar vieses e pré-concepções.
3. Captação do fenômeno - corresponde à coleta de dados; envolve localizar e situar o que está sendo estudado.
4. Isolamento - separar o fenômeno do contexto no qual ocorre e tomá-lo à parte, para uma inspeção acurada, examinando seus elementos constituintes.
5. Construção - envolve reunir os elementos-chaves de um fenômeno em uma seqüência, buscando recriar cada experiência vivida e reunir as diversas experiências que se relacionam com o fenômeno em investigação.
6. Contextualização - implica na recolocação do fenômeno isolado de volta ao mundo da experiência vivida. Nesta fase o pesquisador localiza o fenômeno no tempo e no espaço, trazendo-o à vida nas palavras de indivíduos em interação.

DENZIN (1989) reforça a importância de se obter uma descrição densa das evidências obtidas no campo. Descrições densas são relatos detalhados e profundos, que tentam resgatar os significados e experiências

que ocorrem na situação da pesquisa. É a partir de descrições densas que são feitas interpretações densas.

Mesmo contando com aportes preciosos destas duas propostas teórico-metodológicas, as evidências do campo sempre nos colocam questões complexas e que extrapolam os formatos pré-definidos das teorias. Se por um lado não é possível dispensar referenciais teóricos, por outro, durante o percurso da pesquisa, a criatividade e a necessidade, nem sempre nesta ordem, acabam agregando técnicas e métodos que, naquele momento específico, pareceram ser as mais adequadas. As limitações impostas pelo meu conhecimento, pelas restrições do campo de pesquisa e outras questões que fugiram ao meu domínio acabaram também, de algum modo, conformando o desenho e a análise do estudo.

Acredito que o conhecimento é sempre inacabado e que os resultados deste estudo podem e deveriam suscitar mais questionamentos que certezas.

MINAYO (1994) cita um comentário de POIRIER que me parece muito pertinente:

“... num curso ministrado na França por LAZARSELD (um dos renomados pesquisadores sociais de nosso século) sobre técnicas de análise de conteúdo aplicadas a histórias de vida, um dos alunos lhe perguntou sobre a condução de certos problemas práticos. Sorrindo, o mestre lhe respondeu: “A gente diz e escreve muitas coisas, mas na verdade a gente faz como pode” (POIRER et alli: 1987, 72)” (p. 228).

3.2 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho é uma pesquisa avaliativa que utilizou como estratégia o desenho de um estudo de caso de caráter descritivo e explanatório (TRIVIÑOS 1987; PATTON 1990; YIN 1994). Procurou-se fazer inicialmente uma descrição densa do problema estudado e do contexto e, a seguir, buscar respostas para as questões instigadoras da pesquisa. A opção pelo estudo de caso foi pautada no fato de que o objeto de estudo sofre influências do contexto e de variáveis de difícil controle, e com o propósito da pesquisadora de reter o aspecto holístico e naturalístico da situação estudada.

3.3 OBJETO DE ESTUDO

Esta pesquisa ocupou-se do estudo dos problemas relacionados com a saúde mental de crianças. Foi utilizado o termo Problemas de Saúde Mental (PSM) para designar as hipóteses diagnósticas encontradas neste estudo que se enquadraram no capítulo V (Transtornos mentais e comportamentais) da CID-10.

Os termos “transtorno” e “distúrbio” são utilizados ao invés de “doença” pois as condições estudadas serão definidas em termos de disfunção ou desvantagem. Além disso, os termos “distúrbios” e “transtornos” psiquiátricos não trazem a conotação de que o tratamento necessariamente beneficiará a criança nem qualquer implicação de que os psiquiatras são os terapeutas mais apropriados para tais casos. Alguns autores (CANTWELL e RUTTER 1994) definem estas alterações de comportamento ou emoções, com algumas exceções, não como “doenças” ou “enfermidades” qualitativamente diferentes do normal, mas sim desvios quantitativos do normal.

O conceito de transtornos psiquiátricos tradicionalmente utilizada em pesquisas é o de RUTTER e col. (1970) que define transtornos psiquiátricos como:

“(....) anormalidades de comportamentos, emoções ou relacionamentos suficientemente importantes e prolongadas para causar à criança prejuízo em seu funcionamento social e/ou levar a distúrbios na família ou na comunidade” (p. 148).

A essência desta definição, apesar de utilizada há mais de 30 anos e das inúmeras mudanças das classificações ocorridas neste período, permanece válida até hoje. CANTWELL (1999) afirma que:

“A ciência básica da psiquiatria infantil atualmente é o estudo sistemático de psicopatologia em crianças e adolescentes.

Psicopatologia infantil e do adolescente clinicamente significativa pode ser definida como um transtorno em uma ou mais das seguintes áreas: comportamento manifesto, estados emocionais, relacionamentos interpessoais e função cognitiva. As anormalidades devem ser de duração e gravidade suficientes a ponto de causarem prejuízo funcional. Prejuízo funcional pode ser definido como um prejuízo que interfere no desenvolvimento de uma ou mais áreas, entre elas o rendimento escolar, comportamento na escola, relacionamentos interpessoais em casa, com os pares, na escola e na comunidade, o uso do tempo livre e o desenvolvimento de um senso de self e identidade” (p. 2345).

3.4 LOCAL

Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde, pois a idéia central do projeto é avaliar como o atendimento rotineiro das crianças, pelos médicos da atenção básica, enfoca as questões de saúde mental.

A escolha recaiu sobre o Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSE Butantã). Este Centro de Saúde, ligado à Universidade de São Paulo, propiciou condições adequadas aos objetivos da pesquisa, como área de abrangência definida e melhor documentação dos procedimentos realizados durante as consultas. Além disto, conta com equipe técnica com experiência em pesquisas.

O CSE Butantã situa-se na região oeste do Município de São Paulo, próximo ao Instituto Butantã e ao campus da Cidade Universitária Armando Salles de Oliveira, e constitui uma das 14 Unidades Básicas de Saúde que compõem o Distrito de Saúde Escola do Butantã (DSE Butantã). O DSE do Butantã corresponde a cinco distritos administrativos (DA): Butantã, Rio Pequeno, Morumbi, Vila Sônia e Raposo Tavares, ocupando área de 56,1 km². A população da área de abrangência do DSE Butantã era, em 2000, de 377.576 habitantes (FUNDAÇÃO IBGE 2000) e densidade demográfica de 6.730 habitantes por km².

O CSE Butantã atende a uma população moradora em área adstrita (Figura I) de 48.170 habitantes (FUNDAÇÃO IBGE 1996). O CSE Butantã foi inaugurado em 1977 e tem registrado uma constante busca de inovação e criação de alternativas tecnológicas no campo da Saúde Coletiva (CHIESA 1999).

A população que utiliza o CSE Butantã foi estudada por SALA e KON (2000), que encontraram as seguintes características (a amostra estudada corresponde à população cadastrada entre janeiro de 1997 a setembro de 1999):

- A distribuição etária e por sexo dos usuários apresenta uma larga base de crianças menores de 12 anos, correspondendo a 36,6% do total, com proporção aproximadamente igual entre os sexos. Na população acima desta idade é evidente o predomínio do sexo feminino (4,3 mulheres para cada homem na população de 20 a 49 anos).
- Em relação à moradia, verificou-se que aproximadamente metade dos usuários moram em condições de habitação insatisfatórias. Observou-se uma associação positiva entre idade e qualidade de moradia; na faixa etária de menores de 12 anos somente 46,0% moram em condições satisfatórias (casa ou apartamento).
- Verificou-se associação negativa entre idade e escolaridade a partir dos 20 anos, o que deve refletir a progressiva melhoria de acesso à escola, verificada nas últimas décadas. Deste modo, é na população acima dos 50 anos que se encontra, ainda, proporção significativa de pessoas sem escolaridade, ou mesmo analfabetas.

O setor de Pediatria do CSE Butantã é coordenado pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e é utilizado como campo de ensino para alunos de medicina e residentes de pediatria (MASCARETTI 1997). Não existe atendimento especializado em saúde mental (psicólogo, psiquiatra infantil ou equipe multiprofissional) para crianças. O CSE Butantã tem um Setor de Saúde Mental, inserido na área programática de Atenção ao Adulto e vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP (GIORDANO Jr e PEREIRA 1996). Este serviço não atende crianças menores de 12 anos. O CSE Butantã conta também com um Serviço de Fonoaudiologia, vinculado ao Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da

FMUSP, que propicia campo de estágio para os alunos do Curso de Fonoaudiologia.

O Departamento de Pediatria da FMUSP promove assistência, ensino e pesquisa na área de saúde mental através do Serviço de Higiene Mental do Instituto da Criança. DIAZ (1991), ao referir-se a este serviço, comenta:

“Como área de apoio este serviço é visto ocupando uma posição peculiar... (citando artigo da Revista de Pediatria; 1979) ‘sua presença é prioritária nas áreas de formação fundamental. O objetivo é, através do processo de assessoria, contribuir para a formação de um pensamento pediátrico psicossomático, sem o que não se cumprirá o primeiro item dos objetivos do Instituto da Criança, que diz ser necessário à Pediatria abranger os problemas orgânicos e psíquicos da criança.’”

O Serviço de Higiene Mental foi criado em 1955 pelo Prof. Pedro de Alcântara nos moldes das “Child Guidance Clinics” norte-americanas (ASSUMPÇÃO Jr 1995). A filosofia de trabalho inicial do Serviço de Higiene Mental fundamentava-se em diretriz da Organização Mundial de Saúde que definiu, em 1952, Higiene Mental como atividades técnicas que promovem e mantêm a Saúde Mental, e Saúde Mental como a capacidade do indivíduo de integrar-se ao grupo (DIAZ 1991). A partir de 1974, com a fundação do Instituto da Criança, a postura do serviço passou a ser mais psicodinâmica, com equipes multidisciplinares nas diversas especialidades: berçário, isolamento e UTI, de acordo com os modelos da Psiquiatria de Ligação (ASSUMPÇÃO Jr 1995).

O Departamento de Pediatria da FMUSP tem viabilizado pesquisas vinculadas às atividades assistenciais no CSE Butantã (LEONE e col. 1995). Nesta linha de trabalho, foi possível localizar uma pesquisa de morbidade em escolares, realizada no CSE Butantã em 1996 (MASCARETTI e col. 1998). Foram estudados 440 prontuários de crianças de seis a 11 anos. Foi

encontrado que 15,5% das crianças tinham hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10. Os transtornos encontrados foram: distúrbios de linguagem (6,8%), enurese noturna (4,5%), distúrbio de comportamento (2,0%), transtorno de fixação na infância (0,5%), alteração do desenvolvimento neuropsicomotor (0,5%), gagueira (0,2%), sonambulismo (0,2%), hiperatividade (0,2%), abuso sexual (0,2%) e distúrbio de conduta (0,2%).

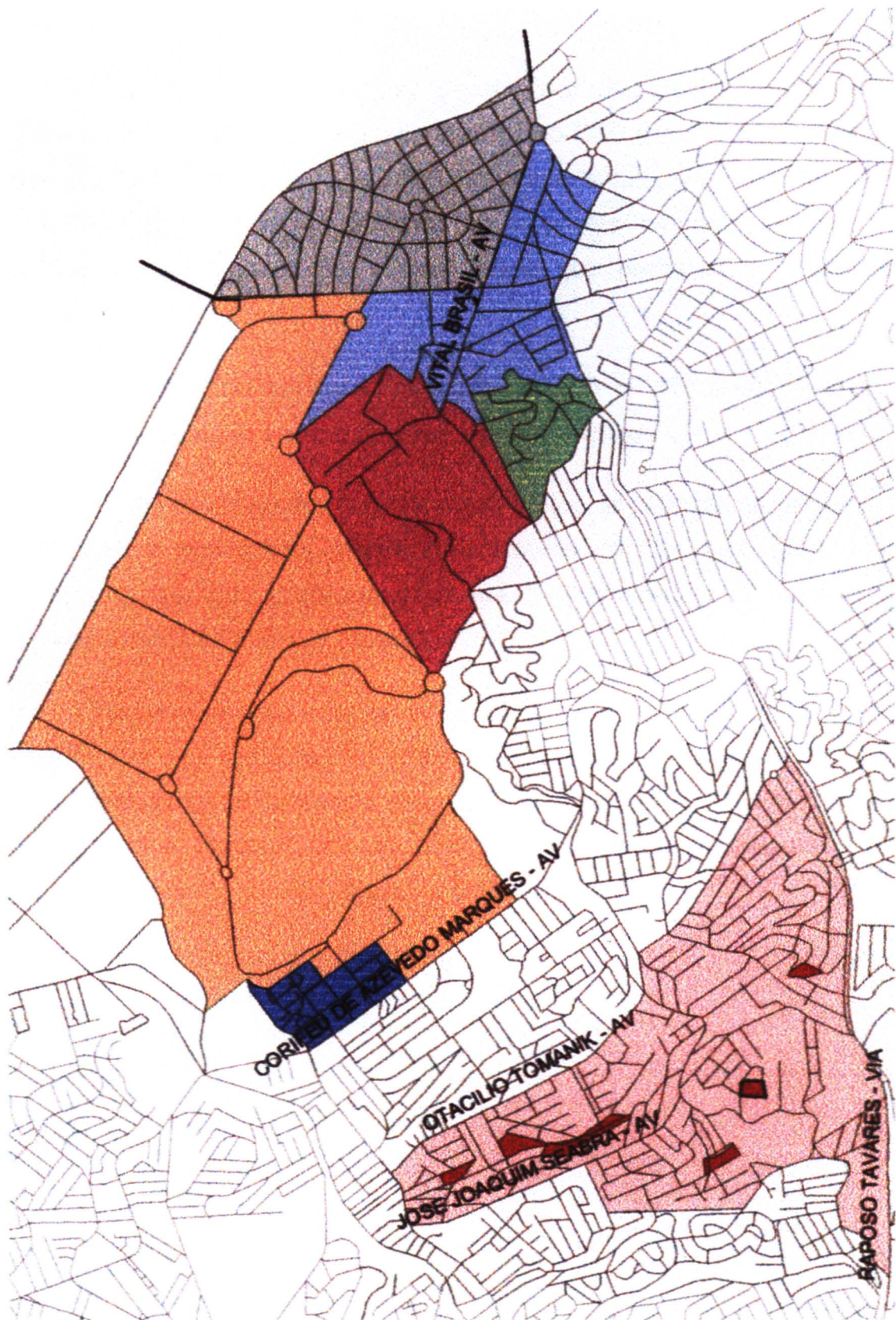


Figura I – Mapa da área de abrangência do Centro de Saúde Escola Butantã

3.5 SUJEITOS

A população alvo do estudo foi composta de crianças de cinco anos a 11 anos e 11 meses de idade, atendidas pelo CSE Butantã no período de 1º de agosto a 31 de outubro de 2000. Em um levantamento prévio realizado no CSE Butantã foram encontrados os seguintes números relativos ao atendimento de crianças nesta faixa etária que passaram por consulta pediátrica agendada:

- Setembro, outubro e novembro de 1998 → 468 crianças
- Abril, maio e junho de 1999 → 472 crianças

Foram considerados sujeitos deste estudo as crianças na faixa etária estudada que procuraram atendimento através de consultas agendadas. Não foram analisadas as consultas tipo eventual/reavaliação. Os retornos da mesma criança não foram computados.

Também foram sujeitos os pediatras do CSE Butantã. Foram incluídos todos os médicos pediatras assistentes que, durante o período de estudo, realizaram ou supervisionaram o atendimento clínico das crianças da população alvo. Foram excluídos residentes, estagiários e pós-graduandos que freqüentavam o serviço durante o período estudado.

3.6 RELAÇÃO DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a coleta das evidências no campo de estudo foram utilizados vários tipos de instrumentos, descritos a seguir.

✓ **Formulário para revisão do prontuário (Anexo 1)**

As consultas realizadas no CSE Butantã são registradas em impressos padronizados específicos para cada tipo de consulta (Anexo 2). Existem os seguintes tipos de consultas:

- Caso novo - saúde da criança
- Retorno - saúde da criança
- Caso novo - saúde escolar
- Retorno - saúde escolar
- Eventual/reavaliação - saúde da criança

Os dados das consultas agendadas (todas acima, exceto a última) foram transcritos para um formulário, elaborado pela pesquisadora, que buscou resumir os dados de interesse da pesquisa.

✓ **Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire*) - SDQ (Anexo 3).**

O SDQ é um questionário de triagem para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. É um questionário de fácil aplicação e fornece hipóteses diagnósticas de prováveis problemas de saúde mental. É composto de 25 questões das quais 20 correspondem a “dificuldades” ou sintomas de problemas de saúde mental e cinco questões sobre “capacidades” ou aspectos positivos da personalidade da criança (GOODMAN 1997, 2000, 2001; GOODMAN e col. 2000). Interroga também sobre o impacto que os sintomas relatados têm sobre a vida cotidiana das crianças e suas famílias (GOODMAN 1999). A pontuação deste questionário

fornece predições para três grupos de transtornos: transtornos de conduta, transtornos hipercinéticos e transtornos ansiosos/depressivos. Fornece também, através da combinação das respostas, a predição da presença ou ausência de algum tipo de problema de saúde mental. As três versões existentes (para pais, professores e jovens a partir de 11 anos) podem ser auto-aplicáveis (FLEITLICH e GOODMAN 2000). Apenas a versão para pais foi utilizada neste estudo. A versão original do SDQ tem propriedades psicométricas adequadas e comparáveis às do CBCL (ver a seguir) (GOODMAN e SCOTT 1999).

✓ **Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência** (*Child Behavior Checklist*) – **CBCL** (Anexo 4).

O CBCL (ACHENBACH e EDELBROCK 1981; ACHENBACH 1991; ACHENBACH 1993) foi criado em 1981 pelo psicólogo Thomas M. Achenbach e pelo psiquiatra infantil Craig Edelbrock em Vermont, Estados Unidos, e foi padronizado inicialmente para crianças de quatro a 18 anos. Possui 138 itens, sendo 20 destinados à avaliação da competência social da criança (perfil social) e 118 relativos à avaliação de problemas de comportamento (perfil comportamental). Apenas o perfil comportamental foi utilizado neste estudo. O princípio de construção do CBCL foi empírico, baseado na análise estatística de uma lista de queixas na área de saúde mental presentes nos prontuários médicos (DUARTE e BORDIN 2000). Este instrumento visa apenas detectar a presença ou não de problemas de comportamento, emocionais ou de relacionamentos e não fornece um diagnóstico de transtorno mental específico (BORDIN e col. 1995).

As 118 perguntas feitas durante o inventário referem-se a descrições de tipos de comportamento que os pais podem classificar como ausente, às vezes presente ou presente, recebendo pontuação de "0", "1" ou "2". O escore total obtido a partir da aplicação do CBCL determina três categorias: clínica, limítrofe e não clínica. O perfil comportamental é constituído de nove sub-escalas:

- (a) retraimento
- (b) queixas somáticas
- (c) ansiedade/depressão
- (d) problemas com o contato social
- (e) problemas com o pensamento
- (f) problemas com a atenção
- (g) comportamento delinqüente
- (h) comportamento agressivo
- (i) problemas sexuais (esta padronizada apenas para idade de quatro a 11 anos).

Quando agrupadas, as sub-escalas (a), (b) e (c) definem a escala de problemas “*internalizing*” e as sub-escalas (g) e (h) definem a escala de problemas “*externalizing*”.

O CBCL é mundialmente utilizado para identificar prováveis problemas de saúde mental em crianças e adolescentes a partir de informações dos pais (BIRD 1996) e já foi traduzido e validado em mais de 50 idiomas. Na América Latina foi utilizado por BRALIO e col. (1987) e, no Brasil traduzido e validado por BORDIN e col. (1995). Tem sido utilizado em pesquisas epidemiológicas tanto como “*screening*” em estudos transversais em dois tempos quanto como preditivo de “*outcomes*” em estudos longitudinais (BARKLEY 1988). Também tem sido empregado em estudos com população pediátrica para avaliar impacto psico-afetivo de doenças crônicas. Além disso, tem demonstrado utilidade no ambiente clínico para diagnóstico precoce de prováveis transtornos mentais. As sub-escalas “problemas com a atenção” e “ansiedade/depressão” têm demonstrado melhor validade diagnóstica (BILENBERG 1999).

Além do inventário para os pais, outros dois instrumentos foram desenvolvidos por ACHENBACH (1993): um para professores (Teacher Report Form – TRF) e outro para adolescentes (Youth Self-Report Form - YSR), já traduzidos para o português (DUARTE e BORDIN 2000).

✓ **Ficha de identificação (Anexo 5).**

Este formulário, elaborado pela pesquisadora para ser utilizado na entrevista domiciliar, tinha por objetivo, além de identificar a criança alvo da entrevista, obter informações sobre variáveis da criança e de sua família que não constavam no prontuário do CSE Butantã. Foram inquiridas as seguintes variáveis:

- raça
- escolaridade (série cursada em 2000)
- idade dos pais
- escolaridade dos pais
- profissão e ocupação dos pais
- idade e sexo dos irmãos
- situação conjugal dos pais

Era também anotado o nome da pessoa que respondeu à entrevista.

✓ **Questionário para pais sobre as preocupações relativas às dificuldades das crianças (Anexo 6).**

Este instrumento tinha o objetivo específico de captar a preocupação dos pais com os problemas de saúde mental detectados pelos questionários padronizados na entrevista domiciliar. Quando os pais manifestaram alguma preocupação era questionado se o assunto tinha sido abordado na consulta médica e o que aconteceu depois. No caso de haver preocupação mas o acompanhante não ter abordado o problema na consulta era perguntado o porquê. Este instrumento corresponde a uma adaptação feita pela pesquisadora de questionário elaborado por DULCAN e col. (1990).

✓ **Roteiro da entrevista semi-estruturada com os pediatras (Anexo 7)**

As entrevistas realizadas com os médicos pediatras do CSE Butantã foram feitas a partir de um roteiro pré-definido pela pesquisadora. O roteiro

da entrevista é diferente de um questionário e, de acordo com MINAYO (1994), como visa:

“apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, (...) contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (p. 99).

Seguindo a abordagem de DENZIN (1989) as entrevistas partiram do roteiro inicial mas o desenrolar destas foi moldado a cada entrevistado, assumindo que significados, compreensões e interpretações não podem ser padronizados. A entrevista foi ajustada pela observação, estudo interacional e coleta das narrativas, transformando-se em uma “boa conversa”, um processo no qual duas pessoas, criativa e abertamente, compartilham experiências.

A escolha da entrevista como técnica privilegiada para coleta de dados na abordagem qualitativa deu-se no sentido de buscar superar a limitação implícita da obtenção de dados que poderiam ser chamados de “objetivos”, como de fontes como censos, estatísticas, registros e outros, e a possibilidade de acesso a dados de caráter subjetivo como “idéias, crenças, maneiras de pensar; opiniões sentimentos, maneiras de sentir; conduta ou comportamento, presente ou futuro; razões, conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou comportamentos” (MINAYO 1994; LEFÈVRE e col. 2000).

3.7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.7.1 LEVANTAMENTO DOS DADOS

O estudo foi realizado em dois momentos complementares, não seqüenciais, visando obter dados de fontes distintas para permitir uma análise mais aprofundada da atuação dos profissionais frente aos problemas de saúde mental na população pediátrica.

✓ PRIMEIRO MOMENTO - abordagem qualitativa.

O primeiro momento do estudo consistiu na entrevista semi-estruturada com os pediatras do CSE Butantã, partindo do pressuposto de que eles representam a porta de entrada do sistema de saúde para as crianças. Esta entrevista buscou obter, além da identificação em relação a idade, sexo e formação de cada profissional, a maneira como este percebe e valoriza os problemas de saúde mental, e que encaminhamento dá a eles (FONTANA e FREY 2000). Todas as entrevistas foram feitas pela pesquisadora.

✓ SEGUNDO MOMENTO - abordagem quantitativa.

No segundo momento buscou-se encontrar, no universo das crianças estudadas, aquelas com PSM.

Para tanto a trajetória percorrida foi dividida em três etapas:

1. Foram levantados todos os prontuários de crianças na faixa etária estudada (cinco anos a 11 anos e 11 meses) que procuraram atendimento no decorrer de três meses consecutivos (01/08 a 31/10 de 2000). Apenas a consulta alvo da pesquisa foi analisada. Caso a criança tenha procurado atendimento mais de uma vez no período de estudo, apenas a primeira consulta foi levada em consideração.

O objetivo desta busca foi o de localizar todas as crianças que tiveram alguma hipótese diagnóstica na área de saúde mental feita pelo pediatra durante a consulta médica.

As anotações do prontuário, a partir dos princípios da auditoria médica propostos por LEMBCKE (1967), foram consideradas retrato fiel da consulta. Esses princípios consideram que o que está escrito foi feito e o que não está escrito não foi feito. Os dados coletados desta fonte foram: idade, sexo, motivo da consulta (queixa), hipóteses diagnósticas realizadas (codificadas pela CID-10), condutas e encaminhamentos dados (tanto internos como externos à unidade). Este levantamento foi realizado pessoalmente pela pesquisadora.

2. Para localizar crianças com prováveis diagnósticos na área de saúde mental que tenham passado despercebidas nas consultas clínicas, foi feito um rastreamento através do SDQ.

O SDQ foi aplicado ao acompanhante da criança no próprio CSE Butantã, logo depois da consulta médica (no mesmo período de 01/08 a 31/10 de 2000). Após a aplicação do questionário, foi informado aos pais que alguns receberiam a visita de um entrevistador no domicílio para uma nova conversa, e que esta visita não significaria que a criança tivesse algum problema. Também foi oferecida possibilidade de orientação especializada para os pais que assim o desejassem. O questionário foi aplicado por cinco entrevistadoras, funcionárias de nível médio (auxiliares de enfermagem) do CSE Butantã com experiência em visitas domiciliares. A duração média deste procedimento foi de 15 minutos. Estas entrevistadoras não tinham conhecimento dos dados da consulta médica.

3. A partir da análise dos dados dos prontuários (1ª etapa) e dos resultados da aplicação do SDQ (2ª etapa) foram selecionadas as crianças para as visitas domiciliares (3ª etapa).

Foram incluídas dois tipos de crianças: (a) as que tinham alguma hipótese diagnóstica do capítulo V da CID-10 na consulta pediátrica (prontuário), ou com resultado do SDQ anormal, ou impacto limítrofe ou anormal e (b) um grupo de crianças sem alterações registradas no prontuário, e com SDQ e impacto sem anormalidades.

O objetivo dessa seleção era construir uma amostra intencional com alta concentração de crianças com problemas de saúde mental e um pequeno grupo controle de crianças aparentemente sem anormalidades, distribuídas igualmente por sexo e faixa etária (pré-escolar - cinco e seis anos e escolar - sete a onze anos).

A coleta dos dados na visita domiciliar foi realizada através dos seguintes instrumentos:

- Ficha de identificação (Anexo 5).
- SDQ (Anexo 3) – a repetição da aplicação do SDQ durante a entrevista domiciliar visava permitir a realização de um estudo posterior de confiabilidade do instrumento.
- CBCL (Anexo 4).
- Questionário para pais sobre as preocupações relativas às dificuldades dos filhos (Anexo 6).

A entrevista dos pais foi realizada no domicílio, entre sete e quinze dias após a consulta pediátrica (CARVALHEIRO 1975; TANAKA 1988), pelo mesmo grupo de entrevistadoras que aplicou o SDQ no Centro de Saúde. Estas entrevistadoras não tinham conhecimento dos dados do prontuário nem do resultado do SDQ. Na escolha da entrevistadora para cada visita, tomou-se o cuidado de que não fosse a mesma que havia aplicado o SDQ no CSE Butantã.

Antes do início do campo as entrevistadoras foram submetidas a um treinamento para conhecimento adequado dos instrumentos (SDQ e CBCL),

esclarecimento de dúvidas e padronização da forma de preenchimento dos dados.

Um resumo das três etapas deste segundo momento encontra-se no Quadro 2.

Quadro 2 - Relação das fontes de dados. CSE Butantã, 2000.

Fonte dos dados	Planejado		Realizado	
	N		N	(%)
1. Prontuários analisados	411		411	(100,0)
2. Aplicação do SDQ	411		353	(85,9)
3. Visitas domiciliares (amostra intencional)	226		206	(91,5)

Em nenhuma etapa do estudo as crianças foram avaliadas diretamente. Por ocasião da visita domiciliar foi novamente oferecida à família de todas as crianças a possibilidade de uma avaliação diagnóstica mais detalhada e eventual encaminhamento para tratamento.

3.7.2 DESENHO DA ANÁLISE

A forma como a questão da pesquisa foi formulada neste trabalho me levou a lançar mão tanto da técnica quantitativa quanto da qualitativa.

Neste sentido SPINK e MENEGON (2000) afirmam que:

“O método propriamente dito, uma vez definido o alinhamento epistemológico, pode ser único ou múltiplo, combinando estratégias quantitativas e qualitativas, como na triangulação metodológica” (p. 75).

TRIVIÑOS (1987) também discute esta dicotomia:

“Toda pesquisa pode ser, ao mesmo tempo, quantitativa e qualitativa. Na prática ocorre que toda a investigação baseada na estatística, que pretende obter resultados objetivos, fica exclusivamente no dado estatístico. Raramente o pesquisador aproveita essa informação para

avançar numa interpretação mais ampla da mesma. Seu ideal é estabelecer que existe entre os fenômenos uma relação estatisticamente significativa ou não, verificar empiricamente suas hipóteses ou determinar que elas foram rejeitadas. Os investigadores pouco experientes, especialmente, que transformam a estatística num instrumento fundamental de busca, quando ela realmente deveria ser um elemento auxiliar do pesquisador, desperdiçam um material hipoteticamente importante. E terminam seu estudo onde, verdadeiramente, deveriam começar” (p. 118).

Contribuindo para esta discussão, MINAYO e SANCHES (1993) referem que, apesar de suas naturezas distintas, elas não podem ser vistas como oposição contraditória; pelo contrário:

“é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais ‘ecológicos’ e ‘concretos’ e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa” (p. 247).

Também na pesquisa avaliativa a combinação dos dois tipos de abordagem de pesquisa permite iluminar novos pontos de vista sobre o objeto de estudo, possibilitando conclusões mais abrangentes (PATTON 1990; TANAKA e MELO 2001).

Do ponto de vista quantitativo, inicialmente busquei explorar o máximo possível os dados obtidos a partir dos prontuários. Planejei obter informações sobre a família e outras variáveis sócio-demográficas a partir destes formulários, mas, após uma primeira exploração do material, foi possível perceber que os dados anotados não permitiriam uma adequada avaliação dos mesmos. Não havia anotações atualizadas sobre a composição familiar ou situação sócio-econômica. Apenas idade, sexo e os elementos inerentes à consulta (queixas, hipóteses diagnósticas - codificados de acordo com a CID-10 - e condutas) possibilitaram uma

análise válida. Além da distribuição por sexo e idade, procurei analisar os diversos tipos de queixas (de saúde mental ou não) e, eventualmente, gravidade das mesmas.

Outro aspecto importante foi a análise da conduta do profissional: busquei elaborar um perfil de quais tipos de queixas permitem encaminhamentos mais efetivos ou determinam condutas mais expectantes.

Nesta etapa, para esta análise, os dados coletados foram transcritos para um banco de dados e trabalhados com o software “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS® for Windows® 1998).

A análise dos resultados do SDQ também foi realizada pelo software SPSS®, a partir de um banco de dados especialmente construído para esta finalidade e utilizando o algoritmo proposto por GOODMAN (2000).

Os dados obtidos a partir da aplicação do CBCL foram analisados inicialmente através de software específico desenvolvido por ACHENBACH (1999). Este programa fornece perfis comportamentais clínico, limítrofe e não-clínico, além de outros tipos de categorizações: escalas de problemas “*internalizing*” e de problemas “*externalizing*” e agrupamentos de sintomas em síndromes: retraimento, queixas somáticas, ansiedade/depressão, problemas com o contato social, problemas com o pensamento, problemas com a atenção, comportamento delinqüente, comportamento agressivo e problemas sexuais. No Anexo 8 pode-se analisar um exemplo de como este programa produz estes perfis e escalas.

Nesta etapa também procurei aprofundar o conhecimento de algumas variáveis familiares que possam influir no aparecimento e evolução de problemas na área da saúde mental. Dados sobre a percepção pelas famílias das dificuldades enfrentadas pelas crianças também foram questionados para possibilitar a adequação da análise dos dados coletados. Caso as famílias não valorizem estas dificuldades ou não acreditem que os médicos possam ajudá-las, provavelmente não falarão delas nas consultas.

A comparação entre os dados recolhidos dos prontuários e aqueles obtidos nas entrevistas domiciliares possibilitou uma compreensão de como se dá a articulação entre estas duas instâncias (família e atenção básica) no enfrentamento das questões relativas à saúde mental. Além de um grupo de crianças sem anormalidades, foram definidos três grupos:

- 1) crianças com hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras e também identificadas pelos instrumentos padronizados como portadoras de prováveis PSM,
- 2) crianças com prováveis PSM identificadas apenas pelos instrumentos padronizados e
- 3) crianças com hipóteses diagnósticas de PSM feitas apenas pelos pediatras.

Nesta etapa da análise quantitativa, quando necessário, utilizei o Teste Qui-Quadrado, adotando nível de significância menor ou igual a 5%.

Com o intuito de ampliar a compreensão dos determinantes das condutas dos médicos da atenção básica, busquei um aprofundamento da questão através das entrevistas realizadas com os pediatras que atenderam ou supervisionaram o atendimento das crianças estudadas (abordagem qualitativa).

O método utilizado para a análise das entrevistas tem como base a análise de conteúdo, conforme descrita por BARDIN (1977), que compreende as seguintes fases (p.102):

- Pré-análise – corresponde à fase de organização propriamente dita. Entre outras atividades inclui uma leitura “flutuante dos textos”, buscando apreender as hipóteses emergentes e o estabelecimento de categorias empíricas.

- Exploração do material – fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificação ou enumeração, de acordo com regras previamente formuladas.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Como técnicas de análise foram utilizadas, de forma adaptada, a análise categorial (BARDIN 1977) e análise temática (MINAYO 1994).

A busca sistemática de aprofundamento do conhecimento das razões da atuação dos profissionais visou, além da compreensão ampliada desta questão, a possibilidade de proposição de projetos de capacitação ou de organização de serviços mais pertinentes e adequados, como também contribuir para a elaboração de políticas de saúde específicas e articuladas com o cotidiano dos serviços, que permitam o real enfrentamento deste problema.

Por fim, mas não menos importante, vale a pena referir uma questão metodológica que me acompanhou durante a elaboração deste estudo.

A escolha do estudo de caso e da abordagem qualitativa me fizeram recolocar a questão validade dos achados deste estudo. A pesquisa, da perspectiva realista, é regida por regras que visam superar a diferença entre nossas representações e a realidade (SPINK e MENEGON 2000). A perspectiva construcionista me permitiu ressignificar estes critérios, entendendo a realidade como um fenômeno histórico, cultural e dinâmico e a pesquisa como prática social. A preocupação com a replicabilidade dos resultados foi substituída pela explicitação da especificidade dos achados, tornando assim fundamental a descrição e exploração plena do contexto da pesquisa.

Sob esta ótica a opção por um Centro de Saúde Escola que, à primeira vista, colocaria em risco a possibilidade de generalizar os resultados encontrados, proporcionou a obtenção de um material extremamente rico e a análise de uma situação específica com poder

iluminador sobre o fenômeno em estudo. Como citam SPINK e MENEGON (2000):

“A generalização, vista como conteúdo, fica comprometida. Mas, em contraste, quando vista a partir da perspectiva dos *processos de produção de sentidos*, continua sendo possível, mesmo se reinterpretada como *ilustração* das inúmeras possibilidades de sentido”.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram considerados em todo o desenrolar da pesquisa, conforme resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP em 05/05/1999 (Of.COEP/44/99). Este projeto também foi submetido à apreciação do Conselho do Departamento de Pediatria da FMUSP, tendo sido aprovado em 05/03/1999. Foi também submetido à aprovação da direção do CSE Butantã antes do início da fase de campo.

Foram elaborados dois termos de responsabilidade da pesquisadora, um para os pais ou responsáveis pelas crianças e outro para os médicos pediatras (Anexos 9 e 10).

Nas entrevistas com os acompanhantes ou responsáveis pelas crianças, após a consulta médica no CSE Butantã, era explicado que se tratava de uma pesquisa sobre problemas de comportamento das crianças, que a participação era voluntária e que a recusa não interferiria no atendimento recebido pela criança no CSE Butantã. Após o consentimento verbal era entregue o termo de responsabilidade assinado pela pesquisadora e assegurado que qualquer dúvida seria esclarecida pela pesquisadora, tanto relativa à pesquisa, quanto aos problemas de saúde mental das crianças. Para tanto a pesquisadora tinha um plantão semanal no CSE Butantã para receber os responsáveis pelas crianças que assim desejassem. Também foi garantido o anonimato e que os dados obtidos somente seriam utilizados nesta pesquisa. Este aspecto foi importante pois, apesar do CSE Butantã ter área de abrangência bem definida, várias crianças moravam em outras regiões e os responsáveis ficaram com medo de serem “descobertos” e perderem o atendimento. Mesmo com essa

garantia é possível que parte das perdas dos casos de visitas domiciliares tenha sido devida a esta questão.

No início das entrevistas com os médicos pediatras foi feito um relato sucinto da pesquisa e seus objetivos. Foi obtida a anuência do entrevistado e entregue o termo de responsabilidade assinado pela pesquisadora. Foram pactuadas a garantia do anonimato, a utilização responsável dos dados obtidos e a liberdade de participação ou não no estudo. Não houve nenhuma dificuldade em obter a colaboração dos médicos para as entrevistas, apenas algumas pequenas dificuldades para encontrar horários adequados para a realização das mesmas.

CANTIGA DA BABÁ

Eu queria pentear o menino
como os anjinhos de caracóis.
Mas ele quer cortar o cabelo,
porque é pescador e precisa de anzóis.

Eu queria calçar o menino
com umas botinhas de cetim.
Mas ele diz que agora é sapinho
e mora nas águas do jardim.

Eu queria dar ao menino
umas asinhas de arame e algodão.
Mas ele diz que não pode ser anjo,
pois todos já sabem que ele é índio e leão.

(Este menino está sempre brincando,
dizendo-me coisas assim.
Mas eu bem sei que ele é um anjo escondido,
um anjo que troça de mim.)

Cecília Meireles

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PRONTUÁRIOS

Foram estudados os prontuários de 411 crianças de cinco anos a 11 anos e 11 meses de idade que compareceram a consultas agendadas no setor de Pediatria do CSE Butantã de 01 de agosto a 31 de outubro de 2000, perfazendo um total de 14 semanas de estudo. Este número correspondeu a todas as crianças nessa faixa etária atendidas em consultas agendadas no período estudado. A média de crianças consultadas foi de 29 por semana, variando de 18 a 42 crianças. A análise dos prontuários centrou-se na primeira consulta agendada dentro do período estudado.

Em relação ao tipo de consulta, houve predomínio das consultas de retorno* na saúde da criança, enquanto que na saúde escolar houve maior número de casos novos do que retorno, conforme Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo tipo de consulta. CSE Butantã, 2000.

Tipo de consulta	N	(%)
Caso novo – saúde da criança	36	(8,8)
Retorno – saúde da criança	328	(79,8)
Caso novo – saúde escolar	32	(7,8)
Retorno – saúde escolar	15	(3,6)
Total	411	(100,0)

A distribuição das crianças por sexo foi equilibrada, com 50,4% do sexo feminino. Em relação à idade, houve tendência de redução no número de crianças atendidas com o aumento da idade.

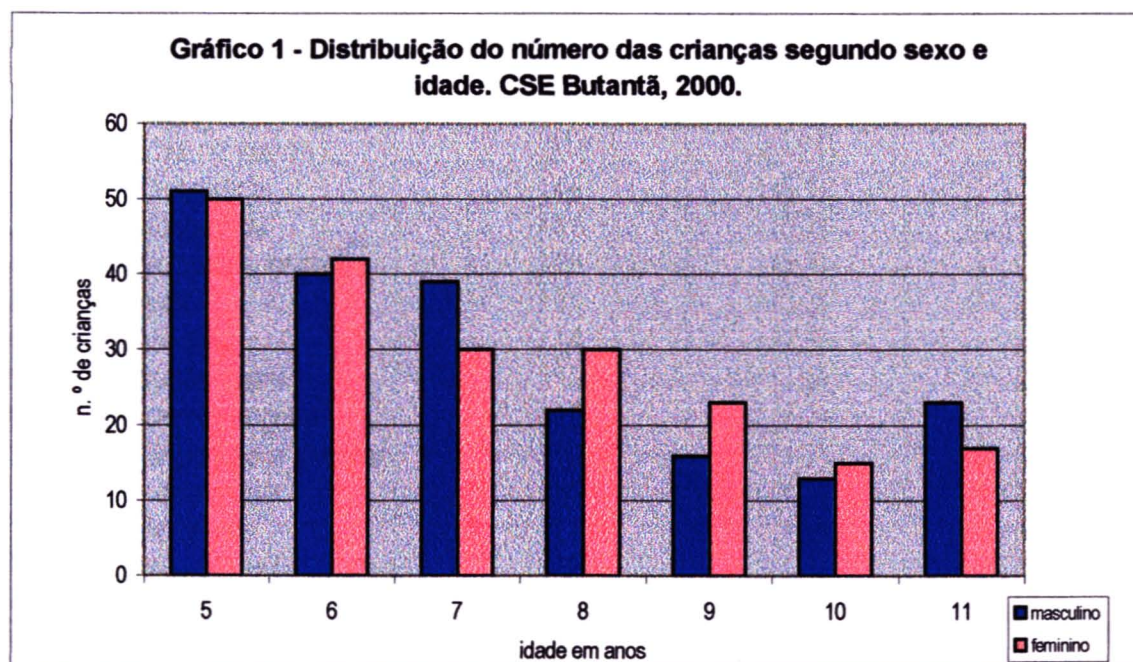
* formulários dos diversos tipos de consulta no Anexo 2.

Com o intuito de facilitar a análise, as crianças foram distribuídas em dois grupos etários: pré-escolar (cinco e seis anos) e escolar (sete anos a 11 anos e 11 meses) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo idade e sexo. CSE Butantã, 2000.

Idade	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
5-6 (pré-escolar)	91	(44,6)	92	(44,4)	183	(44,5)
7-11 (escolar)	113	(55,4)	115	(55,6)	228	(55,5)
Total	204	(100,0)	207	(100,0)	411	(100,0)

A distribuição das crianças por idade em anos e sexo pode ser vista no Gráfico 1.



4.1.1 QUEIXAS

Foi realizado o levantamento das anotações feitas no campo MOTIVO DA CONSULTA dos impressos padronizados das consultas (Anexo 2). As queixas anotadas neste campo foram classificadas como queixas

espontâneas, considerando que foram expressas diretamente como problemas percebidos pela mãe.

Foram encontradas 724 queixas espontâneas, variando de zero (84 crianças sem anotações) a quatro queixas por criança. Em 218 prontuários havia anotação de "controle de saúde, puericultura ou rotina", sozinha ou acompanhada de queixa(s) específica(s). Apesar deste tipo de anotação não ser de fato uma queixa, para fins operacionais foi considerada como tal. Inicialmente foi elaborada uma listagem completa de todas as queixas (Anexo 11).

A seguir estas anotações foram categorizadas em grupos de queixas afins, totalizando 159 grupos, e os 16 tipos mais freqüentes estão listados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição do número e percentagem das queixas segundo os 159 grupos. CSE Butantã, 2000.

	Tipo de queixa	N	(% de respostas)	(% de casos)
1	Controle de saúde	218	(30,1)	(53,0)
2	Dor de cabeça	44	(6,1)	(10,7)
3	Dor abdominal	41	(5,7)	(10,0)
4	Tosse, coriza, rinorréia	39	(5,4)	(9,5)
5	Enurese	24	(3,3)	(5,8)
6	Prurido anal	14	(1,9)	(3,4)
7	Obstrução nasal	13	(1,8)	(3,2)
8	Corrimento vaginal	12	(1,7)	(2,9)
9	Dificuldade para escutar	12	(1,7)	(2,9)
10	Falta de apetite	12	(1,7)	(2,9)
11	Dor de ouvido	11	(1,5)	(2,7)
12	Dificuldade para enxergar	10	(1,4)	(2,4)
13	Dor em membro inferior	8	(1,1)	(1,9)
14	Prurido nasal	8	(1,1)	(1,9)
15	Lesão de pele	7	(1,0)	(1,7)
16	Dificuldade para falar	7	(1,0)	(1,7)
	Outras queixas	244	(33,5)	(59,6)
	Total	724	(100,0)	-*

(* - respostas múltiplas - mais de uma queixa por criança)

Os grupos de queixas foram novamente reunidos, desta vez em sete grandes agrupamentos sintomáticos, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição do número e percentagem das queixas segundo agrupamentos sintomáticos. CSE Butantã, 2000.

Grupos de queixas	N	(% de respostas)	(% de casos)
Controle de saúde	218	(30,1)	(53,0)
Queixas respiratórias	130	(18,0)	(31,6)
Queixas inespecíficas	115	(15,9)	(28,0)
Queixas comportamento	60	(8,3)	(14,6)
Queixas audição/visão	33	(4,6)	(8,0)
Queixas desenvolvimento	17	(2,4)	(4,1)
Outras queixas	151	(20,7)	(36,9)
Total	724	(100,0)	-*

(* - respostas múltiplas - mais de uma queixa por criança)

Buscando ter uma compreensão mais completa das queixas, foram analisadas também as queixas que apareceram como resposta a questões predefinidas no prontuário (Anexo 2). Três campos foram cobertos por essa fonte: sono (condições atuais de vida), relacionamento familiar (aspectos sócio-econômicos), e desenvolvimento neuropsicomotor. Estas queixas foram denominadas queixas induzidas porque considerou-se que eram dirigidas por perguntas formuladas pelo médico.

- Sono

A queixa apareceu claramente registrada na consulta de retorno da saúde da criança, pois há um campo específico para ser anotada. Nos outros tipos de consulta o médico anotava onde achava mais adequado, tornando mais difícil a coleta do dado. Em 178 casos (43,3%) havia algum comentário qualitativo sobre o sono da criança; em 133 (32,4%) havia sido anotado apenas a duração em horas, sem outro tipo de comentário; e em 100 (24,3%) não havia anotação sobre o sono. Os comentários qualitativos podiam ser positivos (sono tranquilo, dorme bem, sem alterações, sem queixas) ou negativos; neste último caso podiam ser divididos em dois grupos: as alterações relacionadas às obstruções de vias aéreas superiores (rinite, roncos, usa Afrin[®]) e aquelas relacionadas às alterações do sono

propriamente ditas (agitado, pesadelos, medos, não consegue dormir à noite, enurese).

- Relacionamento familiar

Os registros sobre o relacionamento familiar apresentavam a seguinte distribuição: em 218 prontuários (53,0%) havia sido anotado bom ou adequado ou normal sem outras especificações; em 106 (25,8%) não havia preenchimento do item; em 86 (21,0%) havia descrição de algum aspecto do relacionamento familiar; e em um (0,2%) estava anotado apenas inadequado. Nos casos em que havia alguma descrição anotada, a grande maioria estava relacionada com aspectos negativos do relacionamento (como, por exemplo, discussão entre os pais, pai não tem contato com a criança, brigas com irmãos).

- Desenvolvimento

Havia especificações quanto ao desenvolvimento da criança em 274 prontuários (66,7%) Não constavam anotações sobre nenhum aspecto do desenvolvimento em 79 casos (19,2%); em 57 (13,9%) estava apenas anotado como bom ou adequado ou normal sem outras especificações; apenas em um caso (0,2%) estava anotado como inadequado.

As anotações relativas ao desenvolvimento, tanto alterado como normal, foram categorizadas em quatro tipos: desenvolvimento físico/motor, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento psicossocial (Quadro 3).

Quadro 3 - Distribuição do número e percentagem dos tipos de anotações sobre desenvolvimento. CSE Butantã, 2000.

Tipo de anotação*	N	(%)
Desenvolvimento cognitivo	232	(56,4)
Desenvolvimento psicossocial	124	(30,2)
Desenvolvimento da linguagem	100	(24,3)
Desenvolvimento físico/motor	64	(15,6)

(* - ocorre mais de um tipo de anotação por prontuário)

É interessante ressaltar que, em muitos casos, principalmente nas consultas de casos novos, as anotações não correspondiam à idade cronológica atual da criança (por exemplo, em crianças de mais de cinco anos as anotações sobre o desenvolvimento motor iam somente até a aquisição da marcha). Além disso, várias anotações eram muito pouco específicas, não podendo ser traduzidas como indicadores do nível de desenvolvimento atual da criança, como por exemplo: gosta de conversar, criança ativa, conversa frases, esperta, brinca, vai na escola, criança chora bastante, gosta de fazer prova na escola, citação apenas da série freqüentada pela criança e outras.

É esperado que o principal tipo de anotação na área do desenvolvimento, na faixa etária estudada (cinco anos a 11 anos e 11 meses), seja o aspecto cognitivo, tendo em vista que a principal “tarefa” do desenvolvimento nesta faixa etária é a aquisição de habilidades nesta área.

As anotações de variáveis do desenvolvimento psicossocial foram as mais inespecíficas (como, por exemplo, brinca, tem amigos, é indisciplinado, teimoso, tímido, quase não manipula genitais), não podendo ser traduzidas em julgamentos mais acurados sobre a criança.

Baseado nas queixas espontâneas e induzidas encontradas no prontuário, foi formado um grupo de crianças com queixas que pudessem remeter a diagnósticos relacionados ao capítulo V da CID-10 (Transtornos mentais e comportamentais) (Anexo 12).

Do total das 411 crianças foram encontradas 92 (22,4%) com queixas (espontâneas ou induzidas) relacionadas a PSM.

4.1.2 DIAGNÓSTICOS

Os formulários dos prontuários médicos das consultas de saúde da criança (tanto caso novo com retorno) apresentavam vários itens de diagnóstico, sendo sete deles predefinidos, que têm a finalidade de induzir o registro destes diagnósticos (Anexo 2). Nas consultas de saúde escolar

(tanto caso novo como retorno) havia 13 diagnósticos predefinidos mas somente os sete diagnósticos predefinidos comuns aos quatro tipos de formulários foram analisados.

No grupo de diagnósticos predefinidos no prontuário foram encontrados os diagnósticos que serão sumariamente descritos nas Tabelas 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.

Tabela 5 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico nutricional. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico nutricional	N	(%)
Eutrófico	369	(89,8)
Distrófico	31	(7,5)
Sem registro	11	(2,7)
Total	411	(100,0)

Tabela 6 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico de crescimento. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico de crescimento	N	(%)
Adequado	382	(92,9)
Inadequado	12	(2,9)
Sem registro	17	(4,1)
Total	411	(100,0)

Tabela 7 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico alimentar. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico alimentar	N	(%)
Adequado	240	(58,4)
Inadequado	158	(38,4)
Sem registro	13	(3,2)
Total	411	(100,0)

Tabela 8 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico de vacinação. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico de vacinação	N	(%)
Completa	341	(83,0)
Incompleta	31	(7,5)
Sem registro	39	(9,5)
Total	411	(100,0)

Tabela 9 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico do desenvolvimento neuropsicomotor. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico de desenvolvimento	N	(%)
Normal	388	(94,4)
Atrasado	16	(3,9)
Sem registro	7	(1,7)
Total	411	(100,0)

Tabela.10 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico do ambiente físico. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico do ambiente físico	N	(%)
Adequado	298	(72,5)
Inadequado	99	(24,1)
Sem registro	14	(3,4)
Total	411	(100,0)

Tabela 11 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo diagnóstico do ambiente emocional. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico do ambiente emocional	N	(%)
Adequado	320	(77,9)
Inadequado	75	(18,2)
Sem registro	16	(3,9)
Total	411	(100,0)

No segundo grupo, em que o item do prontuário é aberto, as hipóteses diagnósticas foram codificadas segundo a CID-10.

Foram feitas 971 hipóteses diagnósticas, que estão listadas no Anexo 13. As 21 principais, que representam 67,5% do total de hipóteses diagnósticas (N = 971), estão detalhadas na Tabela 12.

Em 16 prontuários (3,9%) não houve nenhuma hipótese diagnóstica anotada no grupo de diagnósticos não predefinidos.

Tabela 12 - Distribuição do número e percentagem das hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Hipóteses diagnósticas		N	(% de respostas)	(% de casos)*
1	J30 rinite alérgica	90	(9,3)	(21,9)
2	K02 cáries dentárias	63	(6,5)	(15,3)
3	B82 parasitose intestinal não especificada	61	(6,3)	(14,8)
4	Z00.1 exame de rotina da saúde da criança	53	(5,5)	(12,9)
5	D64.9 anemia não especificada	52	(5,4)	(12,6)
6	R10 dor abdominal e pélvica	32	(3,3)	(7,8)
7	J00 resfriado comum	27	(2,8)	(6,6)
8	F98.0 enurese de origem não orgânica	24	(2,5)	(5,8)
9	J39 outras doenças vias aéreas superiores	24	(2,5)	(5,8)
10	R51 cefaléia	24	(2,5)	(5,8)
11	N47 fimose	22	(2,3)	(5,4)
12	R01 sopros cardíacos	21	(2,2)	(5,1)
13	L85.3 xerose cutânea	20	(2,1)	(4,9)
14	H53.9 distúrbio visual não especificado	19	(2,0)	(4,6)
15	F81 transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	19	(2,0)	(4,6)
16	N76 outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	19	(2,0)	(4,6)
17	H66 otite média supurativas e as não especificadas	18	(1,9)	(4,4)
18	J35 doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	17	(1,8)	(4,1)
19	J45 asma	16	(1,6)	(3,9)
20	F80 transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem	15	(1,5)	(3,6)
21	H91.9 perda de audição não especificada	15	(1,5)	(3,6)
Outras hipóteses diagnósticas		320	(32,5)	(77,6)
Total		971	(100,0)	-**

(* - N=411)

(** - respostas múltiplas - mais de uma hipótese diagnóstica por criança)

A seguir foram selecionadas, dentre o total de hipóteses diagnósticas, aquelas referentes ao capítulo V da CID-10 (Transtornos mentais e comportamentais).

No total de 411 prontuários foram identificadas 72 (17,5%) crianças com hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10, sendo 62 crianças com uma única hipótese diagnóstica, nove com duas hipóteses diagnósticas e uma com três hipóteses diagnósticas deste capítulo (num total de 83 hipóteses diagnósticas).

As hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10 encontradas estão na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição do número e percentagem das hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10. CSE Butantã, 2000.

Hipóteses diagnósticas	N	(% de respostas) (N=83)	(% de casos com HD do cap. V da CID-10*) (N=72)	(% do total de casos) (N=411)
F98.0 enurese de origem não orgânica	24	(29,0)	(33,3)	(5,8)
F81 transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	19	(22,9)	(26,4)	(4,6)
F80 transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem	15	(18,1)	(20,8)	(3,6)
F45.8 bruxismo	5	(6,0)	(6,9)	(1,2)
F98.9 transtornos comportamentais e emocionais não especificados com início habitualmente na infância ou adolescência	5	(6,0)	(6,9)	(1,2)
F91.9 transtorno não especificado de conduta	4	(4,8)	(5,6)	(1,0)
F90.9 transtorno hipercinético não especificado	3	(3,6)	(4,2)	(0,7)
F51 transtorno não-orgânico do sono devido a fatores emocionais	2	(2,4)	(2,8)	(0,5)
F98.1 encoprese de origem não orgânica	2	(2,4)	(2,8)	(0,5)
F45.9 transtorno somatoforme não identificado	1	(1,2)	(1,4)	(0,2)
F89 transtorno não especificado do desenvolvimento psicológico	1	(1,2)	(1,4)	(0,2)
F93.9 transtorno emocional de infância, não especificado	1	(1,2)	(1,4)	(0,2)
F98.5 gagueira	1	(1,2)	(1,4)	(0,2)
Total	83	(100,0)	-**	-**

(* - casos com hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10)

(** - respostas múltiplas - mais de uma hipótese diagnóstica por criança)

Como pode ser observado na tabela acima, a codificação das hipóteses diagnósticas de acordo com a CID-10 foi aproximada, pois as anotações no prontuário, na maioria das vezes, eram muito inespecíficas, com exceção de algumas poucas como enurese, encoprese e bruxismo. No

decorrer da discussão dos resultados será utilizada a forma como o pediatra escreveu a hipótese diagnóstica no prontuário.

- Diagnóstico “ambiente emocional”

O diagnóstico do ambiente emocional é um dos diagnósticos predefinidos no prontuário e representa uma avaliação qualitativa do médico em relação às possíveis influências do meio, na área emocional, sobre a criança. É feito em analogia ao diagnóstico de ambiente físico e pode ser melhor compreendido como um conjunto de fatores de risco para problemas emocionais.

Nos 411 prontuários foram encontradas 75 crianças (18,2%) com diagnóstico de ambiente emocional inadequado (Tabela 11). Este diagnóstico, por si só, não foi considerado como hipótese diagnóstica de PSM.

Na Tabela 14 encontram-se especificadas as anotações encontradas no prontuário nos casos de ambiente emocional inadequado.

Tabela 14 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo especificações de ambiente emocional inadequado. CSE Butantã, 2000.

Descrição do diagnóstico ambiente emocional inadequado	N	(%)
Ausência do pai	28	(37,5)
Ausência de pai e mãe	8	(10,7)
Pais separados	7	(9,4)
Alcoolismo pai e/ou mãe	4	(5,3)
Ausência da mãe	2	(2,7)
Dificuldade de relacionamento com o pai	2	(2,7)
Criança sem limite*	2	(2,7)
Mãe confusa/nervosa	2	(2,7)
Criança introvertida*	1	(1,3)
Briga entre os pais	1	(1,3)
Dinâmica familiar inadequada	1	(1,3)
Tio presidiário; uso de drogas por familiares	1	(1,3)
Dependência da avó*	1	(1,3)
Problemas financeiros	1	(1,3)
Mãe adotiva quer levá-lo para a Bahia	1	(1,3)
Mora em casa de apoio e é filho adotivo*	1	(1,3)
Não está na escola*	1	(1,3)
Distúrbio de comportamento*	1	(1,3)
Padrasto, mãe omissa	1	(1,3)
Inadequado sem outra especificação	9	(12,0)
Total	75	(100,0)

(* - descrições diretamente relacionadas à condição da criança)

Na maior parte dos casos (60,0%) o médico considerou a situação parental não tradicional (pai e/ou mãe genéticos não residindo mesmo domicílio da criança) como inadequada por si só, traduzindo uma relação direta entre este tipo de alteração e possíveis problemas emocionais na criança. Em 6 casos (8,0%) são especificados atributos da criança como evidência do ambiente emocional inadequado.

4.1.3 QUEIXA X DIAGNÓSTICO MÉDICO

Para melhor compreender a relação entre as queixas, sejam elas espontâneas ou induzidas, e o diagnóstico médico, foram relacionados os casos com queixas de PSM (N = 92) e os casos com hipóteses diagnósticas de PSM (N = 72) (Anexo 14) e realizadas análises comparativas destes dados.

Entre as 92 crianças com queixas de PSM foi encontrado que em 27 casos (29,3%) não havia registro de hipótese diagnóstica de PSM no prontuário. Por outro lado, entre as 319 crianças sem queixa de PSM havia sete casos (2,2%) com registro de hipótese diagnóstica de PSM (Tabela 15).

Tabela 15 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo queixas e hipóteses diagnósticas de PSM. CSE Butantã, 2000.

Hipótese diagnóstica de PSM	Queixas de PSM				Total	
	Sim		Não		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Sim	65	(70,6)	7	(2,2)	72	(17,5)
Não	27	(29,4)	312	(97,8)	339	(82,5)
Total	92	(100,0)	319	(100,0)	411	(100,0)

Fazendo o mesmo tipo de análise para problemas respiratórios, foram encontradas as seguintes relações (Tabela 16):

Tabela 16 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo queixas e hipóteses diagnósticas de problemas respiratórios. CSE Butantã, 2000.

Hipóteses diagnósticas de problemas respiratórios	Queixas de problemas respiratórios				Total	
	Sim		Não		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Sim	107	(87,0)	65	(22,6)	172	(41,8)
Não	16	(13,0)	223	(77,4)	239	(58,2)
Total	123	(100,0)	288	(100,0)	411	(100,0)

Dos 123 casos com queixa de problemas respiratórios, apenas 16 (13,0%) não tiveram hipótese diagnóstica de problemas respiratórios anotada no prontuário e foram feitas hipóteses diagnósticas de problemas respiratórios em 65 casos (22,6%) dentre as 288 crianças sem queixa de problema respiratório registrada no prontuário.

Considerando as queixas, tanto as de problemas respiratórios como as de PSM, como critério de referência, foram calculadas a sensibilidade e a especificidade das hipóteses diagnósticas dos pediatras para ambos os tipos de problema (Quadro 4).

Quadro 4 - Índices de “validade” das hipóteses diagnósticas dos médicos segundo critério de referência (queixas). CSE Butantã, 2000.

Índices de “validade”	Critério de referência (queixas)	
	PSM	Problemas respiratórios
Sensibilidade	70,6%	87,0%
Especificidade	97,8%	77,4%

O raciocínio clínico do médico é diferente nos dois tipos de queixas.

Nos PSM há uma tendência de desvalorizar a queixa (sensibilidade de 70,6%), isto é, há queixas que não se refletem em hipóteses diagnósticas. A especificidade das hipóteses diagnósticas dos médicos é alta (97,8%) significando que quando não há queixa é pouco provável que haja hipótese diagnóstica.

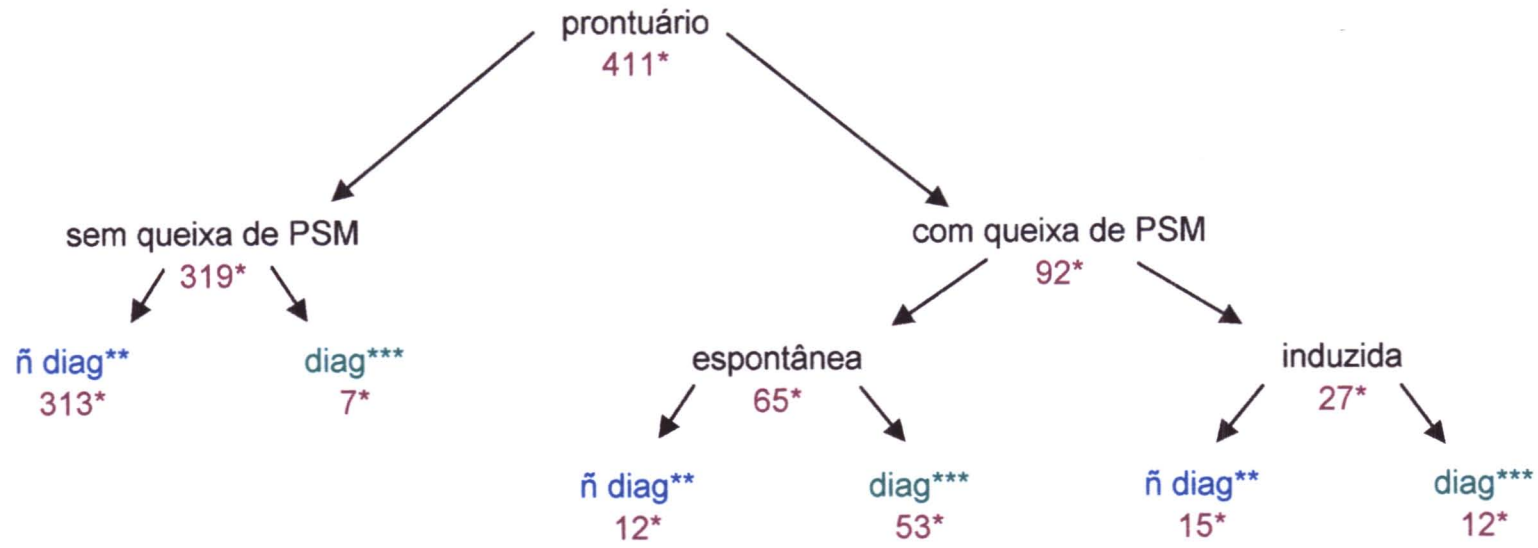
Nos problemas respiratórios as queixas têm maior probabilidade de transformarem-se em hipóteses diagnósticas (sensibilidade de 87,0%). No entanto, a especificidade é mais baixa (77,4%), pois há hipóteses diagnósticas sem queixas anotadas no prontuário.

É importante considerar que os tipos de queixas são diferentes. No caso dos PSM a queixa é mais subjetiva e os instrumentos de observação objetiva do pediatra contribuem pouco para o aprofundamento do problema. Além disso, nem sempre a queixa na área da saúde mental corresponde a uma hipótese diagnóstica. Por exemplo uma queixa de fobia pode corresponder a uma característica de um estágio do desenvolvimento e não um sintoma patológico.

No caso dos problemas respiratórios, quando a queixa está presente, o pediatra se sente mais habilitado para aprofundar a investigação diagnóstica. A possibilidade de verificação dos sinais clínicos no exame físico e a confiança na própria capacidade de intervenção também propiciam a conduta de busca ativa do diagnóstico, até mesmo nos casos sem nenhuma queixa.

Analisando os tipos de queixa de PSM (espontâneas ou induzidas) encontrou-se que, dos 92 casos com queixas, 65 corresponderam a queixas espontâneas e 27 a queixas induzidas. Dentre os casos com queixa espontânea foi feita hipótese diagnóstica de PSM em 53 crianças (81,5%); dentre aqueles com queixa induzida a hipótese diagnóstica de PSM foi feita em 12 crianças (44,4%). É interessante notar que a queixa induzida, apesar de aparecer em resposta a um questionamento do pediatra, tem menor probabilidade de resultar em hipótese diagnóstica de PSM.

Na Figura II pode ser melhor visualizada a relação entre os tipos de queixas de PSM durante a consulta e as hipótese diagnósticas de PSM realizados pelos pediatras.



- * - número de crianças
- ** - sem hipótese de PSM feita pelo pediatra
- *** - com hipótese de PSM feita pelo pediatra

Figura II - "Árvore" da relação entre queixas e hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras

4.1.4 CONDUTAS

Foram analisadas as condutas do pediatra anotadas nos prontuários das 72 crianças com hipótese diagnóstica do capítulo V da CID-10. Os tipos de conduta encontrados estão listados na Tabela 17.

Tabela 17 - Distribuição do número e percentagem das crianças com diagnóstico de PSM segundo tipo de conduta do pediatra. CSE Butantã, 2000.

Tipo de conduta	N	(%)
Orientação	13	(18,0)
Encaminhamento serviço de saúde mental	6	(8,3)
Encaminhamento para fonoaudiologia	5	(6,9)
Observação	5	(6,9)
Relatório escolar	5	(6,9)
Em acompanhamento de fonoaudiologia	4	(5,6)
Encaminhamento para odontologia	2	(2,8)
Exames + orientação	2	(2,8)
Orientação/observação + avaliação saúde escolar	2	(2,8)
Avaliação saúde escolar	1	(1,4)
Em acompanhamento de psicologia	1	(1,4)
Encaminhamento para oftalmologia	1	(1,4)
Exames	1	(1,4)
Exames + relatório escolar	1	(1,4)
Encaminhamento para oftalmologia + exames	1	(1,4)
Encaminhamento para oftalmologia + relatório escolar	1	(1,4)
Sem registro no prontuário*	21	(29,2)
Total	72	(100,0)

(* - não foi possível diferenciar se a conduta não foi tomada ou se apenas não foi registrada)

A conduta mais freqüente foi a orientação (em 18,0% dos casos) sem outras especificações, que foi encontrada em tipos variados de hipóteses diagnósticas, desde enurese, distúrbio do sono até distúrbio de conduta e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.

O encaminhamento para fonoaudiologia (cinco crianças) ou em acompanhamento em fonoaudiologia (quatro crianças) referiam-se a casos com hipótese diagnóstica de transtornos específicos de linguagem.

As condutas de solicitação de relatório escolar e encaminhamento para oftalmologia estavam relacionadas com queixas escolares.

Nenhum encaminhamento para psicologia foi feito nas crianças com hipótese diagnóstica isolada de transtorno de habilidades escolares.

Exames de laboratório foram solicitados em dois casos de enurese e em três casos de dificuldades escolares (timpanometria, acuidade ocular).

Os dois encaminhamentos para odontologia foram feitos em casos de bruxismo.

O encaminhamento para serviços especializados de saúde mental foi realizado em seis casos; um caso já estava em acompanhamento com psicóloga. Estes sete casos tinham as seguintes hipóteses diagnósticas:

- Distúrbio de comportamento (em dois casos)
- Déficit de atenção
- Distúrbio de conduta + Escolaridade atrasada
- Enurese + Síndrome da criança dolorosa
- Enurese + Distúrbio de conduta
- Enurese + Dificuldade de aprendizagem + Terror noturno

Nenhuma criança foi medicada.

Entre as 72 crianças com hipótese diagnóstica de PSM, havia 21 (29,2%) sem conduta anotada no prontuário, não sendo possível saber se nenhuma conduta foi tomada ou se apenas não houve registro.

A relação completa das hipóteses diagnósticas de PSM e as condutas para cada caso está no Anexo 15. A análise mais detalhada dessa relação revela a heterogeneidade das condutas, com variados tipos de encaminhamentos para a mesma hipótese diagnóstica.

4.2 QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) foi aplicado, após as consultas pediátricas, aos responsáveis pelas crianças. Foi planejado aplicar o SDQ em todos os acompanhantes das crianças (N = 411). Foram entrevistados 356 acompanhantes. Não foram entrevistados 55 acompanhantes devido a problemas na organização do processo de trabalho das entrevistadoras e pressa dos acompanhantes ao final de consultas demoradas.

Dos 356 questionários foram descartados três após a aplicação pois o preenchimento apresentava-se incompleto (a parte correspondente ao impacto dos sintomas estava em branco).

Foram comparados os grupos com aplicação do SDQ (N = 353) e sem aplicação do SDQ (N = 58) em relação às variáveis sexo, idade e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra na consulta. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos.

Os resultados obtidos a partir dos 353 questionários completos estão na Tabela 18.

Tabela 18 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo pontuação do SDQ e do impacto. CSE Butantã, 2000.

Pontuação total do SDQ	Impacto						Total	
	Normal		Limítrofe		Anormal		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Normal	148	(42,0)	4	(1,1)	6	(1,7)	158	(44,7)
Limítrofe	45	(12,7)	3	(0,8)	1	(0,3)	49	(13,9)
Anormal	79	(22,4)	26	(7,4)	41	(11,6)	146	(41,4)
Total	272	(77,1)	33	(9,3)	48	(13,6)	353	(100,0)

Estas 353 crianças podem ser divididas em quatro grupos, incorporando-se os casos de SDQ limítrofes aos casos com SDQ normal e os casos com impacto limítrofe aos casos com impacto normal (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo pontuação do SDQ e do impacto (casos com SDQ/impacto limítrofes incorporados aos normais). CSE Butantã, 2000.

Pontuação total do SDQ	Impacto				Total	
	Normal*		Anormal			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Normal*	200	(56,7)	7	(2,0)	207	(58,6)
Anormal	105	(29,7)	41	(11,6)	146	(41,4)
Total	305	(86,4)	48	(13,6)	353	(100,0)

(* - inclui casos normais e casos limítrofes)

Note-se que, das 353 crianças avaliadas pelo SDQ, 41 crianças (11,6%) apresentaram pontuação total do SDQ anormal e do impacto anormal, apontando para a presença de provável transtorno nas áreas abrangidas pelo questionário (sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com os colegas).

4.3 SDQ X DIAGNÓSTICO DE PSM FEITO PELO PEDIATRA

Foi realizada uma comparação entre os resultados da aplicação do SDQ e as hipóteses diagnósticas de PSM feito pelo pediatra.

Inicialmente, considerando os casos normais e limítrofes do SDQ como pontuação normal, foi comparado o resultado do SDQ sem o impacto com as hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelo pediatra (Tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo resultado total do SDQ (sem impacto) e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra. CSE Butantã, 2000.

Hipótese diagnóstica de PSM	Pontuação do SDQ (sem impacto)				Total	
	Anormal		Normal		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Sim	34	(23,3)	29	(14,0)	63	(17,8)
Não	112	(76,7)	178	(86,0)	290	(82,2)
Total	146	(100,0)	207	(100,0)	353	(100,0)
	$\chi^2 = 5,026$			$p = 0,02 - 0,05$		

A seguir foi realizada a mesma comparação, agora levando em conta o impacto e considerando pontuação anormal apenas aqueles com pontuação total do SDQ anormal e impacto anormal (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo resultado total do SDQ (com impacto) e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra. CSE Butantã, 2000.

Hipótese diagnóstica de PSM	Pontuação do SDQ (com impacto)				Total	
	Anormal		Normal		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Sim	14	(34,2)	49	(15,7)	63	(17,8)
Não	27	(65,8)	263	(84,3)	290	(82,2)
Total	41	(100,0)	312	(100,0)	353	(100,0)
	$\chi^2 = 8,405$			$p = 0,001 - 0,01$		

Considerando a aplicação do SDQ como teste de referência, foram calculadas a sensibilidade e especificidade das hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras nas duas situações (Quadro 5).

Quadro 5 - Índices de validade das hipóteses diagnósticas dos médicos segundo critério de referência (SDQ). CSE Butantã, 2000.

Índices de validade	Critério de referência	
	SDQ sem impacto	SDQ com impacto
Sensibilidade	23,3%	34,1%
Especificidade	86,0%	84,3%

A sensibilidade das hipóteses diagnósticas dos pediatras em relação ao SDQ é baixa, mesmo com a inclusão do critério impacto, isto é, casos positivos pelo critério de referência não são diagnosticados pelos médicos.

Por outro lado, a especificidade é alta, mostrando que os pediatras são capazes de distinguir os verdadeiros negativos, não incluindo-os como casos positivos (independentemente da inclusão do critério impacto).

Para permitir melhor compreensão das relações entre as hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatra e os resultados do SDQ, foi construído um esquema que pode ser visto na Figura III.

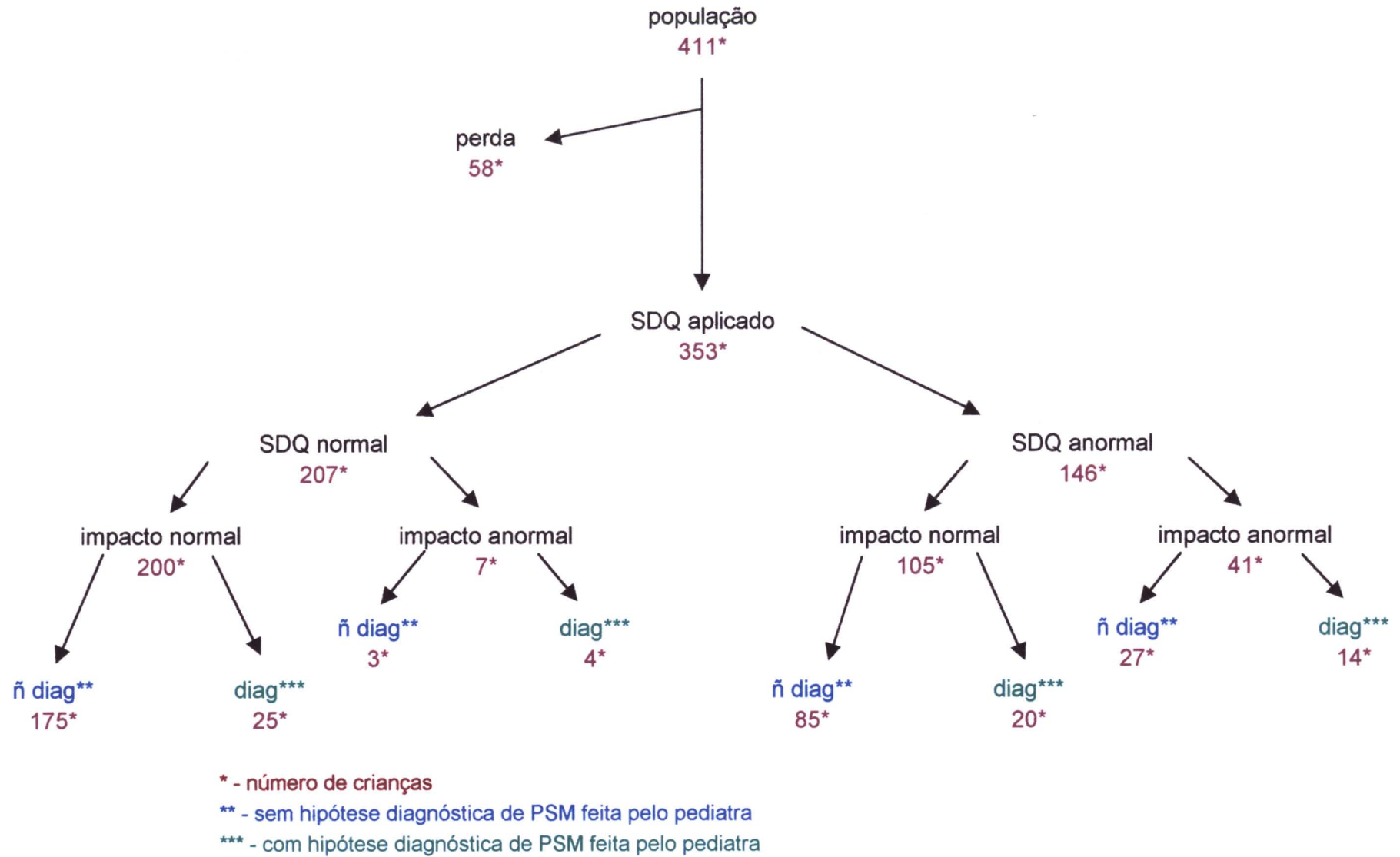


Figura III - "Árvore" da relação entre SDQ e hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras

Das 41 crianças tidas como prováveis portadoras de transtornos psiquiátricos pelo SDQ, apenas 14 (34,2%) foram identificadas pelos pediatras. Os diagnósticos destas crianças feitos pelos pediatras estão no Quadro 6. Das 27 crianças não identificadas pelos pediatras, oito (29,6%) tinham queixas relacionadas a problemas de saúde mental anotadas no prontuário (Anexo 16).

Quadro 6 - Hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras em crianças com SDQ anormal e impacto anormal. CSE Butantã, 2000.

	Primeiro diagnóstico	Segundo diagnóstico	Terceiro diagnóstico
1	Enurese	Distúrbio do comportamento*	
2	Fala infantilizada	Déficit de aprendizagem	
3	Dislalia		
4	Dificuldade na escola		
5	Enurese		
6	Déficit de atenção*		
7	Escolaridade atrasada		
8	Enurese	Dificuldade de aprendizagem	Terror noturno
9	Não sabe ler		
10	Não sabe ler		
11	Mau rendimento escolar		
12	Enurese		
13	Dificuldade de aprendizagem		
14	Distúrbio de atenção*		

(* provável equivalência da hipótese diagnóstica do pediatra e do resultado do SDQ)

É necessário ressaltar que o SDQ não cobre as áreas de transtornos específicos do desenvolvimento (linguagem e habilidades escolares), nem enurese; deste modo em apenas três casos (destacados no Quadro 6) haveria equivalência entre as hipóteses diagnósticas dos médicos e aquelas do SDQ. É possível que o pediatra apreenda apenas um aspecto da sintomatologia, não aprofundando a avaliação das questões emocionais envolvidas.

É importante ressaltar que o SDQ também pode ter falsos positivos e falsos negativos, e que sua utilização como critério de referência busca criar um parâmetro de comparação para as hipóteses diagnósticas dos pediatras. A inclusão da medida de impacto provavelmente reduz a proporção de falsos positivos e permite a identificação dos casos prováveis sem muito erro.

Um grupo pequeno de crianças (quatro) apresentou hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra, SDQ normal e impacto anormal. Pela análise do prontuário foi possível verificar que se tratavam de casos com queixas importantes na consulta e hipóteses diagnósticas consistentes. Os casos estão descritos no Quadro 7.

Quadro 7 - Hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras em quatro crianças com SDQ normal e impacto anormal. CSE Butantã, 2000.

	Queixa	Hipótese diagnóstica
1	É muito rebelde; Não sabe ler	Distúrbio de conduta; Escolaridade atrasada
2	Não vai bem na escola	Dificuldade de alfabetização
3	Nervosa, agitada	Enurese; Síndrome da criança dolorosa
4	Enurese; Encoprese	Enurese; Encoprese

Foi possível verificar que a avaliação do impacto aumenta a sensibilidade do SDQ em casos com sintomas isolados e significado clínico importante.

Por outro lado, o pediatra fez hipóteses diagnósticas de PSM em 25 crianças que tiveram SDQ normal e impacto normal. As hipóteses diagnósticas realizadas estão no Quadro 8.

Quadro 8 - Hipóteses diagnósticas feitas pelos pediatras em crianças com SDQ normal e impacto normal. CSE Butantã, 2000.

	Primeira hipótese diagnóstica	Segunda hipótese diagnóstica
1	Bruxismo	
2	Dificuldade da dicção	
3	Distúrbio escolar	
4	Atraso de linguagem	
5	Dislalia	
6	Dislalia	
7	Criança infantilizada	
8	Enurese	
9	Enurese	
10	Enurese	
11	Enurese	
12	Enurese	
13	Distúrbio de linguagem	
14	Bruxismo	
15	Enurese	
16	Dificuldade de fala	
17	Enurese	
18	Dislalia	
19	Dificuldade de aprendizagem	
20	Dificuldade de educar	
21	Gagueira	Bruxismo
22	Bruxismo	
23	Distúrbio de atenção	
24	Troca letras	
25	Enurese	

Entre os 25 casos nota-se um predomínio de hipóteses diagnósticas únicas, quase que exclusivamente na área do desenvolvimento: transtornos de linguagem em nove casos (36,0%), enurese em oito (32,0%), bruxismo em quatro (16,0%) e dificuldade de aprendizagem em dois (8,0%); corrobora-se assim o perfil do SDQ, que só seleciona casos com sintomas

relacionados a transtornos emocionais, de conduta, de hiperatividade ou de relacionamentos.

Em dois casos foram anotadas hipóteses diagnósticas muito inespecíficas (“criança infantilizada” e “dificuldade de educar”), o que parece apontar para a dificuldade do pediatra de transformar sinais e sintomas em diagnósticos. A criança que recebeu a hipótese diagnóstica de “dificuldade de educar” tinha queixa emocional (medos) e era adotada.

4.4 VISITA DOMICILIAR

Após a consulta médica e a aplicação do SDQ, ainda no Centro de Saúde, o acompanhante da criança era avisado que haveria a possibilidade de uma visita domiciliar posterior para aprofundamento do estudo e que esta visita não significava que a criança tivesse algum problema. Depois da escolha dos casos para a realização das visitas domiciliares, as entrevistadoras entravam em contato com a família solicitando autorização e marcando a data da entrevista. Nos casos selecionados para as visitas foram feitas até três tentativas de localização da residência, após as quais o caso era considerado perdido.

Como o objetivo era compor um grupo de crianças com PSM, foram selecionados os casos com SDQ anormal e/ou impacto anormal. Também foram incluídas aquelas com hipóteses diagnósticas de PSM feitos pelo pediatra, independente do resultado do SDQ. Além destas foram também entrevistados familiares de 45 crianças com SDQ normal e impacto normal e sem diagnóstico de PSM pelo pediatra para possibilitar um estudo posterior de comparação dos instrumentos padronizados utilizados.

Foram selecionadas 226 crianças e realizadas 206 visitas domiciliares (91,2%). Em 20 casos não foi possível contatar a família ou houve recusa por parte desta. Foram comparados os grupos com visita domiciliar (N = 206) e sem visita domiciliar (N = 205) em relação às variáveis sexo e idade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos.

Segundo relato das entrevistadoras, a grande maioria das visitas transcorreu em clima de cordialidade, sem maiores problemas para obter as respostas para a longa seqüência de perguntas. A duração média da entrevista domiciliar completa foi de 90 minutos. Em muitos casos a entrevista transformava-se em uma boa conversa, com o entrevistado alongando-se em outras informações além das solicitadas pelo roteiro

preestabelecido. O tempo máximo transcorrido entre a consulta pediátrica e a entrevista domiciliar foi de 15 dias.

Como referido na metodologia, a entrevista domiciliar era composta das seguintes partes:

4.4.1 IDENTIFICAÇÃO (Anexo 5)

Do total de 206 visitas realizadas, em 185 (89,8%) as entrevistas foram respondidas pela mãe genética. Das crianças visitadas 103 (50,0%) eram do sexo feminino e 92 (44,7%) eram pré-escolares (cinco e seis anos), semelhante ao perfil do total de crianças estudadas (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição do número e percentagem das crianças com visita domiciliar segundo idade e sexo. CSE Butantã, 2000.

Idade (em anos)	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
5-6 (pré-escolar)	44	(42,7)	48	(46,6)	92	(44,7)
7-11 (escolar)	59	(57,3)	55	(53,4)	114	(55,3)
Total	103	(100,0)	103	(100,0)	206	(100,0)

As principais características familiares das crianças estudadas estão descritas no Quadro 9.

Nota-se que 66,5% das crianças moravam com seus pais genéticos e 25,7% com apenas um deles. O número de irmãos era pequeno, sendo 16,5% das crianças filhos únicos e 67,5% tendo um ou dois irmãos. Configurou-se assim que ao redor de dois terços das crianças vinham de famílias com proles pequenas, de dois ou três filhos, habitando o mesmo domicílio que seus pais genéticos.

Quanto à escolaridade, 7,3% das mães e 9,7% dos pais não freqüentaram escola. A grande maioria (73,8% das mães e 61,6% dos pais) tinha até oito anos de estudo. É interessante notar que em 30 casos a mãe ou a pessoa entrevistada não sabia informar a escolaridade do pai.

Quadro 9 - Características familiares das crianças entrevistadas. CSE Butantã, 2000.

	N	(%)
Estado marital dos pais		
2 pais genéticos	137	(66,5)
só pai ou mãe genéticos	32	(15,5)
pai/mãe + substituto	21	(10,2)
outros	16	(7,8)
Total	206	(100,0)
Número de irmãos		
0	34	(16,5)
1 ou 2	139	(67,5)
3 ou +	33	(16,0)
Total	206	(100,0)
Escolaridade da mãe		
não freqüentou escola	15	(7,3)
até 4 anos	81	(39,3)
5 a 8 anos	71	(34,5)
9 a 11 anos	34	(16,5)
+ de 11 anos	2	(1,0)
outros	3	(1,4)
Total	206	(100,0)
Escolaridade do pai		
não freqüentou escola	20	(9,7)
até 4 anos	60	(29,1)
5 a 8 anos	67	(32,5)
9 a 11 anos	25	(12,1)
+ de 11 anos	4	(1,9)
outros	30	(14,6)
Total	206	(100,0)

4.4.2 SDQ

O SDQ foi aplicado novamente na entrevista domiciliar para permitir um estudo posterior de confiabilidade do instrumento.

4.4.3 CBCL

O CBCL foi o principal instrumento aplicado na visita domiciliar. Foi planejada a aplicação em uma amostra intencional de 226 crianças. Houve perda de 20 crianças, tendo sido efetivamente realizado em 206 crianças.

Os resultados referentes ao perfil comportamental (Anexo 17) das crianças estudadas são apresentados na Tabela 23.

Tabela 23 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo perfil comportamental e escalas do CBCL. CSE Butantã, 2000.

Perfil comportamental*	Normal		Limitrofe		Clínico	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Retraimento	137	(66,5)	25	(12,1)	44	(21,4)
Queixas somáticas	180	(87,4)	13	(6,3)	13	(6,3)
Ansiedade/depressão	132	(64,1)	25	(12,1)	49	(23,8)
Problemas com o contato social	135	(65,5)	27	(13,1)	44	(21,4)
Problemas com o pensamento	144	(69,9)	35	(17,0)	27	(13,1)
Problemas com a atenção	108	(52,4)	26	(12,6)	72	(35,0)
Comportamento delinqüente	131	(63,6)	43	(20,9)	32	(15,5)
Comportamento agressivo	119	(57,8)	33	(16,0)	54	(26,2)
Problemas "internalizing"	75	(36,4)	30	(14,6)	101	(49,0)
Problemas "externalizing"	82	(39,8)	21	(10,2)	103	(50,0)
Total de problemas de comportamento	57	(27,7)	19	(9,2)	130	(63,1)

(* - uma mesma criança pode apresentar mais de um tipo de problema)

Para permitir uma análise mais detalhada desta lista, e considerando as peculiaridades do CBCL, os casos limítrofes foram incorporados aos normais. Assim, as análises se realizaram com dois grupos: o normal (englobando a classificação normal e a limítrofe do CBCL) e o clínico.

Foram encontradas 130 crianças com escore clínico para total de problemas de comportamento, que correspondem a 63,1% das entrevistas domiciliares realizadas. A sub-escala com maior freqüência foi a de

problemas de atenção (35,0%) e a de menor frequência foi a de queixas somáticas (6,3%).

4.4.4 QUESTIONÁRIO PARA PAIS SOBRE AS PREOCUPAÇÕES RELATIVAS ÀS DIFICULDADES DAS CRIANÇAS

Na entrevista domiciliar, após a aplicação do CBCL, era perguntado se algum dos problemas relatados preocupava especialmente os pais (Anexo 6).

Do total de 206 entrevistas foram obtidas 203 respostas com três perdas (1,5%). Entre os 203 pais entrevistados, 102 (50,2%) revelaram-se preocupados com as dificuldades dos filhos.

A seguir, para os 102 pais entrevistados e preocupados com os PSM dos filhos, foi perguntado se, durante a consulta pediátrica objeto deste estudo, a mãe ou o acompanhante da criança tinha falado sobre este problema com o médico.

Entre as 102 crianças com pais preocupados apenas 54 acompanhantes (52,9%) revelaram ao médico, durante a consulta, suas queixas e/ou preocupações com o comportamento de seus filhos; quatro (3,9%) entrevistados não souberam referir se o acompanhante tinha comentado com o pediatra o PSM da criança.

Os motivos pelos quais 44 acompanhantes (43,1%) não falaram com o pediatra estão detalhados na Tabela 24:

Tabela 24 - Distribuição do número e percentagem das crianças com preocupação dos pais com PSM segundo motivo de não comentar o problema com o pediatra. CSE Butantã, 2000.

Porque não falou com o médico	N	(%)
Médico não perguntou	7	(15,9)
Esqueceu	6	(13,6)
Criança com outros problemas clínicos	6	(13,6)
Achou que não era necessário	5	(11,4)
Já faz tratamento especializado	5	(11,4)
Achou que não era coisa para médico	4	(9,1)
Foi outra pessoa que levou à consulta	3	(6,8)
Tem vergonha	2	(4,5)
Não queria falar na frente da criança	1	(2,3)
Outros	5	(11,4)
Total	44	(100,0)

Quase metade dos acompanhantes à consulta médica não achou importante discutir com o médico suas preocupações a respeito dos PSM das crianças.

Dos motivos alegados mais freqüentes, chama atenção, em primeiro lugar, a falta de busca ativa do pediatra por estas questões: “médico não perguntou” e “esqueceu” são duas faces da mesma resposta, pois se o médico tivesse perguntado provavelmente o acompanhante não teria esquecido o problema.

Quando a criança tem outras queixas clínicas a probabilidade da queixa de PSM aparecer na consulta diminui, pois o médico e, provavelmente, também a família, centram suas atenções sobre estas outras questões, deixando para um segundo plano ou para outro momento o PSM. Esta foi uma das razões por que, nesta pesquisa, foram analisadas apenas consultas agendadas e não as “eventual/reavaliação”.

Um terceiro grupo de respostas remete a um outro aspecto da questão. “Achou que não era necessário” e “achou que não era coisa de médico” podem significar que os pais não acreditam que o médico possa

ajudá-los neste tipo de problema ou que acham que podem lidar sozinhos com as dificuldades da criança.

DULCAN e col. (1990), estudando os fatores parentais que influenciam o reconhecimento pelos pediatras dos problemas de saúde mental das crianças, encontraram que o nível de estresse dos pais, a história familiar de doença psiquiátrica e a discussão das preocupações dos pais com o pediatra são importantes para aumentar a capacidade de detecção destes problemas pelo médico. Os pais são informantes cruciais sobre problemas emocionais e de comportamento dos filhos, visto que, neste mesmo estudo, os pediatras não diagnosticaram 83,0% das crianças com problemas no total; porém, nos casos em que os pais relataram suas preocupações, a frequência do não diagnóstico caiu para 67,0% e nos casos sem queixas dos pais a frequência do não diagnóstico subiu para 87,0%.

Num interessante trabalho de revisão de literatura sobre o papel dos pais na detecção de problemas de desenvolvimento e de comportamento, GLASCOE e DWORKIN (1995) estudaram os pais como fonte de informação e identificaram dois tipos principais de apreciações: avaliações incluindo preocupações, estimativas e predições, e descrições como lembranças e relatos. Em relação especificamente às preocupações, uma série de trabalhos referidos neste artigo mostra forte relação entre preocupação dos pais com problemas emocionais e de comportamento e a presença real de transtornos psiquiátricos.

É importante que, durante as consultas pediátricas, seja criado um ambiente propício para o levantamento das queixas de problemas emocionais e de comportamento. SHARP e col. (1992) estudaram, através de fitas de vídeo, 34 consultas de avaliação de rotina de crianças de cinco a 12 anos. Em 88,0% das consultas foram criadas oportunidades tanto pelo pediatra como pela família para a abordagem de problemas psicossociais. Entretanto, somente em 40,0% dos casos os médicos responderam com informações, orientações ou encaminhamentos.

4.5 CBCL X DIAGNÓSTICO DE PSM FEITO PELO PEDIATRA

Confrontando-se os casos com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra e os resultados do CBCL realizado nas 206 crianças, foi obtida a seguinte distribuição (Tabela 25):

Tabela 25 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo escores das escalas do CBCL e hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra. CSE Butantã, 2000.

Diagnóstico PSM pelo pediatra	Escore CBCL				Total	
	Clínico		Normal*		N	(%)
	N	(%)	N	(%)		
Sim	33	(25,4)	19	(25,0)	52	(25,2)
Não	97	(74,6)	57	(75,0)	154	(74,8)
Total	130	(100,0)	76	(100,0)	206	(100,0)

$\chi^2 = 0,00376$

$p = 0,9 - 0,95$

(* - inclui casos normais e casos limitrofes)

Considerando a aplicação do CBCL como teste de referência, foram calculadas a sensibilidade e especificidade das hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras (Quadro 10).

Quadro 10 - Índices de validade das hipóteses diagnósticas de PSM segundo critério de referência (CBCL). CSE Butantã, 2000.

Índices de validade	Critério de referência (CBCL)
Sensibilidade	25,4%
Especificidade	75,0%

A sensibilidade das hipóteses diagnósticas dos pediatras em relação ao CBCL é baixa, semelhante à encontrada quando foi utilizado como critério de referência o SDQ (Quadro 5).

Para aprofundar a análise dessa relação, as 206 crianças estudadas foram distribuídas em quatro grupos:

- A. CBCL clínico e com hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, composto por 33 crianças (16,0%).
- B. CBCL normal e com hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, composto por 19 crianças (9,2%).
- C. CBCL clínico e sem hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, composto por 97 crianças (47,1%).
- D. CBCL normal e sem hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, composto por 57 crianças (27,7%).

Ao analisar os grupos com escore clínico do CBCL e/ou com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra (grupos A, B e C), foi possível identificar as seguintes questões:

- O grupo A corresponde aos casos em que há concordância entre a hipótese diagnóstica do pediatra e a do instrumento. Analisando-se as sub-escalas do CBCL, pode-se observar que a maior percentagem de diagnósticos do pediatras nos casos clínicos do CBCL concentram-se nas áreas de delinquência (48,3%) e queixas somáticas (38,5%) e a menor na área de isolamento (21,4%).
- O grupo B corresponde a hipóteses diagnósticas de PSM que o pediatra faz, em crianças, que não foram identificadas pelo instrumento do CBCL. A análise mais aprofundada mostrou que se tratavam de crianças com queixas isoladas como enurese ou bruxismo ou queixas na área do desenvolvimento da linguagem.
- O grupo C, compreendendo 97 crianças, aponta que, dentre as 206 crianças estudadas nesta etapa da pesquisa, 47,1% têm sintomas e prováveis diagnósticos na área de saúde mental que não foram detectados pelos pediatras durante a consulta clínica.

Relacionando-se os perfis comportamentais clínico e normal do CBCL com a presença de preocupação dos pais (N = 203 pois houve três perdas na informação sobre preocupação dos pais), encontrou-se associação positiva entre perfil clínico e presença de preocupação dos pais (Tabela 26).

Tabela 26 - Distribuição do número e percentagem das crianças segundo escores das escalas do CBCL e preocupação dos pais com os PSM. CSE Butantã, 2000.

Preocupação dos pais	Escore CBCL				Total	
	Clínico		Normal*			
	N	(%)	N	(%)	n	%
Sim	84	(65,1)	18	(24,3)	102	(50,2)
Não	45	(34,9)	56	(75,7)	101	(49,8)
Total	129	(100,0)	74	(100,0)	203	(100,0)

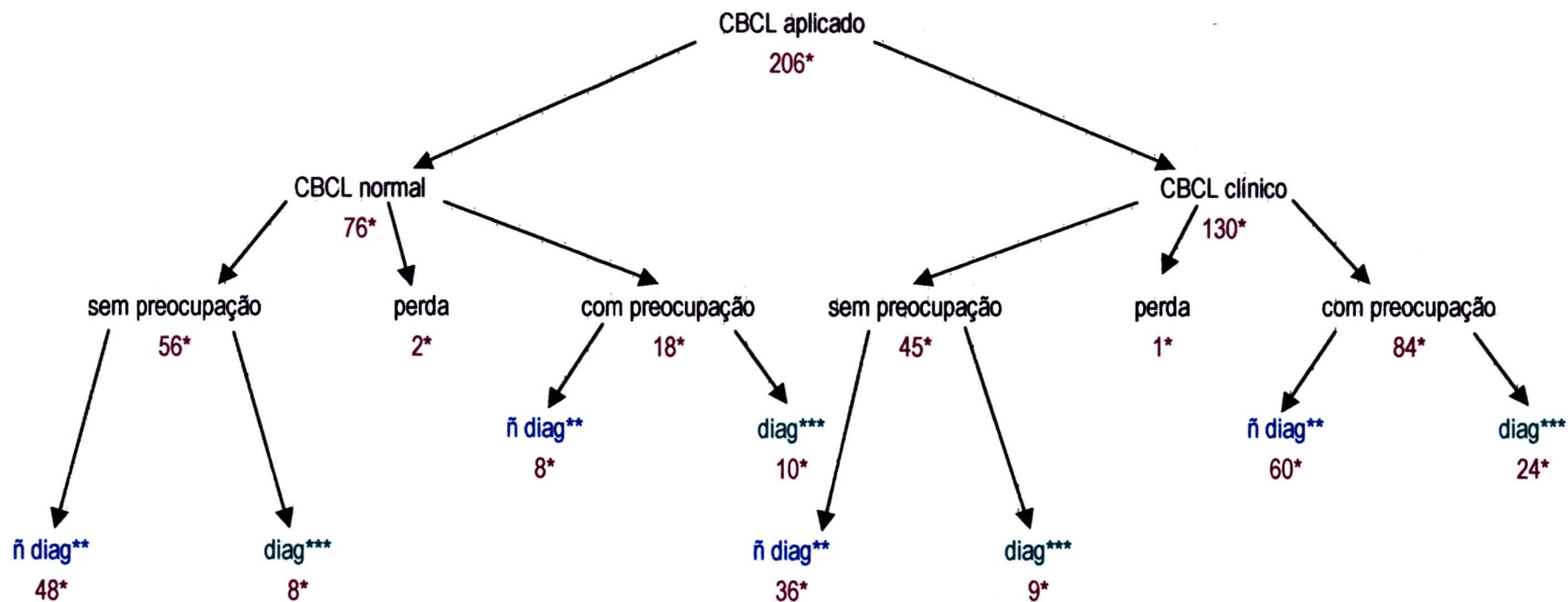
$\chi^2 = 31,30$

$p < 0,001$

(* - inclui casos normais e casos limitrofes)

Quando existe preocupação dos pais o escore do CBCL é clínico em 82,4% das crianças; quando não existe preocupação o escore do CBCL é clínico em 44,6% das crianças.

Relacionando-se as três variáveis acima (resultado do CBCL, presença de preocupação dos pais com os PSM e hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra), foi obtida uma "árvore" que busca ilustrar esta questão (Figura IV).



* - número de crianças

** - sem hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra

*** - com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra

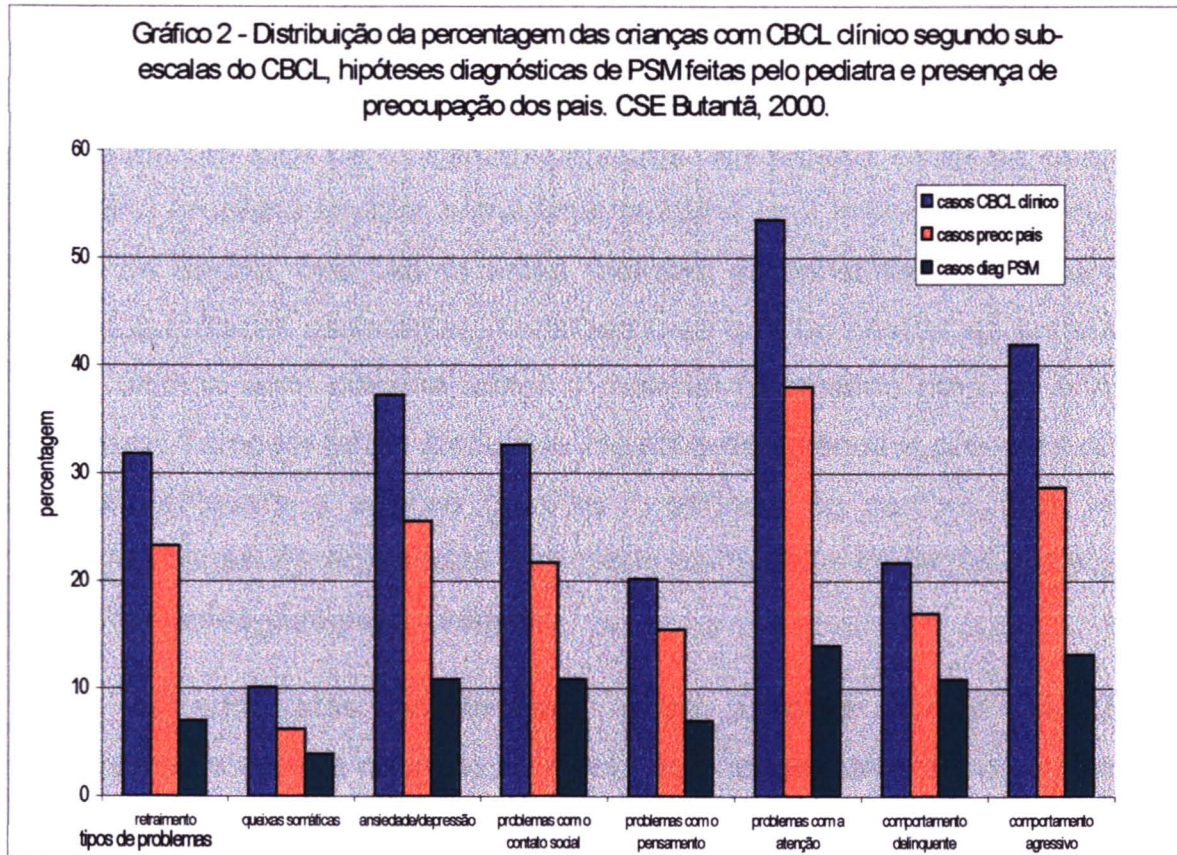
Figura IV – “Árvore” da relação entre CBCL, presença de preocupação dos pais e hipóteses diagnósticas de PSM feitas pelos pediatras

Analisando mais detalhadamente as crianças com escore do CBCL clínico para total de problemas de comportamento (N = 129), foi relacionada a presença de preocupação dos pais com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra (Tabela 27). Verificou-se que, mesmo nas crianças com provável diagnóstico de transtorno mental pelo CBCL, a presença de preocupação dos pais não melhora a detecção dos PSM pelos pediatras.

Tabela 27 - Distribuição do número e percentagem das crianças com escore do CBCL clínico segundo hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra e preocupação dos pais. CSE Butantã, 2000.

Preocupação dos pais	Diagnóstico PSM pelo pediatra				Total	
	Sim		Não			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Sim	24	(72,7)	60	(62,5)	84	(65,1)
Não	9	(27,3)	36	(37,5)	45	(34,9)
Total	33	(100,0)	96	(100,0)	129	(100,0)
$\chi^2 = 1,131$			$p = 0,2 - 0,3$			

Os casos com escore clínico do CBCL para total de problemas de comportamento foram classificados segundo as hipóteses diagnósticas de PSM feitos pelos pediatras e a preocupação dos pais com os PSM para cada sub-escala do CBCL, com o intuito de verificar se haveria algum agrupamento específico de sintomas que propiciaria melhor detecção por parte dos pediatras (Gráfico 2).



No Gráfico 2 pode-se observar que, em todas as sub-escalas, a percentagem dos casos com escore clínico do CBCL aproxima-se da percentagem dos casos com preocupação dos pais com os sintomas, com a tendência constante de haver sempre casos clínicos que não suscitam preocupação. Nota-se que a sub-escala onde há uma maior concordância entre a hipótese diagnóstica de PSM feita pelos pediatras, a detecção pelo CBCL e a preocupação dos pais é a da delinqüência.

4.6 ENTREVISTAS COM OS MÉDICOS PEDIATRAS

Foram entrevistados todos os médicos assistentes que fazem a supervisão do atendimento que os alunos e residentes prestam às crianças, perfazendo um total de 11 (onze) pediatras. No projeto inicial da pesquisa havia sido proposto realizar entrevistas também com médicos residentes do Centro de Saúde, mas, como estes realizam as consultas sob supervisão direta dos médicos assistentes, considerou-se que ao centrar as entrevistas nestes últimos seria possível obter o material necessário para as análises desejadas. Também foram excluídos médicos estagiários e pós-graduandos que freqüentavam o serviço durante o período do campo. Não houve nenhuma recusa. As entrevistas com todos os médicos pediatras assistentes foram realizadas pela pesquisadora.

As entrevistas aconteceram entre julho e agosto de 2000, imediatamente antes e no início da coleta dos dados quantitativos referentes ao objeto em estudo. Como descrito na metodologia, foi utilizado um roteiro para a entrevista. Cada entrevista durou aproximadamente trinta minutos e, antes do início da entrevista, foi solicitada autorização para a gravação das mesmas em fita cassete. Nenhum entrevistado colocou impedimento à gravação.

As entrevistas iniciavam-se com a fala da pesquisadora, fornecendo uma explicação sobre a pesquisa e seus objetivos. A seguir, os aspectos éticos já mencionados eram cumpridos. A partir daí era solicitado ao médico que relatasse as suas atividades cotidianas no Centro de Saúde e de que forma as questões relacionadas à saúde mental permeavam estas atividades. Seguia-se então uma conversa, com a pesquisadora fazendo os ajustes necessários para que os objetivos da coleta de dados fossem cumpridos. O roteiro foi utilizado como fio condutor das hipóteses iniciais da pesquisa. À medida que as entrevistas se realizavam, novas perspectivas e questionamentos foram acrescentados e outros foram retirados, tendo em vista o esgotamento do seu papel iluminador devido à repetição do material

coletado. A meta foi obter um material rico, denso, verdadeiramente interacional, que permitisse a realização do processo interpretativo (DENZIN 1989).

As entrevistas foram realizadas no próprio Centro de Saúde, durante o período de trabalho dos entrevistados, o que permitiu a observação do ambiente de trabalho e as interações entre alunos, residentes e os médicos assistentes. Estas observações feitas no campo da pesquisa permitiram a apreensão de muitos detalhes que também foram utilizados na análise das entrevistas.

Outro aspecto fundamental foi o contexto das entrevistas. Estas ocorreram dentro de um clima de muita cordialidade, aparentando desejo de colaboração por parte dos pediatras. O fato da pesquisadora ser conhecida de alguns dos entrevistados teceu uma rede de confiança e cumplicidade que acabou transformando a entrevista numa “boa conversa”, mais em alguns casos que em outros. Este contexto contribuiu para que as evidências coletadas fossem de alta confiabilidade, pois permitiu que a interação e o diálogo realmente acontecessem, evitando a artificialidade que pode ocorrer neste tipo de coleta de dados, quando o entrevistado responde aquilo que ele intui que o entrevistador quer como resposta.

Como já referido, foram entrevistados 11 médicos pediatras, sendo três do sexo masculino e oito do feminino, com idades variando de 36 a 58 anos. Todos trabalhavam há vários anos no serviço estudado.

As fitas foram transcritas para a linguagem escrita procurando-se preservar as pausas, interjeições, repetições e outros componentes da linguagem oral que pudessem contribuir para traduzir aspectos subjacentes às falas explícitas. Foram obtidas 77 páginas de material (espaçamento simples e letra corpo 12).

A seguir foi realizado um processo de “edição” do texto visando eliminar situações que pudessem identificar claramente os sujeitos das falas

e as expressões mais típicas da linguagem coloquial, como “entendeu”, “sabe”, “né” e outras do gênero.

O momento seguinte constou da leitura exaustiva e repetida dos textos, buscando uma imersão no material e identificando o que surge de relevante, o que emerge do material coletado (BARDIN 1977). Buscou-se ao mesmo tempo apreender as representações que o grupo de pediatras tinha das questões abordadas sem deixar de examinar cada entrevista como um todo em si (SCHRAIBER 1995).

A partir de eixos temáticos (dois previamente selecionados e que direcionaram as entrevistas – reconhecimento dos PSM e ação dos pediatras frente aos PSM – e um que emergiu da análise preliminar – concepção de PSM), os textos foram desmontados e recortados, sendo construído um mapa de verbalizações e explicações para cada entrevista (ANDRADE 2002). Estes mapas têm duplo objetivo (SPINK e LIMA 2000): dar subsídios ao processo de interpretação e facilitar a comunicação dos passos subjacentes ao processo interpretativo. Estes mapas se encontram no Anexo 18. Este processo de construção possibilitou identificar as inter-relações nas verbalizações e explicações das diversas entrevistas, levando à construção de três novos mapas, desta vez por eixo temático.

Num momento posterior, a partir dos mapas por eixo temático, foram construídas “árvores” de produção de sentido para cada eixo temático, na tentativa de dar visibilidade ao conjunto global das verbalizações e explicações encontradas, as quais, por sua vez, apontaram novas categorias, num processo sempre inacabado de produção de sentidos.

Sempre buscando dar visibilidade às evidências coletadas no campo da pesquisa e ao processo de análise realizado, foram construídas matrizes para apresentação dos dados (YIN 1994; SPINK e LIMA 2000; TANAKA e MELO 2002). A seguir serão apresentadas as árvores de produção de sentido de cada um dos três eixos temáticos apreendidos, seguidas das análises realizadas.

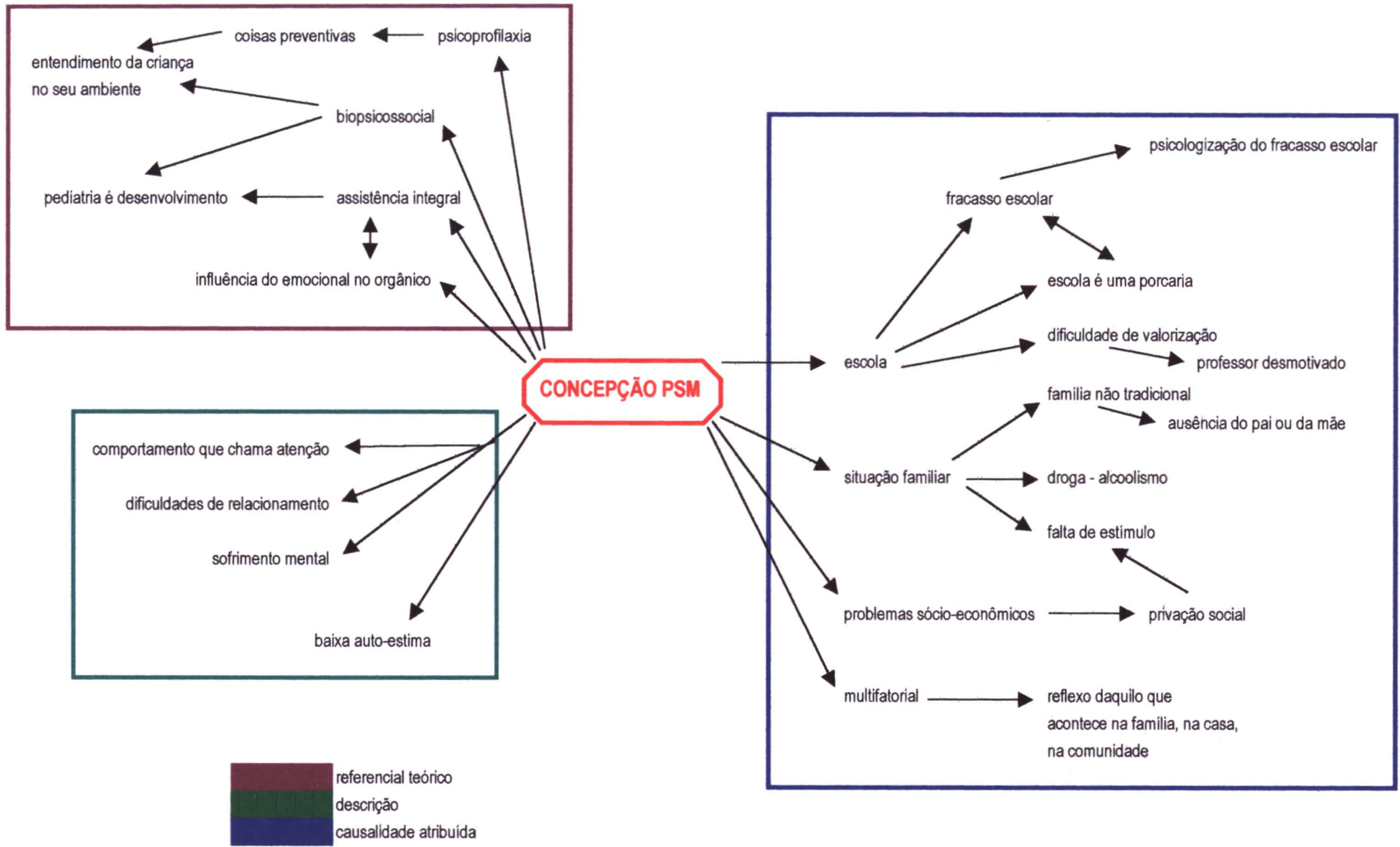


Figura V - "Árvore" das verbalizações e explicações do eixo temático CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL

4.6.1 CONCEPÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

A apreensão da concepção de problemas na área da saúde mental foi feita a partir do conjunto do material coletado, não tendo sido feita uma pergunta específica para este fim.

Foi possível distinguir três enfoques na abordagem do eixo temático concepção dos PSM.

O primeiro deles estava impregnado do referencial teórico próprio da Escola de Pediatria iniciada pelo professor Pedro de Alcântara na FMUSP (Matriz 1). MARCONDES (1973) escreveu:

“...do ponto de vista doutrinário, a Pediatria deve propiciar assistência integral à criança, sempre que for possível e na medida em que for possível, abrangendo:

1. os problemas orgânicos e psíquicos
2. de modo preventivo e curativo
3. em sua totalidade e em suas mútuas dependências
4. de modo evolutivo, de acordo com as peculiaridades de cada fase de crescimento
5. à luz
 - a) da constituição da criança
 - b) das condições econômicas, sociais culturais, espirituais e de saúde da família e
 - c) das condições do ambiente físico” (p. 5).

Expressões como *assistência integral*, *biopsicossocial*, *psicoprofilaxia*, *coisas preventivas* remetem à construção cultural e acumulação teórica histórica da Pediatria. São evocadas logo no início das falas, principalmente daqueles ligados diretamente à Universidade e ao

ensino de graduação. Pode-se dizer que são reflexos do tempo vivido¹ (SPINK e GIMENES 1994; SPINK e MEDRADO 2000), impregnando as falas dos entrevistados.

Matriz 1 - Ideário da Pediatria relacionado à Saúde Mental identificado pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Enfoque	Verbalização
Integralidade	O pediatra, eu acho que ele tem que ver a criança como um todo,... não só do ponto de vista físico e tal... ... uma herança do Pedro de Alcântara,... de certa forma ele que é o responsável... por ter formado toda uma geração de pessoas que tivesse preocupação com a questão da interferência do emocional no orgânico... ... essa escola aqui sempre tentou fazer assistência integrada, biopsicossocial... ... sempre pregamos a atenção global, a atenção biológica, psicológica e social.
Psicoprofilaxia	... essa palavra psicoprofilaxia continua forte, então entender a criança no seu ambiente é uma coisa que aqui é considerada... ...então é um espírito comum aqui, então vamos dizer assim, as coisas preventivas...
Aspecto evolutivo	... em dúvida a pediatria é desenvolvimento... crescimento e desenvolvimento sendo provavelmente o futuro da pediatria,

O segundo enfoque aparece ligado à descrição dos PSM. São definidos como *comportamento que chama atenção, dificuldades de relacionamento, sofrimento mental*. A descrição não se refere diretamente aos tipos de PSM, que serão vistos mais adiante, mas sim a uma forma de conceituar este tipo de dificuldade (Matriz 2). Tal enfoque se aproxima muito da atual forma de classificação dos Transtornos Mentais e Comportamentais, tanto na CID-10 como no DSM-IV. O foco dessas classificações está mais centrado nas características descritivas dos transtornos do que nas supostas etiologias ou patogêneses (GOODMAN e SCOTT 1997).

¹ Segundo SPINK (2000) a dimensão tempo é fundamental para a abordagem do “paradoxo de enunciados que pertencem concomitantemente à ordem das regularidades – possibilitando visualizar as permanências que sustentam o compartilhamento – e à polissemia dos repertórios, que sustenta a singularidade dos processos de produção de sentidos. O tempo longo marca os conteúdos culturais, definidos ao longo da história da civilização; o tempo vivido, das linguagens aprendidas pelos processos de socialização, e o tempo curto, marcados pelos processos.”

Matriz 2 - Concepção de PSM relacionada à descrição de comportamentos identificados pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Enfoque	Verbalização
Desvio do padrão	<p>O que me vem à cabeça quando se fala em saúde mental (...) a gente encontra, de desvios de comportamento, nas alterações que existem dentro do comportamento da criança, (...), que causam uma certa apreensão.</p> <p>... a criança apresenta um comportamento que chama a atenção (...) comportamentos que fogem do esperado para sua faixa, ou da expressão do seu sentimento às vezes estão exacerbados ou pouco demonstrados, de tal forma que mostra que tem ali alguma questão que precisa ser revista.</p> <p>... não sei se é isso que você está procurando ou se é mais o que a gente coloca como problemas de comportamento, como dificuldades de relacionamento, aí mais um sofrimento mental, se quiser chamar assim...</p>

O terceiro enfoque, abordado de forma importante por quase todos os entrevistados, é a concepção de causalidade dos PSM. Há uma direcionalidade em implicar, de maneira mais intensa, o meio ambiente nas origens dos PSM das crianças, praticamente isentando-as, seja biológica ou psicologicamente, como co-participantes da gênese destas dificuldades.

Dois aspectos do predomínio do meio sobre a biologia puderam ser notados:

O primeiro se refere à forma como a conduta ou comportamento da criança é interpretado e valorizado perante o meio: o contexto familiar, escolar e cultural, moldando e definindo as fronteiras entre o normal e o patológico, e por vezes tendendo a banalizar e desvalorizar sinais e sintomas que indicam o sofrimento psíquico da criança (Matriz 3).

Matriz 3 - Concepção de PSM relacionada aos limites da patologia identificados pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Enfoque	Verbalização
Interpretação do sintoma	<p>e a questão da importância do,... na verdade, do... de certa forma do ambiente de vida, na verdade é tudo, quer dizer, desde,... tanto físico quanto no ambiente afetivo interferindo naquela avaliação que deveria fazer na criança no dia a dia.</p> <p>Há necessidade muitas vezes de você interpretar ou procurar esclarecer o que é normal ou esperado, dentro do desenvolvimento da criança.</p> <p>... mas muitas vezes porque foi já algum problema que já veio anterior que a gente não conseguiu perceber o que era, de auto-estima da própria criança...</p>

O segundo, e talvez mais significativo, é que a causa dos PSM se remete diretamente ao meio ambiente, seja sob a forma de situação familiar irregular, meio escolar inadequado ou condições socio-econômicas desfavoráveis (Matriz 4).

Matriz 4 - Concepção de causalidade dos PSM identificada pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Enfoque	Verbalização
Família	<p>... é uma coisa que a gente vê muito, quando a gente sente algum problema na área de comportamento da criança, pode procurar na família, a gente procura mesmo, e a coisa é mais ampla, é um pouco por aí...</p> <p>... saúde mental é... então é a família,... é ambiente geralmente muito desestruturado também, a criança acaba refletindo de alguma forma...</p> <p>É um problema multifatorial, principalmente quando a gente lida com criança, a criança em geral ela é um reflexo daquilo que acontece na sua família, na sua casa, na comunidade...</p>
Escola	<p>... e que não necessariamente é uma dificuldade porque ela é incapaz de aprender (...) mas é porque,... aí já entram também questões sociais, escola que é uma porcaria, professor coitado que está desmotivado, não consegue...</p> <p>O problema não é ela, o problema é que o pai é alcoólatra, a mãe é analfabeta, apanha em casa, ou não tem vida nenhuma social... E aí na escola lógico que não vai estar rendendo.</p> <p>A professora pegava a criança indo mal na escola, mau rendimento escolar, e a primeira coisa que fazia era encaminhar para psicóloga. Então ela ficava rotulada desde cedo, quando que a origem dos distúrbios de aprendizagem, mau rendimento escolar é totalmente outra, na maior parte dos casos.</p>
Social	<p>Acho que são todos decorrentes... seguramente essa população acaba vivendo em condições piores em média, não dá para generalizar para todos, é claro,... do que aquelas que não vivem em favela. Então está muito associado à privação social, então a privação econômica, a privação do lazer.</p> <p>... uma área que eu acho que é muito fruto do ambiente em que a criança vive, sem dúvida alguma, eu sempre defendi essa... acredito mesmo no fato da criança ser fruto do ambiente que ela vive, e conseqüentemente muito dos desvios, dos comportamentos, enfim, das alterações que ela tem ocorrem em função dessa variação do ambiente.</p> <p>... um plano geral da criança, quer dizer, vendo a criança não só como nosso paciente aqui, mas como vivendo fora, vivendo... dentro da... da... da casa, dentro da família, e aí, sem dúvida alguma, entram todas as... os problemas, que a gente pode estar relacionando em termos de saúde mental.</p>

Neste sentido MARCELLI (1998) comenta que:

“...não é fácil a avaliação da repercussão das condutas externas no seio da estrutura psicológica da criança. A noção de patologia reacional não deve levar a pensar que um sintoma possa responder total e permanentemente a um simples condicionamento, a uma reação linear do tipo estímulo-resposta (...). É a esse

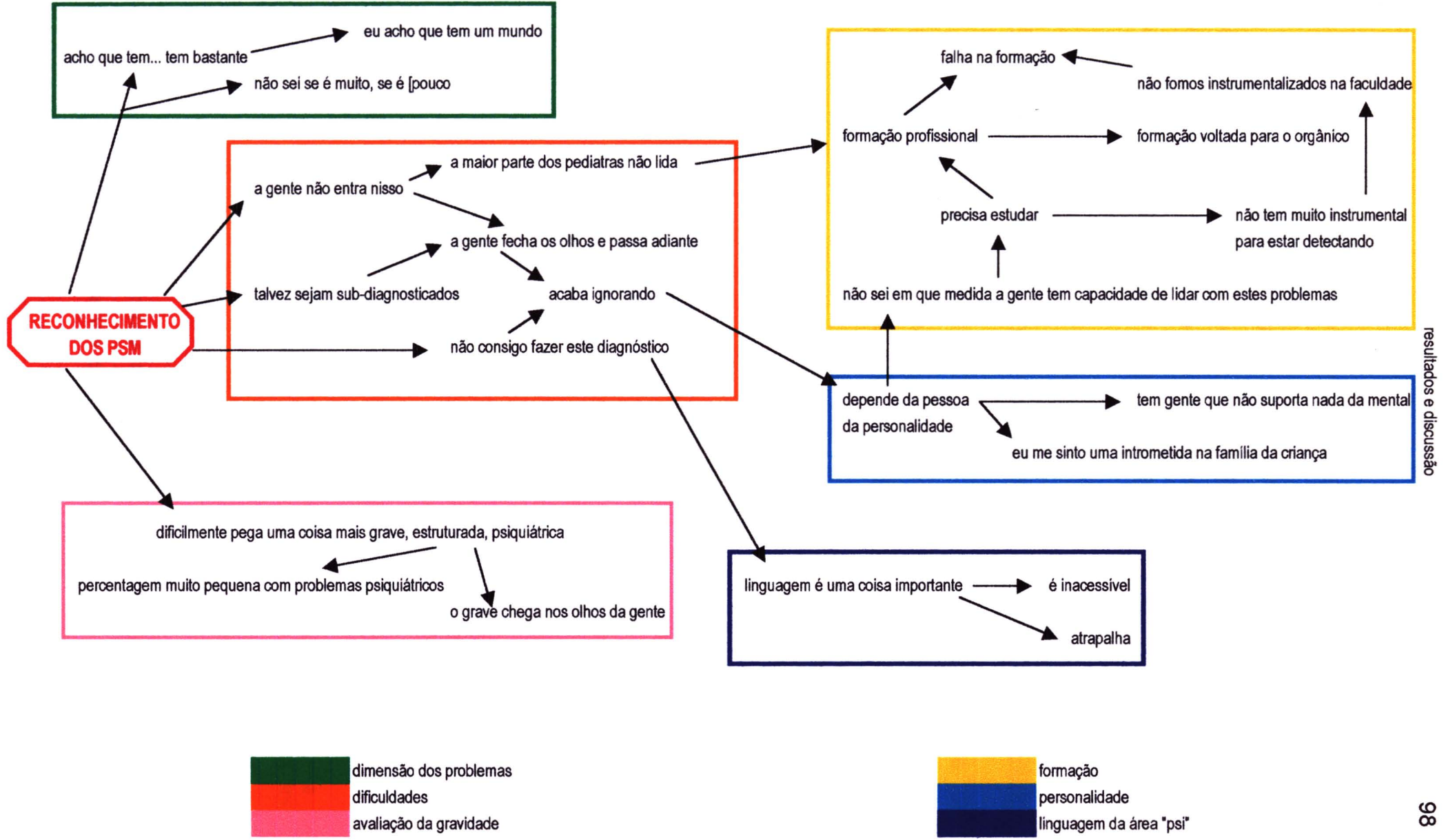
procedimento que correspondem os conceitos de distúrbio reativo, mas também as noções de vulnerabilidade e competência. Assim, querer definir uma criança normal e uma criança patológica em função do meio equivale, em parte, a definir um ambiente normal ou patológico, isto é, uma sociedade normal ou patológica...” (p. 53).

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial de Saúde, no Relatório sobre a Saúde no Mundo - 2001 (OPAS/OMS 2001): Saúde Mental: Nova Concepção, Nova esperança, coloca da seguinte forma a questão da causalidade dos Transtornos Mentais:

“Por muitos anos os cientistas discutiram a importância relativa dos fatores genéticos versus fatores ambientais no desenvolvimento de transtornos mentais e de comportamento. A evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e de comportamento resultam de fatores genéticos e ambientais, ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais. O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano mero resultado do determinismo ambiental. Já desde antes do nascimento e por toda a vida, os genes e o meio ambiente estão envolvidos numa série de complexas interações. Essas interações são cruciais para o desenvolvimento e a evolução dos transtornos mentais e comportamentais” (p. 35).

Esta concepção de causalidade, baseada na interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais, tem importância prática, pois evita responsabilizar exclusivamente pais e meio ambiente por sintomas apresentados pela criança, cujo exemplo histórico mais forte foi implicar diretamente as mães na gênese do autismo infantil (DUARTE 2000). Por outro lado, a importância dos cuidados providos pelo meio, dos quais a criança obviamente necessita, não deve ser minimizada, pois é fundamental tanto para otimização do desenvolvimento em criança sem grandes obstáculos biológicos, como para compensar possíveis desvantagens

(doenças de outra ordem, interações, vulnerabilidade física e outras). A noção do vínculo com a figura cuidadora (a mãe, na grande maioria das vezes, mas que pode ser outra pessoa - noção de função materna), como um locus privilegiado da interação, deve ser valorizada e cuidada pelos profissionais da atenção primária como forma de promoção da saúde (RUTTER 1999).



resultados e discussão

dimensão dos problemas
dificuldades
avaliação da gravidade

formação
personalidade
linguagem da área "psi"

Figura VI - "Árvore" das verbalizações e explicações do eixo temático RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

4.6.2 RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Diferentemente da concepção dos PSM, foi possível detectar grande variabilidade das falas na análise do eixo temático do reconhecimento dos PSM. Chama atenção a amplitude das opiniões. Sob este eixo temático foi possível identificar várias subcategorias de análise:

Magnitude e gravidade dos problemas de saúde mental na prática pediátrica

Os médicos tiveram dificuldade em definir a magnitude dos problemas de saúde mental encontrados no cotidiano do trabalho. As opiniões variaram desde uma grande quantidade de problemas com limites não muito distintos até a idéia de freqüência bem baixa (Matriz 5).

Matriz 5 - Magnitude dos PSM no cotidiano da Pediatria identificada pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Dimensão	Verbalização
Muito	<p>Eu acho que tem um mundo, só que a gente não entra nisso...</p> <p>... mas que é um mundo, é, entendeu? é só questão de levantar, a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante...</p> <p>Eu acho que tem bastante,... eu acho que,... mas é, é como eu te falei, é difícil dizer porque eu posso achar isso subjetivamente...</p> <p>... eu sou partidária - toda vez que você procura, você acha (...) acho que tem... tem bastante...</p>
Pouco	<p>Nessa população que a gente atende... tem uma porcentagem muito pequena com problemas psiquiátricos ou psicológicos. Psiquiátricos eu diria assim baixíssimo, certo? Psicológicos... alguns, e muito poucos necessários para encaminhamento...</p>
Indefinido	<p>... eu acho que é difícil dizer se é muito, se é pouco, porque a gente nunca fez nenhuma quantificação...</p> <p>... talvez sejam sub-diagnosticados ou quando são diagnosticados a gente acaba não sabendo muito o que fazer. É que às vezes a gente até não sabe nem dizer o nome da patologia direito...</p> <p>Eu acho que muitas vezes passa despercebido alguns aspectos.</p>

Na maioria das entrevistas aparece uma demanda nebulosa, não bem definida, sendo impossível identificar sua magnitude.

Uma das explicações para esta grande amplitude na percepção da dimensão dos problemas de saúde mental parece ser a variabilidade da definição e os limites não muito claros destes problemas. A prevalência geral dos transtornos mentais na infância tem sido alvo de inúmeras pesquisas nas últimas décadas, desde o trabalho pioneiro de RUTTER e col. (1970). Embora os resultados desses estudos variem consideravelmente, admite-se que entre 10 e 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (OPAS/OMS 2001; GOODMAN e SCOTT 1997; OFFORD e FLEMING 1996; BIRD 1996; BRANDENBURG e col. 1990; COSTELLO 1989b). Algumas características específicas da infância dificultam traçar os limites entre os fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e aqueles que seriam anormais. Muitos dos sintomas dos problemas de saúde mental, como por exemplo medos ou ansiedade, podem fazer parte do desenvolvimento, sendo considerados normais em determinadas faixas etárias ou dentro de certos limites de intensidade (RUTTER 1988).

Mais recentemente tem sido utilizada a noção de impacto junto aos critérios de presença de sintomas para a realização de diagnósticos na área de saúde mental. Isto significa que não basta a criança apresentar um determinado sintoma para se fazer o diagnóstico; é necessário que este sintoma seja persistente e intenso o suficiente para “atrapalhar” a vida da criança ou da sua família. Este novo enfoque também agrega as representações sociais dos diversos problemas de saúde mental, pois trabalha com a subjetividade da criança e da família, e pode adequar as classificações nosológicas internacionais aos diversos contextos culturais.

Matriz 6 - Categorização das queixas durante o atendimento pediátrico identificada pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Dimensão	Verbalização
Direcionalidade da consulta	<p>Então os problemas variam muito, depende da faixa etária e depende daquilo que você está buscando.</p> <p>... quer dizer, se coloca até a questão da culpa e da responsabilidade do médico, no sentido de que ele não pode falhar em estar detectando problemas orgânicos, seja a nível de prevenção ou seja a nível de diagnóstico precoce e de certa forma você acaba diminuindo essa responsabilidade no sentido da questão do desenvolvimento, e da manutenção da saúde do indivíduo como um todo, inclusive nos aspectos de saúde mental...</p>
Valorização da queixa	<p>... a gente não tem pernas, porque são tantos problemas de saúde que acaba não chegando lá,... e então... a equipe... acaba talvez não priorizando isso...</p> <p>porque a gente sabe que tem gente que olha para estas questões já torce o nariz e não vai muito fundo...</p> <p>Mas o que a gente vê geralmente é assim aquilo é um pouco menosprezado, na própria discussão dos casos, nas reuniões clínicas, é colocado geralmente em segundo mesmo, não é a coisa que faz todo mundo ferver na coisa do diagnóstico.</p> <p>... tem muitos problemas de maus tratos, de negligência, que ficam muitas vezes, até a gente às vezes não se dá conta que ela pode ser que fosse um problema de negligência, que fosse um problema até de maus tratos, que passam como se fosse assim algum problema normal...</p>

Existe uma percepção, mais uniforme, de que problemas muito graves são menos freqüentes e não aparecem no cotidiano do atendimento (Matriz 7).

Matriz 7 - Gravidade dos PSM identificada pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Dimensão	Verbalização
Gravidade	<p>... acho que dificilmente pega uma coisa mais grave, estruturada, psiquiátrica, é mais assim... um comportamento em casa, a criança de difícil controle, sem limite, a criança agressiva, ou em casa ou na escola...</p> <p>... mas a gente conta no dedo criança que eu peço psiquiatra infantil, sabe... Eu acabo acionando o psicólogo, mas número de vezes muito pequeno...</p> <p>O grave é... eu não precisei mais do que dois minutos para ver aquela menina se comportando em crise na escola e dizer essa criança provavelmente vai precisar de uma atenção especializada, certo? Quer dizer, o grave, ele chega nos olhos da gente. Deve existir, eu acho... uma faixa que a gente segura com a gente, que talvez beneficiasse mais do que um atendimento especializado. E existe uma faixa que o pediatra toca muito bem...</p>

De fato, os problemas graves de saúde mental na infância são pouco freqüentes; estima-se a prevalência dos transtornos globais do desenvolvimento em 2 por 1.000 crianças, sendo a de autismo infantil de 0,5 por 1.000 (GOODMAN e SCOTT 1997).

No entanto, uma possibilidade a ser considerada é que crianças com problemas mais graves não procurem o Centro de Saúde para atendimento rotineiro pois seus responsáveis sabem que não terão respostas para seus problemas, considerando que a oferta de serviços que o Centro de Saúde presta molda a demanda a ele referida (LEBRÃO 1997; TANAKA e MELO 2001).

Tipos de problemas encontrados

Para identificar o conhecimento dos pediatras sobre os PSM foi solicitado que especificassem quais os problemas mais comuns no dia a dia dos serviços de pediatria. Os médicos tiveram alguma dificuldade para nomear os tipos de problemas mais encontrados. Em uma das entrevistas a pergunta chegou a ser feita três vezes sem que fosse obtida uma resposta clara. Na maioria das vezes o problema é nomeado com as palavras da mãe, como a queixa trazida na consulta. Esta queixa não é trabalhada pelo conhecimento do médico e não se transforma em uma hipótese diagnóstica clínica. Nos problemas identificados predomina a idéia de problemas reativos ao ambiente, seja ele familiar ou escolar.

No Quadro 11 encontra-se a compilação dos PSM citados nas entrevistas e as explicações relacionadas.

Quadro 11 - Descrição e explicação dos tipos de PSM citados pelos pediatras nas entrevistas. CSE Butantã, 2000.

DESCRIÇÃO	EXPLICAÇÃO
- comportamentos muito diferentes do que a gente espera para a idade	comportamentos que chamam a atenção
- atraso do desenvolvimento	a relação dela com o ambiente
- falta de estimulação	sofre agressão em casa
- crianças desadaptadas socialmente	ficam excessivamente introvertidas ou excessivamente agressivas
- questão dos bicos, mamadeira, cólica crianças grandes que estão usando bicos	“cinco chupetas penduradas”
- questão do vínculo – falta de uma relação afetiva mais forte, problemas de vínculo com a mãe, com a família	isolamento afetivo
- não consegue aleitar	crianças em creches
- não ter alguém que seja exatamente responsável pelos cuidados da criança	tipo de cuidador
- criança com dificuldade de relacionamento familiar	depressão pós-parto
- crianças extremamente difíceis de você trabalhar, difícil de controle, questão da autoridade; questão do controle	questão da maternagem
- cólica	crianças sem limites
- anorexia; distúrbio de apetite, “meu filho não come”	aquilo é fisiológico, ela se desespera, o bebê se desespera
- perda urinária; enurese	também importante, dependendo da idade
- obstipação	importante mas não é tanto
- asma	importante mas não é tanto
- dor recorrente	que se agrava, não é o único fator...
- distúrbio de sono	você não vai encontrar nada de orgânico
- distúrbio de linguagem dificuldade de articular palavras	não tem diálogo
- dificuldade escolar; distúrbios de aprendizagem, criança que precisa ou não ser matriculada em classe especial	o problema não é ela (a criança) demanda das escolas
	dificuldade de valorização da escola

(Continua na página seguinte)

(Continuação da página anterior)

Quadro 11 - Descrição e explicação dos tipos de PSM citados pelos pediatras nas entrevistas. CSE Butantã, 2000.

DESCRIÇÃO	EXPLICAÇÃO
- questão sexual	Meninos afeminados(...); questão da sexualização das meninas
- maus tratos; negligência	tenho a impressão que é muito pouco
- crianças agredidas	
- agressividade; "o provocador" violência da criança	na escola não vai bem; não presta atenção por circunstância familiar
distúrbios de conduta conduta anti-social na escola	
- agitada	contexto de violência
- hiperatividade	ambiente muito limitado difícil aceitar este diagnóstico
- deprimida	
- criança infeliz; criança que chora, chora, chora... criança que acorda à noite chorando	
- criança quieta, retraída demais	
um pouco de ansiedade, pequenas ansiedades	
- criança fóbica; às vezes um pouco de fobia	
- distúrbio de sociabilidade grave	constituição das famílias, a população das famílias dessa área
- distúrbios de comportamento sérios (drogas, gangues)	parece normal na criança nessa idade mas que, por causa das circunstâncias em que eles estão, acabam se refletindo em situações de risco muito maiores...
- problemas associados à privação social, privação econômica	essa população acaba vivendo em condições piores em média
- problemas relacionados à miséria	famílias desagregadas, crianças que sofrem

A ênfase maior foi dada aos transtornos de aprendizagem. Essa ênfase não foi apenas numérica (geralmente um dos primeiros problemas citados), mas também qualitativa, servindo de exemplo da inadequação do ambiente escolar e desimplicando a criança da sua gênese. É importante ressaltar que, apesar do estudo ter focado a faixa etária escolar, a pergunta relacionada aos tipos de PSM foi dirigida à infância como um todo. A demanda escolar é vista como artificial e criada pela escola. No entanto, é importante ressaltar que a inserção da criança na escola amplia seu círculo social e pode explicitar problemas que antes vinham sendo desvalorizados pela família. A escola traz novas tarefas para as crianças, como relacionamento grupal com seus pares, organização no tempo e no espaço e o aprendizado da leitura e escrita, que só serão bem sucedidas caso a criança tenha adquirido as aptidões necessárias anteriormente e tenha condições psíquicas adequadas para superar os desafios desta nova fase do desenvolvimento.

Problemas de vínculo da criança com a mãe ou cuidadores também foram valorizados, levando a reflexões sobre isolamento afetivo das crianças devido a ausências da mãe ou situações de cuidados inadequados, coerente com a concepção de PSM deste grupo de médicos.

Sintomas com conotação mais biológica também foram lembrados: dor recorrente, perda urinária, casos em que os aspectos emocionais surgem quando esgotam-se as possibilidades de intervenção mais conhecidas pelos pediatras. Provavelmente são, de fato, queixas mais comuns, pois os responsáveis pela criança sentem-se mais à vontade de comentar estas questões com o médico e fazem parte de um universo mais familiar ao campo da pediatria.

Questões relacionadas com atividades de prevenção, mais presentes no cotidiano da pediatria, também foram citadas: difícil controle, problema de limites, questão dos bicos, mamadeiras.

Transtornos específicos da área psiquiátrica, como ansiedade e depressão, foram citados poucas vezes, o que aponta para a dificuldade em fazer este tipo de diagnóstico. Ficou patente a dificuldade de nomear as hipóteses diagnósticas da área de saúde mental. A hiperatividade chegou a ser contestada como quadro patológico.

O conhecimento que os pediatras revelaram sobre saúde mental é heterogêneo e, em alguns casos, pouco aprofundado, mostrando certa dificuldade em identificar os distintos campos de conhecimento relacionados com o problema (Matriz 8).

Matriz 8 - Dificuldades para detectar PSM identificadas pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Tipos de dificuldades	Verbalização
Desconhecimento (cognitivo)	<p>... também (...) não deu nem para aprofundar, mas nem que eu conseguisse ter o tempo todo que eu preciso, falta talvez algum instrumento melhor, uma formação melhor para eu definir os casos, isso a gente não consegue, eu não consigo...</p> <p>... eu acho que talvez aqueles que... a gente coloca como sadio, talvez às vezes a gente não conseguiu detalhar direito ou não chegou num... num... num... a... a discutir alguns pontos...</p> <p>... eu não sei em que medida a gente tem essa capacidade de lidar com esses problemas, eu acho que a gente tem que estudar, discutir, tem que trabalhar para lidar com isso, não é só meter as caras...</p> <p>... não conhece exatamente uma coisa não dá para dizer nada, nem que é mais fácil nem que é mais difícil, talvez fosse tão... não digo tão fácil, mas tão natural quanto você analisar o crescimento, se você tivesse, (...) o peso adequado, está certo, acho que tem que, acho que uma coisa nem pode ser maior ou menor, mas acho que ela tem que ter o peso adequado (...). Então não sei dizer... sei dizer que existe uma deficiência, o quanto é deficiente realmente não sei dizer...</p>
Impotência (afetivo)	<p>... acho que é mais ou menos por aí, dar o mesmo peso também para esses aspectos, geralmente o problema é que às vezes não é dado o mesmo peso porque também a gente não sabe diagnosticar mesmo, não sabe identificar o que está ocorrendo...</p> <p>Se for doença mental mesmo, aí realmente a gente... eu pelo menos, acho que não consigo fazer algum diagnóstico.</p> <p>... a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante...</p> <p>... creio que a maior parte dos pediatras não lida, a maior parte eu acho... ignorando...</p>

De fato os pediatras, apesar de teoricamente considerarem as questões de saúde mental como parte integrante e importante do atendimento pediátrico, não conseguem, na prática, avaliar estas questões com a mesma destreza que as questões orgânicas. Mesmo queixas explícitas “desaparecem” no decorrer da consulta, não se convertendo em hipóteses diagnósticas e condutas, como foi visto na primeira parte deste estudo. Em várias das falas foram explicitadas as dificuldades de reconhecer e lidar com os PSM no cotidiano.

Os próprios pediatras, no decorrer das entrevistas, tentaram explicar estas dificuldades.

O primeiro aspecto a ser analisado nas verbalizações dos pediatras é o referente às diferentes linguagens utilizadas nos dois campos de conhecimento envolvidos no problema (pediatria e psiquiatria) (Matriz 9). Esta disparidade aparece como um fator complicador da atuação, comprometendo a troca de informações entre os profissionais e o fluxo habitual das atividades durante o atendimento.

Matriz 9 - Diferenças entre as linguagens específicas da pediatria e da psiquiatria identificadas pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Grau da diferença	Verbalização
Muito difícil	... do jeito que eles falam, os psico... as psi... as psicanálises que eles falam para, para, para o médico... para médico com formação em pediatria,... para pediatra, é aversivo... ... porque os residentes chegavam aqui e cuspiam os textos... eles odiavam... que esse cara isso... a criança expressa o desejo na terra, que loucura é esta, entendeu?
Difícil mas está melhorando	...mudou muito, hein, vem melhorando muito... e acho que tem uma coisa de aproximação, isso, isso é uma coisa... é uma coisa que está começando agora... parece que a gente... o A meu é o A deles, então já dá para gente...
Difícil mas superável	(<i>linguagem?</i>) Eu acho um problema, mas eu pergunto: o que é isso, o que quer dizer... eu me esclareço de alguma forma, então, imago... tem uns termos assim, (...) não lembro agora, mas tem uns termos que eu não consigo, aí eu falo, não, me explica... aí eu entendo e aí tudo bem e vai, mas eu acho que é só questão de se entender, não é uma coisa intransponível, assim, não é uma coisa que... não é impossível...

Para alguns, a situação é entendida como algo que pode ser paulatinamente superado, na medida em que haja uma melhor compreensão dos códigos utilizados. Para outros, no entanto, são linguagens incompatíveis, sendo a linguagem da área “psi” de difícil entendimento, que tem que ser decodificada para tornar-se inteligível para os pediatras.

Um aspecto interessante é que, quando a pergunta sobre a linguagem foi feita diretamente (isto é, não surgiu espontaneamente na entrevista), foi respondida como uma dificuldade que poderia ser facilmente superada com boa vontade de ambas as partes. No entanto, quando emergiu naturalmente no meio da fala, a linguagem da área da saúde mental era algo muito complexo e difícil de ser compreendido e superado: “*i-na-ces-sí-vel*”.

Outro aspecto importante são as falhas na formação profissional, que foram apontadas por quase todos os entrevistados (Matriz 10). Essas falhas foram identificadas tanto na formação básica na Faculdade de Medicina, quanto na especialização realizada na residência médica.

Aqui vale ressaltar a distinção feita entre informação e formação com uma conotação mais ampla, incluindo aspectos afetivos da incorporação de conhecimento.

Matriz 10 - Falhas na formação profissional identificadas pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Tipos de falha	Verbalização
Formação profissional	<p>... toda a formação do médico é voltada realmente para atender o orgânico.</p> <p>... eu acho que falta formação nossa, lidar com isso,... e muitas vezes aparecem problemas não sei,... não vou nem chamar assim de doença mental, nem saúde mental, mas são problemas, digamos nessa área emocional...</p> <p>... a informação você pode estar obtendo em qualquer lugar, a formação... tem muito a ver no trabalho no cotidiano que você faz, então é... o quanto que uma queixa, aparentemente objetiva, tem um contexto subjetivo...</p> <p>O quanto existe de rigidez no médico, a di... da dificuldade de estar percebendo isso... isso aí não é informação, eu acho que isso é formação... isso permeado pela saúde mental... pelo universo da saúde mental...</p> <p>... deveria ter bagagem tanto, principalmente a nível de formação, porque se você não tem uma formação adequada, como é que você vai ensinar, não é só ensinar, se você não tem o instrumental adequado como é que você vai estar estruturando uma ação de saúde (...) você vai falhar ou pecar por omissão...</p>
Formação específica na faculdade	<p>Nos cursos de medicina, dificilmente se faz qualquer tipo de abordagem, quer dizer a abordagem que é dada dentro do curso ela é muito... é... restrita à patologia já específica, e não é esse dia a dia que a gente tem...</p> <p>... existe eu acho que falha na formação, e aí naturalmente não estou me referindo à nossa escola que eu acho que ela acaba sendo assim um top de linha, tem várias também, mas em comparação com outras escolas que existem por aí...</p> <p>... a nossa escola ensinou é... uma, uma... cultura muito médica, muito medicalizada, a... é muito simples catar uma receita e escrever... de que forma que o indivíduo lida com as perguntas que a mãe traz, ou que a... a... ou com a... ou com aquilo que ela não pergunta, o quanto ele faz aparecer a queixa, o quanto ele vai na busca ativa.</p> <p>... vejo até pela carga horária, se você pegar programa de quarto ou de quinto ano,... que onde a gente trabalha atenção básica. Ela é inteiramente voltada para a doença.</p>
Formação na residência médica	<p>... na própria residência eu acho que falta um pouco de... de instrumental médico mesmo,... de observar, o que eu tenho que observar, que nem a gente ensina assim o diagnóstico de sarampo, você observa... assim, assim, assim,... para determinado problema mais na área da higiene mental, que aspectos são importantes valorizar...</p> <p>No segundo semestre o pessoal já vem de enfermagem,... UTI, ... berçário, e tal, do próprio pronto socorro, então ele já vem com uma conotação assistencial de intervenção, de tentar resolver o problema doença... não que piora,... muda,... muda o enfoque sabe, você tem que puxar às vezes o cara para realidade, às vezes,... exemplificando,... vamos supor, vamos pegar uma patologia que possa ter um efeito psicossomático de influência, na asma, por exemplo, o asmático no primeiro semestre, acho que você pode até colocar todos os fatores etiológicos da asma, até comportam um aspecto psicossomático, da dinâmica familiar... às vezes pode desencadear até uma asma... no segundo semestre às vezes esquece desse detalhe, eles imaginam muito mais o asmático como broncoespasmo com o seu corticóide, com o seu ou betabloqueador, enfim, toda a interferência medicamentosa e muitas vezes esquece, porque ele vem de uma área eminentemente assistencial a nível de unidade de internação, de pronto socorro.</p>

Um terceiro aspecto levantado foi que o interesse e a aptidão para reconhecer e lidar com as questões de saúde mental são inerentes à personalidade do médico. Também puderam ser identificadas dificuldades pessoais em trabalhar com questões que não são “objetivas” (Matriz 11).

Matriz 11 - Características de personalidade do médico identificadas pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Enfoque	Verbalização
Componente da personalidade	<p>... já percebe nitidamente que tem também um componente pessoal, quer dizer, aquele que já está mais aberto, que levou a sementinha, ela vai crescer, e tem aquele que já vem de base meio fechado e o terreno não é fértil, você joga a sementinha não vai fertilizar de forma alguma.</p> <p>...tem gente que não suporta, isso,... é verdade,... já vi, tem colegas... que não suportam nada, só querem tudo preto no branco,... não querem saber, só querem saber de coisa física mesmo, só curativa...</p> <p>Depende da formação, depende da pessoa... esse campo psíquico depende muito da pessoa (...) mas tem um componente, tem uma variabilidade individual muito grande...</p> <p>... médico não topa para isso, tem muita gente... é muito assustado... então... a gente não está preparado, a gente inventa com uma onipotência danada e daí toma um monte de medicamento na cabeça... aí sabe, (...) tem, tem que se haver com coisa que você não vai dar conta... então todo dia você mexe com... é um remexer de baú contínuo...</p>

Esta avaliação remete ao espectro de impossibilidade de mudança, isto é, o profissional tem que trazer já em si, na sua personalidade, o potencial para trabalhar com questões da área da saúde mental. Caso isto não ocorra não adiantaria investir em formação, pois “*não vai fertilizar de forma alguma*”. A possibilidade de adquirir competência para lidar com os problemas de saúde mental parece estar restringida por uma rigidez da estrutura da personalidade do profissional.

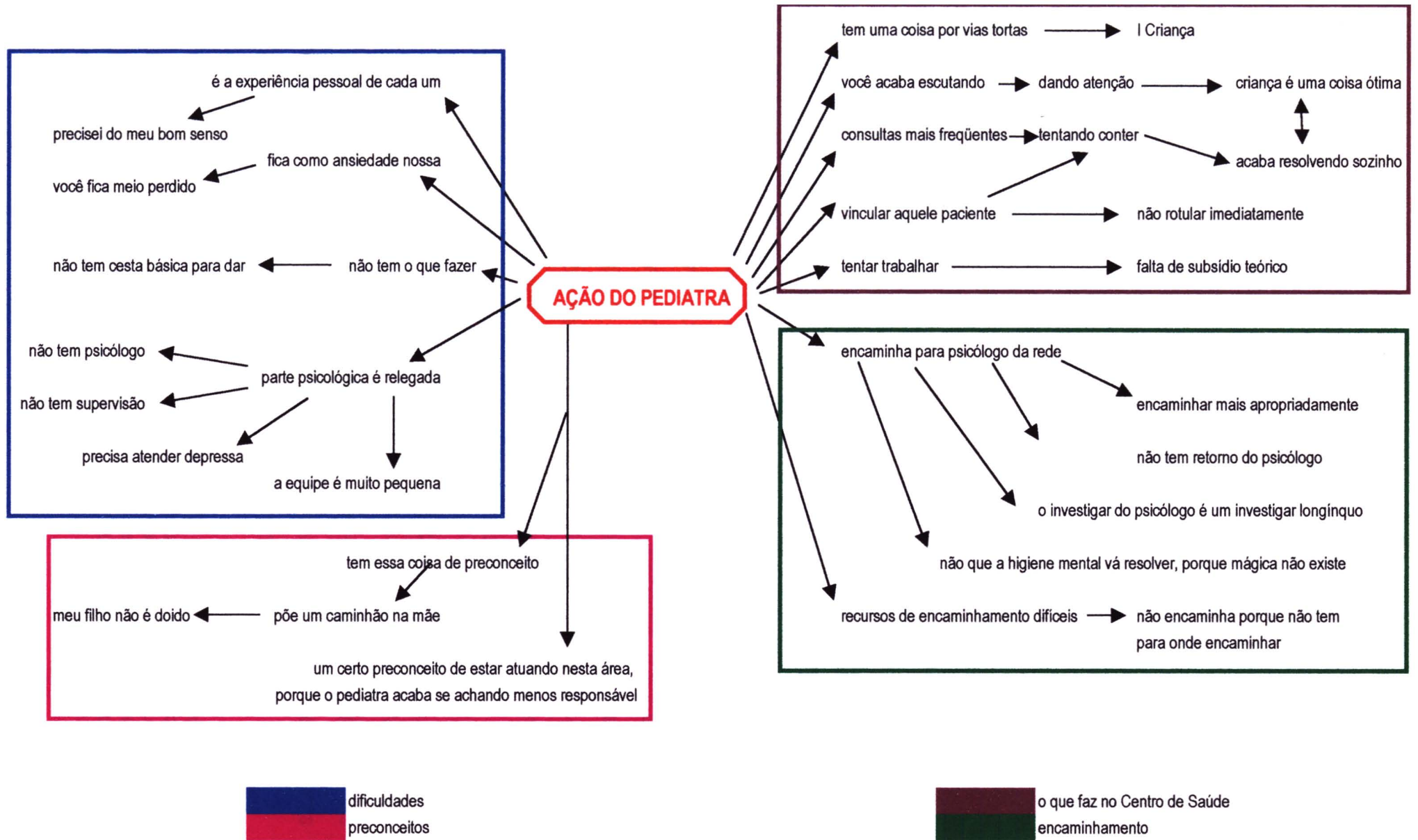


Figura VII - "Árvore" das verbalizações e explicações do eixo temático AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

4.6.3 AÇÃO DO PEDIATRA FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

A análise das falas relacionadas à ação dos pediatras frente aos problemas de saúde mental apontou uma dicotomia: o que é possível fazer e o que não é possível fazer na atenção básica.

Os pediatras reconheceram que não dominam a área de saúde mental nem seus problemas e instrumental de intervenção com a mesma profundidade que outras especialidades da medicina. A dificuldade de se deparar com um problema que não sabem abordar ou não têm instrumentos claros de intervenção para lançar mão faz com que se mantenham longe destas questões, desvalorizando-as na prática clínica diária.

São repetidas as falas sobre não saber o que fazer e não ter instrumentos de intervenção. O desconhecimento de tecnologia apropriada imobiliza os pediatras, fazendo-os minimizar as queixas explícitas e não inquirir, durante a consulta, sobre questões de saúde mental (Matriz 12). Uma observação durante o campo, feita na sala dos assistentes do Centro de Saúde, descreve bem este aspecto. Uma residente aguardava para discutir com o assistente o caso que estava atendendo. Parecia ansiosa, manipulando constantemente o prontuário. A criança tinha uma queixa de comportamento. Num determinado momento explicita: “É melhor trabalhar no pronto socorro; lá, pelo menos, eu sei o que fazer!”.

O enfoque privilegiado da formação médica contempla a utilização de tecnologias de intervenção dos tipos “dura” e “leve-dura” (MERHY e col. 2002)², relegando para um segundo plano ou não considerando as intervenções na área da saúde mental, mesmo as mais elementares (acolhimento, vínculo), como atribuições do médico.

² MERHY e col. classificam as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde como: “leve” (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar processos de trabalho), “leve-dura” (como no casos de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e “dura” (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais).

Observa-se um conflito entre o ideário da pediatria e as possibilidades de intervenção do pediatra na atenção básica.

Matriz 12 - Tipos de tecnologia para abordar os PSM considerados ausentes pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Tipos de tecnologia	Verbalização
Falta de instrumento técnico	<p>... quando começa entrar na área, vamos falar mais em psicologia, para não falar psiquiatria, acaba entrando outras ciências que a gente não tem um instrumento técnico, digamos assim...</p> <p>Infelizmente a gente não tem nenhum recurso técnico, primeira coisa,... a gente torce... para num... a gente pede algumas, algumas ajudas...</p> <p>... acho que a instrumentalização do pediatra, que não está bem instrumentalizado nessa parte, já te disse que com o bom senso a gente consegue mesmo gritar e dizer não pode ficar (...) tem que ser encaminhado, mas se existe uma faixa que é a faixa que você quer captar, que fica meio... descoberto...</p> <p>...porque não existe o instrumental. Quando você não tem definido o instrumental, não tem definido o que é adequado e o que é inadequado. Não existe essa definição em lugar nenhum, portanto, acho que cada um está usando seus critérios próprios. É diferente, por exemplo, imunização,... existe um calendário oficial, quem está dentro daquele calendário está correto, quem está fora, estará incorreto...</p>
Desconhecimento das possibilidades de intervenção	<p>... não sabe o que fazer com isso... não tem uma cesta básica para dar, não tem um psicólogo para ajudar a família, fazer uma terapia familiar, então não tem o que fazer... então a gente fica meio de mãos atadas,</p> <p>... apesar de que é isso que eu estou te falando, a gente acaba levantando a lebre mas muitas vezes a gente não consegue dar vazão à isso, às vezes fica como ansiedade nossa, o que fazer com o pai alcoólatra, por exemplo... tenta ter essa preocupação de levantar pelo menos e depois muitas vezes a gente não consegue dar vazão a isso, a essa demanda...</p> <p>... se eu soubesse minimamente, olha, que tipo de postura tem que ter, que tipo de conduta tem que tomar, até onde eu posso ir, porque muitos problemas às vezes você consegue com um mínimo de abordagem com a mãe, fazer a mãe... acordar, ir atrás, correr...</p> <p>... quando a gente pensa em saúde mental acho que a gente pensa muito em quanto você não sabe lidar com esse tipo de problema.</p>

Dentre as possibilidades de atuar dos pediatras foram encontrados aspectos contraditórios (Matriz 13). Em muitas falas foram descritas situações de intervenções concretas que não são valorizadas pelos pediatras. Em uma das observações de campo foi registada uma passagem muito significativa. Após uma exposição sobre detecção precoce de transtornos globais do desenvolvimento realizada no Centro de Saúde, durante a discussão que se seguiu, um dos pediatras fez a seguinte observação: *“quando a gente entra neste campo parece que a gente não é mais médico”*.

Estas atuações são remetidas ao senso comum, ao bom senso de cada um, deixando de serem vistas como procedimentos científicos, tecnologias de intervenção respaldadas pelo “saber oficial”.

Intervenções do tipo ouvir mais, marcar consultas mais freqüentes, dar mais atenção, conversar com a criança, “tentar conter”, por não fazerem parte do arsenal terapêutico clássico dos pediatras, não são entendidos como científicos. Desta forma eles acabam verbalizando que *“criança é uma coisa ótima, (...) acaba resolvendo sozinha”*, após detalhar uma série de condutas e intervenções por eles realizadas.

Matriz 13 - Tipos de intervenção do pediatra frente aos PSM identificados pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Aspectos da intervenção	Verbalização
Tipos de intervenções	<p>Mas então algumas vezes você acaba escutando, dando atenção, e às vezes o que você nota, principalmente em crianças maiores, e às vezes até em crianças menores, que você dando uma atenção, fazendo consultas mais freqüentes, escutando a queixa, tentando conter, elas melhoram espontaneamente...</p> <p>... muitas vezes a gente acaba tentando resolver com os recursos próprios que tem mesmo (...). O que a gente faz? Primeira coisa, vincular aquele paciente com uma pessoa só que vai atender e tentar vincular com o assistente também, ... cria o vínculo terapêutico, eles se abrem muito mais, e aí você fica muito mais exposto á essa realidade, e ele é mais confidente, ele conta mais, aí afloram as queixas,... as angústias que tem, muitas vezes da... até do próprio... responsáveis, vamos colocar assim,... e aí você passa a compreender a criança dentro do contexto...</p> <p>ter mais calma, ampliar a história, procurar escutar os pais, procurar escutar a criança, certo? Quer dizer, não rotular imediatamente, não encaminhar imediatamente, a não ser que seja alguma coisa que grite aos olhos da gente (...) Então a gente descobrindo a raiz do problema, com calma, consegue resolver a maior parte desses problemas, certo?</p> <p>... você vai fazer aquilo que eu chamo de uma terapia (...) não deixa de ser, aquilo que eu acho que o pediatra antigo, o médico de antigamente tinha um enorme sucesso, ele tinha tempo para sentar, para conversar, para ver, para entender algo mais do que a queixa do seu paciente.</p>
Uso do senso comum	<p>... e uma coisa que é ruim é você ficar trabalhando em cima só do seu... da coisa do bom senso,... aí depende até, às vezes, um pouco até da personalidade da pessoa, não é uma coisa muito... não sei que eficácia isto pode ter para o paciente.</p> <p>... mas eu acho que uma coisa que nos impulsionou a agir desse jeito, muitas vezes até de uma forma intuitiva, muito mais ligado ao bom senso do que de conhecimento profundo...</p> <p>Tentando fazer a atenção global a gente começou a se auto-instrumentalizar e seguramente usar o bom senso e o senso comum a maior parte das vezes. Como pediatra, (...) eu sempre procurei encaminhar antes do aparecimento dos problemas...</p> <p>Então nós começamos a ficar muito auto-suficientes, sabe, mas auto-suficientes no seguinte sentido, aqui não dá para dar cobertura. A rede, não só não dava como quando dava era muito a desejar, muito a desejar... confesso para você que muitas vezes eu precisei do meu bom senso, (...) procuro caminhar no antes, sempre prevenindo.</p>
Desqualificação da intervenção	<p>... a criança é uma coisa ótima, você segura e tal e aí ela vai e passa o problema entendeu? Então acaba se resolvendo sozinho, de alguma forma ela acaba se ligando em alguma coisa...</p>

Vários fatores relacionados à organização da assistência foram citados como problemáticos. O primeiro deles, apontado nas entrevistas, é a organização atual do processo de trabalho do médico na atenção básica, que não favorece a detecção de problemas que não sejam tipo “pronto-atendimento” (Matriz 14).

Matriz 14 - Características da organização do processo de trabalho do médico identificadas como deficientes pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Deficiências no trabalho médico	Verbalização
Descaracterização do vínculo médico-paciente	<p>...é que não existe mais aquela coisa do vínculo, quer dizer, o paciente que é seu. O paciente não é de ninguém, ele está uma hora no pronto socorro, outra hora no centro de saúde, outra hora num outro, as mães que muitas vezes estão trabalhando, estão correndo para lá e para cá, vão uma hora no desespero, querem tudo muito rápido, essa demanda por remédios para tudo...</p> <p>A gente como médico perdeu muito a parte... formação humanística mesmo, então a questão... é a arte, é a cultura, quer dizer, ficou tão tecnicista que outras coisas parecem que não existem, e... a gente tem que estar resgatando, o homem não é só uma maquininha...</p> <p>... a gente quando as crianças param de ficar doentes, eu acho que, de um modo geral o pediatra manda as crianças embora.</p>
Pouco tempo de consulta	<p>... porque na atenção primária, você precisa atender depressa os clientes. O depressa não quer dizer 10 minutos, as consultas são longas, mas você não pode fazer um interrogatório extremamente extenso, quer mesmo pela demanda que a gente tem... na atenção primária não dá muito para esperar pela solução dos problemas...</p> <p>... acho que o pediatra antigo, o médico de antigamente tinha um enorme sucesso, ele tinha tempo para sentar, para conversar, para ver, para entender algo mais do que a queixa do seu paciente.</p> <p>O pessoal quer ser rápido e fala sem escutar nada. Acho que o que falta,... falta muita escuta mesmo</p>
Consulta tipo “pronto-atendimento”	<p>... então são coisas que eu creio que passam muito batido porque, o pessoal, chegou chiando,... prescreve, aí vai para outro, ninguém vê esta criança como um todo, às vezes o pessoal não tem esse tipo de coisa,...</p> <p>... não sei como é que anda a assistência em todos os lugares, mas normalmente a parte psicológica é relegada... só é atendido esses curativos mais direto, o que eles fazem no fim é dar receitinha e encaminhar. Então a parte psicológica deve ficar prejudicada,...</p>

O tempo de cada consulta e tipo de trabalho realizado na atenção básica também são considerados motivos para a pouca importância dada às

questões de saúde mental. Aqui é importante salientar que a questão tempo da consulta, na maioria das vezes, é remetida para os atendimentos feitos em outros serviços que não o Centro de Saúde Escola. A observação do campo de estudo observou que as consultas são longas por causa do caráter didático do atendimento e do processo de supervisão realizado pelos médicos assistentes.

A falta de vínculo com o paciente foi citada como uma das dificuldades de aprofundar o atendimento clínico. Aqui também a organização do atendimento no Centro de Saúde, tendo em vista o ensino, com o rodízio dos residentes e alunos, limitaria o estabelecimento de relações médico-paciente mais estáveis e que permitissem o desenvolvimento de ações na linha da prevenção e promoção na área de saúde mental. Os jovens residentes sentem-se inibidos para fazer perguntas nesta área e as mães, muitas vezes, acham que estes não são assuntos para médicos.

No entanto, apesar desta organização do atendimento ser típica de situações de ensino, as falas remeteram a dificuldades de estabelecimento do vínculo médico-paciente também para atendimentos nos serviços de atenção básica sem atividades didáticas. A falta de formação humanística dos estudantes de medicina e a utilização quase exclusiva de tecnologias “duras” (medicamentos e/ou exames) como técnicas possíveis de intervenção, além do curto tempo do atendimento na atenção básica, foram as causas citadas para explicar esta dificuldade.

Outro aspecto relacionado à organização da assistência referido foi a necessidade de profissionais de outras formações estarem presentes na atenção básica para possibilitar uma abordagem multiprofissional (Matriz 15). O papel destinado a estes profissionais é variável, dependendo do entrevistado, indo desde alguém para encaminhar o caso até a possibilidade do atendimento conjunto do paciente, contribuindo para a formação do pediatra no campo da saúde mental.

Matriz 15 - Características da organização do processo de trabalho no Centro da Saúde identificadas como deficientes pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Deficiência no Centro de Saúde	Verbalização
Falta de profissionais	... a gente é uma equipe muito pequena... então a gente acaba muitas vezes cumprindo o papel de médico mesmo.
Falta de profissionais da área da saúde mental	<p>O que a gente sente falta é de estar discutindo com pessoas da área mesmo de mental para entender melhor os casos, para poder sistematizar melhor, então, como a gente não tem esse contato, fica muito por conta de cada um...</p> <p>... a gente não tem um serviço estruturado, serviço de saúde mental... é do adulto, atende adolescentes e adultos, não atende criança. Então a gente não tem esse serviço... a gente não tem esse profissional trabalhando conjuntamente e nem supervisionando...</p> <p>É isso que eu estava te falando, se tivesse alguém para gente discutir os casos eu acho que ajuda, porque na hora que você discute eu acho que sempre você acaba entendendo esse caso, aí o próximo fica um pouco mais fácil de você lidar, então... acho que disso... se a gente tivesse aqui o pessoal da área de mental, atendendo também crianças, ou discutindo os casos com a gente, mesmo que não atendesse diretamente, isso facilitaria muito...</p>
Organização interna do serviço	<p>... é uma experiência pessoal de cada um, não é uma coisa tão dirigida, e... faz falta em vários aspectos, faz falta para equipe, faz falta para população atendida, faz falta para o residente, então é uma necessidade do dia a dia, mas ela não tem uma coisa muito estruturada, a gente nunca conseguiu organizar mais esse serviço.</p> <p>Então algumas tentativas que foram feitas de integração mais recentemente não deram certo e a nossa expectativa que seria nos ajudar a ter um instrumental de trabalhar a questão principalmente da prevenção que é muito importante em termos de atenção primária, a gente acabou não tendo (...) a gente não tem, dentro do próprio serviço condições de estar tendo um resolutividade dos casos observados e até de um apoio em termos de psicoprofilaxia</p>

Outra possibilidade de atuação do pediatra é o encaminhamento das crianças com PSM para serviços especializados em saúde mental (Matriz 16). Existe um descrédito quanto à possibilidade de encaminhamento das crianças, tanto em relação ao número de serviços existentes quanto pelo fato de não conhecerem mais de perto estes serviços e não terem confiança no tipo de trabalho que será realizado lá. A pouca troca de informações entre os profissionais da atenção básica e os serviços especializados em saúde mental gera um sentimento de "perda do paciente".

Matriz 16 - Características da organização do sistema de saúde identificadas como deficientes pelos pediatras. CSE Butantã, 2000.

Tipo de deficiência	Verbalização
Pouco serviços especializados	<p>... só que os encaminhamentos fora, geralmente você não tem muito para onde encaminhar, ou então o tempo de espera é muito grande, e a mãe volta e diz: ah, tem que ficar na fila de espera, não sei o quê,... então ela... dificilmente a gente tem um retorno do seguimento, com psiquiatra, psicólogo, coisa assim. Então é difícil...</p> <p>... porque muitas vezes não é um caso que você precisa encaminhar imediatamente para um acompanhamento com um psicólogo mesmo porque, como eu falei, os recursos para encaminhamento são difíceis...</p> <p>... muitas vezes não dispõe dos serviços e recursos, então você identifica, essa criança precisaria de um encaminhamento, e busca, e você não encontra, e você fica lidando com o problema, ou,... lidando com o problema muito mal dentro do seu dia a dia, ou você passa a ignorar o problema, você fala: bom, para isto eu não tenho uma solução e eu não tenho um sistema que acolha esse problema. E isto é uma questão terrível para nós. Se você hoje aqui identificar uma criança que você acha que precisa de um apoio... psicológico, ou precisa de uma avaliação especializada nessa área, você não tem para onde encaminhar...</p>
Descrédito no serviço especializado	<p>... mas você não sabe nem o que tem do outro lado do túnel... a pessoa que vai atender... dá um certo receio. E eu tenho muito medo nessa área...</p> <p>... mas, olha, eu não vi até hoje nenhum caso em que a gente tivesse um relatório de psicólogo dizendo: olha, o... fazendo tal e tal abordagem, acho que é isso, isso e isso, a gente não tem esse retorno, a mãe é que traz às vezes a informação dela, e às vezes é extremamente vaga porque ela também não.</p> <p>... solução do problema não muda muito mesmo, (...), eu digo: olha, esse daqui vai ter que ir para higiene mental (...) mas assim,... não que eu ache que a higiene mental vá resolver, porque mágica não existe em medicina...</p> <p>... você manda, uns se perdem porque não conseguem marcar e os que conseguem marcar você nem sabe muitas vezes o que tá acontecendo, você perde, então eu não sinto que a gente refere muito...</p>

As possibilidades de atuação do pediatra são marcadas pelo pessimismo. As intervenções realizadas no Centro de Saúde pelo médico são desvalorizadas por eles próprios, mesmo quando os resultados são positivos. O encaminhamento externo é visto com cautela: “... *fica um vazio, é um túnel sem fim, sabe...*”.

O tema preconceito apareceu várias vezes durante as entrevistas. Por vezes referia-se ao preconceito por parte dos pais em relação aos psiquiatras e aos psicólogos. Em outras falas apareceu a idéia de que este tipo de preconceito já foi pior e que atualmente não seria um empecilho para este tipo de encaminhamento. Existe também o preconceito do próprio pediatra em relação a estas questões (Matriz 17).

Matriz 17 - Tipos de preconceitos identificados pelos pediatras nos distintos atores envolvidos. CSE Butantã, 2000.

Imagem	Verbalização
Da família	<p>... existe um estigma na hora que você fala que a criança vai precisar ir para um psicólogo... psiquiatra nem pensar você falar... então você acha que a criança vai precisar fazer um acompanhamento, é até difícil porque às vezes não consegue nem encontrar um termo, vai falar saúde mental a mãe arregala o olho, psicólogo, psiquiatra então ela... quase infarta...</p> <p>... o encaminhamento, (...), por exemplo, para um psicólogo é... é uma questão meio cultural também, acho que, por exemplo, quando você fala assim,... olha, precisaria encaminhar para um psicólogo... você bota um caminhão na criança e a mãe... tem muito essa coisa de preconceito, às vezes a mãe acaba não levando... some,... às vezes a idéia que as pessoas tem é... ele está doido,... ou então ele tem um problema muito grave... a expressão: são doidos, que as pessoas usam,... o que é muito negativo...</p> <p>... vou encaminhar você para um profissional da área de saúde mental, vamos colocar, como se diz... genérico? a gente vai... psicólogo, psiquiatra... até bonito, até dá status, imagina, fazer terapia, mas há anos atrás era o contrário, você falava... vou mandar para o psiquiatra, coisa de louco, não quer nem saber, e existe muitas vezes o receio também da própria família de se aprofundar nessas questões que você pode detectar, que sabe lá o que vai encontrar lá embaixo...</p>
Do médico	Então a saúde escolar tem esse aspecto, existe até um certo preconceito às vezes de estar atuando nessa área, porque o pediatra acaba às vezes se achando menos responsável...

A maioria dos entrevistados descreveu suas atividades cotidianas e tentou explicar as dificuldades levantadas do ponto de vistas cognitivo, exemplificando com situações do dia a dia. No entanto, em vários momentos o aspecto afetivo do trabalho emergiu, tanto na forma auto-referida como em generalizações para fora do Centro de Saúde. O cunho emocional das colocações foi muito vivo, o que traduz a ansiedade subjacente ao fazer cotidiano nesta esfera do trabalho.

Ansiedade e medo são as emoções que dão colorido ao atendimento rotineiro de pediatria quando o assunto em questão é da área emocional. O sentimento de solidão e insegurança do pediatra frente às questões de saúde mental estão presentes por trás das vivas reclamações da falta da equipe multiprofissional atuando no Centro de Saúde. Chama atenção que apenas sentimentos de cunho negativo foram expressados durante as entrevistas, apontando que a tarefa de lidar com questões da área de saúde mental é extremamente penosa e difícil (Matriz 18).

As emoções que permeiam o atendimento parecem se centrar na impotência, no não ter o que fazer com aquela queixa, não saber como encaminhar. A formação focada no aspecto biológico, na patologia, e nas intervenções “duras” e com efeitos a curto prazo confronta-se, na prática cotidiana, com questões psíquicas e sociais que fogem a este padrão e necessitam de outras tecnologias de intervenção, não dominadas pelo médico.

Matriz 18 - Sentimentos expressados pelos pediatras frente aos PSM. CSE Butantã, 2000.

Sentimento	Verbalização
Solidão	... mas ele sozinho não vai fazer nada, ... mas sozinho não... ... fica um vazio, é um túnel sem fim, sabe...
Constrangimento	... um certo constrangimento de dizer...
Impotência	... até a gente mesmo não consegue resolver... ... você não consegue fazer um acompanhamento mais adequado... ... eu não sei o que fazer... ... não tenho solução... não tenho um sistema que acolha este problema. E isto é uma coisa terrível para nós. O quê que a gente percebe? Alterações de comportamento e de relacionamento das crianças... Fiquei perdida... ... falta talvez algum instrumento melhor, uma formação melhor para eu definir os casos, isso a gente não consegue, eu não consigo.
Medo	... tem às vezes que dá medo, (...) se você começar cavocar esse negócio você vai mexer em estruturas que podem abalar a base da pessoa,... e aí, o quê que você faz? ... se você não sabe o que tem do outro lado do túnel (...) dá um certo receio. E eu tenho muito medo nessa área. ... mas ele morre de medo de... de uma mãe que não consegue aleitar, ou de uma mãe que está deprimida... ... então a gente fica meio de mãos atadas, então isso que eu falei, às vezes a gente tem até medo de entrar nisso... você dá umas orientadas e foge, é mais fácil a gente lidar com a pneumonia...
Intromissão	Eu me sinto uma intrometida na família da criança. Esse diagnóstico aí me faz intrometer mais ainda. E eu não vejo limites, só se desistir, só se desistir.
Ansiedade	... acaba não conseguindo trabalhar isso, então muitas vezes o que fica é o profissional ansioso... ... a gente acaba levantando a lebre mas muitas vezes a gente não consegue dar vazão à isso, às vezes fica como ansiedade nossa. ... muitas vezes fica o profissional ansioso, a gente fica... não sabe o que fazer com isso... não tem uma cesta básica para dar, não tem um psicólogo para ajudar a família, fazer uma terapia familiar, então não tem o que fazer...

O conhecimento técnico na área de saúde mental, mesmo reconhecido pelos pediatras como não sendo adequado, não parece ser a questão mais importante. Um dos entrevistados fez a seguinte colocação:

“Agora, a solução é que não é fácil, se não, de repente você rotula alguém ... é o pediatra detecta, o pediatra não sabe detectar, eu acho que muitos sabem detectar, mas a abordagem é tremendamente dificultada por essa série de variáveis que a gente tem. (...) não dá para abordar de forma simplista esta questão, de forma alguma você tem que ter uma análise muito criteriosa, se não fica assim: ah, é o pediatra que não sabe nada. Cuidado, minha recomendação é que você tenha muito cuidado.”

Mesmo quando explicitamente reconhecida a importância do atendimento integral, da influência do emocional sobre o orgânico, da psicoprofilaxia, como reza o ideário da pediatria, isto não é suficiente para transformar o saber, mesmo não aprofundado, em um fazer cotidiano. O “desaparecimento” das queixas durante a consulta aponta para uma negação do problema, como “se eu não tenho instrumentos claros de intervenção, é melhor deixar isto para lá, não é da minha conta”.

Quando existe a possibilidade de uma intervenção considerada efetiva pelo profissional ou um local de encaminhamento conhecido e confiável, isto é, o médico sente-se de fato no papel resolutivo do caso, as queixas tornam-se mais “visíveis” e passíveis de serem lidadas. Um exemplo deste tipo de situação foi explicitado em uma das entrevistas:

“... acho que a proximidade do profissional, e uma interface, um diálogo é que facilita isso. Aqui, por exemplo, no centro de saúde, pelo fato da gente ter um serviço de fono aqui do lado, que faz alguns testes audiométricos, audiometria e tudo o mais, comparado a outros locais, a gente tem uma facilidade muito grande (...) de fazer essa avaliação, então ao nível de fono (...) você está mais atento a esse tipo de problema, pela facilidade de recurso que está ao lado...”

4.6.4 PROPOSTAS DE MUDANÇAS: *UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL*

Durante as entrevistas os próprios médicos pediatras, reconhecendo as dificuldades, apontaram várias sugestões para melhoria do atendimento na área de saúde mental. Uma das principais propostas foi um maior e melhor relacionamento com equipes de saúde mental (Matriz 19).

Esta retaguarda teria algumas características especiais como o trabalho em conjunto com profissionais especializados em saúde mental, a utilização de uma linguagem adequada, num contexto de parceria em que se buscava respeitar a individualidade de cada profissional e aportar conhecimento condizente com a atuação profissional.

Matriz 19 - Propostas para melhoria da assistência aos PSM identificadas pelos pediatras: Interação com profissionais de saúde mental. CSE Butantã, 2000.

Propostas	Verbalização
Trabalho conjunto	<p>... se você tem uma retaguarda eficiente, que você possa estar fazendo alguma coisa em conjunto, eu acho que... melhoraria bastante a relação com o paciente, é... eu acho que melhoraria em relação ao serviço, quer dizer, você conseguiria dar uma... uma resolubilidade melhor, para o serviço, para nada se separar, tem que ser alguma coisa em conjunto mesmo...</p> <p>...se tivesse alguém para gente discutir os casos eu acho que ajuda, porque na hora que você discute eu acho que sempre você acaba entendendo esse caso, aí o próximo fica um pouco mais fácil de você lidar...</p>
Equipe multiprofissional na atenção básica	<p>... o ideal é que a gente tivesse uma pessoa que pudesse resolver as nossas dúvidas (...) o ideal é que tivesse psicólogo em toda a parte, quer dizer, daí, com certeza ia haver um espaço, o entendimento seria possível, porque hoje não se pode, se não tem interlocutor... não pode começar nem o diálogo,</p> <p>... precisaria ter um assistente social (...), precisaria ter sem dúvida um psicólogo na unidade básica de saúde para, até para você ter um dimensionamento adequado do que é o papel do médico, o que é o papel do psicólogo, o que é o papel do enfermeiro dentro da saúde mental, porque é impossível que um único profissional consiga fazer a profilaxia, o diagnóstico precoce de problemas referenciais a essa área, se deveria instrumentalizar a equipe como um todo para que você tivesse um sucesso maior no na abordagem desses problemas</p>
Criação de novas formas de trabalhar	<p>... precisa ter a criação de um grupo especialmente voltado para o desenvolvimento ou para saúde mental, porque de certa forma há uma deficiência do serviço básico...</p> <p>... com contexto voltado para pediatra. Não querer adaptar o que é para psiquiatra para pediatra, porque não tem nada que ver...</p>
Retaguarda eficiente	<p>... facilitaria muito... ã... se a gente, por exemplo, pudesse ter um contato maior, onde você pudesse, como eu falei, de repente detectar precocemente e estar podendo saber que você vai encaminhar e aquela criança vai ser atendida...</p>

A utilização de instrumentos padronizados para o diagnóstico precoce de problemas de saúde mental, aplicados à prática pediátrica, também foi apontada como necessária para a melhoria da qualidade do trabalho (Matriz 20). As falas indicaram um movimento pró-ativo dos próprios pediatras por, uma vez mobilizados por este tipo de demanda, fazer uma busca desses instrumentos e de novas alternativas de intervenção.

Matriz 20 - Propostas para melhoria da assistência aos PSM identificadas pelos pediatras: Utilização de instrumentos adequados. CSE Butantã, 2000.

Instrumentos	Verbalização
Criação de parâmetros	... ou então, nesse caso, por exemplo de autismo, se eu tivesse algum instrumento que me dissesse: olha, suspeite quando, isso, isso, isso... aí também facilita... a falta de formação, de não saber assim alguns parâmetros mais confiáveis, mais sistematizados...
Assessoria versus iniciativas particulares	... mas precisa uma melhor instrumentalização do próprio pediatra, certo?. E que se houver alguma assessoria (...), mas antes escuta o que nós pretendemos, e o que ela pretende da gente, se não, não dá certo outra vez. E naturalmente iniciativas particulares do próprio pediatra, cuidando dessa parte.
Estudar casos	Acho que num primeiro momento seria isso, estudar alguns casos... e num segundo momento talvez levantar essa morbidade, à medida que vai se estudando esses casos, se amadurece a idéia do problema, e depois começar a se trabalhar a morbidade... mas eu tenho a impressão que seria, num primeiro momento, seria a discussão de casos interessantes para despertar um interesse na equipe...

A importância de rever aspectos da formação médica também foi citada como elemento fundamental na melhoria da intervenção do pediatra na área de saúde mental.

Matriz 21 - Propostas para melhoria da assistência aos PSM identificadas pelos pediatras: Mudanças na formação médica. CSE Butantã, 2000.

Nível de formação	Verbalização
Formação na faculdade	... que os alunos viessem melhor instrumentalizados para nós em relação às questões da mente,... de fases anteriores inclusive. E que aqui na pediatria, nós tivéssemos pessoas, que com uma linguagem adequada, conseguisse atingir já o aluno,... terceiro,... quarto ano,... a entender os problemas mais freqüentes que podem acometer a criança...
Formação na residência	... quando ele tem um... um... embasamento importante, eu acho que ele é... ele é... uma... uma... é... uma... personagem extremamente importante nesse... no acompanhamento da criança, ã... mas ele sozinho não vai fazer nada, então eu acho que é importante a, a... penso que assim, eu acho que as escolas deveriam estar a... a... ampliando um pouco a parte de... de prevenção, de promoção da, da, da saúde mental para que isso fosse, é... fizesse parte do currículo do pediatra...

4.6.5 O PAPEL DO PEDIATRA

Grande parte dos entrevistados verbalizou qual seria o papel do pediatra na atenção aos problemas de saúde mental na infância. Esta opinião não foi resposta a uma pergunta feita diretamente, mas sim uma construção feita durante a interação da entrevista (Matriz 22). As falas remeteram, quase todas, ao ideário da escola de Pediatria da FMUSP, fundada pelo professor Pedro de Alcântara.

Matriz 22 - O papel identificado para o pediatra no atendimento dos PSM na atenção básica. CSE Butantã, 2000.

Papéis	Verbalização
Visão integral da criança	<p>... eu, eu não tenho dúvida que eu acho que onde você mais faz saúde mental é na pediatria...</p> <p>O pediatra tem que assumir coisas assim, você entende?, E na atenção primária esse que é o grosso das coisas, são coisas que o pediatra, com uma visão global... tem intenções de amparar afetivamente.</p> <p>... verificar quais são os problemas, se eles não conseguem entender, encaminhar, eu acho que o pediatra tem que ter responsabilidade global da criança, biopsicossocial mesmo...</p>
Filtro	<p>... eu acho que ele é uma figura super importante porque ele é um filtro... então quer dizer, quando ele tem um... um... embasamento importante, eu acho que ele é... ele é... uma... uma... é... uma... personagem extremamente importante nesse... no acompanhamento da criança, ã... mas ele sozinho não vai fazer nada, então eu acho que é importante a, a... penso que assim, eu acho que as escolas deveriam estar a... a... ampliando um pouco a parte de... de prevenção, de promoção da, da, da saúde mental para que isso fosse, é... fizesse parte do currículo do pediatra.</p> <p>acho que o pediatra tem que ser um sensor geral. Ele tem que estar aberto e... claro... e alerta... para detectar tudo isso, tem que saber de uma certa forma, interferir da melhor forma possível, é difícil...</p>
Prevenção	<p>Como pediatra, (...) eu sempre procurei encaminhar antes do aparecimento dos problemas...</p> <p>... acho que o pediatra tem uma atuação mais clara na psicoprofilaxia, realmente se antecipando aos problemas, e mostrando, e discutindo com a família ou com as creches.</p>
Detectar precocemente os problemas	<p>... porque, por exemplo, quando se tem um caso de uma doença crônica, você não fica segurando o caso com você encaminha para o especialista e o especialista intervém, porque aquilo é a área dele. Acho que é a mesma coisa na área da higiene mental, você saber detectar precocemente onde é que estão os problemas, saber até onde eu como pediatra posso agir, então onde não devo mais me meter...</p> <p>... eu acho que ele (o pediatra) é importante na hora de detectar, de descobrir que existe um problema e de que forma estar encaminhando melhor essa criança (...) não é a função dele estar, estar fazendo toda esse... ã... o acompanhamento, o tratamento, não...</p>

POEMA ENJOADINHO

Filhos... Filhos?
Melhor não tê-los!
Mas se não os temos
Como sabê-lo?
Se não os temos
Que de consulta
Quanto silêncio
Como os queremos!
Banhos de mar
Diz que é um porrete...
Cônjuge voa
Transpõe o espaço
Engole água
Fica salgada
Se iodifica
Depois, que boa
Que morenaço
Que a esposa fica!
Resultado: filho.
E então começa
A aporrinhação:
Cocô está branco
Cocô está preto
Bebe amoníaco
Comeu botão.

Filhos? Filhos
Melhor não tê-los
Noites de insônia
Cãs prematuras
Prantos convulsos
Meu Deus, salvai-o!
Filhos são o demo
Melhor não tê-los...
Mas se não os temos
Como sabê-lo?
Como saber
Que maciez
Nos seus cabelos
Que cheiro morno
Na sua carne
Que gosto doce
Na sua boca!
Chupam gilete
Bebem xampu
Ateiam fogo
No quarteirão
Porém, que coisa
Que coisa louca
Que coisa linda
Que os filhos são!

Vinícius de Moraes

CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

5. CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

A presente pesquisa buscou avaliar como o atendimento rotineiro das crianças na faixa etária de cinco anos a 11 anos e 11 meses, pelos pediatras da atenção básica, enfoca os problemas de saúde mental (PSM). Para tanto, lançou mão de diversas fontes de evidências: análise de prontuários, utilização de questionário padronizado e entrevistas, visando abordar a questão de ângulos distintos e permitir uma triangulação das informações obtidas.

Este estudo encontrou que os pediatras apresentam baixa sensibilidade para reconhecer Problemas de Saúde Mental em crianças da faixa etária estudada atendidas em um Centro de Saúde da região urbana do município de São Paulo. Esta baixa capacidade de reconhecimento dos PSM pelos pediatras é bastante semelhante à encontrada por outros autores na literatura (BRIGGS-GOWAN e col. 2000; COSTELLO e col. 1988b; GARRALDA e BAILEY 1986; GIEL e col. 1981), indicando a dificuldade destes profissionais nessa área específica, mesmo considerando as diferenças de contexto social.

O levantamento realizado em 411 prontuários, correspondente a todas as crianças de cinco anos a 11 anos e 11 meses com consulta agendada de 01/08/00 a 31/10/00, mostrou que os pediatras fizeram hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10 (Transtornos Mentais e Comportamentais) em 72 crianças, que representavam 17,5% do total dos prontuários analisados.

Este trabalho utilizou o CBCL (*“Child Behavior Checklist”*) para a detecção de casos com diagnóstico provável de transtorno mental e comparou esses achados às hipóteses diagnósticas anotadas nos prontuários. Assim, do total de 411 crianças pesquisadas, foram realizadas 206 entrevistas com o CBCL, nas quais foram encontradas 130 crianças

com escore clínico. Dentre as 130 crianças com escore clínico do CBCL, os pediatras identificaram como portadoras de PSM apenas 33 crianças (25,3%); as outras 97 crianças com escore clínico não foram detectadas pelos médicos.

Ao analisar o conjunto de hipóteses diagnósticas de PSM realizadas pelos pediatras, foi possível identificar as seguintes características:

- Hipóteses diagnósticas de PSM relacionadas à área dos transtornos específicos do desenvolvimento (linguagem, por exemplo) ou à área somática (enurese, bruxismo) são mais comumente realizadas durante as consultas pediátricas, indicando maior facilidade na identificação destes diagnósticos.
- Chama atenção não haver hipóteses diagnósticas de transtornos ansiosos nem depressivos, que na literatura internacional correspondem a uma prevalência média, nesta faixa etária, de aproximadamente 10,0% (COSTELLO 1989b; GOODMAN e SCOTT 1997; CASSIDY e JELLINEK 1998).
- A hipótese diagnóstica de transtorno hipercinético também é pouco utilizada, tendo sido feita em apenas três casos (0,7%). Estudos nacionais e internacionais apontam uma prevalência destes transtornos de 1,0% a 3,0% (GOODMAN e SCOTT 1997). Um aspecto importante é que existe uma “descrença” neste diagnóstico, como se este fosse um construto teórico da literatura internacional, principalmente a norte-americana, não aplicável às nossas crianças.
- A hipótese diagnóstica de distúrbio de conduta não é utilizada segundo as normas preconizadas pela CID-10. Parece mais uma hipótese diagnóstica genérica de qualquer problema na área do comportamento ou, em outros casos, hipótese diagnóstica que remete aos distúrbios reativos de conduta

segundo critérios diagnósticos de classificações não mais utilizadas.

É importante ressaltar que o CBCL não faz diagnósticos definitivos de transtornos mentais. Seu escore clínico apenas aponta um diagnóstico provável (presença de sintomas), o que explica, em parte, a alta percentagem de casos clínicos detectados por este instrumento. Este questionário foi utilizado justamente porque tem alta sensibilidade como poder-se-ia desejar da consulta pediátrica. O papel do pediatra, apontado nas entrevistas, de fazer psicoprofilaxia, prevenção e diagnóstico precoce exige a predisposição de captar sintomas sutis ou iniciais das patologias para que sua intervenção possa ser efetiva. Este aspecto aponta para um paradoxo pois, apesar de presente nas falas, esta predisposição não aparece na prática.

Estudando a preocupação dos pais em relação aos PSM dos filhos, foi encontrada associação positiva significativa entre escore clínico do CBCL e preocupação dos pais, indicando boa sensibilidade dos pais em relação à presença de sintomas de PSM nos filhos. Por outro lado, a presença de preocupação dos pais não aumenta a capacidade de diagnóstico de PSM pelos pediatras, o que aponta para problemas de troca de informações entre os pais e os pediatras, ou desvalorização das queixas explicitadas durante a consulta.

A conduta mais freqüente do pediatra anotada nos prontuários frente aos problemas detectados foi a orientação (23,6%). Foram encaminhadas para serviços de saúde mental seis crianças. Uma já estava em acompanhamento. Supondo que as crianças encaminhadas seriam, de fato, atendidas nos serviços especializados, 1,7% do total das crianças estudadas recebiam ou estavam para receber assistência especializada em saúde mental. Também vale ressaltar que, dentre as 72 crianças com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra, 21 (29,2%) ficaram sem nenhum tipo de conduta registrada no prontuário, o que poderia estar indicando deficiência na formação profissional ou carências do próprio serviço.

Vários aspectos apontaram para deficiências na formação dos pediatras para o enfrentamento das questões de saúde mental. As deficiências estão presentes desde a formação básica (Faculdade de Medicina), onde os aspectos psicológicos e emocionais da prática médica são relegados a um segundo plano. Por outro lado, as tecnologias de intervenção frente aos problemas detectados privilegiam medicamentos e intervenções “armadas”, e valorizam pouco outros tipos de abordagens. A questão da linguagem diversa das áreas “psi” também foi citada como problema, mas possível de ser contornado por aproximações sucessivas de ambas as partes, desde que intencionalmente planejadas para tal fim.

Durante a residência médica de pediatria estas questões da formação profissional se acentuam. A avaliação do desenvolvimento, próxima da área da saúde mental e tão importante na Pediatria (poder-se-ia dizer um dos fundamentos da especialidade), privilegia as áreas motoras (marcos básicos das fases iniciais da infância). Na idade escolar alguma ênfase é dada ao aspecto cognitivo, via questões escolares, porém com pouca precisão na avaliação e baixa capacidade de intervenção. Em relação aos aspectos emocionais há um grande vazio, identificado pelo baixo registro nos prontuários; mesmo quando há queixa explícita na consulta nota-se que ela é “esvaziada” durante o atendimento.

Um aspecto interessante citado nas entrevistas é que a sensibilidade para detecção dos PSM seria “inato” no profissional, isto é, a priori alguns seriam capazes de fazê-la e outros não, o que pode levar a uma idéia pessimista de que não é possível fazer nada para melhorar este tipo de atuação.

A organização do processo de trabalho dos médicos também foi apontada como obstáculo para a detecção destes problemas. Duas foram as principais justificativas levantadas: o curto tempo das consultas (apesar disto não ser problema na prática cotidiana do CSE Butantã) e a falta de profissionais especializados (ou equipes multiprofissionais) que pudessem servir de retaguarda no caso de dificuldades durante o atendimento.

A falta de instrumentos que facilitem a detecção dos sintomas na área do desenvolvimento emocional e da saúde mental, e que permitam a realização de avaliações mais precisas (em analogia com a curva padronizada para alterações do crescimento, por exemplo), também pode dificultar este tipo de abordagem. Muitas vezes o profissional percebe que algo não está evoluindo bem mas, como não sabe avaliar adequadamente ou acha que não tem instrumentos para intervenção, acaba desvalorizando seu achado clínico ou apenas anotando no prontuário dados inespecíficos que não levam a uma intervenção efetiva.

O encaminhamento para serviços especializados também é visto como algo problemático, difícil, com baixo retorno e não confiável.

A reorganização dos serviços pode ajudar muito o médico, ou outro profissional que atenda crianças na atenção básica, no trabalho de detecção precoce das alterações na área de saúde mental. A proximidade de profissionais especializados pode enriquecer a prática diária tanto na forma de uma equipe multiprofissional atuante como na forma de apoio para discussão de casos. A questão da proximidade, tanto no espaço quanto no tempo, é importante pois aumenta a legitimidade do processo. A atuação no “aqui e agora” permite uma troca viva e eficiente de conhecimento pois, além de ser importante que o pediatra conheça questões de saúde mental, é necessário que o profissional da saúde mental compreenda a pediatria e a forma de trabalhar do pediatra; é preciso um trabalho de parceria no qual nenhum dos dois lados se coloque como detentor de todo o conhecimento.

O conhecimento e a atitude do pediatra durante a consulta são fundamentais para levantar a suspeita diagnóstica de problemas na área do desenvolvimento e de saúde mental, observar a persistência das alterações e fazer o encaminhamento no momento oportuno, levando em conta sua estratégica posição no acompanhamento clínico periódico durante toda a infância. Dificilmente um profissional da área da saúde mental (psiquiatra infantil, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo ou outro) teria as mesmas condições de fazer diagnóstico precoce de patologias graves como

transtornos globais do desenvolvimento, nos quais a intervenção precoce é de fundamental importância para o prognóstico.

Os profissionais que lidam com a infância precisam estar atualizados com as novas abordagens na área da psiquiatria infantil tanto na área do diagnóstico (as alterações nosográficas trazidas pela CID-10 e pelo DSM-IV) quanto na área das intervenções possíveis. Conhecer a gama das intervenções existentes e sua efetividade permite adequada orientação da família e melhor acompanhamento do caso.

Manter-se prudentemente entre o alarmismo ou a “psicologização” de variações da normalidade e o “deixa que com o tempo vai passar” com desvalorização do sofrimento psíquico da criança exige do profissional que trabalha com a infância, principalmente na atenção básica, conhecimento técnico, arte e sensibilidade, para que a detecção precoce seja efetiva.

Os resultados encontrados neste estudo apontam que as ações destinadas à melhoria da assistência à saúde mental da infância, na atenção básica, devem incluir mudanças na formação profissional do médico, otimizando sua capacidade de fazer diagnósticos precoces e encaminhamentos oportunos, e também possibilitar o aperfeiçoamento da organização do trabalho, tanto no atendimento em si como na articulação entre as várias instâncias do sistema de saúde.

Vale ressaltar que este estudo foi realizado em um Centro de Saúde Escola no qual trabalham profissionais altamente capacitados e que dispõem de condições para atividades de ensino e pesquisa. Desta forma, estes achados apontam para a necessidade de serem reavaliados o conteúdo e a forma das disciplinas relacionadas ao desenvolvimento e à saúde mental infantil, tanto nos currículos de graduação como nos de residência de pediatria. Em relação à forma, é importante que a linguagem utilizada seja adequada e compreensível para os alunos, evitando-se falas muito especializadas que possam induzir a mal-entendidos ou mesmo

brincadeiras e chacotas, não redundando em aprendizagem ou até suscitando posições de aversão ao tema.

Depois fugiu para o sol
E desceu pelo primeiro raio que apanhou.
Hoje vive na minha aldeia comigo.
É uma criança bonita de riso e natural.
Limpa o nariz ao braço direito,
Chapinha nas poças de água,
Colhe as flores e gosta delas e esquece-as.
Atira pedras aos burros,
Rouba a fruta dos pomares
E foge a chorar e a gritar dos cães.
E, porque sabe que elas não gostam
E que toda a gente acha graça,
Corre atrás das raparigas
Que vão em ranchos pelas estradas
Com as bilhas às cabeças
E levanta-lhes as saias.

A mim ensinou-me tudo.
Ensinou-me a olhar para as coisas.
Aponta-me todas as coisas que há nas flores.
Mostra-me como as pedras são engraçadas
Quando a gente as tem na mão
E olha devagar para elas.
(excerto)

Fernando Pessoa

REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

- Achenbach TM, Edelbrock CS. Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four to sixteen. **Monographs of Society for Research in Children Development** 46 (serial n.º 188); 1981.
- Achenbach TM. **Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile**. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry: 1991.
- Achenbach TM. **Empirically based taxonomy: How to use syndromes and profile types derived from CBCL/4-18, TRF and YSR**. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry: 1993.
- Achenbach TM. **Assesment Data Manager (ADM[®]) Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA[®]) – CBCL (Child Behavior Checklist)**. [computer program]. Version 1.10. Vermont; 1999.
- Almeida Filho N. Estudo de prevalência de desordens mentais na infância em uma zona urbana de Salvador. **J Bras Psiquiatr** 1982; 31: 1145-54.
- Almeida Filho N. **Epidemiologia das doenças mentais na infância**. Salvador, Centro Editorial e Didático da Universidade da Bahia, 1985.
- Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli B, Busnello D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo e Porto Alegre). **Revista ABP-APAL** 1992; 14: 93-104.
- Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. **Introdução à epidemiologia moderna**. 2ª ed. Belo Horizonte: COOMED/APCE/ABRASCO, 1992.

- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- Andrade LHS, Gentil Filho V, Lólio CA, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. In: Organização Mundial de Saúde/Divisão de Saúde Mental e Prevenção de Toxicomanias. **O uso racional de medicamentos psiquiátricos**. [Relatório do encontro dos centros colaboradores da OMS no Brasil para o ensino e pesquisa em saúde mental; Rio de Janeiro 22-23 de novembro de 1997]. Genebra, 1998. p. 37-41.
- Andrade SMO. **A avaliação qualitativa sob a perspectiva do interacionismo simbólico: o caso da AIDS**. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Assumpção Jr FB. **Psiquiatria infantil brasileira: um esboço histórico**. São Paulo: Lemos Editorial; 1995.
- Bailey D, Garralda ME. Referral to child psychiatry: parent and doctor motives and expectations. **J Child Psychol Psychiat** 1989; 30(3): 449-58.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Barkley RA Child behavior rating scales and checklists. In: Rutter M, Tuma AH, Lann IS. **Assessment and diagnosis in child psychopathology**. New York: The Guilford Press; 1988. p. 113-55.
- Bilenberg N. The child behavior checklist (CBCL) and related material: standardization and validation in Danish population based and clinically based samples. **Acta Psychiatr Scand** 1999; 100 (Suppl): 2-52.
- Bird HR. Epidemiology of childhood mental disorders in a cross-cultural context. **J Child Psychol Psychiat** 1996; 37: 35-49.
- Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação de versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância

- e adolescência): dados preliminares. **Revista ABP-APAL** 1995; 17: 55-66.
- Bralio SE, Seguel XR, Montenegro HA. Prevalência de transtornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile. **Acta Psiquiatr Psicol Am Lat** 1987; 33: 316-25.
- Brandenburg NA, Friedmen R, Silver SE. The epidemiology of childhood psychiatric disorders: prevalence findings from recent studies. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1990; 29: 76-83.
- Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone ME, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric setting: distribution of disorders and factors related to service use. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2000; 39: 841:49.
- Cantwell DP, Rutter M. Classification: conceptual issues and substantive findings. In: Rutter M; Taylor E; Hersov I, editors. **Child and adolescent psychiatry: modern approaches**. 3rd ed. Oxford: Blackwell Science; 1994. p. 3-21.
- Cantwell DP. Psiquiatria infantil: introdução e panorama. In: Kaplan HI e Sadock BJ, editores. **Tratado de psiquiatria**. Trad. D Batista. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; 1999. p. 2345.
- Carvalho JR. **Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares**. Ribeirão Preto; 1975 [Tese de Livre-Docência – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP].
- Cassidy LJ, Jellinek MS. Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. **Pediatr Clin North Am** 1998; 45(5): 1037-52.
- Chang G, Warner V, Weissman MM. Physicians' recognition of psychiatric disorders in children and adolescent. **AJDC** 1988; 142: 736-9.
- Chiesa AM. **A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na**

- infância. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Costello EJ. Primary care pediatrics and child psychopathology: a review of diagnostic, treatment and referral practices. **Pediatrics** 1986; 78(6): 1044-51.
- Costello EJ, Burns BJ, Costello AJ, Edelbrock C, Dulcan M, Brent D. Service utilization and psychiatric diagnosis in pediatric primary care: the role of gatekeeper. **Pediatrics** 1988(a); 82: 435-41.
- Costello EJ, Edelbrock C, Costello AJ, Dulcan M, Burns B, Brent D. Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. **Pediatrics** 1988(b); 82:415-2.
- Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1989(a); 29: 851-5.
- Costello EJ. Developments in child psychiatric epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1989(b); 29: 836-41.
- Denzin NK. **Interpretive interactionism**. Newboursy Park: SAGE Publications, Inc; 1989.
- Diaz RF Psicanálise e instituição. [Texto realizado para a Mesa Redonda intitulada “Psicanálise e Instituição” promovida pela Escrita Freudiana; 1991 jun 20].
- Duarte CS. **Características de personalidade de mães de crianças com diagnóstico de autismo infantil: um estudo comparativo**. São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado – Escola Paulista de Medicina da UNIFESP].
- Duarte CS, Bordin IAS. Instrumentos de avaliação. **Rev Bras Psiquiatr** 2000; 22(Supl II):55-8.
- Dulcan M, Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Brent D, Janiszewski S. The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: do

- parents' concerns open the gate? **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1990; 29:453-58.
- Fleitlich BW, Goodman R. Epidemiologia. **Rev Bras Psiquiatr** 2000; 22(Supl II):2-6.
- Fleitlich BW, Goodman R. Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. **BMJ** 2001; 323: 599-600.
- Fontana A, Frey JH. The interview: from structured questions to negotiated text. In: Denzin NK, Lincoln YS. Ed. **The handbook of qualitative research**. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000.
- Fundação IBGE. **Contagem populacional**. Região Metropolitana da Grande São Paulo [CD-ROM]. Rio de Janeiro; 1996.
- Fundação IBGE. **Censo demográfico 2000 – resultados do universo** (São Paulo; São Paulo) [CD-ROM]. Rio de Janeiro; 2002.
- Garralda ME, Bailey D. Children with psychiatric disorders in primary care. **J Child Psychol Psychiat** 1986; 27: 611-24.
- Garralda ME, Bailey D. Child and family factors associated with referral to child psychiatrist. **Brit J Psychiatry** 1988; 153: 81-9.
- Giel R, Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HA, Ladrigo-Ignacio L, Srinivasa Murthy R, Salazar MC, Wig NN, Younis YOA. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. **Pediatrics** 1981; 68: 677-83.
- Giordano Jr S, Pereira LMF. Saúde mental. In: Schraiber e col. organizadores. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec; 1996.
- Glascoe FP, Dworkin HD. The role of parents in the detection of developmental and behavioral problems. **Pediatrics** 1995; 95(6): 829-36.

- Goldberg D, Huxley P. **Mental illness in the community - the pathway to psychiatric care**. London: Tavistock Publications Ltd, 1980.
- Goldberg D. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. **Epidemiol Rev** 1995;17:182-90.
- Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. **J Child Psychol Psychiat** 1997; 38(5): 581-6.
- Goodman R, Scott S. **Child Psychiatry**. Oxford: Blackwell Science; 1997.
- Goodman R. The extended version of the strengths and difficulties questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. **J Child Psychol Psychiat** 1999; 40(5): 791-9.
- Goodman R, Scott S. Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? **J Abnorm Child Psychol** 1999; 27: 17-24.
- Goodman R. **The strengths and difficulties questionnaire** [documento on line] 2000; disponível em <<http://www.sdqinfo.com>>.
- Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for psychiatric disorders in a community sample. **British Journal of Psychiatry** 2000; 177: 534-9.
- Goodman R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 2001; 40(11): 1337-45.
- Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B, Speechley KN. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. **Pediatrics** 1992; 89(3): 480-5.
- Lauridsen EPPL. **Atenção à saúde mental infantil: um desafio às praticas de saúde – um olhar epidemiológico**. São Paulo; 1998. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

- Lavigne LV, Binns HJ, Christoffel KK, Rosenbaun D, Arend R, Smith K, Hayford JR, Mcguire PA. Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. **Pediatrics** 1993; 91:649-55.
- Lebrão ML. **Estudos de morbidade**. São Paulo: Edusp, 1997.
- Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- Lembcke PA. Evolution of the medical audit. **JAMA** 1967; 199: 543-50.
- Leone C, Yamamoto RM, Mascaretti LAS, Valente MH, Terra VM, Leal MM, Douek PC, Gomes FMS, Santos JM. Pesquisa em assistência primária: instrumento de ensino-aprendizagem na residência básica de pediatria. **Pediatrics (São Paulo)** 1995; 17(4): 165-9.
- Marcelli D. **Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra**. 5ª edição. Trad. de PC Ramos. Porto Alegre: ArtMed; 1998.
- Marcondes E. **Pediatria doutrina e ação**. São Paulo: Sarvier; 1973.
- Mascaretti LAS. O ensino de saúde escolar no Centro de Saúde Escola "Prof. Samuel B. Pessoa" da Faculdade de Medicina da USP – Departamento de Pediatria. **Pediatrics (São Paulo)** 1997; 19: 234-40.
- Mascaretti LAS, Fahl K, Tenório PB. Morbidade em escolares (1996) - Centro de Saúde Escola "Prof. Samuel B. Pessoa"- Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Pediatrics (São Paulo)** 1998; 20:75-82.
- Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço. Interrogando e gerindo trabalho em saúde. In Merhy EE, Onoko R organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade. **Cad Saúde Pública** 1993; 9(3): 239-48.
- Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo:Hucitec-Abrasco; 1994.
- Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília, Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- Offord DR, Fleming JE. Epidemiology. In: Lewis M, ed. **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1996. p. 1166-78.
- OPAS/OMS. **Relatório sobre a saúde no mundo – 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: 2001.
- Organization Mundial de la Salud. **La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria**. Ginebra: 1990.
- Organização Mundial da Saúde. **CID-10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8º ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2000.
- Patton MQ. **Qualitative evaluation and research methods**. 2nd ed. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
- Pavuluri MN, Attikisson CC, Rosenblatt A. Help-seeking for behavior problems by parents of preschool children: a community study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1995; 35: 215-22.
- Pedreira JL, Sánchez B, Sardineiro E, Martín L, Martín P. Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. In: Revuelta JLGR, Pulido FR, López AS. **El método epidemiológico en salud mental**. Barcelona: Masson; 1993. p. 215-38.

- Pickles A, Rowe R, Siminoff E, Foley D, Rutter M, Silberg J. Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. **Brit J Psychiatry** 2001; 179: 230-35.
- Regier DA, Burke JD. Métodos quantitativos e experimentais em psiquiatria. In: Kaplan HI, Sadock BJ. **Tratado de psiquiatria**. Trad. Andrea Callef e col. 6ª ed. Porto Alegre; Artmed; 1999. p. 424-44.
- Roberts ER, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. **Am J Psychiatry** 1998; 155: 715-25.
- Robins CLN, Regier DA ed. **Psychiatric disorders in América: the epidemiologic catchment area study**. New York: Maxwell Macmillan International; 1991.
- Rutter M, Tizard J, Whitmore K. **Education, health and behaviour: a psychological and medical study of childhood development**. London: Longman; 1970.
- Rutter M. Epidemiological approaches to developmental psychopathology. **Arch Gen Psychiatry** 1988; 45: 486-95.
- Rutter M. Isle of Wight revisited. Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1989; 28: 633-53.
- Rutter M. Psychosocial adversity and child psychopathology. **British Journal of Psychiatry** 1999; 174: 480-93.
- Sala A, Kon R. Informações sócio-econômicas de usuários em centro de saúde: perfis de vida e uso de serviço. In: **O sujeito na saúde coletiva – VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva [CD-ROM]**. 2000.
- Saraceno B, Asioli A, Tognoni G. **Manual de saúde mental**. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994.
- Satorius N, Graham P. Child mental health: experience of eight countries. **WHO Chronicle** 1984; 38: 208-11.

- Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev Saúde Pública** 1995; 29(1): 63-74.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan M, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone M, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The NIMH diagnostic interview schedule for children version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rate and performance in the MECA study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1996; 35: 865-77.
- Sharp L, Pantell RH, Murphy LO, Lewis CC. Psychosocial problems during child health supervision visits: eliciting, then what? **Pediatrics** 1992; 89(4): 619-23.
- Spink MJ, Gimenes MGG. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade** 1994; 3(2): 149-71.
- Spink MJ (Org). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano - aproximações teóricas metodológicas**. 2^a ed. São Paulo: Cortez; 2000.
- Spink MJ, Medrado B. Produção dos sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano - aproximações teóricas metodológicas**. 2^a ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 41-62.
- Spink MJ, Menegon BVM. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink MJ (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano - aproximações teóricas metodológicas**. 2^a ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 63-92.
- Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da pesquisa. In: Spink MJ (Org.). **Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano - aproximações teóricas metodológicas**. 2^a ed. São Paulo: Cortez; 2000. p. 93-122.

- SPSS® Inc. SPSS® for Windows® - Statistical Package for Social Science.** [computer program]. Release 9.00 (18 Dec 1998). Standard Version; 1999.
- Tanaka OY. Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio de estudo da clientela usuária.** São Paulo; 1988 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].
- Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
- Tanaka OY, Melo C. Inovação e gestão - a organização social no setor saúde.** São Paulo: Annablume/Fapesp; 2002.
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais - a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Editora Atlas S. A.; 1987.
- Yin RK. Case study research - design and methods.** 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

ANEXO 1

FORMULÁRIO PARA REVISÃO DO PRONTUÁRIO

QUESTIONÁRIO PARA ANÁLISE DO PRONTUÁRIO

Número de ordem: **Número do prontuário:**

Nome:

Idade: **Data de nasc.:**/...../..... **Sexo:** masc. fem.

Data da consulta: **Tipo cons.:** CN Ret CNEsc RetEsc

Nome da mãe:

Nome do pai:

Queixas/motivos da consulta:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Sono:

Relacionamento Familiar:

DNPM:

OBSERVAÇÕES:

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO 2

FORMULÁRIOS DAS CONSULTAS DO CSE BUTANTÃ

B. DINÂMICA FAMILIAR e SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL

B.1. COMPOSIÇÃO FAMILIAR: (n° de pessoas na casa, idade/saúde dos pais, irmãos e agregados) _____

B.2. RELACIONAMENTO FAMILIAR: _____

B.3. ESCOLARIDADE dos PAIS (n° de anos cursados e ultima série cursada):

PAI _____ anos _____ série

MÃE _____ anos _____ série

B.4. OCUPAÇÃO dos PAIS:

PAI (tipo de ocupação): _____

classificação : autônomo empregado desempregado patrão aposentado não se aplica

MÃE (tipo de ocupação): _____

classificação : autônoma empregado desempregado patrão aposentado não se aplica

B.5 RENDA (salários mínimos):

FAMILIAR: _____ RENDA per capita: _____

C . ALIMENTAÇÃO

C.1. TIPO DE ALEITAMENTO ATUAL:

1 () Aleitamento Materno Exclusivo
(com vitaminas,gts,xaropes,sais minerais)2 () Aleitamento Materno Predominante
(com água, suco, chá)

3 () Aleitamento Misto (L.M.+ L.A)

4 () Aleitamento complementado SEM outros leites)
(L.M.+alim.sólidos ou semi-sólidos)5 () Aleitamento complementado COM outros leites
(L.M.+L.A.+alim. sólidos ou semi-sólidos)6 () Criança Desmamada
(< de 2 anos que não recebe leite materno)7 () NÃO SE APLICA
(> de 2 anos que não recebe leite materno)

C.2. TIPO DE ALIMENTAÇÃO - DIA ALIMENTAR:

1ª Refeição: _____

Intervalo: _____

Almoço: _____

Lanche da tarde: _____

Jantar: _____

Lanche da noite: _____

Leite (tipo, técnica de preparo e administração, horários): _____

Carnes: _____ Ovos: _____ Vegetais: _____ Massas (pães, biscoitos e doces): _____

Refrigerantes: _____ Frutas e Sucos: _____ Complem. Vitam: _____

OBS.: _____

III - VACINAS (número de doses aplicadas)

BCG: _____ SABIN: _____ DPT: _____ ANTI-SARAMPO: _____ TRÍPLICE VIRAL: _____ dT: _____

OUTRAS: _____

Teve reação a alguma vacina: _____

PC:	PT:	PA:	P:	FC:	FR:	T:
ESTADO GERAL:			IMPRESSÃO NUTRICIONAL:			
PELE:						
CABELOS: UNHAS:			SUBCUTANEO: () Normal () Escasso () Excessivo () Elástico () Pastoso			
MUCOSAS: () Coradas () Descoradas () Úmidas () Secas			GANGLIOS : () Não Palpáveis () Palpáveis			
EXAME FÍSICO ESPECIAL CABEÇA E PESCOÇO						
FRONTE OLÍMPICA: () Sim () Não			OUTROS ASPECTOS:			
FONTANELAS:						
OLHOS:			BOCA:			
CAVUM:			DENTES:			
OUVIDOS: OTOSCOPIA:			NARIZ:			
PESCOÇO:						
TÓRAX						
DEFORMIDADES: () Não () Sim QUAIS? _____						
ROSÁRIO RAQUÍTICO: () Não () Sim _____						
CORÇÃO: () BRNF, Sem sopros () Ausculta Alterada: _____						
PULMÕES(Inspeção, Percussão, Ausculta): _____						

ABDÔMEN						
INSPEÇÃO, PERCUSSÃO, PALPAÇÃO (superficial e profunda) e AUSCULTA: _____						

FÍGADO: _____ BAÇO: _____						
LOJAS RENAIAS: _____						
REGIÃO PERINEAL						
GENITAIS: _____						

PERÍNEO: _____						

MEMBROS						
DEFORMIDADES: () Não () Sim _____						
ORTOLANI: () Negativo () Positivo () NÃO SE APLICA						
SISTEMA NERVOSO						
REFLEXOS: () Normais QUAIS? _____						

() Anormais QUAIS? _____						

OUTROS DADOS RELEVANTES:						

DIAGNÓSTICOS GERAIS	CONDUTAS e/ou TRATAMENTO
1. NUTRICIONAL: () Eutrófico () Distrófico Tipo: () Obesidade () DPC () Anemia () Raquitismo () outros	
Percentis de peso:	
2. CRESCIMENTO: () Adequado () Inadequado Mudança de Canal de Crescimento: () sim () não	
Percentil de altura:	
3. DNPM: () Normal () Atrasado	
4. ALIMENTAR: () Adequada () Inadequada Tipo de inadequação:	
5. VACINAÇÃO: () Completa () Incompleta	
6. AMBIENTE FÍSICO: () Adequado () Inadequado Tipo de inadequação:	
7. AMBIENTE EMOCIONAL; () Adequado () Inadequado Justificativa:	
DOENÇA RESPIRATÓRIA da INFÂNCIA (DRI):	
8.	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>
10.	
OUTROS DIAGNÓSTICOS (inclusive patologia nutricional):	
11.	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>
13.	
14.	
15.	
16.	
EXAMES PEDIDOS:	
ENCAMINHAMENTOS:	
PRÓXIMA CONSULTA: TIPO	Data: ___/___/___ Período: () M () T SALA: MÉDICO:
MÉDICO/ACADÊMICO:	ASSISTENTE: ASSINAT.
PÓS-CONSULTA:	RESULTADO DE EXAMES:

CSE SAMUEL B. PESSOA	Tipo Consulta: CASO NOVO	
	Pediatría/ Programa: SAÚDE ESCOLAR	
	Tipo Profissional:	
	Idade:	Peso:
	Data:	Altura:
NOME	Matricula:	
INFORMANTE(parentesco):	PERIODO:	SALA:
PRÉ-CONSULTA:		
MOTIVO DA CONSULTA		
HMA:		
ISDA (investigar sobre dificuldades auditivas e ou visuais)		
Antecedentes pré e peri-natais:		
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes mórbidos: • Antecedente vacinal: • Antecedentes familiares: 		
ALIMENTAÇÃO (anterior e atual):		
DNPM (realizar desenho livre e completar o desenho do boneco na folha anexa):		
LINGUAGEM:		
ESCOLARIDADE (anterior e atual):		
DISCIPLINA:		

ATIVIDADE LÚDICA:

SOCIABILIDADE:

SEXUALIDADE:

ROTINA DE VIDA:

HABITAÇÃO:

Exame Físico: PA: _____ FC: _____ FR: _____ T° _____

EXAME GERAL:

Exame Especial:

- Dentes

- Otoscopia: OD:
OE:

- Acuidade Visual OD:
OE:
AO:

EXAME DE LINGUAGEM:

AVALIAÇÃO do DESENVOLVIMENTO NEURO PSICO MOTOR

COMPLETAR o DESENHO da FIGURA HUMANA



MEMÓRIA VISUAL das FIGURAS

IDADE da CRIANÇA segundo a avaliação realizada:

DIAGNÓSTICOS GERAIS	CONDUTAS e/ou TRATAMENTO
1. NUTRICIONAL: () Eutrófico () Distrófico Tipo: () Obesidade () DFC () Anemia () Raquitismo () outros Percentis de peso:	
2. CRESCIMENTO: () Adequado () Inadequado Mudança de Canal de crescimento: () sim () não Percentil de altura:	
3. DESEMPENHO: () Normal () Atrasado	
4. ALIMENTAR: () Adequada () Inadequada Tipo de inadequação:	
5. ESCOLARIDADE: () Adequada () Atrasada	
6. SINAIS PUBERTÁRIOS: () Presentes () Ausentes	
7. EDUCAÇÃO SEXUAL: () Presente () Ausente	
8. VACINAÇÃO: () Completa () Incompleta	
9. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONOMICA: () Adeq. () Inadeq.	
10. AMBIENTE FÍSICO: () Adequado () Inadequado Tipo de inadequação:	
11. LAZER: () Presente () Ausente	
12. AMBIENTE EMOCIONAL: () Adequado () Inadequado Justificativa:	
13. DISTÚRBIOS de Fala /Audição/Visão: () Presente () Ausente	
DOENÇA RESPIRATÓRIA de INFÂNCIA (DRI)	
14.	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>
OUTROS DIAGNÓSTICOS (inclusive patologias nutricionais):	
16.	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>
18.	
19.	
EXAMES PEDIDOS:	
ENCAMINHAMENTOS:	
Próxima Consulta: TIPO Data ____/____/____	Período: () M () T SALA: MÉDICO:
MÉDICO/ACADEMICO:	ASSISTENTE: ASSINAT.
POS-CONSULTA:	RESULTADO DE EXAMES:

CSE SAMUEL B. PESSOA	Tipo Consulta: RETORNO	
	Pediatría/Programa SAÚDE DA CRIANÇA	
	Tipo Profissional	
	Idade:	Peso:
	Data:	Altura:
NOME	Matricula:	
INFORMANTE(parentesco):	Período:	Sala:
PRÉ-CONSULTA:		
MOTIVO DA CONSULTA: HMVA		
EVOLUÇÃO DOS PROBLEMAS ANTERIORES		
I - CONDIÇÕES ATUAIS DE VIDA		
A. ALIMENTAÇÃO		
A.1 TIPOS DE ALEITAMENTO ATUAL		
1 () Aleitamento Materno Exclusivo (com vitaminas, gts, xaropes, sais minerais)	5 () Aleitamento complementado COM outros leites (L.M.+L.A.+alim. sólidos ou semi-sólidos)	
2 () Aleitamento Materno Predominante (com água, suco, chá)	6 () Criança Desmamada (< de 2 anos que não recebe leite materno)	
3 () Aleitamento Misto (L.M. + L.A)	7 () NÃO SE APLICA (> de 2 anos que não recebe leite materno)	
4 () Aleitamento complementado SEM outros leites) (L.M.+alim.sólidos ou semi-sólidos)		
A.2. ALIMENTOS HABITUALMENTE OFERECIDOS (qualidade, frequência, preparo e administração) DIA ALIMENTAR:		
1ª Refeição: _____		
Intervalo _____		
Almoço _____		
Lanche da tarde _____		
Jantar _____		
Lanche da noite _____		
Leite (tipo, técnica de preparo e administração, horários) _____		
Carnes: _____ Ovos: _____ Vegetais _____ Massas (pães, biscoitos e doces): _____		
Refrigerantes: _____ Frutas e Sucos: _____ Complem. Vitam: _____		
B. HABITOS		
B.1. Higiene Pessoal (banho, sol, dentes) _____		
B.2. Sono: _____ Funções Fisiológicas: _____		
B.3. Quem cuida/Creche ou Escola _____		
II - ASPECTOS SOCIO-ECONÔMICOS		
A. Habitação e ocupação dos pais (anotar alterações)		
B. Relacionamento Familiar		
III - D.N.P.M. ATUAL (motor, linguagem, pessoal social e adaptativo)		
IV - VACINAS (número de doses aplicadas)		
BCG: _____ SABIN _____ DPT _____	Anti-Sarampo: _____	Triplíce Viral _____ dT: _____
OUTRAS: _____ Teve reação a alguma vacina ?		

ESTADO GERAL: T°	PC:	PT:	ESTADO NUTRICIONAL:
MUCOSAS: () Coradas () Descoradas () Úmidas () Secas	GANGLIOS: () Não palpáveis () Palpáveis		

EXAME FÍSICO ESPECIAL

CABEÇA e PESCOÇO

TÓRAX e ABDÔMEN

REGIÃO PERINEAL e GENITAL

OUTROS DADOS RELEVANTES

DIAGNÓSTICOS GERAIS

CONDUTAS e/ou TRATAMENTO

1. NUTRICIONAL: () Eutrófico () Distrófico Tipo: () Obesidade () DPC () Anemia () Raquitismo () Outros	
Percentil de peso:	
2. CRESCIMENTO: () Adequado () Inadequado Mudança de Canal de Crescimento: () sim () não	
Percentil de altura:	
3. DNPM: () Normal () Atrasado	
4. ALIMENTAR: () Adequada () Inadequada Tipo de inadequação:	
5. VACINAÇÃO: () Completa () Incompleta	
6. AMBIENTE FÍSICO: () Adequado () Inadequado Tipo de inadequação:	
7. AMBIENTE EMOCIONAL: () Adequado () Inadequado Justificativa:	
DOENÇA RESPIRATÓRIA da INFANCIA (DRI)	
8.	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>
10.	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: (inclusive patologia nutricional)	
11.	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>
13.	
14.	
15.	
16.	
EXAMES PEDIDOS:	
ENCAMINHAMENTOS:	
PRÓXIMA CONSULTA: TIPO _____ Data ___/___/___	Período: () M () T SALA MÉDICO:
MÉDICO/ACADÊMICO:	ASSISTENTE: ASSINAT.
POS-CONSULTA:	RESULTADO de EXAMES:

CSE SAMUEL B. PESSOA	Tipo Consulta: RETORNO	
	Pediatria/ Programa: SAUDE ESCOLAR	
	Tipo Profissional	
	Idade:	Peso:
	Data:	Altura:
NOME	Matricula:	
INFORMANTE (parentesco):	PERIODO:	SALA:
PRÉ-CONSULTA:		
MOTIVO DA CONSULTA (HMA):		
QUEIXA ATUAL:		
EVOLUÇÃO:		
ISDA:		
EXAME FISICO:		
PESO:	EST:	PA: FC: FR: T _____

DIAGNÓSTICOS GERAIS	CONDUTAS e/ou TRATAMENTO
1. NUTRICIONAL: () Eutrófico () Distrófico Tipo: () Obesidade () DPC () Anemia () Raquitismo () outros Percentis de peso:	
2. CRESCIMENTO: () Adequado () Inadequado Mudança de Canal de crescimento: () sim () não Percentil de altura:	
3. DNPM: () Normal () Atrasado	
4. ALIMENTAR: () Adequada () Inadequada Tipo de inadequação:	
5. ESCOLARIDADE: () Adequada () Atrasada	
6. SINAIS PUBERTÁRIOS: () Presentes () Ausentes	
7. EDUCAÇÃO SEXUAL: () Presente () Ausente	
8. VACINAÇÃO: () Completa () Incompleta	
9. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA: () Adeq. () Inadeq.	
10. AMBIENTE FÍSICO: () Adequado () Inadequado Tipo de inadequação:	
11. LAZER: () Presente () Ausente	
12. AMBIENTE EMOCIONAL: () Adequado () Inadequado Justificativa:	
13. DISTÚRBIOS de Fala /Audição/Visão: () Presente () Ausente	
DOENÇA RESPIRATÓRIA da INFÂNCIA (DRI)	
14.	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>
OUTROS DIAGNÓSTICOS (inclusive patologia nutricional):	
16.	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>
18.	
19.	
EXAMES PEDIDOS:	
ENCAMINHAMENTOS:	
Próxima Consulta: TIPO Data ____ / ____ / ____	Período: () M () T SALA: MÉDICO:
MÉDICO/ACADÊMICO::	ASSISTENTE: ASSINAT.
PÓS-CONSULTA:	RESULTADO DE EXAMES:

CSE SAMUEL B. PESSOA	Tipo Consulta: EVENTUAL / REAVALIAÇÃO	
	Pediatria/ Programa: SAÚDE DA CRIANÇA	
	Tipo Profissional:	
	IDADE	PESO:
Data:	ALTURA	
NOME:	Matricula:	
INFORMANTE (parentesco):	PERÍODO:	SALA:
PRE-CONSULTA:		

DIAGNÓSTICOS GERAIS	CONDUTAS e/ou TRATAMENTO
1. NUTRICIONAL: () Eutrófico () Distrófico Tipo: () Obesidade () DPC () Anemia () Raquitismo () outros Percentis de peso:	
2. CRESCIMENTO: () Adequado () Inadequado Mudança de Canal de Crescimento: () sim () não Percentil de altura:	
3. DNPM: () Normal () Atrasado	
4. VACINAÇÃO: () Completa () Incompleta	
DOENÇA RESPIRATÓRIA da INFANCIA (DRI):	
5.	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>
7.	
OUTROS DIAGNÓSTICOS (inclusive patologia nutricional):	
8.	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>
10.	
11.	
12.	
13.	
EXAMES PEDIDOS:	
ENCAMINHAMENTOS:	
PRÓXIMA CONSULTA: TIPO Data: ___/___/___	Período: () M () T SALA MEDICO:
MEDICO/ACADÊMICO:	ASSISTENTE: ASSINAT:
PÓS-CONSULTA:	RESULTADO DE EXAMES:

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE CAPACIDADES E DIFICULDADES - SDQ

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança.

“Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe pareça estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses”.

Número de ordem: Número do prontuário:

		Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
1	Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando nas coisas, derrubando as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou de enjôo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Freqüentemente tem acessos de raiva ou crises de birra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	É solitário, prefere brincar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tem pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Freqüentemente briga com outras crianças ou as amedronta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Em geral é querido por outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Facilmente perde a concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez, facilmente perde a confiança em si mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	É gentil com criança mais novas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Freqüentemente engana ou mente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Outras crianças “pegam no pé” ou atormentam-no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Pensa nas coisas antes de fazê-las.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Se dá melhor com adultos do que com outras crianças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Tem muitos medos, assusta-se facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Completa as tarefas que começa, tem boa concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, vire a página. Há mais perguntas no outro lado.

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/filha tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com as outras pessoas.

Não	Sim – pequenas dificuldades	Sim – dificuldades bem definidas	Sim – dificuldades graves
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se você respondeu “sim”, por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

- Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mês	1 a 5 meses	6 a 12 meses	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/filha?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades atrapalham o dia-a-dia do seu filho em alguma das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amizades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendizado escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atividades de lazer (passeios, esportes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA - CBCL

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTOS DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

(Versão brasileira do "CHILD BEHAVIOR CHECKLIST" – CBCL)

(Para a faixa etária de 4 a 18 anos)

Número de ordem:

Número do prontuário:

A lista abaixo é composta de itens que descrevem comportamentos de crianças e adolescentes.

Considere seu filho ATUALMENTE e NOS ÚLTIMOS 6 MESES e classifique os itens da lista abaixo conforme três possibilidades:

0. Item falso ou comportamento ausente.
1. Item parcialmente verdadeiro ou comportamento as vezes presente.
2. Item bastante verdadeiro ou comportamento freqüentemente presente.

Para cada item, faça um círculo ao redor do número 0, 1 ou 2.

Favor responder todos os itens, mesmo aqueles que parecem não ter nenhuma relação com o comportamento de seu filho.

0 1 2 1. Comporta-se de modo infantil, como se tivesse menos idade.

0 1 2 2. Tem alergia.

Descreva: _____

0 1 2 3. Argumenta muito (apresenta argumentos para não fazer o que deveria fazer).

0 1 2 4. Tem asma ou bronquite.

0 1 2 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto.

0 1 2 6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário (ou fora do penico).

0 1 2 7. É convencido, gaba-se de si mesmo.

0 1 2 8. É distraído, não consegue prestar atenção por muito tempo.

0 1 2 9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça (obsessões).

Descreva: _____

0 1 2 10. É agitado, não para quieto.

0 1 2 11. Fica grudado nos adultos, é muito dependente.

0 1 2 12. Queixa-se de solidão.

0 1 2 13. Parece estar confuso, atordoado.

0 1 2 14. Chora muito.

0 1 2 15. É cruel com os animais.

0 1 2 16. É cruel, maltrata as pessoas.

0 1 2 17. Fica no "mundo da lua", perdido nos próprios pensamentos (devaneios).

0 1 2 18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se.

0 1 2 19. Exige que prestem atenção nele.

0 1 2 20. Destroí as próprias coisas.

0 1 2 21. Destroí as coisas de sua família ou de outras crianças (ou adolescentes).

0 1 2 22. É desobediente em casa.

0 1 2 23. É desobediente na escola.

0 1 2 24. É difícil para comer (não quer se alimentar direito).

0 1 2 25. Não se dá bem com outras crianças (ou adolescentes).

0 1 2 26. Falta de arrependimento, não se sente culpado após ter se comportado mal.

Descreva: _____

0 1 2 27. Fica com ciúmes facilmente.

0 1 2 28. Come ou bebe coisas que não servem para ser comidas ou bebidas.

Descreva: _____

0 1 2 29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares (não inclui a escola).

Descreva: _____

0 1 2 30. Tem medo de ir à escola.

0 1 2 31. Tem medo de cometer algum ato destrutivo (contra si ou contra outros).

0 1 2 32. Tem "mania de perfeição".

0 1 2 33. Acha que ninguém gosta dele.

0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem.

0 1 2 35. Sente-se desvalorizado, inferior.

0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes.

0 1 2 37. Entra em muitas brigas.

0 1 2 38. É alvo de gozações freqüentemente.

0 1 2 39. Anda em más companhias.

0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem.

Descreva: _____

0 1 2 41. É impulsivo, age sem pensar.

0 1 2 42. Prefere ficar sozinho do que na companhia de outros.

0 1 2 43. Mentira ou engana os outros.

0 1 2 44. Rói unhas.

0 1 2 45. É nervoso, tenso.

0 1 2 46. Tem "tique nervoso".

Descreva: _____

0 1 2 47. Tem pesadelos.

0 1 2 48. As outras crianças (ou adolescentes) não gostam dele.

0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso.

0 1 2 50. É medroso ou ansioso demais.

0 1 2 51. Tem tonturas.

0 1 2 52. Sente-se excessivamente culpado.

0 1 2 53. Come exageradamente.

0 1 2 54. Sente-se cansado demais.

0 1 2 55. Está gordo demais.

56. Na sua opinião, apresenta queixas físicas por "nervoso" (sem causa médica):

0 1 2 a. Dores (diferentes das citadas abaixo).

0 1 2 b. Dores de cabeça.

0 1 2 c. Náuseas, enjoos.

0 1 2 d. Problemas com os olhos.

Descreva: _____

0 1 2 e. Problemas de pele.

0 1 2 f. Dores de estômago ou de barriga.

0 1 2 g. Vômitos.

0 1 2 h. Outras queixas.

Descreva: _____

0 1 2 57. Ataca fisicamente as pessoas.

0 1 2 58. Fica cutucando o nariz, a pele ou outras partes do corpo.

Descreva: _____

0 1 2 59. Mexe nas partes íntimas em público.

0 1 2 60. Mexe demais nas partes íntimas.

0 1 2 61. Não vai bem na escola.

0 1 2 62. É desastrado, desajeitado (tem má coordenação motora).

0 1 2 63. Prefere brincar com crianças (ou adolescentes) mais velhas.

0 1 2 64. Prefere brincar com crianças (ou adolescentes) mais novas.

0 1 2 65. Recusa-se a falar.

0 1 2 66. Repete certos atos várias vezes seguidas (compulsões).

Descreva: _____

0 1 2 67. Foge de casa.

0 1 2 68. Grita muito.

0 1 2 69. É reservado, fechado, não conta suas coisas para ninguém.

0 1 2 70. Vê coisas que não existem.

Descreva: _____

0 1 2 71. Fica sem jeito na frente dos outros com facilidade, preocupado com o que as pessoas possam achar dele.

0 1 2 72. Põe fogo nas coisas.

0 1 2 73. Tem problemas sexuais.

Descreva: _____

0 1 2 74. Fica se mostrando ou fazendo palhaçadas para chamar atenção.

0 1 2 75. É tímido.

0 1 2 76. Dorme menos que a maioria das crianças (ou adolescentes).

0 1 2 77. Dorme mais que a maioria das crianças (ou adolescentes) durante o dia ou à noite.

Descreva: _____

0 1 2 78. Lambuza-se ou brinca com as próprias fezes.

0 1 2 79. Tem problemas de fala.

Descreva: _____

0 1 2 80. Fica com o olhar parado, "olhando o vazio".

0 1 2 81. Rouba em casa.

0 1 2 82. Rouba fora de casa.

0 1 2 83. Junta coisas das quais não necessita, nem utiliza.

Descreva: _____

0 1 2 84. Tem comportamento estranho.

Descreva: _____

0 1 2 85. Tem idéias estranhas.

Descreva: _____

0 1 2 86. Fica de cara amarrada, mal humorado, irrita-se com facilidade.

0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos.

0 1 2 88. Fica emburrado facilmente.

0 1 2 89. É desconfiado.

0 1 2 90. Xinga.

0 1 2 91. Fala que vai se matar.

0 1 2 92. Fala ou anda dormindo.

Descreva: _____

0 1 2 93. Fala demais.

0 1 2 94. Gosta de "gozar da cara "dos outros.

0 1 2 95. É esquentado, faz birra, tem acessos de raiva.

0 1 2 96. Pensa demais em sexo.

0 1 2 97. Ameaça as pessoas.

0 1 2 98. Chupa dedo.

0 1 2 99. É preocupado demais com ordem ou limpeza.

0 1 2 100. Tem problemas com o sono.
Descreva: _____

0 1 2 101. Cabula as aulas.

0 1 2 102. É pouco ativo, movimenta-se vagorosamente ou falta-lhe energia.

0 1 2 103. É infeliz, triste ou deprimido.

0 1 2 104. É barulhento demais.

0 1 2 105. Faz uso de drogas ou de bebidas alcólicas.
Descreva: _____

0 1 2 106. Estraga ou destrói coisas públicas (vandalismo).

Descreva: _____

0 1 2 107. Faz xixi na roupa durante o dia.

0 1 2 108. Faz xixi na cama.

0 1 2 109. Fica choramingando, fazendo manha.

0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto.

0 1 2 111. É retraído, não se relaciona com os outros.

0 1 2 112. É muito preocupado.

Descreva: _____

113. Favor anotar abaixo outros problemas de seu filho que não foram abordados nos itens acima.

0 1 2

0 1 2

0 1 2

0 1 2

ANEXO 5

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

ENTREVISTA DOMICILIAR

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Número de ordem: Data da máxima da entrevista:
Número do prontuário: Tentativas de visita: 1 2 3
Data do SDQ: Data da entrevista:
Examinador do SDQ no Centro de Saúde: :
SDQ respondido por:
Entrevista entregue à: Entrevista feita por:

ENDEREÇO: na última folha

Nome da criança:
Data de nascimento: Idade:
Sexo: masculino feminino Grupo étnico ou raça:
Escolaridade (série cursada no ano 2000): NÃO FREQUENTA ESCOLA

Nome da mãe: Idade da mãe:
Escolaridade da mãe (última série cursada completa):
Profissão da mãe: Ocupação atual da mãe:
Nome do pai: Idade do pai:
Escolaridade do pai (última série cursada completa):
Profissão do pai: Ocupação atual do pai:
Irmãos (sexo e idade):
.....
.....

Situação conjugal dos pais: criança mora com 2 pais biológicos
criança mora só com mãe biológica criança mora com mãe biológica e pai substituto
criança mora só com pai biológico.. criança mora com pai biológico e mãe substituta
outra situação (especificar)

Razão da situação conjugal anormal: pais separados ou divorciados falecimento de um ou ambos os pais
outra razão (especificar)

ESTA ENTREVISTA ESTÁ SENDO RESPONDIDA POR (nome e parentesco com a criança):
.....

APLICAR O SDQ E O CBCL

ANEXO 6

QUESTIONÁRIO PARA OS PAIS SOBRE AS PREOCUPAÇÕES RELATIVAS ÀS
DIFICULDADES DAS CRIANÇAS

ENTREVISTA DOMICILIAR
QUESTIONÁRIO PARA PAIS SOBRE AS PREOCUPAÇÕES RELATIVAS ÀS
DIFICULDADES DAS CRIANÇAS (adaptado de Dulcan e col., 1989)

AO TERMINAR O CBCL:

1 "Nós falamos sobre muitos tipos de problemas que as crianças podem ter. Algum dos problemas citados tem preocupado especialmente o(a) Sr(a)?"

não

sim "Qual é este problema?"
.....
.....

2 "Durante a consulta do dia o(a) Sr(a) falou sobre este problema com o médico?"

não Por que não falou com o médico?" (Descrever)
.....
.....

sim "O que aconteceu quando o(a) Sr(a) falou sobre este problema com o médico?"
(Descrever)
.....
.....

"Ficou satisfeito(a) com a maneira com que o problema foi tratado pelo médico? Por que?"
.....
.....

ANEXO 7

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS COM OS PEDIATRAS

Roteiro de entrevista para técnicos de atenção primária

Número de ordem:

Idade: Sexo:

Formação completa:

.....

.....

Ano de formatura:

Tempo de trabalho na unidade:

Jornada de trabalho:

Função na unidade:

1. Descreva suas atividades na unidade.
2. Quais são as atividades que você realiza, nas consultas de rotina, relacionadas ao desenvolvimento e às questões de saúde mental?
3. Poderia descrever-me estas atividades?
4. Considerando o número de casos que você encontra, o que facilitaria estas atividades?
5. E quais as dificuldades encontradas?
6. Quando encontra alterações, o que faz?
7. Se encaminha, para onde?
8. Tem dificuldade para encaminhar estas crianças?
9. Quais soluções você acha mais efetivas para melhorar a qualidade do atendimento na área de saúde mental?

ANEXO 8

EXEMPLO DE PERFIL GERADO PELO CBCL

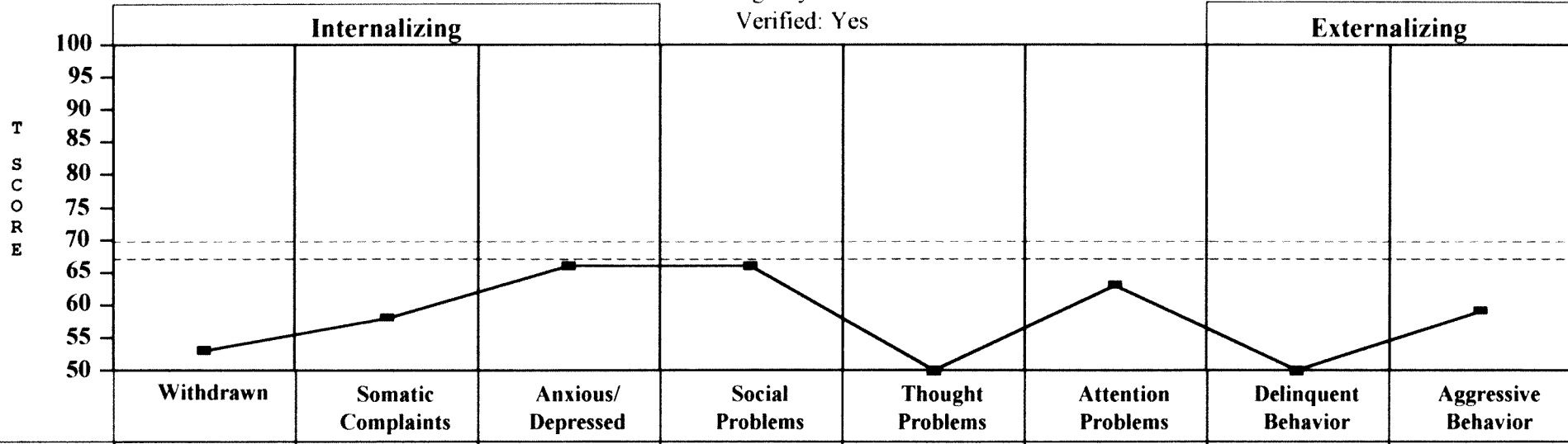
ID: 100670
Name: [REDACTED]

Gender: Female
Age: 7

Date Filled: 08/31/00
Birth Date: 12/03/92

Informant: [REDACTED]
Relationship: Biological Mother

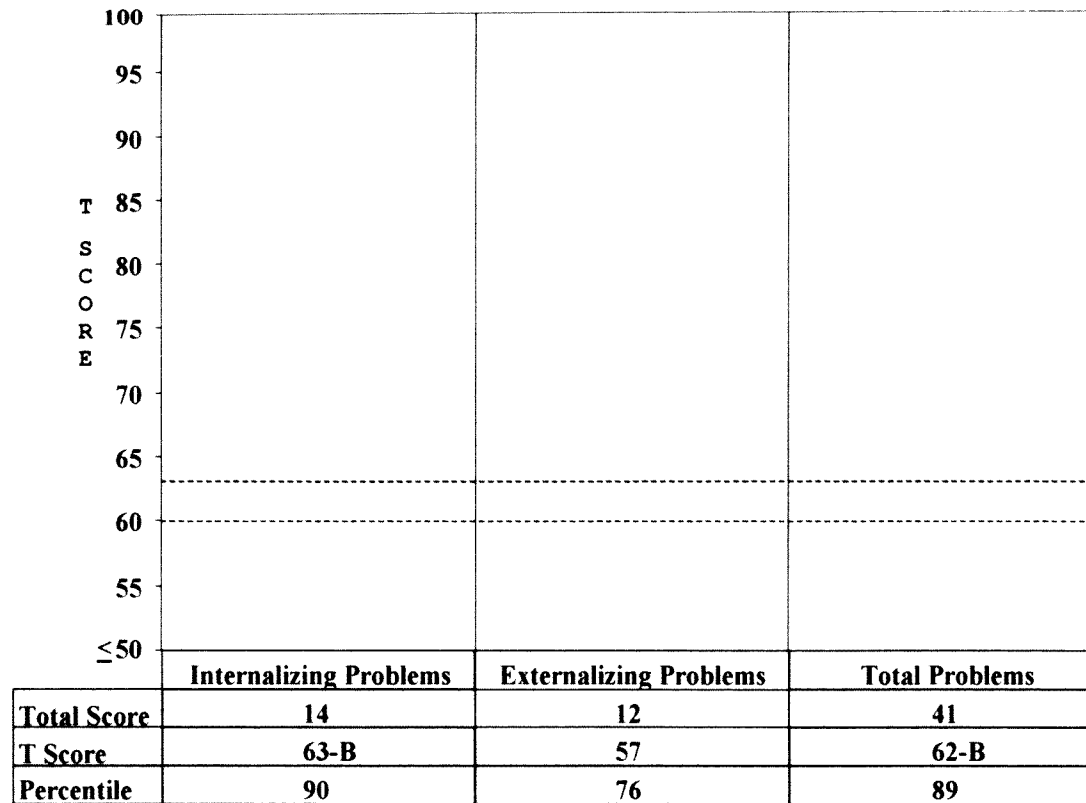
Agency:
Verified: Yes



CLINICAL
NORMAL

Total Score	2	2	10	5	0	6	0	12
T Score	53	58	66	66	50	63	50	59
Percentile	62	79	95	95	< 50	90	< 50	81

Sex Problems* 0 Total Score 50 T Score 0 5. ActOppSex 0 59. SexPartsP 0 60. SexPartsM 0 73. SexProbs 0 96. ThinksSex 0 110. WishOpSex **Not displayed on profile	0 42. PreferAlone	0 51. Dizzy	2 12. Lonely	2 1. ActsYoung	0 9. MindOff	2 1. ActsYoung	0 26. NoGuilt	2 3. Argues
	0 65. Won'tTalk	2 54. Tired	0 14. Cries	0 11. Dependent	0 40. HearsThings	2 8. Concentrate	0 39. BadCompany	2 7. Brags
	0 69. Secretive	0 56a. Aches	0 31. FearDoBad	1 25. NotGetAlong	0 66. RepeatsActs	2 10. SitStill	0 43. LieCheat	0 16. Mean
	2 75. Shy	0 56b. Headaches	0 32. Perfect	0 38. Teased	0 70. SeesThings	0 13. Confused	0 63. PreferOlder	2 19. DemAtten
	0 80. Stares	0 56c. Nausea	2 33. Unloved	0 48. NotLiked	0 80. Stares*	0 17. Daydream	0 67. RunAway	2 20. DestroyOwn
	0 88. Sulks	0 56d. EyeProb	1 34. OutToGet	0 55. Overweight*	0 84. StrangeBehv	0 41. Impulsive	0 72. SetsFires	0 21. DestroyOther
	0 102. Underactive	0 56e. SkinProb	2 35. Worthless	0 62. Clumsy	0 85. Strangeldeas	0 45. Nervous	0 81. StealsHome	0 22. DisbHome*
	0 103. Sad	0 56f. Stomach	0 45. Nervous	2 64. PreferYoung		0 46. Twitch*	0 82. StealsOut	0 23. DisbSchool
	0 111. Withdrawn	0 56g. Vomit	1 50. Fearful			0 61. PoorSchool	0 90. Swears	2 27. Jealous
			0 52. Guilty			0 62. Clumsy	0 96. ThinksSex*	0 37. Fights
			0 71. SelfConsc			0 80. Stares	0 101. Truant	0 57. Attacks
			1 89. Suspicious				0 105. AlcDrugs	0 68. Screams
			0 103. Sad				0 106. Vandal*	0 74. ShowOff
			1 112. Worries					0 86. Stubborn
								0 87. MoodChang
							1 94. Teases	
							0 95. Temper	
							0 97. Threaten	
							1 104. Loud	



C
L
I
N
I
C
A
L

N
O
R
M
A
L

Other Problems	
0 5. ActOppSex	0 78. SmearBM
0 6. BMOut	0 79. SpeechProb
0 15. CruelAnimal	2 83. StoresUp
0 18. HarmSelf	0 91. TalkSuicide
0 24. NotEat	0 92. SleepWalk
0 28. EatsNonFood	0 98. ThumbSuck
2 29. Fears	0 99. TooNeat
0 30. FearSchool	0 100. SleepProblem
0 36. Accidents	0 107. WetsSelf
0 44. BiteNail	0 108. WetsBed
0 47. Nightmares	1 109. Whining
0 49. Constipate	0 110. WishOpSex
1 53. Overeat	0 113. OtherProb
0 56h. OtherPhys	
0 58. PicksSkin	
0 59. SexPartsP	
0 60. SexPartsM	
0 73. SexProbs	
0 76. SleepsLess	
0 77. SleepsMore	
Not In Total Problem Score	
1 2. Allergy	0 4. Asthma

B=Borderline clinical range; C=Clinical range Broken lines = borderline clinical range

Copyright 1999 by T.M. Achenbach

Cross-Informant Profile Types		
	Intraclass Corr. (ICC)	Significant Similarity*
Withdrawn	-0.132	No
Somatic Complaints	0.294	No
Social Problems	-0.471	No
Delinquent-Aggressive	-0.553	No

Profile Types Specific to CBCL		
	Intraclass Corr. (ICC)	Significant Similarity*
Delinquent	-0.553	No

*Intraclass correlations > 0.444 indicate statistically significant similarity between a child's profile and previously identified profile types.

T scores based on clinical sample	Withdrawn	Somatic Complaints	Anxious/Depressed	Social Problems	Thought Problems	Attention Problems	Delinquent Behavior	Aggressive Behavior
		39	47	49	47	40	44	37

ANEXO 9

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

PAIS

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Prezado(a) Senhor(a)

Estamos fazendo um estudo sobre o comportamento das crianças que freqüentam este Centro de Saúde e gostaríamos de poder contar com a sua colaboração respondendo a um pequeno questionário.

Seus dados pessoais e as informações obtidas serão mantidas em segredo profissional e somente utilizadas para a finalidade de pesquisa.

A sua participação ou não nesta pesquisa não interferirá no seu atendimento ou no de sua família pelos profissionais do Centro de Saúde.

Esperando poder contar com sua colaboração

Antecipadamente agradeço

Atenciosamente

Edith Lauridsen Ribeiro

São Paulo, agosto de 2000

ANEXO 10

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

PEDIATRAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Prezado(a) doutor(a)

Estamos realizando um estudo para o qual pedimos sua colaboração respondendo a uma entrevista sobre como as questões de saúde mental são avaliadas nas Unidades Básicas de Saúde.

Não há necessidade que o(a) senhor(a) se identifique e as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa.

Esperando poder contar com sua colaboração

Antecipadamente agradeço

Atenciosamente

São Paulo, agosto de 2000

Edith Lauridsen Ribeiro

ANEXO 11

LISTA COMPLETA DAS QUEIXAS

Multiple Response

Group \$QUEIXAS Queixas categorizadas

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
puericultura; controle de saúde; rotina	0	218	30,1	53,0
adenopatia retroauricular	1	1	,1	,2
aftas em lábio	2	1	,1	,2
agitada	3	1	,1	,2
alergia na pele	4	1	,1	,2
alteração da dinâmica familiar	5	1	,1	,2
amarela e equimoses	6	1	,1	,2
anemia	7	1	,1	,2
antecedentes de maus tratos	8	1	,1	,2
asma	9	2	,3	,5
atrofia cortical e hidrocefalia	10	1	,1	,2
aumento de gânglios	11	1	,1	,2
baixa estatura	12	1	,1	,2
baixo peso	13	3	,4	,7
balanopostite	14	2	,3	,5
broncopneumonia	15	1	,1	,2
bronquite, broncoespasmo	16	3	,4	,7
bruxismo, range os dentes	17	4	,6	1,0
cansaço e palpitação; cansaço fácil	18	4	,6	1,0
cáries, dentes furados	19	2	,3	,5
caroços no pescoço; caroços no pescoço	20	2	,3	,5
ceceio	21	1	,1	,2
cheiro ruim no ouvido	22	1	,1	,2
chiado tosse e dispnéia, crise de chiado	23	2	,3	,5
chupa o dedo	24	1	,1	,2
coceira nos ouvidos	25	1	,1	,2
coriza, rinorréia e tosse	26	16	2,2	3,9
corrimento e prurido vaginal; secreção p	27	12	1,7	2,9
cospe muito	28	1	,1	,2
crescimento de mama	29	1	,1	,2
crise convulsiva	30	2	,3	,5
desligada na escola; não presta atenção;	31	5	,7	1,2
diarréia	32	4	,6	1,0
dificuldade de aprendizagem; não vai bem	33	3	,4	,7
dificuldade de leitura	34	1	,1	,2
dificuldade de subir escadas e de correr	35	1	,1	,2
dificuldade, problemas na escola; não qu	36	3	,4	,7
dificuldade para enxergar, não enxerga d	37	10	1,4	2,4
dificuldade para escutar, não escuta bem	38	12	1,7	2,9
dificuldade para falar, problemas de fal	39	7	1,0	1,7
dispnéia aos médios esforços	41	1	,1	,2
disúria; dor para urinar	42	3	,4	,7
dor abdominal	43	41	5,7	10,0
dor de cabeça, cefaléia	44	44	6,1	10,7
dor de dente	45	3	,4	,7
dor de garganta	46	3	,4	,7
dor de ouvido, otalgia	47	11	1,5	2,7

Group \$QUEIXAS Queixas categorizadas

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
dor em membro inferior	48	8	1,1	1,9
dor nas costas	49	1	,1	,2
dor no pé	50	1	,1	,2
dor torácica	52	1	,1	,2
edema de face	53	1	,1	,2
emagrecimento	54	1	,1	,2
encoprese	55	3	,4	,7
enurese, escapes de urina na roupa e na	56	24	3,3	5,8
escoliose, lordose e cifose	57	2	,3	,5
espirros frequentes	58	2	,3	,5
estrabismo	59	2	,3	,5
falta de apetite; não come bem; hiporexi	61	12	1,7	2,9
falta de ar à noite	62	1	,1	,2
febre, tosse e rinorréia	64	4	,6	1,0
fimose	65	2	,3	,5
furúnculo genital	66	2	,3	,5
gagueira	67	1	,1	,2
gripes; gripes de repetição	68	5	,7	1,2
hidrocele	69	1	,1	,2
hiperatividade	70	1	,1	,2
hipertrofia de adenóide	71	1	,1	,2
hipogonadismo	72	1	,1	,2
infecção urinária	73	1	,1	,2
inquieta	74	1	,1	,2
irritação	76	1	,1	,2
irritação na garganta	77	1	,1	,2
IVAS; resfriado	78	12	1,7	2,9
lesão de pele	79	7	1,0	1,7
lesão dedo do pé	80	1	,1	,2
lesões eritematosas	81	2	,3	,5
lesões hipocrômicas e lesões eritematosa	82	2	,3	,5
lesões hipocrômicas na face; manchas bra	83	2	,3	,5
lesões micropapulares	84	1	,1	,2
lesões pruriginosas	85	2	,3	,5
lesões região perilabial	86	1	,1	,2
mancha na axila	87	1	,1	,2
manchas esbranquiçadas, hipocrômicas na	88	4	,6	1,0
manchas roxas em membros	89	1	,1	,2
mau comportamento	90	1	,1	,2
mau hálito	91	1	,1	,2
miopia	92	1	,1	,2
não consegue fazer dieta; não quer fazer	94	3	,4	,7
não participa da aula, não conversa com	95	1	,1	,2
não quer comer	96	1	,1	,2
náuseas	97	1	,1	,2
nervoso	98	2	,3	,5
nódulo parede abdominal	99	1	,1	,2

Group \$QUEIXAS Queixas categorizadas

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
obesidade	100	1	,1	,2
obstipação intestinal	101	4	,6	1,0
obstrução de vias aéreas; respira pela b	102	4	,6	1,0
obstrução nasal	103	13	1,8	3,2
odinofagia	104	1	,1	,2
otite média serosa	105	1	,1	,2
otite, infecção no ouvido	106	3	,4	,7
pálida e aarela	107	1	,1	,2
pápulas eritematosas	108	1	,1	,2
pele seca	110	2	,3	,5
piscando olho quando vê TV	112	1	,1	,2
pitiríase alba	113	1	,1	,2
polaciúria, poliúria	114	2	,3	,5
pontada no peito	115	1	,1	,2
precisa escola especial e fisioterapia	116	1	,1	,2
preocupação com o comportamento da crian	117	1	,1	,2
problema de comportamento	118	1	,1	,2
problema de adaptação na escolal	119	1	,1	,2
problemas de alfabetização	120	1	,1	,2
problemas escolares e de comportamento	121	1	,1	,2
prurido anal	122	14	1,9	3,4
prurido nasal	123	8	1,1	1,9
prurido nos olhos	124	2	,3	,5
prurido; quadro pruriginoso pelo corpo	125	6	,8	1,5
quadro sindrômica: hidrocele, fenda pala	126	1	,1	,2
quebrou vidro de medicação	127	1	,1	,2
queda do desempenho, rendimento escolar	128	3	,4	,7
queda, ueda com dormência, queda sobre o	129	3	,4	,7
queimadura	130	1	,1	,2
reavaliação uadro respiratória	131	1	,1	,2
respiração bucal; respiração ruidosa	132	4	,6	1,0
rinite	133	5	,7	1,2
roncos noturnos e respiração bucal	134	3	,4	,7
sangramento nasal; epistaxe	135	3	,4	,7
síndrome de Down	137	1	,1	,2
sinusite	138	2	,3	,5
sinusopatia	139	1	,1	,2
sono agitado	140	1	,1	,2
sopro no coração	141	3	,4	,7
teimosa	142	1	,1	,2
tontura	143	4	,6	1,0
tosse	144	23	3,2	5,6
tosse e crise de falta de ar	145	2	,3	,5
tremores e vômitos	146	1	,1	,2
urgência urinária	148	1	,1	,2
usa chupeta e mamadeira	149	1	,1	,2
usa óculos; óculos errados; óculos quebr	150	5	,7	1,2

Group \$QUEIXAS Queixas categorizadas

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
varicela	151	1	,1	,2
ver resultados de exames	153	1	,1	,2
vermes; eliminação de vermes	154	2	,3	,5
verrugas	155	3	,4	,7
vesículas na boca	156	1	,1	,2
vulvovaginite	157	1	,1	,2
zumbido nos ouvidos	158	1	,1	,2
		-----	-----	-----
	Total responses	724	100,0	176,2

0 missing cases; 411 valid cases

ANEXO 12

CID-10 CAPÍTULO V

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (F00-F99)

Capítulo V Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

Versão 1.6c - ©1993 by CBCD e DATASUS

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F00* Demência na doença de Alzheimer (G30.-†)

F01 Demência vascular

F02* Demência em outras doenças classificadas em outra parte

F03 Demência não especificada

F04 Síndrome amnésica orgânica não induzida pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F05 Delírium não induzido pelo álcool ou por outras substâncias psicoativas

F06 Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física

F07 Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral

F09 Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa

F10 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool

F11 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos

F12 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides

F13 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos

F14 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína

F15 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína

F16 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos

F17 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo

F18 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis

F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F20 Esquizofrenia

F21 Transtorno esquizotípico

F22 Transtornos delirantes persistentes

- F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios
- F24 Transtorno delirante induzido
- F25 Transtornos esquizoafetivos
- F28 Outros transtornos psicóticos não-orgânicos
- F29 Psicose não-orgânica não especificada

F30-F39 Transtornos do humor [afetivos]

- F30 Episódio maníaco
- F31 Transtorno afetivo bipolar
- F32 Episódios depressivos
- F33 Transtorno depressivo recorrente
- F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes
- F38 Outros transtornos do humor [afetivos]
- F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado

F40-F48 Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes

- F40 Transtornos fóbico-ansiosos
- F41 Outros transtornos ansiosos
- F42 Transtorno obsessivo-compulsivo
- F43 Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação
- F44 Transtornos dissociativos [de conversão]
- F45 Transtornos somatoformes
- F48 Outros transtornos neuróticos

F50-F59 Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos

- F50 Transtornos da alimentação
- F51 Transtornos não-orgânicos do sono devidos a fatores emocionais
- F52 Disfunção sexual, não causada por transtorno ou doença orgânica
- F53 Transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, não classificados em outra parte
- F54 Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença ou a transtornos classificados em outra parte
- F55 Abuso de substâncias que não produzem dependência

F59 Síndromes comportamentais associados a transtornos das funções fisiológicas e a fatores físicos, não especificadas

F60-F69 Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

- F60 Transtornos específicos da personalidade
- F61 Transtornos mistos da personalidade e outros transtornos da personalidade

F62 Modificações duradouras da personalidade não atribuíveis a lesão ou doença cerebral

F63 Transtornos dos hábitos e dos impulsos

F64 Transtornos da identidade sexual

F65 Transtornos da preferência sexual

F66 Transtornos psicológicos e comportamentais associados ao desenvolvimento sexual e à sua orientação

F68 Outros transtornos da personalidade e do comportamento do adulto

F69 Transtorno da personalidade e do comportamento do adulto, não especificado

F70-F79 Retardo mental

F70 Retardo mental leve

F71 Retardo mental moderado

F72 Retardo mental grave

F73 Retardo mental profundo

F78 Outro retardo mental

F79 Retardo mental não especificado

F80-F89 Transtornos do desenvolvimento psicológico

F80 Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem

F81 Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares

F82 Transtorno específico do desenvolvimento motor

F83 Transtornos específicos misto do desenvolvimento

F84 Transtornos globais do desenvolvimento

F88 Outros transtornos do desenvolvimento psicológico

F89 Transtorno do desenvolvimento psicológico não especificado

F90-F98 Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência

F90 Transtornos hipercinéticos

F91 Distúrbios de conduta

F92 Transtornos mistos de conduta e das emoções

F93 Transtornos emocionais com início especificamente na infância

F94 Transtornos do funcionamento social com início especificamente durante a infância ou a adolescência

F95 Tiques

F98 Outros transtornos comportamentais e emocionais com início habitualmente durante a infância ou a adolescência

F99 Transtorno mental não especificado

F99 Transtorno mental não especificado em outra parte

ANEXO 13

LISTA COMPLETA DOS DIAGNÓSTICOS

Multiple Response

Group \$DIAGCID Diagnósticos categorizados pela CID-10

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
A06 - amebíase	1	1	,1	,3
A07.1 - giardíase	3	1	,1	,3
A09 - diarréia e gastroenterite de orige	4	4	,4	1,0
A50.9 - sífilis congênita não especifica	5	1	,1	,3
B00 - infecção pelo virus do herpes simp	6	1	,1	,3
B01 - varicela	7	1	,1	,3
B07 - verrugas de origem viral	8	10	1,0	2,5
B08.1 - molusco contagioso	9	2	,2	,5
B35 - dermatofitose	10	5	,5	1,3
B82 - parasitose intestinal não especifi	11	61	6,3	15,4
B86 - escabiose	12	4	,4	1,0
D64.9 - anemia não especificada	13	52	5,4	13,1
D57 - transtornos falciformes	14	1	,1	,3
D72.1 - eosinofilia	15	3	,3	,8
D84.9 - imunodeficiência não especificad	16	1	,1	,3
E29.1 - hipofunção testicular	17	1	,1	,3
E30 - transtornos da puberdade não class	18	7	,7	1,8
E30.1 - puberdade precoce	19	1	,1	,3
E34.3 - nanismo não classificado em o. p	20	1	,1	,3
E46 - desnutrição proteico calórica não	21	1	,1	,3
E66 - obesidade	22	14	1,4	3,5
F45 - transtornos somatoformes	23	1	,1	,3
F45.8 - bruxismo	24	5	,5	1,3
F51 - transt. não orgânicos do sono	25	2	,2	,5
F80 - transt. espec. do desenv. da fala	28	15	1,5	3,8
F81 - transt. espec. do desenv. das habi	29	19	2,0	4,8
F89 - transt. não especificado do desenv	30	1	,1	,3
F90.9 - transtorno hipercinético não esp	31	3	,3	,8
F91.9 - transtorno não especificado de c	32	4	,4	1,0
F93.9 - transtorno emocional da infância	33	1	,1	,3
F98.0 - enurese	34	24	2,5	6,1
F98.1 - encoprese	35	2	,2	,5
F98.5 - gagueira	36	1	,1	,3
F98.9 - transt. comportamentais e emocio	37	5	,5	1,3
G31.9 - doença degenerativa do sistema n	38	1	,1	,3
G43 - enxaqueca	39	2	,2	,5
G47.3 - apnéia do sono	40	1	,1	,3
H02.4 - ptose palpebral	42	1	,1	,3
H10 - conjuntivite	43	4	,4	1,0
H11 - outros transtornos da conjuntiva	44	1	,1	,3
H50.9 - estrabismo não especificado	45	10	1,0	2,5
H52 - transtornos da refração e da acomo	46	5	,5	1,3
H52.1 - miopia	47	2	,2	,5
H53.9 - distúrbio visual não especificad	48	19	2,0	4,8
H61.2 - outros transtornos do ouvido ext	49	4	,4	1,0
H65 - otite média não supurativa	50	5	,5	1,3
H66 - otite média supurativa e as não es	51	18	1,9	4,5

Group \$DIAGCID Diagnósticos categorizados pelo CID-10

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
H69 - outros transtornos da trompa de Eu	52	2	,2	,5
H74.0 - timpanoesclerose	53	1	,1	,3
H83.0 - labirintite	54	1	,1	,3
H91.9 - perda de audição não especificad	55	15	1,5	3,8
H92 - otalgia e secreção auditiva	56	1	,1	,3
I38 - transtorno de valva cardíaca não e	57	1	,1	,3
I49.9 - arritmia cardíaca não especifica	58	3	,3	,8
I83 - varizes de membros inferiores	59	1	,1	,3
J00 - resfriado comum	60	27	2,8	6,8
J01 - sinusite aguda	61	8	,8	2,0
J03 - amigdalite aguda	62	2	,2	,5
J11 - gripe	63	3	,3	,8
J30 - rinite alérgica e vasomotora	65	90	9,3	22,7
J31 - rinite crônica	66	2	,2	,5
J32 - sinusite crônica	67	2	,2	,5
J35 - doenças crônicas de amígdalas e ad	68	17	1,8	4,3
J38 - doenças das cordas vocais e da lar	69	1	,1	,3
J39 - outras doenças das vias aéreas sup	70	24	2,5	6,1
J40 - bronquite não especificada como agu	71	8	,8	2,0
J45 - asma	72	16	1,6	4,0
J98.9 - transtorno respiratório não espe	73	2	,2	,5
K02 - cáries dentárias	74	63	6,5	15,9
K06.1 - hiperplasia gengival	75	1	,1	,3
K07 - anomalias dentofaciais	76	5	,5	1,3
K12 - estomatite	77	1	,1	,3
K29 - gastrite e duodenite	78	1	,1	,3
K40 - hernia inguinal	79	1	,1	,3
K42 - hernia umbelical	80	1	,1	,3
K43 - hernia ventral	81	1	,1	,3
K59.0 - obstipação intestinal	82	12	1,2	3,0
K92.1 - melena	83	1	,1	,3
L01 - impetigo	84	1	,1	,3
L02 - abscesso cutâneo, furúnculo	85	2	,2	,5
L03 - celulite	86	1	,1	,3
L20 - dermatite atópica	87	13	1,3	3,3
L21 - dermatite seborréica	88	2	,2	,5
L28.2 - estrófulo	89	1	,1	,3
L29 - prurido	90	2	,2	,5
L30.5 - pitiríase alba	91	14	1,4	3,5
L68 - hipertricose	93	2	,2	,5
L72 - cistos foliculares de pele e tecid	94	1	,1	,3
L73 - outras afecções foliculares	95	1	,1	,3
L80 - vitiligo	96	1	,1	,3
L81 - outros transtornos de pigmentação	97	2	,2	,5
L85.3 - xerose cutânea; dermatite por pe	98	20	2,1	5,1
L98.9 - afecções da pele e do tecido sub	99	4	,4	1,0
M21 - outras deformidades adquiridas dos	100	7	,7	1,8

Group \$DIAGCID Diagnósticos categorizados pelo CID-10

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
M21.9 - deformidade não especificada de	101	1	,1	,3
M25.5 - dor articular	102	2	,2	,5
M40 - cifose e lordose	103	1	,1	,3
M41 - escoliose	104	6	,6	1,5
M43.9 - vício de postura	105	1	,1	,3
M79.6 - dor em membro	106	5	,5	1,3
M89.8 - outros transtornos especificado	107	2	,2	,5
N39.0 - infecção do trato urinário de lo	108	6	,6	1,5
N43 - hidrocele e espermatocoele	110	1	,1	,3
N47 - hipertrofia de prepúcio, fimose	111	22	2,3	5,6
N48.1 - balanopostite	112	3	,3	,8
N50 - outros transtornos dos órgãos geni	113	1	,1	,3
N76 - outras afecções inflamatórias da v	114	19	2,0	4,8
N90.9 - transt. não inflam. e não espec.	115	1	,1	,3
P07.3 - prematuridade	116	1	,1	,3
Q17 - outras malformações congênitas da	117	2	,2	,5
Q20 - malformações congênitas das câmara	118	1	,1	,3
Q38.1 - língua presa; anquiloglossia	119	1	,1	,3
Q54 - hipospádia	120	2	,2	,5
Q55.2 - testículo retrátil	121	2	,2	,5
Q82.2 - mastocitose	122	1	,1	,3
Q87.8 - outras síndromes com malformação	123	1	,1	,3
Q90 - síndrome de Down	124	2	,2	,5
R00 - anomalias do batimento cardíaco	125	3	,3	,8
R01 - sopros e outros ruídos cardíacos	126	21	2,2	5,3
R04.0 - epistaxe	127	2	,2	,5
R05 - tosse	128	2	,2	,5
R10 - dor abdominal	129	32	3,3	8,1
R22 - tumefação, massa ou tumoração loca	131	2	,2	,5
R23.3 - equimoses espontâneas	133	1	,1	,3
R29 - outros sintomas e sinais rel.aos s	134	2	,2	,5
R30 - dor associada à micção	135	3	,3	,8
R47 - distúrbios da fala não classificad	136	1	,1	,3
R49 - distúrbios da voz	137	1	,1	,3
R51 - cefaléia	138	24	2,5	6,1
R56 - convulsões	139	4	,4	1,0
R58 - hemorragia não classificada em out	140	1	,1	,3
R59 - adenomegalia	141	4	,4	1,0
S09.0 - traumatismo não especificado na	142	1	,1	,3
T11 - traumatismo não especificado de me	143	1	,1	,3
T16 - corpo estranho no ouvido	144	1	,1	,3
T25 - queimadura no pé	145	1	,1	,3
T78.4 - atopia; alergia não especificada	147	2	,2	,5
Z00.1 - exame de rotina de saúde da cria	148	53	5,5	13,4
Z11 - exame especial de rastreamento	149	1	,1	,3
Z20.1 - contato com e exposição à tuberc	150	4	,4	1,0
Z20.6 - contato com e exposição ao HIV	151	1	,1	,3

Group \$DIAGCID Diagnósticos categorizados pelo CID-10

Category label	Code	Count	Pct of Responses	Pct of Cases
Z61 - problemas relacionados com eventos	152	1	,1	,3
Z62.4 - negligência emocional da criança	153	1	,1	,3
		-----	-----	-----
	Total responses	971	100,0	245,2

15 missing cases; 396 valid cases

ANEXO 14

CASOS COM QUEIXAS E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM

CASOS COM QUEIXAS E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM (continua na próxima página)

	Queixa espontânea	Queixa espontânea	Queixa induzida	Diagnóstico PSM	Diagnóstico PSM
1	é desligada na escola	X	X	X	X
2	X	X	sono agitado	X	X
3	fugia da escola, chorava	X	X	dificuldade na escola	X
4	X	X	X	ceceio	X
5	X	X	range os dentes	bruxismo	X
6	X	X	acorda durante a noite	X	X
7	enurese	X	X	enurese	dist. de comportamento
8	X	X	não sabe cores; não conta números	atraso na escola	X
9	X	X	dificuldades na escola	dificuldade de aprendizagem	
10	X	X	bruxismo	bruxismo	X
11	X	X	X	dificuldade de dicção	X
12	X	X	dificuldades aprendizagem	fala infantilizada	déficit de aprendizagem
13	X	X	X	enurese	X
14	faz acompanhamento psicológico	X	X	distúrbio de conduta	escolaridade atrasada
15	é muito rebelde	X	não sabe ler	distúrbio de conduta	escolaridade atrasada
16	S. de Down	X	não lê	encoprese	
17	dificuldade na escola	é inquieto	X	distúrbio escolar	X
18	fala errado, troca letra	X	X	dislalia	X
19	criança irritada	dificuldade de fala	X	atraso de linguagem	
20	X	X	troca letras	dislalia	X
21	tem medo das pessoas	X	X	X	X
22	dificuldade de aprendizagem	X	X	distúrbio de aprendizagem	X
23	problema de comportamento	X	pesadelos	distúrbio de comportamento	X
24	X	X	X	mau rendimento escolar	X
25	troca letra	X	X	dislalia	X
26	X	X	X	criança infantilizada	X
27	X	X	X	distúrbio de fala	X
28	sono agitado	bruxismo	X	distúrbio do sono	X

CASOS COM QUEIXAS E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM (continua na próxima página)

	Queixa espontânea	Queixa espontânea	Queixa induzida	Diagnóstico PSM	Diagnóstico PSM
29	necessidade escola esp.	toma Neuleptil	pouco contato	dislalia	X
30	enurese		X	enurese	
31	X	X	não articula bem as palavras	X	X
32	é teimosa, irrequieta	X	X	X	X
33	enurese	X	X	enurese	X
34	enurese	mau comport. na escola	X	enurese	X
35	dificuldade na escola	apanha na escola	agitado	dificuldade na escola	
36	queda desempenho esc.	X	X	X	X
37	X	X	gagueira	X	X
38	medos	X	X	dist. neurovegetativo	X
39	enurese	X	X	enurese	X
40	X	X	levanta e conversa no sono	X	X
41	não presta atenção na aula	enurese	X	enurese	X
42	enurese	X	X	enurese	X
43	ceceio	X	X	X	X
44	não vai bem na escola	X	X	dificuldade de alfabetização	X
45	medos	agressivo	X	déficit atenção	X
46	enurese	X	X	enurese	X
47	queda desempenho escolar	X	não consegue dormir à noite	X	X
48	X	X	range os dentes	X	X
49	dispersa na aula	dificuldade de leitura	X	X	X
50	X	X	mau rendimento escolar	escolaridade atrasada	X
51	nervosa, agressiva	X	X	enurese	sind. criança dolorosa
52	enurese	X	X	enurese	X
53	faz tratamento de fono	X	X	distúrbio de linguagem	X
54	problema de fala	X	X	X	X
55	X	X	não sabe ler nem escrever	X	X
56	X	X	não obedece, chora	X	X
57	range os dentes	X	X	bruxismo	X
58	enurese	X	X	enurese	X

CÁSOS COM QUEIXAS E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM (continua na próxima página)

	Queixa espontânea	Queixa espontânea	Queixa induzida	Diagnóstico PSM	Diagnóstico PSM
59	X	X	ainda não lê	X	X
60	enurese	X	X	enurese	X
61	não fala direito	X	X	dificuldade na fala	X
62	morte avô; nervoso	X	X	X	X
63	X	X	X	fala palavras erradas	X
64	enurese	X	X	enurese	X
65	enurese	X	X	enurese	X
66	enurese	X	X	enurese	X
67	X	X	dislalia	dislalia	X
68	não aprende	X	X	dificuldade de aprendizagem	X
69	enurese	problemas escolares	X	enurese / terror noturno	dificuldade de aprendizagem
70	X	X	bruxismo	X	X
71	X	X	medos	dificuldade de educar	X
72	gagueira	bruxismo	X	gagueira	bruxismo
73	não presta atenção na aula	X	X	distúrbio de comportamento	X
74	X	X	não sabe ler	não sabe ler	X
75	dificuldade na escola	X	X	X	X
76	disartria	X	X	disartria	
77	X	X	não sabe ler	não sabe ler	X
78	hiperatividade	X	escreve com dificuldade	distúrbio de conduta	
79	range os dentes	X	X	bruxismo	X
80	problema com alfabetização	X	X	mau rendimento escolar	X
81	X	X	aérea na escola; não vai bem	X	X
82	enurese	X	X	enurese	
83	mau rendimento escolar	X	X	distúrbio de atenção	X
84	enurese	X	X	troca letras	X
85	X	X	não sabe ler	dificuldade de aprendizagem	X
86	X	X	range os dentes	X	X
87	enurese	dificuldade para ler	X	não sabe ler	enurese
88	enurese	X	mau rendimento escolar	enurese	X

CASOS COM QUEIXAS E/OU HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM (continuação da página anterior)

	Queixa espontânea	Queixa espontânea	Queixa induzida	Diagnóstico PSM	Diagnóstico PSM
89	falta de atenção	agitada	X	distúrbio de atenção	X
90	enurese	usa chupeta e mamadeira	X	enurese	distúrbio de conduta
91	X	X	pesadelos	X	X
92	enurese	encoprese	X	enurese	encoprese
93	enurese	X	X	enurese	X
94	bruxismo	X	X	X	X
95	X	X	sono: gemidos; agitado	X	X
96	alteração comportamento	X	sono agitado	distúrbio de comportamento	X
97	enurese	X	X	enurese	X
98	enurese	encoprese	X	X	X
99	X	X	sono agitado	X	X

ANEXO 15

CASOS COM HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM E CONDUTA DO PEDIATRA

CASOS COM HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM E CONDUTAS DOS PEDIATRAS (continua na página seguinte)

	Diagnóstico PSM	Diagnóstico CID-10	Conduta
1	dificuldade na escola	F81	solicitada avaliação escolar
2	ceceo	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
3	bruxismo	F45.8	sem registro
4	enurese; distúrbio de comportamento	F98.0; F98.9	orientação + observação
5	atraso na escola	F81	sem registro
6	dificuldade de aprendizagem	F81	encaminhamento para fonoaudiologia e oftalmologia
7	bruxismo	F45.8	orientação
8	dificuldade de dicção	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
9	fala infantilizada; déficit de aprendizagem	F80; F81	orientação + relatório escolar + avaliação de fonoaudiologia
10	enurese	F98.0	orientação
11	distúrbio de conduta; escolaridade atrasada	F91.9; F81	em acompanhamento com psicóloga
12	distúrbio de conduta; escolaridade atrasada	F91.9; F81	orientação
13	encoprese	F98.1	orientação
14	distúrbio escolar	F81	exames de laboratório
15	dislalia	F80	sem registro
16	atraso de linguagem	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
17	dislalia	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
18	distúrbio de aprendizagem	F81	relatório escolar + timpanometria
19	distúrbio de comportamento	F98.9	encaminhamento para psicologia
20	mau rendimento escolar	F81	sem registro
21	dislalia	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
22	criança infantilizada	F89	sem registro
23	distúrbio de fala	F80	sem registro
24	distúrbio do sono	F51	orientação
25	dislalia	F80	sem registro
26	enurese	F98.0	sem registro
27	enurese	F98.0	sem registro
28	enurese	F98.0	exames de laboratório + orientação
29	dificuldade na escola	F81	relatório escolar + observação + encaminhamento para oftalmologia
30	distúrbio neurovegetativo	F93.9	orientação
31	enurese	F98.0	sem registro
32	enurese	F98.0	exames
33	enurese	F98.0	observação
34	dificuldade de alfabetização	F81	orientação
35	déficit atenção	F90.9	encaminhamento para psicologia Infantil
36	enurese	F98.0	orientação

CASOS COM HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS DE PSM E CONDUTAS DOS PEDIATRAS (continuação da página anterior)

	Diagnóstico PSM	Diagnóstico CID-10	Conduta
37	escolaridade atrasada	F81	relatório escolar
38	enurese; síndrome da criança dolorosa	F98.0; F45	encaminhamento para psicologia infantil
39	enurese	F98.0	sem registro
40	distúrbio de linguagem	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
41	bruxismo	F45.8	encaminhamento para odontologia
42	enurese	F98.0	sem registro
43	enurese	F98.0	sem registro
44	dificuldade na fala	F80	encaminhamento para fonoaudiologia
45	fala palavras erradas	F80	orientação
46	enurese	F98.0	orientação
47	enurese	F98.0	orientação
48	enurese	F98.0	orientação
49	dislalia	F80	acompanhamento em fonoaudiologia
50	dificuldade de aprendizagem	F81	audiometria + acuidade visual
51	enurese; terror noturno; dificuldade de aprendizagem	F98.0; F51; F81	encaminhamento para psicologia infantil
52	dificuldade de educar	F98.9	orientação
53	gagueira; bruxismo	F98.5; F45.8	sem registro
54	distúrbio de comportamento	F98.9	sem registro
55	não sabe ler	F81	sem registro
56	disartria	F80	acompanhamento em fonoaudiologia
57	não sabe ler	F81	sem registro
58	distúrbio de conduta	F91.9	sem registro
59	bruxismo	F45.8	sem registro
60	mau rendimento escolar	F81	sem registro
61	enurese	F98.0	visita domiciliar
62	distúrbio de atenção	F90.9	relatório da escola
63	troca letras	F80	observação
64	dificuldade de aprendizagem	F81	relatório da escola + encaminhamento para oftalmologia
65	não sabe ler; enurese	F81; F98.0	relatório da escola
66	enurese	F98.0	orientação
67	distúrbio de atenção	F90.9	encaminhamento para oftalmologia
68	enurese; distúrbio de conduta	F98.0; F91.9	encaminhamento para psicologia infantil
69	enurese; encoprese	F98.0; F98.1	observação
70	enurese	F98.0	sem registro
71	distúrbio de comportamento	F98.9	encaminhamento para psicologia infantil
72	enurese	F98.0	sem registro

ANEXO 16

CASOS COM SDQ ANORMAL E IMPACTO ANORMAL

CASOS COM IMPACTO E SDQ ANORMAIS

	Queixa PSM	Diagnóstico PSM
1	é desligada na escola	X
2	X	X
3	X	X
4	enurese	enurese; distúrbio de comportamento
5	X	X
6	X	X
7	dificuldade de aprendizagem	atraso da fala; déficit de aprendizagem
8	fala errado; troca letra	distalalia
9	X	X
10	X	X
11	X	X
12	X	X
13	X	X
14	dificuldade de aprendizagem, agitado, apanha	dificuldade na escola
15	não presta atenção na aula; enurese	enurese
16	medos; agressivo	déficit de atenção
17	queda desempenho na escola; não dorme	X
18	X	X
19	mau rendimento escolar	escolaridade atrasada
20	não sabe ler nem escrever	X
21	ainda não lê	X
22	X	X
23	morte do avô, nervoso	X
24	enurese; problemas escolares	enurese; terror noturno; dificuldade de aprendizagem
25	X	X
26	não sabe ler	não sabe ler
27	X	X
28	dificuldade na escola	X
29	não sabe ler	atrasado; não sabe ler
30	X	X
31	X	X
32	problema de alfabetização	mau rendimento escolar
33	aérea na escola; não vai bem	X
34	enurese	enurese
35	não sabe ler	dificuldade de aprendizagem
36	range os dentes	X
37	X	X
38	X	X
39	falte de atenção; agitada	distúrbio de atenção
40	X	X
41	X	X

ANEXO 17

ESCORES DO CBCL

Isolamento - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	137	66,5	66,5	66,5
	Borderline	25	12,1	12,1	78,6
	Clínico	44	21,4	21,4	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Queixas somáticas - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	180	87,4	87,4	87,4
	Borderline	13	6,3	6,3	93,7
	Clínico	13	6,3	6,3	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Ansiedade/depressão - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	132	64,1	64,1	64,1
	Borderline	25	12,1	12,1	76,2
	Clínico	49	23,8	23,8	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Problemas sociais - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	135	65,5	65,5	65,5
	Borderline	27	13,1	13,1	78,6
	Clínico	44	21,4	21,4	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Problemas de pensamento - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	144	69,9	69,9	69,9
	Borderline	35	17,0	17,0	86,9
	Clínico	27	13,1	13,1	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Problemas de atenção - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	108	52,4	52,4	52,4
	Borderline	26	12,6	12,6	65,0
	Clínico	72	35,0	35,0	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Delinquência - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	131	63,6	63,6	63,6
	Borderline	43	20,9	20,9	84,5
	Clínico	32	15,5	15,5	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Agressividade - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	119	57,8	57,8	57,8
	Borderline	33	16,0	16,0	73,8
	Clínico	54	26,2	26,2	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Problemas internos - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	75	36,4	36,4	36,4
	Borderline	30	14,6	14,6	51,0
	Clínico	101	49,0	49,0	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Problemas externos - total em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	82	39,8	39,8	39,8
	Borderline	21	10,2	10,2	50,0
	Clínico	103	50,0	50,0	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

Total do CBCL em categorias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	Normal	57	27,7	27,7	27,7
	Borderline	19	9,2	9,2	36,9
	Clínico	130	63,1	63,1	100,0
	Total	206	100,0	100,0	

ANEXO 18

MAPAS DAS ENTREVISTAS COM OS PEDIATRAS

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 1

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... muitas vezes ou a escola ou a família tem dificuldade de valorização da escrita, do aprendizado, e muitas vezes você vê que a criança ela não tem motivo para fazer aquilo, então é muito mais falta de estímulo,</p>	<p>... muitas vezes, e muitas vezes a situação familiar, uma situação às vezes... uma família não tradicional, a ausência de pai, ou a ausência de mãe, uma criança criada por avó, droga muitas vezes aparece, alcoolismo, e você fica meio sem ter o que fazer...</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>Eu acho que tem um mundo, só que a gente não entra nisso a gente não tem pernas, porque são tantos problemas de saúde que acaba não chegando lá... (...) mas que é um mundo, é, entendeu?</p> <p>... a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante...</p> <p>... então a pediatria é muito... isolada da equipe multiprofissional...</p> <p>(linguagem)? Eu acho um problema, mas eu pergunto: o que que é isso, o que quer dizer... eu me esclareço de alguma forma, então, imago..., tem uns termos assim, (...) não lembro agora, mas tem uns termos que eu não consigo, aí eu falo, não, me explica,</p> <p>... problemas de... da escolarização mesmo... até a criança que tem o comportamento de agressividade, hiperatividade, alguma coisa assim....</p> <p>Acho que já falei, a questão dos bicos, do uso de mamadeira, chupeta, a questão de perda urinária, que acontece, às vezes a questão... sexual propriamente dita, então uma coisa que aparece frequentemente.</p>	<p>... eu não sei em que medida a gente tem essa capacidade de lidar com esses problemas, eu acho que a gente tem que estudar, discutir, tem que trabalhar para lidar com isso, não é só meter as caras...</p> <p>... então muitas vezes o que eu sinto é assim, como a gente não tem uma coisa bem... ainda... estruturada, muitas vezes a gente vê a desagregação familiar e a criança junto e acaba não conseguindo trabalhar isso, então muitas vezes o que fica é o profissional ansioso,</p> <p>... se não tem o profissional supervisionando, que esteja atento e que desperte o interesse na equipe, acaba passando isso, não sei.</p> <p>ai eu entendo e ai tudo bem e vai, mas eu acho que é só questão de se entender, não é uma coisa intransponível, assim, não é uma coisa que... não é impossível...</p> <p>... acho que uma coisa que a gente percebe muito é a dificuldade de valorização da escola, então as crianças lêem pouco, as famílias lêem pouco, sentam pouco, então elas acabam tendo dificuldade...</p>

	<p>Às vezes, é mais isso... normalmente é comportamental, então às vezes uma criança é deprimida por alguma circunstância familiar, às vezes uma criança agressiva por alguma circunstância familiar... coisas comportamentais em geral,</p> <p>... acho que dificilmente pega uma coisa mais grave, estruturada, psiquiátrica, é mais assim... um comportamento em casa, a criança de difícil controle, sem limite, a criança agressiva, ou em casa ou na escola...</p>	<p>... vem com uma queixa que você tem que lidar com isso, então assim, da escola, sempre vem assim, a criança com dificuldade e quer mandar para o psiquiatra, para o psicólogo, e nem sempre é isso, às vezes é distúrbio da dinâmica familiar, ou às vezes deficiência na própria escola.</p>
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... não sabe o que fazer com isso... não tem uma cesta básica para dar, não tem um psicólogo para ajudar a família, fazer uma terapia familiar, então não tem o que fazer... então a gente fica meio de mãos atadas,</p> <p>... apesar de que é isso que eu estou te falando, a gente acaba levantando a lebre mas muitas vezes a gente não consegue dar vazão à isso, às vezes fica como ansiedade nossa, o que fazer com o pai alcoólatra, por exemplo... tenta ter essa preocupação de levantar pelo menos e depois muitas vezes a gente não consegue dar vazão a isso, a essa demanda...</p> <p>... mas a gente alguma vez escutou e não vai esquecer esse dado, então acaba sendo... para mim pessoalmente eu acabo dando essa orientação, bem geral mesmo, para não perder a tal oportunidade de ver,</p> <p>... é uma experiência pessoal de cada um, não é uma coisa tão dirigida, e... faz falta em vários aspectos, faz falta para equipe, faz falta para população atendida, faz falta para o residente, então é uma necessidade do dia a dia, mas ela não tem uma coisa muito estruturada, a gente nunca conseguiu organizar mais esse serviço.</p> <p>Na realidade a gente tem alguma coisa que... via... por vias tortas... então quando tem alguns casos, o residente leva o caso, vai para supervisão lá no (...), discute alguma coisa, como é que fica o profissional, alguma coisa, como é que fica o caso e a gente acaba meio que discutindo junto...</p>	<p>... então isso que eu falei, às vezes a gente tem até medo de entrar nisso, você dá umas orientadas e foge, é mais fácil a gente lidar com a pneumonia, com a otite, com o baixo ganho, com a infecção urinária.</p> <p>... a gente é uma equipe muito pequena... então a gente acaba muitas vezes cumprindo o papel de médico mesmo.</p> <p>... a gente não tem um serviço estruturado, serviço de saúde mental... é do adulto, atende adolescentes e adultos, não atende criança. Então a gente não tem esse serviço... a gente não tem esse profissional trabalhando conjuntamente e nem supervisionando.</p>

	<p>Mas então algumas vezes você acaba escutando, dando atenção, e às vezes o que você nota, principalmente em crianças maiores, e às vezes até em crianças menores, que você dando uma atenção, fazendo consultas mais frequentes, escutando a queixa, tentando conter, elas melhoram espontaneamente</p> <p>Às vezes a gente acaba ouvindo, ouvindo a queixa, tentando orientar alguma coisa nessa queixa, e algumas vezes encaminha para psicóloga da rede, que não sei onde que vai parar.</p>	<p>... a criança é uma coisa ótima, você segura e tal e aí ela vai e passa o problema entendeu? Então acaba se resolvendo sozinho, de alguma forma ela acaba se ligando em alguma coisa. Então a grande maioria acaba resolvendo por aqui, acho que por dois motivos: um porque melhora mesmo, e outro porque a gente não tem uma retaguarda de onde mandar algum caso mais difícil</p> <p>... porque muitas vezes na realidade a gente faz muita coisa na sala do consultório, só que muitas vezes a gente não tem consciência de que está fazendo, então, aquilo que eu falei: muitas vezes o trabalho é escutar uma mãe com problema, escutar uma criança e poder devolver alguma coisa e as vezes você devolve inconscientemente, nesse escutar, nesse dar uma sugestão, mas você não percebe</p> <p>... muitas vezes não vai parar, porque não faz acompanhamento, não faz terapia, quando a família solicita especificamente... então a família fala: eu não agüento mais, eu quero um psicólogo, aí você faz um pedido, criança com distúrbio de comportamento, com alguma coisa, então eu encaminho.</p>
--	---	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 2

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... essa escola aqui sempre tentou fazer assistência integrada, biopsicossocial. Então nós temos o aspecto psicológico, a Dra Dulce foi a pioneira aqui e tal, até hoje o pessoal lá... psicoprofilaxia é uma coisa que é considerada... as coisas que a gente tem feito, essa palavra psicoprofilaxia continua forte, então entender a criança no seu ambiente é uma coisa que aqui é considerada...</p> <p>... então é um espírito comum aqui, então vamos dizer assim, as coisas preventivas, o entendimento da criança no seu ambiente, o respeito que se deve à criança, o espaço da criança, é uma coisa aqui é... habitualmente é considerada, faz parte do nosso objetivo geral, no sentido do entendimento da realidade da criança.</p>	
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>Nós temos aqui muitos problemas ligados à miséria. Então tem famílias desagregadas... famílias... crianças que sofrem... não tem espaço próprio, não são respeitadas. Maus tratos eu tenho a impressão que é muito pouco, pelo menos o que eu ouvi.</p> <p>...tem uns que falam bem siglado, então eu entendo a linguagem, (...) mas eu penso que todo especialista fala uma linguagem, você pega um outro especialista de uma área qualquer, e ele começa a falar umas siglas, você tem que parar e perguntar, mas não é de todo intransponível não. O profissional, se ele sabe que está falando com um de uma outra área ele decodifica, isso não é problema não</p> <p>Depende da formação, depende da pessoa... esse campo psíquico depende muito da pessoa (...) mas tem um componente, tem uma variabilidade individual muito grande.</p>	<p>Mas numa realidade de sofrimento, a criança, ela... frequentemente ela não é bem atendida, no espaço que a criança tem em casa... o apoio que tem em casa para estudar... para desenvolver as suas atividades... eu tenho a impressão que muito daqui decorre de carência, essa carência social desta população.</p> <p>... acho que isso aí pode parecer um empecilho, mas eu acho que não é um empecilho real não, se as pessoas querem conversar não vai ser isso que vai impedir não...</p> <p>Não são todas, mas existem pessoas que tem mais facilidade, outras que não, tem gente que não suporta, isso... é verdade... já vi, tem colegas (...) que não suportam, nada, da mental só querem tudo preto no branco... não querem saber, só querem saber de coisa física mesmo, só curativa... e até profissionais consideráveis. Existem... a interpretação disso é muito diferente conforme a escola, conforme a pessoa, conforme o lugar, eu acho com certeza isso deve estar trazendo realidades muito diferentes...</p>

<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL</p>	<p>... não sei como é que anda a assistência em todos os lugares, mas normalmente a parte psicológica é relegada... só é atendido esses curativos mais direto, o que eles fazem no fim é dar receitinha e encaminhar. Então a parte psicológica deve ficar prejudicada,....</p> <p>E às vezes acontece também com a parte psicológica. Daí a mãe vem... conta a história, e tal... às vezes vem mais de uma vez...</p> <p>... percebem que existe a possibilidade de se aprofundar o diagnóstico em qualquer área, até na psicológica, mesmo sem você ser especialista, basta você querer ouvir... se você tem dados, você pode não conseguir trabalhar aqueles dados, e nem na nós aqui vamos fazer psicoterapia de ninguém... nós não temos condições, mas pelo menos encaminhar mais apropriadamente.</p> <p>... o ideal é que a gente tivesse uma pessoa que pudesse resolver as nossas dúvidas.</p> <p>... verificar quais são os problemas, se eles não conseguem entender, encaminhar, eu acho que o pediatra tem que ter responsabilidade global da criança, biopsicossocial mesmo</p> <p>Às vezes nós temos... a criança precisa de um atendimento psicológico específico, então nós encaminhamos.</p> <p>... você não consegue fazer nada na prática se não tem o subsídio teórico bem fundamentado, e o papel da universidade é básico no sentido de marcar posições... mostrar o valor das coisas.</p>	<p>Assuntos psicológicos são assim, quando começa a sair, daí sai... é um mar, está certo? e daí, se o rendimento do colega aqui percebe que aquilo era muito para ele, mas pelo menos houve entendimento do problema e daí se encaminha de um modo mais apropriado.</p> <p>... o ideal é que tivesse psicólogo em toda a parte, quer dizer, daí, com certeza ia haver um espaço, o entendimento seria possível, porque hoje não se pode, se não tem interlocutor... não pode começar nem o diálogo,</p> <p>... eu acho isso mesmo, você tem que entender... encaminhar, que o que seria possível resolver que o resolva.</p>
---	--	---

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 3

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... porque são problemas de saúde importantes... porque às vezes na pediatria, por exemplo, começam como coisas muito ... aparentemente banais e comuns, como uma criança que você não consegue segurar dentro do consultório, depois quando cresce...</p> <p>... criança com dificuldade de aprendizagem, e que não necessariamente é uma dificuldade porque ela é incapaz de aprender...</p> <p>... mas muitas vezes porque foi já algum problema que já veio anterior que a gente não conseguiu perceber o que que era, de autoestima da própria criança,</p>	<p>... mas é porque,... aí já entram também questões sociais, escola que é uma porcaria, professor coitado que está desmotivado, não consegue...</p> <p>... que acaba se refletindo nessa coisa, não aprende ou não consegue aderir, não fica na escola, não vai para a escola, tem distúrbios de comportamento às vezes sérios, às vezes rebeldes e que começam a ter envolvimento com drogas, envolvimento com as gangues...</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... eu acho que é difícil dizer se é muito, se é pouco, porque a gente nunca fez nenhuma quantificação...</p> <p>Eu acho que tem bastante, ... eu acho que,... mas é, é como eu te falei, é difícil dizer porque eu posso achar isso subjetivamente...</p> <p>... talvez sejam sub-diagnosticados ou quando são diagnosticados a gente acaba não sabendo muito o que fazer. É que às vezes a gente até não sabe nem dizer o nome da patologia direito...</p> <p>... acho que é mais ou menos por aí, dar o mesmo peso também para esses aspectos, geralmente o problema é que às vezes não é dado o mesmo peso porque também a gente não sabe diagnosticar mesmo, não sabe identificar o que que está ocorrendo ...</p> <p>Mas o que a gente vê geralmente é assim aquilo é um pouco menosprezado,</p>	<p>... a impressão que eu tenho é que existe muito assim, e depende muito também eu acho de quem está abordando, de quem está fazendo a consulta, assim do pique que a pessoa tem, porque a gente sabe que tem gente que olha para estas questões já torce o nariz e não vai muito fundo...</p> <p>... e uma coisa que é ruim é você ficar trabalhando em cima só do seu ... da coisa do bom senso,... aí depende até, às vezes, um pouco até da personalidade da pessoa, não é uma coisa muito ... não sei que eficácia isto pode ter para o paciente.</p> <p>... eu acho que tem um problema de formação, não sei; talvez tenha um problema de formação, que a gente não é muito ... a gente não tem muito instrumental para estar detectando as coisas, tem esse problema da pessoa que gosta ou não gosta de estar lidando com esse tipo de problema, e eu acho que como retaguarda a gente não tem muita retaguarda também</p>

	<p>na própria discussão dos casos, nas reuniões clínicas, é colocado geralmente em segundo mesmo, não é a coisa que faz todo mundo ferver na coisa dos diagnósticos.</p> <p>... eu acho que é o tipo de população também que a gente atende população muito carente, uma situação socioeconômica e cultural muito desprivilegiada,</p> <p>.... tem muitos problemas de maus tratos, de negligência, que ficam muitas vezes, até a gente às vezes não se dá conta que ela pode ser que fosse um problema de negligência, que fosse um problema até de maus tratos, que passam como se fosse assim algum problema normal,</p> <p>... tem distúrbios de comportamento às vezes sérios, às vezes rebeldes e que começam a ter envolvimento com drogas, envolvimento com as gangues...</p>	<p>... vamos dizer assim, de criança que apanhou do pai..., mas você vai ver por trás tem toda uma situação de dinâmica familiar, que se um começa a puxar (...), você começa a puxar e começa a levantar um monte de outras coisas...</p> <p>... o que me vem à mente assim agora acho que mais é essa coisa mesmo do vínculo afetivo da mãe com a criança</p> <p>... que parece normal na criança nessa idade mas que, por causa das circunstâncias onde eles estão, acabam se refletindo em situações de risco, muito maiores do que se fosse uma criança que talvez tivesse uma condição de vida melhor.</p>
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL</p>	<p>... se eu soubesse minimamente, olha, que tipo de postura tem que ter, que tipo de conduta tem que tomar, até onde eu posso ir, porque muitos problemas às vezes você consegue com um mínimo de abordagem com a mãe, fazer a mãe ... acordar, ir atrás, correr...</p> <p>muitas vezes a gente acaba tentando resolver com os recursos próprios que tem mesmo (...). O que a gente faz? Primeira coisa, vincular aquele paciente com uma pessoa só que vai atender e tentar vincular com o assistente também,</p> <p>... dependendo da situação, o que a gente propõe para o residente é tentar ir conhecendo um pouco mais o caso...</p> <p>Outro sistema também que a gente usa, mas aí depende muito do registro do residente, porque às vezes a gente discute caso e pede: anota isso, escreve o que a mãe te falou... se está registrado tudo que eu fiz, tudo que o que eu tinha programado, fica mais fácil, para mim, lembrar de fazer isso também,</p>	<p>... quais são os problemas, até onde eu posso intervir, então o que que eu como pediatra posso identificar que é provável problema, ...o que eu não tenho condição nenhuma de fazer nada,</p> <p>... porque muitas vezes não é um caso que você precisa encaminhar imediatamente para um acompanhamento com um psicólogo mesmo porque, como eu falei, os recursos para encaminhamento são difíceis</p> <p>....para não ficar flutuando muito, porque não vai discutir o caso, para ser sempre uma pessoa que já conhece a história, que já conhece a criança, ... dependendo da situação, por exemplo, uma visita domiciliar,... gente pede alguma coisa da escola como um relatório</p> <p>... você começou a abordar um pouco o problema, começou a chegar perto do xis da questão e ele fugiu.</p>

	<p>então depende muito disso, é um instrumento a mais que se tem, convocar ou então, por exemplo, convoca duas vezes, três vezes no máximo, não apareceu, então vai fazer uma visita e ver porque não apareceu...</p> <p>... dependendo do caso você encaminha direto para um acompanhamento com o psicólogo,</p> <p>... o encaminhamento, a não ser que seja um problema muito grave, muito evidente na primeira consulta, o encaminhamento às vezes na primeira consulta é de imediato, por exemplo, para um psicólogo é é uma questão meio cultural também, acho que, por exemplo, quando você fala assim,...olha, precisaria encaminhar para um psicólogo...</p> <p>...porque, por exemplo, quando se tem um caso de uma doença crônica, você não fica segurando o caso com você encaminha pro especialista e o especialista intervém, porque aquilo é a área dele. Acho que é a mesma coisa na área da higiene mental, você saber detectar precocemente onde é que estão os problemas, saber até onde eu como pediatra posso agir, então onde não devo mais me meter...</p>	<p>... mas, olha, eu não vi até hoje nenhum caso em que a gente tivesse um relatório de psicólogo dizendo: olha, o ... fazendo tal e tal abordagem, acho que é isso, isso e isso, a gente não tem esse retorno, a mãe é que traz às vezes a informação dela, e às vezes é extremamente vaga porque ela também não..</p> <p>... você bota um caminhão na criança e a mãe ... tem muito essa coisa de preconceito, às vezes a mãe acaba não levando... some, ... às vezes a idéia que as pessoas tem é ...ele está doido,... ou então ele tem um problema muito grave ... a expressão : são doidos, que as pessoas usam, ... o que é muito negativo, ou então isso quer dizer que eu estou falhando em alguma coisa e eu não quero que isso seja público, seja admitido... então muitas vezes para as mães é difícil, mesmo porque dependendo da situação existem problemas dentro da dinâmica da família, por exemplo, com o pai da criança, isso é admitir às vezes uma incapacidade, uma fraqueza dela diante daquele pai, e às vezes é o próprio pai que não aceita que a criança vá no psicólogo, porque no psicólogo significa que vou botar para fora um monte de problemas, quer dizer, isso é a idéia que eu faço, porque elas não verbalizam tudo isso, porque a expressão, por exemplo, meu filho não é doido, eu não sei, eles usam ... ele não é louco ... eles não precisam disso, acho que é um pouco por aí.</p>
--	---	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 4

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>É um problema multifatorial, principalmente quando a gente lida com criança, a criança em geral ela é um reflexo daquilo que acontece na sua família, na sua casa, na comunidade. Então muitas vezes são questões difíceis de serem abordadas...</p>	<p>A demanda da população é trazer a criança como sendo um problema, sempre em busca de um remédio ou uma solução rápida para problemas que em geral não estão na própria criança mas são fruto de um relacionamento ou de uma falta de relacionamento, a uma abordagem bastante complexa, porque é muito mais difícil você estar mexendo em comportamentos, em coisas que envolvem outras pessoas que não a criança, e que com certeza não vão se resolver com remédinhos, ... é o que todo mundo procura, a solução mágica, fácil e rápida.</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... creio que a maior parte dos pediatras não lida, a maior parte eu acho que acaba ignorando...</p> <p>... existe eu acho que falha na formação, e aí naturalmente não estou me referindo à nossa escola que eu acho que ela acaba sendo assim um top de linha, tem várias também, mas em comparação com outras escolas que existem por aí...</p>	<p>... mesmo porque a gente conhece muito bem os serviços que existem, não este serviço, mas serviços aí fora, (...), é difícil até fazer uma pesquisa, é difícil encontrar um prontuário, às vezes é difícil até encontrar o pediatra, que fica pulando daqui para ali e eu acho que eles passam muito batido, e que acaba ignorando ou muitas vezes dando remédinhos para problemas que não são de fundo orgânico.</p> <p>tempo curto... é claro que ... o fato de eu acreditar nisso não justifica de forma alguma mas isso é uma realidade. O pessoal tá ganhando muito mal, pula de emprego em emprego, plantão em plantão...</p> <p>... é que não existe mais aquela coisa do vínculo, quer dizer, o paciente que é seu. O paciente não é de ninguém, ele está uma hora no pronto socorro, outra hora no centro de saúde, outra hora num outro, as mães que muitas vezes estão trabalhando, estão correndo para lá e para cá, vão uma hora no desespero, querem tudo muito rápido...</p> <p>eu acho que tinha que ter um pouco mais, ...desde a graduação eu creio, porque é mais difícil você pegar pessoas, que já chega fechadinho...</p> <p>... mas eu não tenho ilusão, eu sei que mesmo os nossos ex residentes, ex alunos, mesmo aqueles que estão passando, você já percebe nitidamente que tem também um componente pessoal, quer dizer, aquele que já está mais</p>

	<p>Agora, a solução é que não é fácil, se não, de repente você rotula alguém, ... é o pediatra detecta, o pediatra não sabe detectar, eu acho que muitos sabem detectar, mas a abordagem é tremendamente dificultada por essa série de variáveis que a gente tem.</p> <p>(<i>linguagem?</i>) Não sei lhe dizer se atrapalha ou não, eu acho que assim... seria desnecessário... pediatra na maior parte dos casos ter uma... um entendimento tão... da coisa que se... se tivesse apenas um bom fundamento ele resolveria 99% dos casos.</p> <p>Então os problemas variam muito, depende da faixa etária e depende daquilo que você está buscando.</p> <p>São vários (<i>problemas de saúde mental</i>), então depende muito da faixa etária, ...no bebê? O distúrbio alimentar, ...</p> <p>Sai um pouquinho da cólica, do distúrbio alimentar no bebê, você pode começar a ter o distúrbio do sono, o pré escolar, dor recorrente, seja qual for, então muita dor abdominal, dor na perninha.</p> <p>No maiorzinho você sabe que tem a asma ... brônquica, que se agrava não é o fator certamente, mas pode estar se agravando com problemas ... de stress mesmo, sabe, tem criança que chia, ... está stressado, está chiando,</p> <p>... dificuldade escolar, você vai ver, a criança está com dificuldade escolar.</p>	<p>aberto, que levou a sementinha, ela vai crescer, e tem aquele que já vem de base meio fechado e o terreno não é fértil, você joga a sementinha não vai fertilizar de forma algum....</p> <p>... não dá para abordar de forma simplista esta questão, de forma alguma você tem que ter uma análise muito criteriosa, se não fica assim: ah, é o pediatra que não sabe nada. Cuidado, minha recomendação é que você tenha muito cuidado.</p> <p>então são coisas que eu creio que passam muito batido porque, o pessoal, chegou chiando, ... prescreve, aí vai para outro, ninguém vê esta criança como um todo, às vezes o pessoal não tem esse tipo de coisa, ...</p> <p>O problema não é ela, o problema é que o pai é alcoólatra, a mãe é analfabeta, apanha em casa, ou não tem vida nenhuma social E aí na escola lógico que não vai estar rendendo.</p>
--	--	--

<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... bom, se eu já sei que é um caso mais dificultoso, antes de eu encaminhar direto para higiene mental você vai tentar trabalhar e aí a gente vê um sucesso muito grande, principalmente nessas queixas, a dor recorrente...</p> <p>você vai fazer aquilo que eu chamo de uma terapia...</p> <p>O pessoal quer ser rápido e fala sem escutar nada. Acho que o que falta,... falta muita escuta mesmo</p> <p>... solução do problema não muda muito mesmo, porque quando eu digo aos meus residentes, eu digo: olha, esse daqui vai ter que ir para higiene mental...</p>	<p>não deixa de ser, aquilo que eu acho que o pediatra antigo, o médico de antigamente tinha um enorme sucesso, ele tinha tempo para sentar, para conversar, para ver, para entender algo mais do que a queixa do seu paciente.</p> <p>Então no meu modo de entender a medicina tem que ter muito tempo, muita disponibilidade e muito... olhar aberto.</p> <p>A gente como médico perdeu muito a parte... formação humanística mesmo, então a questão... é a arte, é a cultura, quer dizer, ficou tão tecnicista que outras coisas parecem que não existem, e... a gente tem que estar resgatando, o homem não é só uma maquininha...</p> <p>mas assim, ... não que eu ache que a higiene mental vá resolver, porque mágica não existe em medicina e você sabe tão bem quanto...</p>
---	--	---

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 5

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... sempre pregamos a atenção global, a atenção biológica, psicológica e social,</p> <p>... diante da criança, procurando encontrar alguma raiz da parte orgânica, algum problema, mas nunca esquecendo de olhar a parte de equilíbrio que essa criança tem com a sua família, com a sua escola, com o seu grupo de amigos, com a creche, parquinho, etc.</p> <p>... psicologização em relação ao fracasso escolar.</p>	<p>... nós mesmos nos colocávamos diante da criança, pensando nesse complexo, nunca pensar na patologia (...) só, para pensar bem tem que pensar na parte social.</p> <p>A professora pegava a criança indo mal na escola, mau rendimento escolar, e a primeira coisa que fazia era encaminhar para psicóloga. Então ela ficava rotulada desde cedo, quando que a origem dos distúrbios de aprendizagem, mau rendimento escolar é totalmente outra, na maior parte dos casos.</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>Nessa população que a gente atende, eu tenho até dados definidos sobre isso... tem uma porcentagem muito pequena com problemas psiquiátricos ou psicológicos. Psiquiátricos eu diria assim baixíssimo, certo? Psicológicos ...alguns, e muito poucos necessários para encaminhamento.</p> <p>A gente considera que os problemas sócio-econômicos e culturais são os mais prevalentes em nosso meio.</p> <p>O grave é ... eu não precisei mais do que dois minutos para ver aquela menina se comportando em crise na escola e dizer essa criança provavelmente vai precisar de uma atenção especializada, certo? Quer dizer, o grave, ele chega nos olhos da gente. Deve existir, eu acho ... uma faixa que a gente segura com a gente, que talvez beneficiasse mais do que um atendimento especializado. E existe uma faixa que o pediatra toca muito bem...</p> <p>... a gente realmente não que vá dizer que tenha conhecimento profundo sobre isso que realmente não tem, não fomos nem instrumentalizados na faculdade para isso. Aqui em pós graduação fomos um pouco</p>	<p>... vejo que os problemas nessa faixa etária, são de certa forma repetitivos, e muito ... impossíveis de serem resolvidos se não houver um bom entrosamento com a família e com a escola pelo pediatra...</p> <p>Então, tem a sua afetividade, o seu equilíbrio nessas relações, a sua reação nessas relações, a reação dos pais em relação à criança, a relação da escola junto à criança e a própria criança na escola,... acho que uma coisa que nos impulsionou a agir desse jeito, muitas vezes até de uma forma intuitiva, muito mais ligado ao bom senso do que de conhecimento profundo...</p>

	<p>instrumentalizados, tentaram nos instrumentalizar um pouco mais no campo e não deu certo, e existe uma iniciativa própria de cada um de nós, a minha também existe, mas eu confesso para vocês que muito do bom senso e do senso comum acaba sendo usado por todos nós e não só por mim ...</p> <p>... e a linguagem é uma coisa importante também.</p> <p>... primeira coisa que eu gostaria, é que os alunos viessem melhor instrumentalizados para nós em relação à (...) da mente , ...de fases anteriores inclusive..</p> <p>Em relação aos professores (da Faculdade de Medicina), eu acho que eles precisariam ser melhor instrumentalizados, eu acho que os professores precisam estudar, precisam estudar urgente, e falar a mesma língua da gente</p> <p>Eu me sinto uma intrometida na família da criança. Esse diagnóstico aí me faz intrometer mais ainda. E eu não vejo limites, só se desistir, só se desistir</p>	<p>Porque a linguagem (...) é i-na-ce-ssi-vel para o melhor dos pediatras presentes. Nós chegamos a dizer, mas você precisa falar de acordo com o que nós podemos entender, (...). Isso é fundamental, aprender a falar com o pediatra também, a linguagem nós conhecemos, certo?, então a nossa instrumentalização acabou sendo muito deficiente, muito deficiente...</p> <p>E que aqui na pediatria, nós tivéssemos pessoas, que com uma linguagem adequada, conseguisse atingir já o aluno, ...terceiro, ...quarto ano, ...a entender os problemas mais freqüentes que podem acometer a criança, e que devam ser encaminhados, e aqueles que não são tão freqüentes mas que tem o papel do pediatra, bem instrumentalizado ele conseguiria resolver o problema.</p>
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... tem a sua afetividade, o seu equilíbrio nessas relações, a sua reação nessas relações, a reação dos pais em relação à criança, a relação da escola junto à criança e a própria criança na escola, quer dizer, eu sempre me posturei dessa forma, mas eu acho que uma coisa que nos impulsionou a agir desse jeito, muitas vezes até de uma forma intuitiva, muito mais ligado ao bom senso do que de conhecimento profundo...</p> <p>Tentando fazer a atenção global a gente começou a se auto-instrumentalizar e seguramente usar o bom senso e o senso comum a maior parte das vezes. Como pediatra, (...) eu sempre procurei encaminhar antes do aparecimento dos problemas</p> <p>Então nós começamos a ficar muito auto-suficientes, sabe, mas auto-suficientes no seguinte sentido, aqui não dá para dar cobertura. A rede, não</p>	<p>E a gente verifica que quando a gente intervém mexendo com a família, com a criança, com a escola, e nessa faixa etária até incluo creche no meio, porque até segundo ano seria a creche, as coisas que a gente faz antes, depois a pré-escola e a escola. A maior parte dos que surgem são controlados...</p> <p>...qual era a nossa abordagem? Trabalhar a família, conversar com os pais, separados ou juntos, conforme a necessidade, com a própria criança, toda a vez que for preciso, e usávamos de recursos assim os mais diversos possíveis,</p> <p>O pediatra tem que assumir coisas assim, você entende?, E na atenção primária esse que é o grosso das coisas, são coisas que o pediatra, com uma</p>

<p>só não dava como quando dava era muito a desejar, muito a desejar... confesso para você que muitas vezes eu precisei do meu bom senso, (...) procuro caminhar no antes, sempre prevenindo.</p> <p>Ter mais calma, ampliar a história, procurar escutar os pais, procurar escutar a criança, certo? Quer dizer, não rotular imediatamente, não encaminhar imediatamente, a não ser que seja alguma coisa que grite aos olhos da gente (...) Então a gente descobrindo a raiz do problema, com calma, consegue resolver a maior parte desses problemas, certo?</p> <p>...que há respostas imediatas para os problemas e suas respectivas causas e formas terapêuticas, e eu sou consciente de que o psiquiatra ou o psicólogo nunca podem dar uma resposta de imediato. curta e rápida sobre o que fazer com aquela criança...</p> <p>... acho que a instrumentalização do pediatra, que não está bem instrumentalizado nessa parte, já te disse que com o bom senso a gente consegue mesmo gritar e dizer não pode ficar (...) tem que ser encaminhado, mas se existe uma faixa que é a faixa que você quer captar, que fica meio ... descoberto...</p> <p>Aquela faixa que a gente contornou, que eu te digo que talvez se beneficiasse, ... não foi porque não tem psicólogo suficiente, não era o caso de (...) psiquiatra propriamente dito (...), não foi porque a nossa rotina nos consumia a ponto de não aprofundar muitas vezes...</p>	<p>visão global ...tem intenções de amparar afetivamente.</p> <p>Por exemplo, a professora encaminhar uma criança dizendo que é problema, ... que está com problema, o comportamento, e a criança simplesmente estava abafada na sua casa, fazendo trabalhos de casa para mãe, cozinhando, lavando, passando, hã, hã, hã, e quando ela chega aqui ela quer brincar, não quer aprender coisíssima nenhuma. Isso merece um atendimento psiquiátrico? Claro que não.</p> <p>Porque na atenção primária, você precisa atender depressa os clientes. O depressa não quer dizer 10 minutos, as consultas são longas, mas você não pode fazer um interrogatório extremamente extenso... (...) e o investigar do psicólogo, do psiquiatra é um investigar longínquo, não é um investigar imediato. Então na atenção primária, que a gente lida com alunos, um número grande de casos, existe uma rotina para tocar, uma demanda para resolver, não ficava prático, não ficava prático</p> <p>mas precisa uma melhor instrumentalização do próprio pediatra, certo?. E que se houver alguma assessoria (...), mas antes escuta o que nós pretendemos, e o que ela pretende da gente, se não, não dá certo outra vez. E naturalmente iniciativas particulares do próprio pediatra, cuidando dessa parte.</p>
---	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 6

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... tudo isso é permeado eu acho que pela,... pela saúde mental... do... de quem atende e de quem vem na consulta.</p> <p>com entendimento dessas coisas dentro da... da questão da... da saúde mental como um todo, da criança como um todo.</p> <p>... com um grupo que refere que ela está criando o filho dela bem, eu acho que é a chave para saúde mental... ela está contente... e fica contente com o filho dela.</p>	<p>... eu, eu não tenho dúvida que eu acho que onde você mais faz saúde mental é na pediatria.</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... depende muito de indivíduo para indivíduo, eu acho que tem gente que n... que devia parar a residência... na hora aqui de pediatria... essa... é... é uma coisa... que tem que ter algum tipo de avaliação, tem gente que não agüenta, não gosta, não dá... como em todas as áreas,... e travestido muito na questão técnica, o cara é ótimo, sabe para caramba..., meu Deus, mas ele morre de medo de... de uma mãe que não consegue aleitar, ou de uma mãe que está deprimida...</p> <p>... médico não topa para isso, tem muita gente... é muito assustado... então... a gente não está preparado, a gente inventa com uma onipotência danada e daí toma um monte de medicamento na cabeça... aí sabe, (...) ... tem, tem que se haver com coisa que você não vai dar conta... então todo dia você mexe com... é um remexer de baú contínuo</p> <p>... se ele consegue, se ele tem um instrumental psíquico para estar percebendo o que se passa, o que está se... o que se passou... (...) subjetivo que permeou aquela consulta, o quanto ele foi... ele teve ouvidos, ele ficou su... ensurdecido com aquilo que a mãe disse... (...) depende muito da formação que você teve, não é uma coisa tão simples de você puxar..., depende muito da formação que você teve, muito mesmo, sempre...</p>	<p>O quanto existe de rigidez no médico, a di... da dificuldade de estar percebendo isso... isso aí não é informação, eu acho que isso é formação... isso permeado pela saúde mental... pelo universo da saúde mental. Todo, é... eu acho que em toda consulta de pediatria, é... a nossa escola ensinou é... uma, uma... cultura muito médica, muito medicalizada, a... é muito simples catar uma receita e escrever... de que forma que o indivíduo lida com as perguntas que a mãe traz, ou que a... a... ou com a... ou com aquilo que ela não pergunta, o quanto ele faz aparecer a queixa, o quanto ele vai na busca ativa.</p> <p>... é... primeiro estar chamar a atenção para esse tipo de coisa... não ficar... não tomar o indivíduo tão hipócrita..... as residências médicas têm muito pouca preocupação com o subjetivo, com o... achar que o indivíduo suporta... aquele tipo de... de, de profissão que ele tá escolhendo.</p>

<p>... eu não acho basta aprender... tem vezes que você pode... tem vezes que... porque... veja... a... o... a... hora que se trabalha com essa área aí, n... não... adianta... se não é intermediado com esteto, (...)... é uma coisa muito subjetiva... a única coisa que... que..., que te permite escutar ou não escutar uma coisa, é... de como você é, de como a sua cabeça, de como valoriza aquilo lá... entendeu... que tipo de... qual teu tipo de formação...</p> <p>O pessoal da mental, (...) do jeito que eles falam, os psico... afins... as psicanálises que eles falam para, para médico a... para médico com formação em pediatria,.. para pediatra, é aversivo assim... mudou muito, hein, vem melhorando muito.</p> <p>... primeiro de tudo... o que a gente encontra... problema de alimentação... muitos, muitos..., depressão pós-parto, muita..., depressão pós-parto adoidado... criança com muita dor... às pencas... distúrbio de sono em seguida, é a mesma criança, assim, uma teia, distúrbio de sono muito, muito... dis... é... distúrbio de, de linguagem... a criança... aí vai entrando pela questão da... a ques... a questão da... da... e a coisa de todas, todas essas coisas, só vão mudando a área da mesma criança...</p> <p>... cólica (...), crescimento, , é... a partir do primeiro ano de vida, hora que a criança começa a andar, a criança é infeliz... a criança que chora, chora, chora, chora...</p> <p>... distúrbios de linguagem muito assim...</p> <p>... acho que tem muita depressão, ...eu acho que tem... distúrbio da sociabilidade muito grave...</p> <p>... rendimento escolar é... é... deixa muito a desejar, você vai ver isso aí... tem</p>	<p>... a informação você pode estar obtendo em qualquer lugar, a formação... tem muito a ver no trabalho no cotidiano que você faz, então é... o quanto que uma queixa, aparentemente objetiva, tem um contexto subjetivo...</p> <p>... porque os residentes chegavam aqui e cuspiam os textos... eles odiavam... que esse cara isso... a criança expressa o desejo na terra, que loucura é esta, entendeu</p> <p>... e a questão de que tipo de maternagem é oferecida para essa criança..., que tipo de cuidador que tem essa criança, que tipo de dinâmica que tem na família</p> <p>... por uma dificuldade de estar vivenciando a... a angústia de separação grande da mãe...</p> <p>... é... eu tenho um trabalho numas creches assim... hoje não existe... a... eu sempre brinco assim, que a desnutrição maior que existe é da falta de estimulação de linguagem..., primeiro que não escuta direito, e depois porque não é estimulada... e na verdade... não tem nem diálogo... de dia vê pouco pai e mãe, e de noite... escuta televisão... ninguém lê historinha para eles...</p> <p>... você vê a constituição das famílias, a população das famílias nessa área...</p>
--	---

	<p>muita criança que não consegue parar... não é porque é hiperativo, é porque é ansioso mesmo,... tem muita criança que... não sabe o que tem que fazer... que a época do limite passou... então... mete a mão pelos pés... então... tem muita criança fóbica,... criança com... com... a criança... o... o provocador... sabe que... chama porrada...</p>	
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... eu acho que você está fazendo higiene mental, saúde mental... porque você vê que se ele tem ou não tem o olhar, se ele consegue, se ele tem um instrumental psíquico para estar percebendo o que se passa, o que está se... o que se passou... (...) o que permeou aquela consulta, o quanto ele foi... ele teve ouvidos, ele ficou su... ensurdecido com aquilo que a mãe disse...</p> <p>... a gente quando as crianças param de ficar doentes, eu acho que, de um modo geral o pediatra manda as crianças embora.</p> <p>Infelizmente a gente não tem nenhum recurso técnico, primeira coisa,... a gente torce... para num... a gente pede algumas, algumas ajudas... formalmente não tem nenhum lugar para gente mandar... a gente... eu... encaminhado muito para essa mãe, pode ir para (...)... encaminhado muito...</p> <p>... a mãe estava muito deprimida, felizmente... porque a gente tem assessoria da mental aqui em cima... de criança não tem, ...então, se for o caso a gente pede uma vaga no AGER, para cair dentro da saúde mental, no instituto... essa, essas são as vias nesse lugar, infelizmente...</p> <p>... tem que se trabalhar na formação do pessoal, para estar ensinando esse tipo de coisa... com contexto voltado para pediatra. Não querer adaptar o que é para psiquiatra para pediatra, porque não tem nada que ver... estar levando em consideração que está lidando com o médico... o médico e o psico afins é difícil... e eu acho que tem que ter um serviço de referência e contra-referência que funcione ou de supervisão, é... é... é falho, a gente é manco aqui, não só aqui...</p>	<p>que não sabe o que fazer com elas... mas tem coisa para fazer..., tem a vigilância para chegar a ser um escolar.</p> <p>... eu trabalharia melhor a questão da formação e da informação do pessoal da área em todos os níveis, nível técnico, nível, nível... das mães...</p>

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 7

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... quando você começou a falar de saúde mental, a primeira coisa que me ocorreu foi ... as doenças mentais.</p> <p>... é aquilo que a gente chama de ambiente emocional, é mais do que doença mental, não sei o que ... saúde mental é ... então é a família, ... é ambiente geralmente muito desestruturado também, a criança acaba refletindo de alguma forma,...</p>	<p>Depois eu achei que, se é para pediatra, acho que,... não sei se é isso que você está procurando ou se é mais o que a gente coloca como problemas de comportamento, como dificuldades de relacionamento, aí mais um sofrimento mental, se quiser chamar assim...</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>Se for doença mental mesmo, aí realmente a gente ... eu pelo menos, acho que não consigo fazer algum diagnóstico.</p> <p>... essa queixa de hiperatividade é uma queixa que as mães vem contando freqüentemente, e normalmente, eu sou meio difícil de aceitar esse diagnóstico de hiperatividade...</p> <p>... é uma coisa que a gente vê muito, quando a gente sente algum problema na área de comportamento da criança, pode procurar na família, a gente procura mesmo, e a coisa é mais ampla, é um pouco por aí...</p> <p>Se a gente for pensar outros sintomas que alertam a gente, aquelas crianças com comportamentos muito diferentes do que a gente espera para idade ...</p> <p>... é a criança sem limite, esse talvez seja o problema mais freqüente.</p> <p>... dificuldades escolares de modo geral também são bastante freqüentes...</p>	<p>O quê que a gente percebe? Alterações de comportamento e de relacionamento das crianças ... Fiquei perdida ...</p> <p>... sempre eu acabo achando que a criança tem um ambiente limitado, muita coisa não pode, por isso que ela acaba se tornando hiperativa e tal.</p> <p>Outro dia tinha uma de 5 anos, ... 4, quase 5, ... muito difícil de ser examinada, escorrega, se esconde embaixo da mesa, então aquela criança que a mãe não consegue colocar limite nenhum nela, ... essa também chama a atenção. Outra, é uma criança quieta, retraída demais, que quase não te olha, ela até é passiva, deixa, você examina fácil, mas ela quase não faz contato com você, tá, tá muito difícil, não brinca, não aceita, esse contato ...</p> <p>E aí se manifesta de várias formas, então desde algumas crianças com dificuldades de desmame...</p> <p>Quando você fala saúde mental você tá pensando a área emocional como um</p>

	<p>... eu fiquei na maior dúvida, quer dizer, (...) se era de um autismo, apareceu até a própria creche comentou e me perguntou se era. Sou incapaz de fazer um diagnóstico desse, ... num bebê? Não sei, essa é uma dificuldade, falta talvez uma formação melhor nessa área, então encaminhei. Isso que a gente sente, que a gente não tem instrumentos para lidar com isso, então ... isso é uma coisa...</p>	<p>todo ou não...</p> <p>Mesmo esse menino que eu estava te falando, de 9 anos, eu não tenho assim uma certeza de escrever que ele é um menino hiperativo. Não sei. Não sei se é só resultado aí do ambiente, também hoje não deu nem para aprofundar, mas nem que eu conseguisse ter o tempo todo que eu preciso, falta talvez algum instrumento melhor, uma formação melhor para eu definir os casos, isso a gente não consegue, eu não consigo.</p>
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>O que a gente sente falta é de estar discutindo com pessoas da área mesmo de mental para entender melhor os casos, para poder sistematizar melhor, então como a gente não tem esse contato, fica muito por conta de cada um, e a gente encaminha com ... não, não sei se é com tanta frequência, talvez não, às vezes a gente até segura um pouco, tenta trabalhar, mas a gente acaba encaminhando, ... na hora que você fica meio perdida, não sabe onde ir, então você encaminha.</p> <p>É isso que eu estava te falando, se tivesse alguém para gente discutir os casos eu acho que ajuda, porque na hora que você discute eu acho que sempre você acaba entendendo esse caso, aí o próximo fica um pouco mais fácil de você lidar, então ... acho que disso ... se a gente tivesse aqui o pessoal da área de mental, atendendo também crianças, ou discutindo os casos com a gente, mesmo que não atendesse diretamente, isso facilitaria muito.</p> <p><i>(Dificuldades)</i> Até mais ou menos de como abordar, ... por onde ir, ... o que mais investigar, ... como a gente pode atuar um pouco antes de estar encaminhando tudo, porque às vezes tem coisas que a gente poderia ...</p> <p>... vê que a coisa é mais grave, que é mais complicada, e que você não vai dar conta, e você então quer fazer um encaminhamento ... Muitas vezes eles são resistentes, mas porque?</p>	<p>É a saída que a gente tem, só que os encaminhamentos fora, geralmente você não tem muito para onde encaminhar, ou então o tempo de espera é muito grande, e a mãe volta e diz: Ah, tem que ficar na fila de espera, não sei o quê, ... então ela ... dificilmente a gente tem um retorno (...) seguimento, com psiquiatra, psicólogo, coisa assim. Então é difícil...</p> <p>Ou então, nesse caso, por exemplo de autismo, se eu tivesse algum instrumento que me dissesse: Olha suspeito quando, isso, isso, isso, ... aí também facilita. ... A falta de formação, de não saber assim alguns parâmetros mais confiáveis, mais sistematizados.</p> <p>Um suporte um pouquinho melhor.</p> <p>Eles acham que o problema é a criança, (...) é tudo a criança. Então você tem que resolver uma enurese, então ela faz xixi de noite porque quer, e quer que você dê um jeito naquilo ali sem mexer muito com a dinâmica da família. Daí quando você coloca que precisa de um psicólogo, aí o problema já deixou de ser só da criança, ou então (...), que o remédio resolva, que dê conta, e isso nós não temos, ou pelo menos a gente não usa. ... fica muito difícil, porque, aí</p>

	<p>Isso, ... eu acho que falta formação nossa, lidar com isso, ... e muitas vezes aparecem problemas não sei, ... não vou nem chamar assim de doença mental, nem saúde mental, mas são problemas, digamos nessa área emocional (...)... ou problemas de comportamento (...), e aí é que eu não vou saber nem por onde começar, ... então às vezes alterações de sono, alteração ... se a chupeta vai ficar muito tempo ... não consegue tirar, então quando são coisas assim, eu tenho um pouco de dificuldade de lidar com isso, então às vezes eu realmente não sei o que fazer. Criança que acorda de noite, que é uma queixa freqüente, não estou dizendo que ela tem um problema mental, mas são ... nessa área ... e aí eu já fico sem saber o que eu faço. Então, se ela tem várias outras coisas onde eu consigo identificar algum problema, tudo bem, agora, quando são problemas isolados, aí eu fico muito mais perdida. ... Aí falta mesmo bagagem para trabalhar isso. ...</p>	<p>vem um monte de problemas, desde ... alguns reais, que não tem para onde ir, outros ... de quem vai levar, ... ou é longe, ... ou ... eu trabalho, não posso, ...e mil coisas. E geralmente elas são resistentes...</p>
--	---	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 8

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... em dúvida a pediatria é desenvolvimento ...crescimento e desenvolvimento sendo provavelmente o futuro da pediatria,</p> <p>Seria uma referência para a atenção integral à saúde da criança</p> <p>...uma herança do Pedro de Alcântara, ... de certa forma ele que é o responsável... por ter formado toda uma geração de pessoas que tivesse preocupação com a questão da interferência do emocional no orgânico</p> <p>e a questão da importância do, ... na verdade, do ... de certa forma do ambiente de vida, na verdade é tudo, quer dizer, desde, ... tanto físico quanto no ambiente afetivo interferindo naquela avaliação que deveria fazer na criança no dia a dia.</p>	<p>ou seja, fala-se tanto em atenção integral, quando na verdade ela não é tão integral assim, porque integral no sentido da medicina orgânica, porque todos os programas, eles privilegiam, então você pega a atenção integral às doenças prevalentes na infância, você tem lá a diarreia, você tem as doenças respiratórias da infância, tem as doenças nutricionais (...), como focos principais da discussão, então a repercussão disso sobre a saúde global do indivíduo, inclusive na saúde mental, isso em nenhum momento é abordado, quer dizer, até porque normalmente quem elabora as estratégias de saúde não consegue enxergar a necessidade de você ter um foco adicional, (...) sempre vai ter uma repercussão em sua saúde mental...</p> <p>Acho que são todos decorrentes ... seguramente essa população acaba vivendo em condições piores em média, não dá para generalizar para todos, é claro, ... do que aquelas que não vivem em favela. Então está muito associado à privação social, então a privação econômica, a privação do lazer</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... toda a formação do médico é voltada realmente para atender o orgânico,</p> <p>a gente observa mais recentemente o surgimento de grupos que se</p>	<p>quer dizer, se coloca até a questão da culpa e da responsabilidade do médico, no sentido de que ele não pode falhar em estar detectando problemas orgânicos, seja a nível de prevenção ou seja a nível de diagnóstico precoce e de certa forma você acaba diminuindo essa responsabilidade no sentido da questão do desenvolvimento, e da manutenção da saúde do indivíduo como um todo, inclusive nos aspectos de saúde mental...</p> <p>quer dizer, você precisa ter a criação de um grupo especialmente voltado para</p>

	<p>preocupem com a questão do desenvolvimento, mas eu acho que estão se formando grupos, isso já de certa forma denuncia que de certa forma a imensa maioria dos serviços não está preparada para fazer isso,</p> <p>a nossa expectativa que seria nos ajudar a ter um instrumental de trabalhar a questão principalmente da prevenção que é muito importante em termos de atenção primária, a gente acabou não tendo</p> <p><i>(problemas de saúde mental)</i> um deles é às vezes você não ter alguém que seja exatamente responsável pelos cuidados da criança. A criança precisa ter o seu protetor... a ausência dessa pessoa ou a dúvida da existência dessa pessoa seria o fato mais freqüente.</p> <p>seria o desenvolvimento escolar, porque seguramente só consegue ter atendimento escolar satisfatório uma criança que tenha suas necessidades afetivas e físicas atendidas</p> <p>deveria ter bagagem tanto, principalmente a nível de formação, porque se você não tem uma formação adequada, como é que você vai ensinar, não é só ensinar, se você não tem o instrumental adequado como é que você vai estar estruturando uma ação de saúde (...) você. vai falhar ou pecar por omissão...</p>	<p>o desenvolvimento ou para saúde mental, porque de certa forma há uma deficiência do serviço básico, ... isso está fora da rotina, isso, da sua unidade ... da sua unidade, problemas que de certa forma já deveriam ser uma atribuição fixa dela enquanto equipe, deveria ser uma finalidade já definida para todas unidades básicas de saúde</p> <p>(...) não entrando em sintonia com a digamos assim, com a forma de trabalhar da ... do setor agora de psicanálise do Instituto da Criança com a nossa necessidade que seria a questão da prevenção.</p> <p>...não conhece exatamente uma coisa não dá para dizer nada, nem que é mais fácil nem que é mais difícil, talvez fosse tão ... não digo tão fácil, mas tão natural quanto você analisar o crescimento, se você tivesse, veja sua graduação, o peso adequado, está certo, acho que tem que, acho que uma coisa nem pode ser maior ou menor, mas acho que ela tem que ter o peso adequado para que você possa interferir positivamente na vida daquela pessoa. Então não sei dizer ... sei dizer que existe uma deficiência, o quanto é deficiente realmente não sei dizer.</p>
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>a gente observa mais recentemente o surgimento de grupos que se preocupem com a questão do desenvolvimento</p> <p>Então algumas tentativas que foram feitas de integração mais recentemente não deram certo e a nossa expectativa que seria nos ajudar a ter um instrumental de trabalhar a questão principalmente da prevenção que é muito</p>	<p>... precisa ter a criação de um grupo especialmente voltado para o desenvolvimento ou para saúde mental, porque de certa forma há uma deficiência do serviço básico...</p> <p>... trabalhava muito com a questão da profilaxia, e agora a questão é mais psicanálise, trabalhava com a questão de tratamento mesmo da criança que tenha distúrbio, não é só prevenção.</p>

	<p>importante em termos de atenção primária, a gente acabou não tendo...</p> <p>... a gente não tem, dentro do próprio serviço condições de estar tendo um resolatividade dos casos observados e até de um apoio em termos de psicoprofilaxia,</p> <p>a gente acaba ou atendendo mal, certo, determinados casos que precisam digamos assim da sua experiência profissional até para orientar adequadamente alunos de graduação ou residência ou então fazendo encaminhamentos excessivos</p> <p>Outra coisa que sente falta é que a gente acaba não tendo profissionais, uma equipe multiprofissional.</p> <p>quando a gente pensa em saúde mental acho que a gente pensa muito em quanto você não sabe lidar com esse tipo de problema.</p> <p>Então a saúde escolar tem esse aspecto, existe até um certo preconceito às vezes de estar atuando nessa área, porque o pediatra acaba às vezes se achando menos responsável...</p>	<p>porque a saúde mental é um serviço que exclusivamente atende adultos, não é? Eventualmente o que é feito dentro da unidade seria o apoio para ver se a criança precisa ou não ser matriculada em classe especial. Eu acho que é a única possibilidade de avaliação interna do serviço,</p> <p>porque eu acho que problemas prevalentes numa determinada comunidade como a que demanda o centro de saúde escola, eles podem ser prevalentes porque você não fez uma estratégia de prevenção adequada, até realmente por ignorância da equipe que está no serviço, ou então mesmo diagnóstico precoce e abordagem inicial, se você não tem essa formação (...) você acaba também não fazendo esse pedaço, quer dizer, você acaba falhando na prevenção, na detecção e diagnóstico precoce e abordagem inicial, quer dizer, a resolatividade em nível de saúde mental acaba sendo pequena.</p> <p>... quer dizer, para a abordagem de atenção primária acaba sendo fundamental. Uma coisa que vai sendo discutida (...) era que na verdade você precisaria ter outros profissionais trabalhando na atenção primária para você melhorar a qualidade de atendimento global.</p> <p>... precisaria ter um assistente social (...), precisaria ter sem dúvida um psicólogo na unidade básica de saúde para, até para você ter um dimensionamento adequado do que é o papel do médico, o que é o papel do psicólogo, o que é o papel do enfermeiro dentro da saúde mental,, porque é impossível que um único profissional consiga fazer a profilaxia, o diagnóstico precoce de problemas referenciais a essa área, se deveria instrumentalizar a equipe como um todo para que você tivesse um sucesso maior no na abordagem desses problemas.</p>
--	--	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 9

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>... sempre eu penso em duas vertentes, principalmente, a psicoprofilaxia, que realmente dá suporte às mães ou aos cuidadores da criança, para que ela tenha um ambiente saudável, em que ela tenha uma atenção necessária para um desenvolvimento ... saudável, ...sem grandes transtornos, ...eu não gosto da palavra transtornos ... penso e ... num diagnóstico precoce de distúrbios de comportamento, para que, ou através da atenção básica, ou através de uma atenção especializada, buscar os recursos que essa criança necessita, para superar esses distúrbios, ... para uma correção, ... e direção. A atenção primária eu penso em psicoprofilaxia e diagnóstico precoce de distúrbios de conduta.</p>	<p>... (<i>distúrbio de comportamento, de conduta</i>) eu não sei, para mim é muito intuitivo, eu não tenho conhecimento assim, claro, sobre o significado de um ou do outro, muitas vezes ele acaba usando como sinônimos, quando na verdade não são. Acabam sendo muito como sinônimos, quando a criança apresenta um comportamento que chama a atenção (...) comportamentos que fogem do esperado para sua faixa, ou da expressão do seu sentimento às vezes estão exacerbados ou pouco demonstrados, de tal forma que mostra que tem ali alguma questão que precisa ser revista.</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>...vou tentar dividir por faixa etária, que talvez fique mais fácil. No lactente, acho que o problema maior que a gente encontra atualmente é a criança ... a falta de uma relação afetiva mais forte, as crianças (...) demonstrando uma certa... isolamento afetivo ... do ponto de vista afetivo, ... um certo isolamento afetivo que as crianças acabam sofrendo, ...o lactente... falta de estimulação mesmo, também, principalmente nessas crianças que ficam em creches, a gente observa muito por aqui.</p> <p>Depois, o outro distúrbio que a gente vai encontrar, depois, em seguida vão ser as crianças desadaptadas socialmente, as crianças que vão para os seus grupos, não se adaptam ou ficam excessivamente introvertidas, ou excessivamente agressivas, mostrando dificuldade. Eu acho que mais tarde, no escolar, com seus distúrbios de aprendizagem...</p> <p>... eu acho que a gente não tem uma formação.</p>	<p>Eu vejo até pela carga horária, se v. pegar programa de quarto ou de quinto ano, ..., que onde a gente trabalha atenção básica. Ela é inteiramente voltada para a doença. Existe uma dificuldade muito grande de se ensinar o crescimento normal, o desenvolvimento normal, a ... uma dificuldade muito grande de se ensinar psicoprofilaxia ... de ambiente saudável, de casa saudável, de família saudável. São assuntos, ... se v. pegar o programa de graduação v. vai ter 1 hora, ...ou 2 horas ... relacionadas ao normal, e a partir daí v. começa com, ou prevenção de doença, ou diagnóstico precoce de</p>

	<p>A linguagem eu acho que atrapalha, ...</p> <p>os pediatras atualmente, tem um lapso na sua formação. E a meu ver eles fazem muito pouco na área psi porque não sabem fazer... por não saber ... não faço aquilo que eu não sei, ... então não faço, ... e que nós estamos qualificando isso. Os atuais, ... o grupo que está ... os profissionais atualmente não fazem, porque não conhecem. Só que nós continuamos formando profissionais que não conhecem. Nós não tomamos a iniciativa mas tem que ser, ... olha, vamos ter que introduzir esse ensino para que os profissionais futuros saibam, e por saber, vão exercer, ...vão executar também.</p> <p>...porque não existe o instrumental. Quando você não tem definido o instrumental, não tem definido o que é adequado e o que é inadequado. Não existe essa definição em lugar nenhum, portanto, acho que cada um está usando seus critérios próprios. É diferente, por exemplo, imunização, ...existe um calendário oficial, quem está dentro daquele calendário está correto, quem está fora, estará incorreto. A mesma coisa para nutrição, a mesma coisa para ...</p>	<p>doença, mas é um conteúdo programático sempre voltado para doença. Eu acho que a estrutura curricular ela está montada, ... voltada para doença.</p> <p>... ela teria que ser, ... não a linguagem técnica, porque também o pediatra acaba tendo a sua linguagem técnica, mas ela ... para ser ensinada na graduação ela teria que ser traduzida para uma linguagem ... menos técnica. Hoje mesmo eu discuti um caso aqui, (...)... na hora da gente discutir o caso, os próprios alunos e eu, a dificuldade, porque ninguém tinha palavreado adequado para conversar sobre esse assunto...</p> <p>...nunca conseguimos que esta aula fosse dada de uma forma que os alunos compreendessem. A linguagem que a própria equipe(...) sempre eram mal ... este conteúdo sempre foi muito mal avaliado, porque os alunos não entendiam, e ao não entender, ridicularizavam os assuntos que eram tratados. Então eu não sei, ... como nós não conseguimos encontrar a fórmula correta de ensinar esse conteúdo...</p>
<p>AÇÃO DOS</p>	<p>... acho que o pediatra tem uma atuação mais clara na psicoprofilaxia, realmente se antecipando aos problemas, e mostrando, e discutindo com a</p>	<p>Qual é o estilo de vida dessa família, qual é a relação dessa mãe, quais são os problemas que estão eventualmente surgindo no seio dessa família, ou que</p>

<p>PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>familia ou com as creches.</p> <p>Então na hora da detecção ... ver que isso está acontecendo, ir atrás de qual é o estilo de vida Mas além disso, buscando um auxílio especializado na área, e o que eu chamo de auxílio especializado, ... como você está, trabalhando com creches ou com escolas, buscando mesmo os profissionais que podem estar acolhendo as creches ou escolas para resolver estas questões. E quando se trata da família, buscar dentro do recurso do sistema de saúde, quais são os profissionais que podem apoiar essa família para resolver essas questões.</p> <p>Você tem uma carência dos serviços, que possam te apoiar. Então, muitas vezes você não encaminha porque você não tem para onde encaminhar.</p> <p>Acho que você tem, dentre os pediatras dificuldade para diagnosticar, porque ele não tem formação, e o pouco que ele consegue diagnosticar ele tem dificuldade para encaminhar, porque v. não tem serviços disponíveis para dar suporte</p>	<p>problemas essa criança está atravessando na creche, que tipo de creche ela está frequentando.</p> <p>Eu acho que realmente na hora que os distúrbios já estão instalados você acaba tendo que buscar ajuda. O pediatra, a meu ver, seria muito mais ... uma pessoa que mais rapidamente consegue ver o problema, que está acontecendo, ... mas acho que o seu nível de atuação acaba ficando mais restrito quando o distúrbio já está instalado. Ele vai precisar dos recursos de mais alguém, dentro desse sistema, ou do sistema educacional ou do sistema de saúde, ... para ajudá-lo.</p> <p>muitas vezes não dispõe dos serviços e recursos, então você. identifica, essa criança precisaria de um encaminhamento, e busca, e você não encontra, e você fica lidando com o problema, ou, ... lidando com o problema muito mal dentro do seu dia a dia, ou v. passa a ignorar o problema, você fala: bom, para isto eu não tenho uma solução e eu não tenho um sistema que acolha esse problema. E isto é uma questão terrível para nós. Se você hoje aqui identificar uma criança que você acha que precisa de um apoio ... psicológico, ou precisa de uma avaliação especializada nessa área, você não tem para onde encaminhar</p>
--	---	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 10

UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
<p>CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>O que me vem à cabeça quando se fala em saúde mental (...) a gente encontra, de desvios de comportamento, nas alterações que existem dentro do comportamento da criança, (...), que causam uma certa apreensão</p> <p>Então eu vejo assim, uma área que eu acho que é muito fruto do ambiente em que a criança vive, sem dúvida alguma, eu sempre defendi essa... acredito mesmo no fato da criança ser fruto do ambiente que ela vive, e conseqüentemente muito dos desvios, dos comportamentos, enfim, das alterações que ela tem ocorrem em função dessa variação do ambiente.</p> <p>O pediatra, eu acho que ele tem que ver a criança como um todo, ... não só do ponto de vista físico e tal...</p>	<p>Há necessidade muitas vezes de você interpretar ou procurar esclarecer o que é normal ou esperado, dentro do desenvolvimento da criança.</p>
<p>RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>Eu acho que muitas vezes passa despercebido alguns aspectos.</p> <p>Eu acho que existe o indivíduo às vezes especialista na moléstia, por assim dizer, ele às vezes vê o aspecto bem organizado da doença ou da especialidade à qual ele tem o atendimento, seja um atendimento emergencial, seja a característica da causa da solicitação do atendimento, mas muitas vezes ele não aborda, tem uma certa, ...um certo constrangimento de dizer ...</p> <p>acho que o pediatra tem que ser um sensor geral. Ele tem que estar aberto e</p>	<p>...depende um pouco da atenção que o residente dá ao caso.</p> <p>No segundo semestre o pessoal já vem de enfermaria, ... UTI, ... berçário, e tal, do próprio pronto socorro, então ele já vem com uma conotação assistencial de intervenção, de tentar resolver o problema doença ...</p> <p>... não que piora, ... muda, ... muda o enfoque sabe, você tem que puxar às vezes o cara para realidade, às vezes, ... exemplificando, ... vamos supor, vamos pegar uma patologia que possa ter um efeito psicossomático de influência, na asma, por exemplo, o asmático no primeiro semestre, acho que você pode até colocar todos os fatores etiológicos da asma, até comportam um aspecto psicossomático, da dinâmica familiar... às vezes pode desencadear até uma asma... no segundo semestre às vezes esquece desse detalhe, eles imaginam muito mais o asmático como broncoespasmo com o seu corticóide, com o seu ou betabloqueador, enfim, toda a interferência medicamentosa e muitas vezes esquece, porque ele vem de uma área eminentemente assistencial a nível de unidade de internação, de pronto socorro.</p> <p>porque quando você tem tempo e tem o vínculo terapêutico e tudo o mais,</p>

	<p>... claro... e alerta... para detectar tudo isso, tem que saber de uma certa forma, interferir da melhor forma possível, é difícil...</p> <p>Eu acho, para mim especificamente, talvez uma linguagem que eu possa não entender ... mas não sinto tanta dificuldade não.</p> <p>...agressividade sem dúvida, acho que isso é uma coisa bem nítida... alterações do próprio comportamento a nível de escola, a nível de aprendizado, e não vamos colocar... (...) a própria anorexia é importante também, dependendo da faixa etária A enurese como um fator importante, mas não é tanto também, ... engraçado, (...) tem obstipação intestinal...</p>	<p>efetivamente você detecta muita coisa, você dá abertura e é aquela velha história, muitas vezes a queixa da mãe efetivamente é uma queixa que parece não estar relacionada, e você não vê a causa, mas o negócio está dentro da área comportamental...</p>
<p>AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA</p>	<p>Então você se depara com contexto social, no qual você não pode intervir, você pode amenizar, mas é um amenizar muito pouco.</p> <p>O pediatra é meio maluco num aspecto, o pediatra é um especialista geral, porque teoricamente ele sabe tudo, ele fala de qualquer especialidade. Superficialmente, mas ele tem noção (...) e obviamente ele dá atendimento psiquiátrico, ele é psicólogo, ele não tem treinamento para agüentar a barra do negócio</p> <p>..cria o vínculo terapêutico, eles se abrem muito mais, e aí você fica muito mais exposto à essa realidade, e ele é mais confiante, ele conta mais, aí afloram as queixas, ... as angústias que tem, muitas vezes da ... até do próprio ... responsáveis, vamos colocar assim, ... e aí você passa a compreender a criança dentro do contexto</p>	<p>O que você vai falar, é aquela criança agitada, (...) da família, porque ela não sabe quem é o pai, muitas vezes, a mãe não está nem aí, (...) ela está inserida dentro de um contexto de violência, dentro de um contexto de uma condição de habitação precária, quer dizer, ela sofre tanto nesse meio, que ela vai ter determinadas manifestações que depois você fala: bom, e aí? Como é que você vai mudar isso? O quê que a gente vai fazer? (...), nós vamos distribuir alimento e nós vamos distribuir o quê? São coisas que não podem ser dadas. (...). Não tem receita que seja dada.</p> <p>É diferente de você falar de terapia de apoio para suportar as coisa que são jogadas em cima, ele não tem acho que esse treinamento todo, ele já viu, uma noção, uma coisa, e às vezes você recorre a quem?</p>

	<p>Tem às vezes que dá medo, eu acho, se você começar cavocar esse negócio você vai mexer em estruturas que podem abalar a base da pessoa, e aí, o quê que v. faz?</p> <p>... quando você. fala assim: olha, vou encaminhar você para um profissional da área de saúde mental, vamos colocar (como se diz, ... genérico?), a gente vai... psicólogo, psiquiatra, até bonito, até dá status, imagina, fazer terapia, qualquer coisa mas há anos atrás era o contrário, você falava... vou mandar para o psiquiatra, coisa de louco, não quer nem saber, e existe muitas vezes o receio também da própria família de se aprofundar nessas questões que você pode detectar, que sabe lá o que vai encontrar lá embaixo...</p> <p>... mas você não sabe nem o que tem do outro lado do túnel, a pessoa que vai atender ... dá um certo receio. E eu tenho muito medo nessa área, tipo de encaminhamento... o tipo de abordagem... o que eles vão fazer... você está entendendo...é uma coisa ... fica um vazio, é um túnel sem fim, sabe...</p> <p>acho que a proximidade do profissional, e uma interface, um diálogo é que facilita isso.</p>	<p>e esse é outro problema que eu acho que também reflete, porque quando você encaminhar alguém para algum lugar, não vou... também ensinar o cara a ir para Santos... tem que mostrar o caminho, no início, até para confiança dele (...), ele tem que saber o caminho, tem que saber a estrada, e você tem que ter uma certa ciência também de segurança.</p> <p>Tem às vezes que dá medo, eu acho, se você começar cavocar esse negócio você vai mexer em estruturas que podem abalar a base da pessoa, e aí, o quê que você faz?</p> <p>Aqui, por exemplo, no centro de saúde, pelo fato da gente ter um serviço de fono aqui do lado, que faz alguns testes audiométricos, audiometria e tudo o mais, comparado a outros locais, a gente tem uma facilidade muito grande (...) de fazer essa avaliação, então ao nível de fono(...) você está mais atento a esse tipo de problema, pela facilidade de recurso que está ao lado.</p>
--	---	--

MAPA DE VERBALIZAÇÕES, EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO – ENTREVISTA 11		
UNIDADES TEMÁTICAS	VERBALIZAÇÕES	EXPLICAÇÕES E ATRIBUIÇÕES DE SIGNIFICADO
CONCEPÇÃO DE PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	...um plano geral da criança, quer dizer, vendo a criança não só como nosso paciente aqui, mas como vivendo fora, vivendo... dentro da... da... da casa, dentro da família, e aí, sem dúvida alguma, entram todas as... os problemas, que a gente pode estar relacionando em termos de saúde mental.	...contexto dela familiar, toda relação familiar, a relação dela com, com o ambiente é... pode estar influenciando na, na... no problema que ela está apresentando, então a gente procura ter um enfoque desse tipo.
RECONHECIMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	<p>... eu sou partidária - toda vez que você procura, você acha (...) acho que tem... tem bastante.</p> <p>... crianças assim menores, ã... a gente, ã... às vezes tem aquelas crianças extremamente difíceis de você ã... trabalhar.</p> <p>... acaba tendo assim muito problema de criança com dificuldade com relacionamento familiar, é... é... conturbado, e a criança apresentando dificuldade escolar... repetência, é... não adequação...</p> <p>... cursos de medicina, dificilmente se... se faz qualquer tipo de abordagem, quer dizer, a... uma abordagem que é dada dentro do curso ela é muito... é... restrita à patologia já específica.</p>	<p>... eu acho que talvez aqueles que... a gente coloca como sadio, talvez às vezes a gente não conseguiu detalhar direito ou não chegou num... num... num... a... a discutir alguns pontos...</p> <p>... a parte da relação familiar, da relação... de pais separados e que você acaba tendo umas crianças muito difíceis de... controle.</p>
AÇÃO DOS PEDIATRAS FRENTE AOS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA	<p>... digamos assim uma triagem e a maior parte desses casos a gente acaba fazendo acompanhamento e descobrindo realmente que... a dinâmica familiar é bastante... é... alterada e que... a gente procura estar conversando um pouquinho com a... com a... com a mãe, até antes de estar encaminhando, para ver se às vezes é um caso que precisa encaminhar ou não.</p> <p>... alguns problemas desse tipo a gente acaba tendo dificuldades para, para... abordar,... e... e.. que precisaria... de uma, de uma equipe maior, quer dizer,</p>	<p>... existe uma série de, de, de problemas às vezes a gente pega numa fase inicial, que você consegue detectar que existe algum distúrbio, ã.. ã.. da criança, existe alguma alteração de dinâmica familiar e a criança está sentindo isso, está trazendo alguma... alguma... está trazendo algum efeito para essa criança... e a gente não custa fazer às vezes a prevenção nisso, você não consegue estar fazendo um acompanhamento mais adequado por falta de... de... subsídios mesmo.</p> <p>... uma abordagem com mais profissionais, quer dizer, u... um espaço onde o pediatra e outro profissional pudessem estar discutindo, pudessem estar</p>

<p>não só... pediatras, quer dizer, uma, uma equipe multiprofissional, que esses casos pudessem estar sendo discutidos... um espaço onde essas questões poderiam ser discutidas,... aqui no centro de saúde não tem</p> <p>...abordagem (<i>no serviço especializado</i>), por ser um grupo mais específico, por problemas crônicos, ela acaba sendo diferente da forma como a gente abordaria outros problemas aqui, então precisaria ter, assim, realmente alguém, ã..., que trabalhasse dentro da atenção primária...</p> <p>... eu acho que ele (<i>o pediatra</i>) é importante na hora de detectar, de descobrir que existe um problema e de que forma estar encaminhando melhor essa criança (...) não é a função dele estar, estar fazendo toda esse... ã... o acompanhamento, o tratamento, não...</p> <p>... pegamos os casos e de repente olha esse caso eu não sei o que fazer... cada um vai ler e aí a gente senta e discute, olha eu vou fazer isso, vou encaminhar para tal lugar, então eu acho que... a... a... e assim... é uma, é uma abordagem difícil porque a gente não tem esse preparo,</p> <p>... existe uma...uma...uma... ã... uma dificuldade de você achar serviços que façam um acompanhamento psicológico, um acompanhamento psiquiátrico eu acho que se tem... se você tem uma reguar... retaguarda eficiente, que você possa estar fazendo alguma coisa em conjunto, eu acho que... melhoraria bastante.</p> <p>... a família é... é... é pouco preparada ou ela não quer ver... então o que a gente acaba às vezes, é... percebendo aqui são esses dois lados, ou ela realmente não quer ver...então na hora que você começa a fazer uma</p>	<p>acompanhando o caso, sem dúvida alguma, seria muito interessante, eu acho que... que é uma coisa enriquecedora, para ambos, uma troca de... de... de... é... observações paralelas e quem vai ganhar, sem dúvida alguma, é a criança,</p> <p>... eu acho que ele é uma figura super importante porque ele é um filtro..... então quer dizer, quando ele tem um... um... embasamento importante, eu acho que ele é... ele é... uma... uma... é... uma... personagem extremamente importante nesse... no acompanhamento da criança, ã... mas ele sozinho não vai fazer nada, então eu acho que é importante a, a... penso que assim, eu acho que as escolas deveriam estar a... a... ampliando um pouco a parte de... de prevenção, de promoção da, da, da saúde mental para que isso fosse, é... fizesse parte do currículo do pediatra.</p> <p>...eu acho que se a gente tivesse algum ã... um serviço mais ã... não sei... um trabalho dentro do centro de saúde, eu acho que a gente conseguiria resolver uma série de coisas.</p> <p>... facilitaria muito... ã... se a gente, por exemplo, pudesse ter um contato maior, onde você pudesse, como eu falei, de repente detectar precocemente e estar podendo saber que você vai encaminhar e aquela criança vai ser atendida. Que às vezes, muitas vezes a gente... quer dizer, algumas vezes, a gente já encaminhou paciente para... para acompanhamento psicológico, e que... é... são poucos os que retornam com algum dado positivo...</p> <p>... saúde mental, de higiene mental para criança, que muitas vezes quando você, muitas mães às vezes quando a gente aborda alguma coisa ela vai dizer: mas eu não sou louca, o meu filho não é louco... quer dizer, então o</p>
---	---

	<p>abordagem, você começa a mostrar, olha, existe esse problema, nós vamos acompanhar, uma criança que precisa, a criança precisa de um acompanhamento específico, de um especialista, então às vezes a mãe se retrai, ou ela não traz, ã... começa a entrar nos faltosos... então a gente às vezes tem as crianças faltosas, ah, essa criança precisava estar fazendo esse acompanhamento e aí com a abordagem a mãe acaba se distanciando, então eu acho que existe um estigma, sem dúvida alguma existe, é por mais que a gente consiga procurar trabalhar a... a... a discussão duma saúde ampla da criança, existe um estigma, na hora que você fala que a criança vai precisar ir para um psicólogo... psiquiatra nem pensar, você falar... então você acha que a criança vai precisar fazer um acompanhamento, é até difícil porque às vezes não consegue nem encontrar um termo, vai falar saúde mental a mãe arregala o olho, psicólogo, psiquiatra então ela... quase infarta...</p>	<p>estigma é tão grande, que ela não consegue diferenciar ã... a saúde mental..., quer dizer, ela já leva para... para uma patologia, então eu acho que ele estigma é muito grande. Eu acho... eu acho... é d... é difícil às vezes abordar... ã... você acaba tentando entrar por várias vias, para n... não chocar a mãe,...</p>
--	--	--