

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ESTUDO SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS
USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: A
HISTÓRIA DE CHAPEUZINHO AMARELO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARISANGELA SPOLAÔR LENA

Santa Maria, 2012.

**ESTUDO SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE
UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: A HISTÓRIA DE
CHAPEUZINHO AMARELO**

por

Marisangela Spolaôr Lena

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em
Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia.**

Orientador: Profa. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**ESTUDO SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE UM
SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL: A HISTÓRIA DE CHAPEUZINHO
AMARELO**

elaborada por
Marisangela Spolaôr Lena

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Hericka Zogbi Jorge Dias, Dra.
(Presidente/Orientador)

Maria Lúcia Tiellet, Dra. (PUCRS)

Adriane Rubio Roso, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 14 de Março de 2012.

Agradecimentos

Ninguém faz um trabalho sozinho e, mesmo que fizesse, seria vazio, sem sentimento. Somos seres de relação e é nas relações que (nos) construímos. E foi a partir de relações que este trabalho pode acontecer.

Gostaria de agradecer a Deus, pelo dom da vida e por me “ouvir” nos momentos de angústia e de alegria.

A minha família e, principalmente, a minha mãe por ser minha maior incentivadora e meu porto seguro sempre (independente de por qual Porto eu andasse). Agradecer também ao meu pai drasto que nestes anos todos de convivência me mostrou que, mais do que laços sanguíneos, o que une as pessoas são os laços de afeto.

Agradecer a todos os meus amigos, muitos dos quais, mesmo longe, sempre estiveram presentes. Principalmente à Gracieli, ao Kadu e ao Fernando, amigos de longa data que são irmãos que a vida me deu.

A todos os integrantes do Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, por terem sido meu braço direito e esquerdo enquanto estive fora. Por me mostrarem que se pode fazer ciência sem deixar de lado as (boas) relações. Nele incluído a minha querida orientadora, incentivadora e amiga, Hericka, que foi minha bússola, me guiando aonde quer que eu estivesse.

Não poderia deixar de agradecer as minhas grandes amigas Rachel, Nicole, e Tecavita colegas e exemplos. E ao Prof. Omar Ardans que despertou em mim o gosto pela pesquisa e me fez ver que a docência poderia ser um caminho a seguir.

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que tive a oportunidade de conhecer e conviver em Portugal, especialmente a Samuel - espelho e exemplo.

A Profa. Dra. Ana Isabel Pinto, por me acolher na Universidade do Porto juntamente com o grupo de Intervenção Precoce. A Dra. Camila Gesta por me supervisionar e me mostrar o Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Magalhães de Lemos e a Joana, estagiária de psicologia, com quem pude contar no período em que lá estive.

Agradecer ainda ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSM, ao Centro de Ciências Sociais e Humanas e a CAPES pelo apoio e incentivo.

Agradecer também às Professoras Dra. Adriane Roso, Dra. Maria Lucia Tiellet Nunes e Dra. Ana Cristina Garcia Dias por aceitarem participar desta empreitada.

Ao CAPSJ e, principalmente, a todas as crianças que, direta ou indiretamente participaram deste trabalho.

A todos o meu Muito Obrigada!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

ESTUDO SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS USUÁRIAS DE UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL: A HISTÓRIA DE CHAPEUZINHO AMARELO

AUTORA: MARISANGELA SPOLAÔR LENA

ORIENTADOR: DRA. HERICKA ZOGBI JORGE DIAS

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 14 de março de 2012.

Chapeuzinho Amarelo, personagem do livro de mesmo nome de Chico Buarque, conta a história da menina que, a partir dos seus aparatos físicos e psíquicos, conseguiu transformar o LO-BO, do qual sentia muito medo, em BO-LO. Neste sentido, pensa-se que, ao se conhecer a saúde das crianças e estes 'aparatos', pode-se pensar em melhores intervenções para o seu bem-estar. A saúde da criança, tanto física quanto psíquica, tem sido um tema de relevante importância em pesquisas no mundo todo, visto que uma criança saudável tem maiores chances de vir a ser um adulto saudável. O presente trabalho está vinculado a um projeto maior, que visa aplicar uma intervenção em termos de ambiente terapêutico no CAPS Infantil de Santa Maria, RS (PROCONVIVE, edital PPSUS/FAPERGS 002/2009 n° de processo 0900982). Nesse ínterim, foi detectada a necessidade de uma avaliação de dados de saúde das crianças visto que nem sempre isso pode ser proporcionado a elas pelo serviço. Esta avaliação teve como objetivo principal conhecer a situação da saúde das crianças através de dados gerais de saúde, de avaliação de estresse – físico, psicológico, psicológico com componente depressivo e psicofisiológico, além de dados sobre o funcionamento emocional destas. Para isso, foi utilizado um questionário de dados gerais, a Escala de *Stress* Infantil (ESI) e o Teste das Fábulas. Foram avaliadas 31 crianças usuárias do serviço com idades entre 4 e 12 anos. Este estudo caracterizou-se por ser transversal e descritivo. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial. Os cálculos foram realizados através de pacote estatístico SPSS 13.0. A amostra foi composta por 32.2% de meninas ($N = 10$) e 66.7% de meninos ($N = 21$) com média de idade de 9.39 anos. Dentre os achados, destaca-se o fato de 80.6% das crianças estarem utilizando pelo menos uma medicação sendo a maioria psiquiátrica. Além disso, sublinha-se o fato de 63.2% das crianças apresentarem sintomas de estresse, sendo que a maioria se encontra na fase de alerta. Destes, 73.7% apresentou estresse psicológico com componente depressivo. Chama atenção também o fato de 41.6% dos meninos apresentarem estresse enquanto que este dado para as meninas é de 85.8%. No que diz respeito ao funcionamento emocional, as crianças apresentaram, em sua maioria, defesas menos primitivas e o conteúdo das fábulas utilizadas mostrou-se adaptado. Destaca-se, desta forma, a importância de avaliações de diagnóstico diferencial e de fatores protetivos pensando em promoção e prevenção de saúde para estas crianças.

PALAVRAS-CHAVE: psicologia infantil; saúde da criança; CAPS; estresse infantil; funcionamento emocional.

ABSTRACT

Masters Dissertation
Graduate Program in Psychology
Universidade Federal de Santa Maria

STUDY ON THE HEALTH OF CHILDREN ATTENDING A CHILDREN'S MENTAL HEALTH SERVICE: THE LITTLE YELLOW RIDING HOOD HISTORY

AUTHOR: MARISANGELA SPOLAÔR LENA
ADVISOR: DRA. HERICKA ZOGBI JORGE DIAS
Place and date: Santa Maria-RS, March, 14 th, 2012.

Little Yellow Riding Hood, character in the book of the same name by Chico Buarque, tells the story of the girl who, from their physical and psychological apparatuses, managed to turn the "LO-BO" (*wolf* in portuguese), of whom she had much fear, in BO-LO (*cake* in portuguese). In this direction, it is thought that, by knowing the health of children and these 'apparatuses', one can think of better interventions for their welfare. The health of the child, both physical and mental, has been a topic of significant importance in worldwide research, as it is known that a healthy child is more likely to become a healthy adult. This work is linked to a larger project, which aims to apply an intervention in terms of a therapeutic environment in a children's CAPS (Psychosocial Care Center) of Santa Maria-RS (PROCONVIVE, announcement PPSUS/FAPERGS 002/2009 n° of process 0900982). Meanwhile, it was detected the need for an evaluation of data about the children's health, since this may not be always provided to them by the service. This assessment was aimed at knowing the health situation of the children through general health data, evaluation of stress - physical, psychological, psychological with depressive components and psycho-physiological, beyond the data on their emotional functioning. For this, we used a general data questionnaire, the Child Stress Scale (ESI) and the Test of Fables. The evaluation was made in 31 children attending the service, with ages between 4 and 12 years. This study was characterized a descriptive and correlational. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics. The calculations were performed using SPSS 13.0. The sample comprised 32.2% of girls (N = 10) and 66.7% of boys (N = 21), with a mean age of 9.39 years. Among the findings, stands out the fact that 80.6% of the children are using at least one medication, being, in its majority, psychiatric medication. Moreover, it is emphasized the fact that 63.2% of the children showed symptoms of stress, and most of them were in alert phase. Of these, 73.7% presented psychological stress with depressive component. Noteworthy is also the fact that 41.6% of the boys exhibit stress, while this data for girls is 85.8%. In regard to emotional functioning, the children showed, in most cases, less primitive defenses and the content of fables used, proved to be adapted. It stands out, in this way, the importance of evaluations of differential diagnosis and assessment of protective factors in considering health promotion and prevention for these children.

KEYWORDS: children psychology; children's health; CAPSI; children's stress; emotional functioning.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição de freqüência de características dos sujeitos.....	31
TABELA 2 – Dados de saúde geral das crianças.....	34
TABELA 3 – Quem receitou a medicação ao usuário.....	37
TABELA 4 – Motivos apontados pelos usuários por estarem se tratando no CAPSI.....	38
TABELA 5 – Outros problemas de saúde relatados pelo usuário e/ou pelo cuidador.....	40
TABELA 6 – Distribuição dos dados de estresse através de ESI.....	41
TABELA 7 – Freqüência dos dados de estresse de acordo com o sexo.....	42
TABELA 8 – Distribuição das freqüências das fábulas quanto à adaptação ao conteúdo da fábula.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Medicamentos utilizados nos últimos 15 dias.....	36
GRÁFICO 2 – Fantasias da Fábula 1.....	43
GRÁFICO 3 – Defesas da Fábula 1.....	43
GRÁFICO 4 – Fantasias da Fábula 2.....	44
GRÁFICO 5 – Defesas da Fábula 2.....	44
GRÁFICO 6 – Fantasias da Fábula 3.....	45
GRÁFICO 7 – Defesas da Fábula 3.....	45
GRÁFICO 8 – Fantasias da Fábula 6.....	46
GRÁFICO 9 – Defesas da Fábula 6.....	46
GRÁFICO 10 – Fantasias da Fábula 7.....	47
GRÁFICO 11 – Defesas da Fábula 7.....	47
GRÁFICO 12 – Fantasias da Fábula 8.....	48
GRÁFICO 13 – Defesas da Fábula 8.....	48

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Questionário de dados gerais - Questionário para o Usuário.....	73
ANEXO B - Escala de Stress Infantil (ESI).....	81

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	01
INTRODUÇÃO.....	03
1. CAPÍTULO I – Saúde Mental Infantil.....	07
2. CAPÍTULO II – Estresse na infância.....	17
3. CAPÍTULO III – Estudo sobre a saúde de crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria.....	22
3.1 Objetivos.....	22
3.1.1 Objetivo geral	22
3.1.2 Objetivos específicos.....	22
3.2 Método.....	23
3.2.1 Delineamento.....	23
3.2.2 Participantes.....	23
3.2.3 Instrumentos.....	23
3.2.4 Procedimento para a coleta dos dados.....	27
3.2.5 Procedimento para a análise dos dados.....	28
3.2.6 Procedimentos éticos.....	28
3.3 Apresentação e discussão dos resultados.....	29
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	58
ANEXOS.....	60

PREFÁCIO

*“Tinha medo de tudo,
aquela Chapeuzinho.
Já não ria.
Em festa não aparecia.
Não subia escada
nem descia.
Não estava resfriada
mas tossia.
Ouvia conto de fada
e estremecia.
Não brincava mais de nada,
nem de amarelinha”.*

(Chico Buarque - Chapeuzinho Amarelo)

Não seria eu se não envolvesse pelo menos uma pitadinha de arte naquilo que faço. A transformação do LO-BO em BO-LO começou na prática. O gosto pelo trabalho com infância veio principalmente ao ingressar no CAPSI, no final de 2008, através de oficinas de férias ofertadas aos usuários, cuidadores e técnicos do serviço. Dentre as oficinas, uma das ‘encabeçadas’ por mim, foi a de culinária aonde literalmente transformamos LOBO em BOLO. Um bolo gostoso que deixou gostinho de quero mais, a ponto de querer continuar depois que as “férias” terminaram.

Sob a orientação da Profa. Hericka, recém chegada no departamento, segui com mais alguns colegas com o trabalho no CAPSI e, depois com o incentivo financeiro o trabalho fluiu mais ainda – afinal tínhamos dinheiro para implementar um ambiente que até então era carente de recursos. Dentro deste contexto nasceu também a pesquisa de onde se originou este trabalho.

Bom, mas você deve estar se perguntando o porquê de utilizar a personagem de Chico Buarque, Chapeuzinho Amarelo¹, para dar nome a este trabalho. Pois bem, trabalhar com criança em sofrimento psíquico grave não é uma tarefa fácil e neste contexto, necessitamos aprender a transformar, a aprender uma nova linguagem, a linguagem da criança que se expressa de uma maneira única (seja ela verbal ou não) e, a partir dela, ver não a doença, mas uma criança em sua totalidade e, nela, a saúde e a possibilidade de transformação.

¹ BUARQUE, C. *Chapeuzinho Amarelo*. 27ª Edição. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 2011.

Chapeuzinho Amarelo tinha medo de muitas coisas e principalmente medo do LOBO até o dia que o encontrou e viu que o LOBO era apenas um lobo. Parece simples demais, mas talvez seja mesmo simples e nós, profissionais, tenhamos que enxergar isso que não é fácil de ver. Requer esforço, que tenhamos “olhos de criança”, que entremos no seu mundo. Trabalhar com crianças requer vontade, gosto. Requer que utilizemos nossos sentidos todos, que estejamos ali, disponíveis.

Não quero com isto dizer que estas crianças não sofrem e não sejam casos complicados. Bem pelo contrário. Mas é a partir de intervenções, em sua maioria, simples que se pode proporcionar um ambiente sadio, no qual elas possam vir-a-ser e se desenvolver de maneira satisfatória. Sem ser necessário abuso de medicamentos e nem internações compulsórias, mas que cada vez mais elas possam ser (re)inseridas na sociedade – já que viver isolado não traz saúde.

Além disso, Chapeuzinho Amarelo lembra a história de Chapeuzinho Vermelho – Chico Buarque coloca que aquela é Amarela de medo e dentre os muitos medos, o maior deles é do Lobo. Pedó (2007) no artigo: “*Sobre medos e lobos: a construção do infantil da psicose*” coloca que ao buscar o título deste trabalho, encontrou uma diversidade de referências culturais mencionando os lobos e os medos das crianças. A autora aponta este como sendo um sintoma social e, para exemplificar, cita alguns filmes atuais como o “*Sobre meninos e lobos*”², o “*Pacto dos lobos*”³ e algumas das histórias clássicas infantis como: “*Pedro e o lobo*”, “*Os três porquinhos*”, “*Chapeuzinho Vermelho*”, “*Os sete cabritinhos*” dentre outros que fazem parte da infância e do imaginário social.

Ao final, o título também remete ao desejo de que todas as crianças possam ser um pouco “Chapeuzinho Amarelo” e consigam através dos seus recursos (internos e ambientais) transformar lobo em bolo, bruxa em xabru, monstros em trosmons, doença em saúde. É utópico, talvez. Mas se não houver desejo não há possibilidade.

² *Sobre meninos e lobos*, título original *Mystic river*, lançado nos Estados Unidos, em 2003, dirigido por Clint Eastwood, com roteiro de Brian Helgeland, baseado no livro de Dennis Lehane.

³ *O pacto dos lobos*, título original *Le pacte des loupes*, lançado na França em 2001, realizado por Christopher Gans.

INTRODUÇÃO

Para começar este trabalho torna-se necessário explicitar de onde se parte. Ao se tratar de crianças, tem-se a idéia de que estas devem ser sempre assistidas e, mais ainda, quando demonstram que o seu desenvolvimento não segue o curso “normal”. É importante poder ver a criança enquanto um ser total, único e, a partir desta visão mais ampla, poder falar de saúde (incluindo a do corpo e a mental).

Para tanto, é importante ressaltar o conceito de saúde que se está utilizando e que embasa este trabalho. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1948) define como sendo esta um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de incapacidade. Esta mudança de perspectiva levou (e ainda leva) com que os profissionais envolvidos busquem readequar as suas práticas e, também, seus aportes teóricos.

A psicologia não poderia ficar de fora deste contexto. Com a constante formulação de políticas públicas de saúde, se mostra relevante os estudos na área da Psicologia da Saúde, campo ainda em expansão. Matos (2004) coloca que o estudo do comportamento humano nos contextos da saúde é uma das áreas mais promissoras da investigação e de intervenção psicológicas, indo ao encontro das necessidades da população nos dias de hoje. Spink (2003) explicita que mesmo que a Psicologia tenha uma inserção tímida na área da saúde, sendo “inventada” e descoberta na prática, busca uma contribuição teórica efetiva que possa incorporar o biológico ao social e ao psicológico.

Neste sentido, o presente estudo, desenvolvido no curso de mestrado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria, se propôs a conhecer algumas características de crianças usuárias do Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSI) da cidade de Santa Maria – RS no que concerne à saúde.

A avaliação destas crianças é parte de um projeto maior denominado PROCONVIVE (Projeto de implantação do espaço de convivência permanente para crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria, RS, e avaliação do impacto da intervenção terapêutica em usuários e funcionários do CAPSI), projeto este financiado pela FAPERGS, aprovado pelo edital 002/2009 PPSUS/FAPERGS -

DECIT/SCTIE/MS, CNPq, SES/RS sob o número de processo 09/0098-2 e desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Sabe-se da importância da delimitação de espaço, físico e psicológico, e o papel das fronteiras para o desenvolvimento saudável do psiquismo (ANZIEU, 1989). No que diz respeito à saúde mental, estudos recentes apresentam uma prevalência de problemas de saúde mental na criança que variam de 10 a 20%, sendo estes considerados a causa mais importante de problemas na infância. Metade das crianças e adolescentes entre 10 e 17 anos estão envolvidos em pelo menos dois ou mais comportamentos de risco, como abuso de álcool e drogas, delinqüência, baixo aproveitamento escolar e gravidez. Da mesma forma, vários estudos em várias culturas têm apontado para proporções igualmente elevadas de crianças em idade pré-escolar e escolar que sofrem de problemas emocionais (HALPERN E FIGUERAS, 2004).

Segundo Lauridsen e Tanaka (1999) a prevalência de queixas relativas a problemas dos nervos (irritação, agitação, nervoso, choro) em crianças e adolescentes pesquisados na cidade de São Paulo foi de 4,7%. Alguns estudos de nível mundial relatam uma prevalência de transtornos mentais na infância de 32% em crianças norte-americanas, de 33,8% no Canadá, 16% nas crianças de Porto Rico e entre 19 e 34% nas crianças brasileiras (LINNA E MOILANEN, 1994; LIU et al, 1999).

Martins, Costa, Saforcada e Cunha (2004) apresentaram após estudo de coorte, oito fatores de risco para a criança, associados à qualidade do ambiente em que convive: baixa renda familiar mensal, baixa escolaridade materna, sexo masculino, casas com mais de sete residentes, número de irmãos maior ou igual a quatro, uso de tabaco na gestação, crianças que dormem na cama dos pais e mães com presença de transtornos psiquiátricos.

Martins (2004) coloca que:

a sensibilização social progressiva para os problemas das crianças e para a importância da intervenção oportuna pode ser entendida, por um lado, como resultante da apropriação do conhecimento científico, especialmente nos domínios da Pediatria, da Psicologia da Criança e da Educação, e, por outro, como produto da crescente representação mediática de casos e situações que revelam uma infância vulnerável que sobrevive e cresce em circunstâncias fortemente adversas,

protagonizando, ora como sujeito, ora como objecto, a violência quotidiana que caracteriza as condições concretas da sua existência (p. 9).

A pesquisa pretende avaliar características sociodemográficas, de funcionamento psíquico e de incidência de estresse nas crianças usuárias do CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência) da cidade de Santa Maria⁴. Isto poderá servir de base para que se possa fazer um encaminhamento adequado destas crianças se isto se mostrar necessário, visto as suas reais demandas. Busca-se saber quais as reais necessidades das crianças para que estas possam receber um atendimento de acordo, melhorando o seu desenvolvimento global e minimizando os sintomas atuais.

Em busca de conhecimento e a fim de aprimorar a investigação em saúde mental infantil, principalmente no que concerne às crianças acometidas por sofrimento psíquico grave, a autora desta dissertação realizou um estágio de observação no Departamento de Pedopsiquiatria⁵ do Hospital Magalhães de Lemos na cidade de Porto em Portugal e cursou disciplinas no Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Porto. Esta experiência foi de mera importância para que este trabalho pusesse tornar-se o que, de fato, se tornou. A partir do olhar que se teve fora (e de fora) olhar o dentro, o próprio, e assim, poder questionar as práticas realizadas no Brasil e em Portugal. Isto tudo foi importantíssimo para que se chegasse a um melhor entendimento dos dados coletados na pesquisa empírica. A experiência da mobilidade acadêmica deverá ser relatada, mais detalhadamente, em um artigo científico e enviada para publicação.

O primeiro capítulo teórico deste trabalho apresentará alguns aspectos sobre a saúde mental infantil destacando as características do sofrimento psíquico grave na infância e, dentro disso, aspectos do desenvolvimento humano, tanto físicos quanto psicológicos, que acontecem essencialmente na infância e que são na sua maioria responsáveis, segundo os autores aqui utilizados, por tornar o adulto saudável ou não psiquicamente. É importante ressaltar que se tem uma visão de ser

⁴ Santa Maria é uma cidade da região central do Rio Grande do Sul que, segundo dados do IBGE conta com uma população de 261.031 hab. É conhecida como "Cidade Cultura" e conhecida também por ser um pólo estudantil (pelas várias faculdades e pela Universidade Federal de Santa Maria) e também conhecida pela sua frota militar, a segunda maior do país.

⁵ Nome dado à Psiquiatria da Infância e da Adolescência em Portugal.

humano integral, que os aspectos físicos e psíquicos que serão apresentados estão intimamente interligados e a separação que geralmente é realizada é somente para fins didáticos. Além disso, o embasamento teórico utilizado buscou abarcar a especificidade de tratamento de um CAPSI, que são crianças em sofrimento psíquico grave.

Seguindo os objetivos deste trabalho, o segundo capítulo teórico versa sobre o estresse na infância. Sabe-se que este pode acarretar danos importantes na saúde infantil e do posterior adulto se este não tiver um olhar apurado e tratamento adequado. Por isso, torna-se também importante expor sobre a sua incidência na infância bem como o que tem sido estudado a respeito.

Por fim, serão apresentados os resultados da pesquisa realizada no CAPS infantil de Santa Maria que trazem dados sociodemográficos, de saúde geral, dados de estresse (físico e psicológico), além de dados de funcionamento psíquico das crianças usuárias do serviço. Ao final, são apresentadas as conclusões gerais deste trabalho.

1. CAPÍTULO I – SAÚDE MENTAL INFANTIL

Neste primeiro capítulo tratar-se-á a respeito de alguns conceitos envolvendo saúde mental infantil. Tem por finalidade expor como é e como se dá para alguns autores o estabelecimento do sofrimento psíquico grave na infância (especificidade do tratamento no CAPSI), considerando que este surge por alguma falha no desenvolvimento normal da criança, tanto físico quanto psicológico, e é pautado por alguma alteração da ordem biológica ou ambiental. Para tornar isso mais claro, apresentar-se-á alguns aspectos do desenvolvimento humano nesta fase evolutiva, embasados principalmente por escritos tradicionais de Donald W. Winnicott, de Melanie Klein e de outros autores psicanalíticos, além de alguns estudos contemporâneos sobre o sofrimento psíquico grave na infância.

A utilização do termo “sofrimento psíquico grave” pode ser melhor explicado por Costa (2003) o qual se refere a sofrimento por ser “impossível falar, definir, delimitar com conceitos simples” (p. 30); grave se referindo ao que não é simples, não é da ordem do normal, “beirando a ordem do inadmissível” (p. 31). O autor explica que, ao se utilizar este termo, refere-se a toda manifestação aguda do sofrimento humano, demonstrada tanto pela linguagem quanto pelo comportamento.

Neste sentido, busca-se compreender o sofrimento, e não apenas a patologia em si e os sintomas, respeitando a forma como o sujeito se constitui e o sofrimento ímpar, estando ele dentro da ‘normalidade’ ou da ‘patologia’. Acolhendo o sofrimento de forma a vê-lo como constituinte da existência humana e como revelador de sentidos da vivência subjetiva (JANUÁRIO, 2008).

Klein foi uma das precursoras a buscar um entendimento da psicopatologia grave na infância ao estudar os estágios iniciais do desenvolvimento humano. Ela coloca que é preciso pensar o patológico de uma forma mais abrangente, já que este, já na época de seus estudos, demonstrava ser mais comum do que se imaginava, principalmente quanto a sua ocorrência na infância (KLEIN, 1930/1996). Ela coloca ainda que na primeira infância ocorrem ansiedades - normais nessa estágio – que são características das psicoses, as quais forçam o ego a se utilizar de determinados mecanismos de defesa. Segundo ela, é neste estágio inicial que se encontram os pontos de fixação dos distúrbios psicóticos sendo que as ansiedades,

mecanismos e defesas do ego de tipo psicótico vão influenciar todos os aspectos de desenvolvimento, incluindo o desenvolvimento do ego, do superego e das relações objetais (KLEIN, 1946/1991).

Ao longo da sua obra, Klein desenvolve os conceitos de posições esquizo-paranóide e posição depressiva, as quais representam os dois modos básicos de funcionamento que vão se alternando e se organizam ao longo da vida. Especificamente quanto à posição esquizo-paranóide, esta se refere a um período de desenvolvimento no qual se utilizam mecanismos e ansiedades arcaicas de natureza esquizóide (quando o ego é fragmentado e cindido) e paranóide (ansiedade predominante é a persecutória). (KLEIN, 1946/1991).

Ainda, de acordo com Klein (1946/1991):

Enumerei várias defesas típicas do ego arcaico, tais como os mecanismos de cisão de objetos e de impulsos, idealização, negação da realidade interna e externa, e abafamento das emoções. Mencionei também vários conteúdos de ansiedade, incluindo o medo de ser envenenado e devorado. A maioria desses fenômenos – prevalentes nos primeiros meses de vida – são encontrados posteriormente no quadro sintomático da esquizofrenia (p.21).

Este período acabou sendo denominado por Klein (1946/1991) de “posição esquizo-paranóide” precedendo a posição depressiva. A autora afirma que, se os medos persecutórios forem muito intensos e, de alguma forma, a criança não possa elaborar a posição esquizo-paranóide, esta impedirá a chegada da posição depressiva. Este fracasso na elaboração pode acarretar em um reforço regressivo dos medos persecutórios fortalecendo os pontos de fixação para as psicoses graves. Outra possível consequência desta falha durante a posição depressiva poderá acarretar em distúrbios maníaco-depressivos no decorrer do desenvolvimento.

Klein e Winnicott convergem no que diz respeito a não-integração do ego arcaico. Ela explicita que falta coesão a este ego primitivo sendo que alterna uma tendência à desintegração a uma tendência ao despedaçamento. Características estas dos primeiros meses da criança sendo que a maior ou menor coesão do ego deve ser relacionada com a maior ou menor capacidade deste em tolerar a ansiedade (KLEIN, 1946/1991).

Além da cisão, um dos mais arcaicos mecanismos de defesa do ego contra a ansiedade, Klein destaca a introjeção e a projeção. A projeção, como uma deflexão

da pulsão de morte para o exterior, auxilia o ego a superar a ansiedade livrando este dos perigos e das coisas más. A introjeção, neste mesmo sentido, é utilizada para auxiliar o ego a superar a ansiedade. Além da introjeção e da projeção, há outros mecanismos estritamente ligados a estes como a negação, a idealização e a onipotência (KLEIN, 1946/1991).

Klein (1946/1991) coloca que o sentimento de um ego despedaçado é resultado de várias formas de cisão deste e dos objetos internos. No percurso normal do desenvolvimento, os estados de desintegração no bebê são transitórios. É um ambiente externo favorável e à disposição do bebê que irão auxiliar na transposição destes estados esquizóides. Estados de cisão duradouros e muito freqüentes são sinais de doença esquizofrênica no bebê.

Em relação a posição depressiva, Klein (1952/1991) coloca que esta tem um papel importante no desenvolvimento inicial da criança. Por volta dos cinco anos, quando a neurose infantil chega ao final, as ansiedades persecutórias e depressivas já se modificaram muito embora os passos fundamentais na elaboração da posição depressiva tenham sido dados ainda na segunda metade do primeiro ano, quando a criança estabelece o objeto completo. Estes processos bem-sucedidos seriam uma pré-condição para que a criança se desenvolva normalmente.

Na sequência das idéias de Klein, é importante introduzir as discussões teóricas de Winnicott, as quais são complementares. Winnicott (1963/1983) coloca que na relação entre mãe e bebe o cuidado materno é definitivo para o desenvolvimento saudável ou patológico. A mãe precisa ter condições para uma maternagem suficientemente boa, que consiga suportar as projeções do bebe. Por outro lado, esta necessita de um ambiente que a suporte que a ajude a dar continência a seu bebe com todos seus impulsos.

Para Winnicott (1988) a maternagem suficientemente boa tem a ver com conceitos importantes tais como o *holding* e o *handling*. Segundo o autor, são decorrentes das noções de preocupação materna ou apoio egóico às experiências da criança, que constituirão ou não, um ego integrado:

- *Holding* - provimento de um ambiente favorável à integração do bebê advinda do segurar físico e emocional por parte da mãe/cuidador que dá suporte às experiências da criança, fornecendo a este um ambiente estável e com

constância de objeto. Por meio deste, a criança gradualmente vai adquirindo um senso de identidade pessoal e confiança.

- *Handling* - favorecimento do ambiente ao alojamento da psique no corpo através das experiências mãe-bebê onde a interação entre estes é mediada pelo contato corporal e pela compreensão materna acerca das manifestações corporais da criança. Por meio do *handling* haveria o estabelecimento da personalização.

Para ele (WINNICOTT, 1975), uma mãe suficientemente boa é aquela que compreende e que se adapta às necessidades básicas do bebê proporcionando a este a possibilidade de, gradativamente, ser capaz de lidar com as frustrações. A partir disto e do desenvolvimento das funções de percepção e da capacidade egóica, a criança pode começar a distinguir entre fantasia e fato, entre objetos internos e externos, indo do puramente subjetivo a objetividade.

Assim sendo, de acordo com Winnicott (1979/1983) a normalidade neste processo está vinculada ao ambiente onde a criança está inserida, ambiente este representado primeiramente pela mãe/cuidador, que deve se adaptar às necessidades e evolução da criança para que esta tenha condições de separar-se psicologicamente daquela, estabelecendo novas relações com outros objetos. A qualidade da relação inicial da criança com sua família – matriz inicial – depende em grande parte das características pessoais da mãe, mas, principalmente, das relações estabelecidas entre a mãe e o seu ambiente de suporte, nas figuras de apoio constituídas pelo seu companheiro e por suas famílias de origem (RAPAPPORT, 1981; WINNICOTT, 1983; MALDONADO, 1982).

De acordo com Winnicott (1958; 1979; 1983) o desenvolvimento emocional é composto pelo desenvolvimento da psique e do soma e da integração do eu a partir dessas duas esferas que se interligam e se interferem mutuamente. Para este autor, os seres humanos têm um potencial herdado, ou seja, há uma tendência inata ao desenvolvimento no que concerne ao crescimento corporal e aparecimento gradual das funções. Abadi (1998) explica que esse crescimento diz respeito também a integração psíquica ou integração psicossomática e a capacidade de se relacionar com os objetos e com o mundo.

Winnicott (1988, In: ABADI, 1998) explicita que todo ser humano tem tendência para a maturação e que este processo pode ser facilitado pelos cuidadores da criança. Os processos de maturação, segundo o autor, fazem com que a criança constitua o EU repudiando o não-EU. Segundo ele, o *self* amadurece do interior ao exterior, sendo amparado por um ambiente humano, que assiste às necessidades fisiológicas e emocionais da criança, facilitando a integração do eu e o percurso que vai da dependência absoluta de um cuidador à independência.

De acordo com Winnicott (1975) durante grande parte do primeiro ano de vida a criança não é capaz de diferenciar o eu do não-eu, nem mundo interno de mundo externo. A mãe, neste contexto, é considerada por ela como um prolongamento, uma extensão do seu próprio corpo.

McDougall (1991) coloca que a criança nos primeiros meses de vida, a qual ainda não tem uma representação do seu corpo e que vivencia experiências somáticas intensas não consegue vivenciar seu corpo sem este estar vinculado ao da mãe, os dois formam para ela uma unidade que é indivisível. A autora coloca que embora o bebê busque realizar trocas com sua mãe e desenvolva bem cedo seus próprios métodos de relacionamento com o ambiente ele não efetua uma distinção bem definida entre ele mesmo e o objeto.

Mahler (1979/1982) explicita que o processo de separação e de individuação da criança ocorre em paralelo à maturação e à integração das funções autônomas do ego, como a capacidade de deslocar-se e a linguagem. Contudo, essas tendências individuais inatas para a integração e o desenvolvimento variam de um indivíduo para outro e dependem também da qualidade da relação deste indivíduo com a sua mãe/cuidador e com o ambiente que o circunda (WINNICOTT, 1979/1983; MAHLER e cols., 1975/2002). Winnicott (1983) coloca que o sofrimento grave se dá por uma falha na provisão ambiental. O ambiente não foi capaz de suprir as necessidades da criança (de gratificação e frustração) e esta acaba utilizando predominantemente defesas primárias.

De acordo com Januário (2008), Winnicott revela que os processos de maturação como integração, personalização e realização (relações objetais) estão invertidos em indivíduos com sofrimento psíquico grave. Neste caso, tem-se desintegração, despersonalização, desrealização e perda do contato com a realidade – o contrário do desenvolvimento emocional primitivo. De acordo com

Winnicott (1983, p. 198), “a loucura se relaciona com a vida comum. Na loucura encontramos ao invés de repressão os processos do estabelecimento da personalidade e da auto-diferenciação ao contrário”.

No que diz respeito à normalidade na infância, Winnicott (1896/2000) explica que não é comparando o comportamento de duas ou mais crianças que se vai chegar a uma conclusão sobre normalidade, já que devem ser consideradas as experiências individuais. Segundo o mesmo autor, um intelecto normal é mais fácil de detectar. Mas, mesmo uma criança não apresentando nenhuma doença física e apresentando um intelecto normal ou mesmo supranormal, pode estar muito longe do normal quando se considera a personalidade de uma forma geral. Ainda, ele acrescenta que é muito mais fácil falar em normalidade quando se leva em consideração o corpo, ou seja, fala-se em normalidade ou saúde quando a criança se situa em uma faixa do desenvolvimento que é condizente com a sua idade e que não existe nenhuma doença física (WINNICOTT, 1896/2000).

Winnicott (1965/2005 p. 97) coloca que “a esquizofrenia pode ser o estado normal de um indivíduo em crescimento ou que cresceu em um meio ambiente dominado por pessoas com traços esquizofrênicos”. Dessa forma, o sofrimento psíquico pode ser encarado como uma forma de se adaptar ao próprio ambiente. Winnicott (1931/2000 p.58) explica que “às vezes pode ser mais normal para uma criança estar doente do que estar bem” visto o ambiente em que ela está inserida.

Acredita-se que as maiores contribuições da psicanálise e de grandes psicanalistas como Klein e Winnicott para o entendimento do sofrimento psíquico grave consista no fato de estes proporem modelos de funcionamento psíquico que levam ao entendimento do processo, da estruturação e da constituição psíquica dos indivíduos, não somente ligados à patologia. Neste sentido, os critérios de Winnicott para os distúrbios mentais seguem o critério maturacional e não a partir da sintomatologia, o que amplia a compreensão do sofrimento psíquico grave, possibilitando que se leve em consideração o desenvolvimento psíquico, emocional e o ambiente onde o indivíduo está inserido (JANUÁRIO E TAFURI, 2009).

De acordo com Bernardino (2002), no que diz respeito ao transtorno psíquico grave na infância e especialmente à psicose na infância sabe-se que este foi um assunto negado por muitos anos. Isso porque havia a possibilidade remota dos delírios acontecerem por a criança não apresentar uma estrutura egóica organizada

e, também, porque poderiam estes fazer parte de fantasias normais da infância – parte do desenvolvimento saudável. Hoje, as psicoses infantis são bastante conhecidas e a sua apresentação clínica difere da forma adulta, mas constitui a mesma patologia.

Marcelli e Cohen (2010) colocam que as psicoses infantis estão agrupadas, no CID-10 como “transtornos invasivos do desenvolvimento” e no DSM-IV, como “transtornos globais do desenvolvimento”, caracterizando-se por apresentar alterações na capacidade de comunicação, perturbação nas relações, atividades e interesses repetitivos, na sua maioria, estereotipados. Os autores colocam que teoricamente não existe associação com retardo mental, apesar de, na clínica, o funcionamento cognitivo geralmente apresentar particularidades. No que concerne a psicopatologia, as psicoses infantis se apresentam enquanto uma alteração da organização progressiva da personalidade na qual a capacidade de adaptação à realidade varia de acordo com o nível de exigência social e de angústia da criança.

Os mesmos autores (MARCELLI E COHEN, 2010) apontam determinados traços psicopatológicos que constituiriam o que alguns autores denominam de “núcleo psicótico”. Eles explicam que este termo é utilizado porque se entende que este núcleo seria constituído por um conjunto de mecanismos psicopatológicos que se pode observar com freqüência em indivíduos psicóticos. Implicando num eixo psicopatológico o qual se refere a:

- *“existência de uma angústia primária de aniquilação, de fragmentação ou de devoração”* (p. 28), a qual pode implicar numa completa destruição do indivíduo. Os autores colocam que, na infância, as crises de angústia podem chegar a graus extremos;

- *“a não distinção entre o eu e o não eu, ao não reconhecimento de seus limites e dos limites do outro”* (p. 28). O indivíduo não consegue delimitar o que é ele e o que é o outro, sendo freqüente a exploração do próprio corpo e do corpo do outro com objetos. Freqüentes também as quedas e acidentes já que ele não consegue se proteger;

- *“a ruptura com a realidade”* (p. 28). Sem os limites com o outro e com o que o circunda, esta realidade acaba sendo ameaçadora a sua existência. Os autores colocam que, muitas vezes, pequenas mudanças no ambiente – como a mudança

do corte de cabelo da mãe, por exemplo - podem provocar um retraimento e o rompimento com a realidade externa;

- “à *prevalência dos processos primários sobre os processos secundários*” (p. 28). Ao não haver investimento ambiental associado às características descritas acima, a criança se mantém no registro dos processos primários, acabando por repelir todo e qualquer afeto pelo risco de ser aniquilada por ele. Isso explica alguns mecanismos defensivos utilizados pela criança, nos quais há a descarga motora externa – passagens ao ato, hetero e autoagressões, estereotípias;

- “à *ausência de ligação entre as pulsões libidinais e as pulsões agressivas*” (p. 28). Esta pode ser entendida como sendo a ausência de ligação entre a pulsão de vida e a pulsão de morte e acaba levando a uma preeminência freqüente das pulsões agressivas ou pulsões de morte. As fantasias acabam sendo invadidas pela pulsão de morte sem que possa haver uma ligação com as pulsões libidinais o que acaba gerando a angústia;

- “à *utilização de mecanismos de defesa arcaicos*” (p. 28-29). Os autores colocam que, sem coerência e limites, se utilizando de processos primários e fantasias destrutivas, tomado pela angústia, o funcionamento mental acaba tendo que utilizar de mecanismos de defesa arcaicos. Dentre estes mecanismos se encontram: a *identificação projetiva* (causa e conseqüência da distinção entre o eu e o não eu - a criança não consegue se nomear e é porta-voz de um outro naquilo que fala); a *clivagem* (onde há uma fragmentação que impede a continuidade de uma experiência vivida. O mundo torna-se maniqueísta: bom-mau, amor-ódio – sem que haja continuidade entre um e outro); a *introjeção, denegação, idealização e onipotência* (estes mecanismos defensivos estão ligados aos anteriores e cujo efeito acaba, por vezes, por reforçá-los).

Calligaris (1989) e Jerusalinsky (2002) colocam que só se pode falar de psicose infantil depois que se tenha produzido uma inscrição definitiva na constituição subjetiva da criança, o que por vezes ocorre por ocasião do tempo de latência ou, mais tardiamente, na adolescência. Já Bernardino (2002) explicita que é possível pensar em psicoses no tempo da infância como não-decididas, sendo necessário um tempo de escuta que possa confirmar a estrutura e não apenas uma sintomatologia apresentada frente a observação diagnóstica. O caso Dick, discutido por Melanie Klein em seu artigo “A importância da formação de símbolos no

desenvolvimento do ego” é considerado por muitos como o primeiro caso de psicose infantil tratado pela psicanálise, em 1930.

Bezerra, Chalegre, Guimarães e Camilo (2007), psiquiatras britânicos procuraram estabelecer critérios diagnósticos: relacionamento prejudicado com as pessoas; confusão de identidade pessoal e inconsciência do eu; preocupação anormal com objetos; resistência a mudanças no ambiente; sensibilidade a estímulos sensoriais rebaixada ou elevada; reações de excessiva ansiedade ante mudanças; perturbação da linguagem e da fala; hiper ou hipoatividade; atraso no desenvolvimento intelectual. Já Ajuriaguerra e Marcelli (1991) colocam que o transtorno de personalidade é dependente do transtorno da organização do eu e da relação da criança com o meio ambiente. Colocam como características da psicose infantil: dificuldade para se afastar da mãe; dificuldade de compreensão do que vê, de gestos e linguagem; alterações significativas na forma ou conteúdo do discurso, repetindo imediatamente palavras e/ou frases ouvidas (fala ecológica), ou emprego estereotipado e idiossincrático de formas verbais, sendo comum a inversão pronominal (a criança refere-se a ela mesma utilizando-se da terceira pessoa do singular ou do seu nome próprio); alterações marcantes quanto a altura, ritmo e modulação da fala nas habilidades especiais; conduta social embaraçosa.

No Brasil, o CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial à Infância) é o lugar que detém a especificidade do tratamento às crianças e adolescentes acometidos por uma psicopatologia grave. Nos serviços de atendimento a saúde mental de crianças é importante que se possa conhecer as características do desenvolvimento emocional da criança a partir de uma avaliação global, o que quase nunca ocorre, em favor do atendimento sem a avaliação prévia. É imprescindível que se possa fornecer às crianças acometidas por algum tipo de sofrimento mental um processo de avaliação que proporcione a elas um atendimento adequado, bem representado pela ideia de CAPSi e de clínica ampliada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) o que, de certa forma, é um dos focos deste trabalho.

De acordo com Hoffmann, Santos e Motta (2008), os CAPS infantis foram criados para atender a demanda de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos severos e persistentes. E para isso, estes dispositivos passaram a se utilizar de alternativas que buscam oferecer a estas crianças uma proposta individual de intervenção terapêutica, “articulada com diferentes serviços extra-hospitalares

como residências terapêuticas, ambulatórios, leitos em hospitais gerais, oficinas de geração de renda, entre outros” (p.634).

Cabe ressaltar que, além do tratamento dos transtornos mentais graves na infância, é de suma importância que se possa estudar e propor ações visando a promoção e a prevenção em saúde mental infantil. Assis e cols. (2009) destacam o fato de ainda fala-se pouco a respeito desta temática no Brasil e apontam para a importância de um tratamento precoce e preventivo para o desenvolvimento infantil.

A partir do exposto, percebe-se a complexidade da questão do sofrimento psíquico grave na infância e a importância em se ter estudos e intervenções voltados à saúde mental da criança. Entende-se, neste trabalho, a criança como um sujeito integral, influenciado por seu ambiente e seus impulsos internos. Assim, partir-se-á para a discussão de um dado de possível mensuração desse sofrimento, qual seja, o estresse, o qual possui aspectos físicos e psicológicos.

2. CAPÍTULO II - ESTRESSE NA INFÂNCIA

Em rodas de conversa, na internet, no dia-a-dia, ouve-se sempre alguma coisa relativa ao estresse. O mundo anda estressado, mas é necessário se compreender as características e sintomas que tornam este sintoma uma patologia. Este capítulo tem como finalidade apresentar alguns aspectos relativos ao estresse enquanto patologia na infância.

De acordo com Malagris e Castro (2000) o estresse tem afetado grande parte da população sendo este uma reação do organismo decorrente de alterações psicofisiológicas que acontecem quando um indivíduo enfrenta situações que podem irritá-lo, amedrontá-lo, excitá-lo, confundi-lo e até proporcionar intensa felicidade. Dessa maneira, qualquer evento que quebre o equilíbrio do organismo e que exija adaptação pode ser considerado fonte de estresse. E a criança, assim como o adulto, está susceptível a este. Uma vivência intensa de estresse pode produzir graves conseqüências para a criança.

Zular (In: REZENDE E PINTO, 2001) coloca que o estresse em crianças pode ser mais grave que em adultos porque os mecanismos de defesa destas ainda não estão sedimentados. Os adultos, segundo o autor, costumam justificar as situações de estresse racionalmente, enquanto que o mesmo não acontece com as crianças. Boer (2009) aponta para o fato de que, na criança, situações de estresse podem se prolongar por muito tempo, contribuindo para efeitos na vida do adulto. Por este motivo, alguns instrumentos têm sido desenvolvidos para mensurar o estresse na infância.

Vilela (1995) realizou uma pesquisa em escolas públicas e particulares de Campo Grande (MS) com 40 crianças que cursavam da 1ª à 4ª série do ensino fundamental. Este estudo verificou que 62% das crianças apresentavam sintomas de estresse, independente da escola que freqüentavam. Dentre os sintomas, 60% apresentaram sintomas psicológicos, sendo estes mais comuns que os físicos. Além disso, as fontes de estresse mais apresentadas foram as externas.

No Brasil, a maior parte dos estudos sobre estresse foi realizado por Lipp e Romano; Lipp e Lucarelli além de pesquisas de Vilela, Tricoli, Pereira, Bignotto

(LIPP, 2000). Para esta autora, a importância nos estudos em estresse está em oferecer uma base para uma melhor compreensão dos aspectos que envolvem o estresse infantil. Mas, o que se pretende nas pesquisas recentes é encontrar métodos de prevenção e intervenção junto às crianças que são acometidas por este mal.

De acordo com Lipp: “o estresse é um conjunto de reações que temos quando algo acontece que nos amedronta, nos irrita, excita ou nos faz extremamente felizes” (LIPP, 1991. p. 20). A mesma autora (LIPP, 2000) destaca que no estresse infantil a criança pode enfrentar situações de tensão de níveis elevados prejudicando o desenvolvimento intelectual, emocional e afetivo desta já que ela ainda não adquiriu capacidade de lidar com estes eventos. Neste sentido, a autora coloca sobre a importância do ambiente sendo que, se este for favorável, a criança pode lidar melhor com estas situações tendo um menor prejuízo. A mesma autora explica que a incidência de estresse infantil não é conhecida, mas que se sabe que toda a criança passa, inevitavelmente, por inúmeras situações estressantes já nos primeiros anos de vida. De acordo com Shiraishi (2002) a maioria das questões que dão origem ao estresse infantil está vinculada a brigas com os pais, separação, mudança de escola, mudanças bruscas dentre outras.

A definição de estresse aqui apresentada parece se aproximar do que Winnicott (1989) expõe sobre trauma. Este autor coloca que o trauma na infância implica uma quebra da fé na qual a capacidade de acreditar é cindida e a provisão do ambiente que tinha se ajustado a criança acaba por fracassar. Ele coloca ainda que quanto mais integrada esteja a criança, mas grave pode ser as consequências do trauma. Neste sentido, o trauma é a destruição da pureza da experiência individual por uma intrusão repentina de fatos reais e também pela geração de ódio do objeto bom que foi experienciado não como ódio, mas sendo odiado delirantemente.

Em uma pesquisa recente (DAVIDSON e cols, 2009) foi avaliada a relação entre trauma na infância e sintomas psiquiátricos de funcionamento psíquico e social em adultos com graves problemas de saúde mental. Neste estudo realizado na Irlanda do norte foram avaliados 31 indivíduos usuários de serviços comunitários de saúde mental, mais da metade (17 casos) revelou histórico de trauma na infância,

tendo sido encontrado também uma relação significativa entre o histórico de trauma e aspectos do funcionamento social.

De acordo com Udwin (1993) já é sabido que experiências de estresse severo na infância são capazes de produzir resultados psicofisiológicos duradouros que podem se estender para a vida adulta. Ao ser exposta a um evento estressante a criança acaba por entrar em um estado de alerta e há a ativação do sistema nervoso simpático e da glândula pituitária, através do hipotálamo. Há também a ativação das glândulas supra-renais que liberam adrenalina, preparando a criança para a reação de "luta e fuga" e provocam a inibição das atividades vegetativas, o que pode ocasionar mudanças nos hábitos alimentares - perda de apetite - e alteração no sono - pesadelos, insônia. (LUCARELLI E LIPP, 1998).

Grünspum (1980) em Lucarelli e Lipp (1998) relata que na criança também é possível se ter graus de respostas nos diversos sistemas do organismo até que estes possam atingir distúrbios psicossomáticos, considerando as fases de estresse que são descritas por Selye (1965) conforme o seguinte esquema:

- 1- Sistema de Atenção: Hipervigilância na Fase de Alarme, contrapondo-se nas demais fases com incapacidade para manter a atenção e rendimento.
- 2- Sistema de Cognição: Aparecimento de pesadelos, pensamentos repetitivos e ruminação de idéias na Fase de Alarme, com memória prejudicada, perda de realidade, fantasia e substituição da realidade, nas fases subseqüentes.
- 3- Sistema Emocional: Na Fase de Alarme com crises de medo, birra e reações de ansiedade. Nas outras fases, apatia.
- 4- Sistema Somático: Distúrbios psicossomáticos, na Fase de Alarme. Sintomas corporais regressivos, nas demais fases.

Algumas das conseqüências do estresse infantil, apontadas por Lipp, Souza, Romano e Covolan (1991), é a presença de doenças físicas como a asma, alergias, dermatoses, diarreia, tiques nervosos, dores abdominais, etc. que surgem pela força que o organismo faz para lidar com o estresse. Se o sistema imunológico é afetado, a criança torna-se vulnerável a qualquer vírus a que esteja exposta e podem aparecer úlceras, hipertensão arterial, obesidade e bronquite podendo ter como desencadeador uma crise de estresse excessivo e prolongado. Além das

conseqüências físicas, podem ocorrer desajustes de ordem psicológica, como comportamento agressivo, enurese, gagueira, medo exagerado, dificuldades no relacionamento com o outro.

Os sintomas do estresse na infância podem ser tanto físicos quanto psicológicos ou em ambos. Os sintomas físicos mais relatados são dor de barriga, dores de cabeça, náuseas, enurese noturna, hiperatividade, gagueira, tensão muscular, ranger de dentes, dificuldade de respirar, distúrbios do sono, dentre outros. Os psicológicos mais freqüentes são ansiedade, terror noturno, pesadelos, dificuldades nas relações, apatia, insegurança, comportamento agressivo, crises de choro, tristeza, birra, medo excessivo. (LIPP e cols, 1991).

No que concerne as causas, o estresse pode ter causas tanto internas quanto externas. Dos fatores externos pode-se citar mudanças significativas ou constantes, responsabilidades em excesso, excesso de atividades, brigas e/ou separação dos pais, morte de algum parente, exigência ou rejeição por parte dos pares, disciplina confusa por parte dos pais, nascimento de irmão, troca de professores e/ou de escola, pais e/ou professores estressados, dentre outros. Dos fatores internos destacam-se a ansiedade, depressão, timidez, desejo de agradar, medo de fracassar, medo da morte dos pais e de ficar sozinho, medo de ser ridicularizado pelo grupo de pares (LIPP, 2003).

De acordo com Tricoli e Bignotto (2003) as características pessoais da criança, em grande parte, são transmitidas pelas relações mais significativas que esta estabelece – seja com os pais, com professores, com irmãos – o que acaba fazendo com que a criança tenha reações diferentes frente ao agente estressor. Assim sendo, o papel dos pais pode contribuir na prevenção do estresse de seus filhos através da análise dos estilos de educação que estes transmitem à criança além de poder auxiliar fazendo com que a criança tenha uma melhor qualidade de vida e um ambiente adequado ao desenvolvimento desta.

Alguns autores (LEMES et al., 2003; COMPAS e PHARES, 1991) explicitam que o estresse infantil pode colocar em risco a saúde mental na adolescência e na vida adulta, podendo provocar a ocorrência de problemas comportamentais e emocionais, impedindo que o indivíduo se desenvolva de forma normal e satisfatória. Egeland & Kreutzer (1991) sugerem que o estresse seja a principal variável causal de psicopatologias na infância.

Avison (2010) aponta para o fato de que ao saber mais sobre o processo de estresse na infância se ganha um importante avanço no que diz respeito a saúde mental e a sua trajetória ao longo da vida. O autor coloca que há três principais questões que se poderia começar a abordar: a primeira diz respeito a identificação de fatores estruturais e institucionais da exposição da criança ao estresse; a segunda, a construção de uma natureza do estresse em as crianças; e uma terceira que diz respeito a identificação de elementos-chave à partir da história de vida que possam definir ou alterar as trajetórias da saúde mental na infância e na adolescência.

Alguns estudos apontam para o fato de que o estresse cumulativo pode desencadear distúrbios psicóticos transitórios em indivíduos mais vulneráveis, principalmente em cujos níveis de reatividade emocional ao estresse do dia-a-dia é muito grande (MYIN-GERMEYS e cols, 2007). Além disso, em indivíduos com esquizofrenia, é possível que a disfunção de pelo menos um dos componentes de adaptação desencadeie surtos em situações de estresse (KOMESAROFF e cols, 1998).

3. CAPÍTULO III – ESTUDO SOBRE A SAÚDE DE CRIANÇAS USUÁRIAS DO CAPS INFANTIL DA CIDADE DE SANTA MARIA - RS

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a saúde de crianças usuárias do CAPS infantil da cidade de Santa Maria – RS através de dados sócio-demográficos e gerais de saúde, dados de estresse e de funcionamento emocional.

3.1.2 Objetivos Específicos

1. Traçar um perfil sociodemográfico das crianças usuárias do CAPSI destacando dados de saúde destas crianças;
2. Conhecer características do funcionamento emocional das crianças usuárias do CAPSI;
3. Levantar dados sobre estresse físico, psicológico, psicológico com componente depressivo e psicofisiológico das crianças usuárias do CAPSI.

3.2 Método

3.2.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter descritivo e de abordagem quantitativa e qualitativa.

3.2.2 Participantes

Foram avaliadas 31 crianças, sendo que os critérios de inclusão foram: 1) estar em atendimento no CAPSI de Santa Maria no período de janeiro a julho de 2011; 2) ter até 12 anos; 3) aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

3.2.3 Instrumentos

Para a realização deste trabalho foram utilizados três instrumentos:

1) *Questionário de dados gerais - Questionário para o Usuário (ANEXO A)*

O questionário utilizado neste item é uma adaptação do utilizado na pesquisa da cidade de Pelotas, RS, intitulada "Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas - RS" (CNPq - Edital 07/2005 Saúde Mental – Processo: 554554/2005-4, sob a coordenação da Dra. Elaine Tomasi, UCPEL/UFPEL). Os instrumentos estão disponíveis em <http://www.capspelotas.com.br/> e a adaptação, feita para crianças, no Apêndice A.

2) *ESI - Escala de Stress Infantil* (LIPP e NOVAES, 1999). **(ANEXO B)**

A Escala de Stress Infantil – ESI é um questionário estruturado e possui 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos. Esta escala objetiva avaliar estresse em crianças de 6 a 14 anos de ambos os sexos em quatro dimensões: física, psicológica, psicológica com componentes depressivos e psicofisiológica.

De acordo com o manual do instrumento, para a avaliação dos resultados foram eleitos critérios diagnósticos para cada uma das fases descritas acima.

A **Fase de Alerta** é considerada uma fase transitória, a qual revela que o organismo está reagindo a algo presente e representativo para a criança

A **Fase de Resistência** é caracterizada por um excesso de fontes de estresse na vida da criança, levando-a a dispendir muita energia para o seu enfrentamento. O estressor, nesta fase, já se encontra atuante no organismo por muito tempo.

A **Fase de Quase-exaustão** é considerada uma fase muito grave de estresse, na qual a criança não mais resiste e começa a adoecer física ou psicologicamente.

A **Fase de Exaustão** é a fase mais grave, na qual a criança adoece física e psicologicamente. O critério para esta fase é ter nota da escala acima de 99,30 pontos, independente da pontuação nos demais critérios.

3) *Teste das Fábulas* (CUNHA, JA; TIELLET, ML, 1993).

Este teste tem por objetivo detectar crises situacionais e de desenvolvimento, conflitos neuróticos e psicóticos. É um recurso para o entendimento psicodinâmico da criança e do adolescente e até mesmo do adulto, e para o acompanhamento da evolução durante o processo terapêutico.

De acordo Cunha, Freitas & Raimundo (1993), o teste das Fábulas se apresenta de forma verbal e pictórica, sendo composto por dez historietas incompletas que vão sendo apresentadas ao sujeito para que este as complete. As Fábulas que compõem o teste são: Fábula do passarinho (Fábula 1); Fábula do aniversário de casamento (Fábula 2); Fábula do Cordeirinho (Fábula 3); Fábula do enterro ou da viagem (Fábula 4); Fábula do medo (Fábula 5); Fábula do elefante (Fábula 6); Fábula do objeto fabricado (Fábula 7); Fábula do passeio com a mãe ou com o pai (Fábula 8); Fábula da notícia (Fábula 9) e a Fábula do sonho mau (Fábula 10).

Abaixo, segue o conteúdo de cada fábula e o conteúdo que ela visa explorar, de acordo com Cunha e Nunes (1993):

1 – Fábula do Passarinho (Fábula 1):

Relata a história de um passarinho filhote que já sabe voar um pouco, mas que após uma ventania, cai da árvore juntamente com o ninho e fica sozinho. Seus pais voam para árvores diferentes e ele precisa decidir o que fazer.

Esta fábula sugere que a criança se identifique com o passarinho e que, através dela se possa explorar a questão da dependência-independência e também a presença ou não de apego específico a um dos progenitores.

2 – Fábula do Aniversário de Casamento (Fábula 2):

Conta a história de uma criança que sai da festa de aniversário de casamento dos pais e vai ficar sozinha no jardim, tendo que dizer, depois, o motivo de ter tomado tal atitude.

O conteúdo desta fábula coloca a criança frente a uma situação da relação dos pais, do afeto entre eles. A intenção é explorar a reação da criança frente a cena primária.

3 – Fábula do Cordeirinho (Fábula 3):

Esta fábula conta a história de um cordeirinho que, apesar de já comer capim, ainda gosta de mamar. Ele vive sozinho com a mãe até que um dia surge outro cordeirinho, mais novo, que ainda não come capim. O menor está com fome e, como não come capim, a mãe pede que ele vá comer capim enquanto dá o leite ao outro. A criança deverá responder o que o cordeirinho vai fazer.

Esta fábula foi desenvolvida para explorar a questão da rivalidade fraterna, mas mobiliza também temas como a rejeição materna e a dependência-independência.

4 – Fábula da viagem ou da morte (Fábula 4):

A fábula da viagem conta que uma pessoa da família foi viajar de avião pra muito longe, pra nunca mais voltar. A criança deve responder quem é que foi viajar. E a da morte conta que uma pessoa morreu e pergunta a criança quem foi. Usar uma ou a outra depende de um bom *rapport* e de conhecimento prévio da criança.

O conteúdo da fábula possibilita a catarse, que a criança expresse a hostilidade, desejos de morte e autopunição possivelmente mobilizados pelas fábulas anteriores.

5 – Fábula do medo (Fábula 5):

Esta fábula descreve uma situação em que o personagem está com medo. A resposta da criança deve esclarecer a causa do medo.

Assim como a fábula 4, possibilita a catarse e que a criança tenha a oportunidade de expressar ansiedade e autopunição.

6 – Fábula do elefante (Fábula 6):

Conta a história de uma criança que tem um elefantinho com uma tromba comprida. Em determinado momento, a criança percebe que o elefante está diferente. A criança deve responder o que está diferente.

De acordo com as autoras, esta fábula explora o complexo de castração. É esperado que elas relatem danos no elefante, principalmente na tromba.

7 – Fábula do objeto fabricado (Fábula 7):

Esta fábula envolve a fabricação de um objeto de argila feito pelo personagem sendo que ele pode ou não dá-lo a sua mãe após esta tê-lo pedido. A criança deve responder se vai dar ou não o objeto a ela.

De acordo com o enredo, esta fábula propõe uma situação conflituosa associada à fase e avalia o caráter possessivo e obstinado da criança.

8 – Fábula do passeio com a mãe ou com o pai (Fábula 8):

Relata que uma criança – menino ou menina, dependendo do sexo da criança – fez um passeio com o progenitor do sexo oposto. Ao chegar em casa, percebe que o progenitor do mesmo sexo está bravo. A criança deve responder porque ele está assim.

Esta fábula remete diretamente a uma situação triangular, com elementos edípicos. As autoras colocam que, muitas vezes, corrobora os indícios apontados pela Fábula 2. Se ela acaba elaborando uma resposta aceitável na Fábula 2, este acaba por se insinuar, de algum modo, na Fábula 8.

9 – Fábula da notícia (Fábula 9):

Envolve uma situação em que uma criança chega em casa da escola e recebe uma notícia da sua mãe. A criança deve responder qual foi a notícia.

Esta fábula, em conjunto com a Fábula 10 possui função semelhante a da Fábula 4 e 5, de catarse de questões mobilizadas pelas fábulas anteriores (6, 7 e 8), podendo ainda ter acesso aos desejos e medos da criança.

10 – Fábula do sonho mau (Fábula 10):

Conta a história de uma criança acorda após ter tido um sonho mau. A criança deve, então, contar qual foi esse sonho.

De acordo com as autoras, esta fábula tem a função de controle dos temas mobilizados nas fábulas anteriores. Proporciona também a possibilidade de manejar defensivamente a ansiedade desencadeada pelas demais fábulas.

Para a realização deste trabalho, optou-se por utilizar as Fábulas 1, 2, 3, 6, 7 e 8 por envolverem a temática das primeiras relações da criança e a forma como ela lida com isso. Para tanto foram analisadas as defesas de cada uma destas fábulas para poder se ter uma noção do funcionamento psíquico das crianças, considerando estes mais ou menos primitivos (de acordo com as defesas descritas por Klein (1946; 1952/1991). Além disso, as fábulas foram categorizadas em “adaptativas” ou “desadaptativas” de acordo com o conteúdo que traziam e com o que se propunham a analisar.

Para a correção das Fábulas, estas foram divididas entre pares de juízes (acadêmicos e mestrandas de Psicologia) que o corrigiram, num primeiro momento, e, posteriormente, foram re-corrigidas por outra dupla. A correção aqui utilizada foi realizada pela autora da dissertação que comparou as correções dos juízes e serviu como um terceiro quando os resultados destes divergiam. No total, foram avaliadas pelo teste das Fábulas, 17 crianças usuárias do CAPSI.

3.2.4 Procedimento de coleta dos dados

Como já foi dito anteriormente, este trabalho é parte de um projeto maior (de pesquisa e extensão) já em andamento, ou seja, já se tinha a inserção no serviço. No final de 2008 foi feito o primeiro contato com o CAPSI, e, depois de ter realizado um período de extensão e de participação nas reuniões semanais com os técnicos, foram levantadas as demandas. Todo o projeto foi apresentado e discutido com os técnicos do serviço, os quais ajudaram a levantar as possíveis intervenções.

A equipe de coleta de dados foi composta por participantes do Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, acadêmicos do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria e mestrandas do Programa de Pós-graduação em Psicologia da mesma instituição, os quais passaram por um treinamento de aplicação e de correção dos instrumentos.

As entrevistas e aplicação dos instrumentos foram realizadas no CAPSI, quando os usuários estavam no intervalo de algum atendimento e, ou atividade no serviço. A coleta foi realizada em mais de um encontro, pela quantidade de instrumentos e, também, por demandarem tempo. A maioria foi realizada em dois ou três encontros – no primeiro, aplicado o *Questionário de dados gerais*, o qual

poderia ser respondido pelas crianças e/ou pelos seus pais/cuidadores (caso fosse possível já se aplicava a *Escala de Stress Infantil* (ESI); no segundo, se ainda não tivesse sido aplicada, a *Escala de Stress Infantil* (ESI); e, posteriormente, o *Teste das Fábulas*.

Todos os instrumentos foram aplicados individualmente e, antes da aplicação, era realizado um *rapport* explicando os objetivos da pesquisa e explicitando o seu caráter voluntário.

3.2.5 Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados foi dividida em dois momentos:

1) *Análise quantitativa*: os dados foram analisados em termos de estatística descritiva (média, moda, mediana, freqüências e percentuais) para descrição das características gerais da amostra e estatística inferencial (Teste *t*). Os cálculos foram realizados através de pacote estatístico SPSS 13.0.

2) *Análise qualitativa*: Foi realizado um levantamento qualitativo das questões abertas da entrevista sociodemográfica e de questões dos instrumentos que abriam esta possibilidade, como o Teste das Fábulas, a fim de compreender questões subjetivas dos participantes desta pesquisa.

3.2.6 Procedimentos Éticos

Depois da inserção no serviço e da autorização dos técnicos para a realização da pesquisa foi elaborado o projeto o qual passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. As coletas só iniciaram depois de este ter sido aprovado⁶.

As coletas eram realizadas somente se as crianças e seus pais/cuidadores aceitassem participar depois de terem sido informadas sobre os objetivos desta pesquisa. As crianças que aceitaram participar consentiram verbalmente aos

⁶ ANEXO C.

aplicadores e, seus pais/cuidadores assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido⁷, depois de o aplicador ler o termo em voz alta para estes, esclarecendo qualquer dúvida que pudessem ter.

Depois das coletas, os instrumentos e as informações coletadas, eram levadas a sala do grupo, no prédio de Psicologia da UFSM. Tanto os instrumentos, quanto o banco de dados, estão guardados na sala do grupo sob os cuidados dos pesquisadores responsáveis pelo projeto.

⁷ APÊNDICE A.

3.3 Apresentação e Discussão dos Resultados

Abaixo, segue a descrição e discussão dos dados relativos às características gerais das crianças.

Tabela 1 - Distribuição de freqüência de características dos sujeitos ($N = 31$)

Variáveis	Freqüência	%
Sexo		
Feminino	10	32.3
Masculino	21	66.7
Cor da Pele		
Branca	15	48.4
Morena/parda	13	41.9
Preta	3	9.7
Idade		
Dos 4 aos 8 anos	10	32.3
Dos 9 aos 12 anos	21	67.8
Média: 9.39 anos (<i>dp</i> 2.68)		
Escolaridade		
Creche	2	6.5
Pré-escola	2	6.5
Primeira série	4	12.9
Segunda série	4	12.9
Terceira série	2	6.5
Quarta série	6	19.4
Quinta série	4	12.9
Sexta série	2	6.5
Alfabetização		
Usuário sabe ler e escrever	14	45.2
Só assina o nome	7	22.6
Nunca estudou	4	12.9

Não sabe ler e escrever	6	19.4
-------------------------	---	------

Um dado interessante quanto às características gerais da amostra é em relação ao sexo dos usuários, já que 66.7% é do sexo masculino. Telles (2006) coloca que as meninas são menos suscetíveis as tensões psicossociais da infância. Corroborando com alguns estudos que apontam para o fato de que a procura por serviços de saúde mental é de crianças do sexo masculino, sendo que a maior incidência de queixa é o mau desempenho na escola, comportamento agressivo e desobediência, que pode ser observado tanto em referências mais antigas quanto em atuais (SCHOEN-FERREIRA, SILVA, FARIAS & SILVARES, 2002; BERNARDES-DA-ROSA, GARCIA, DOMINGOS & SILVARES, 2000; ANCONA-LOPEZ, 1981).

Mais alguns estudos apontam para o fato de que grande parte dos usuários de serviço de saúde mental infantil são do sexo masculino (DELFINI et al. 2009; SANTOS, 2006; SPOSITO E SAVOIA, 2006). Ronchi e Avellar (2010) colocam que, dos 51 pacientes em atendimento, 31 (60.8%) são do sexo masculino e 20 (39.2%) do sexo feminino. Hoffmann, Santos e Mota (2008) afirmam que 62.3% das crianças e adolescentes atendidos em CAPSI eram do sexo masculino em pesquisa realizada no banco de dados do Ministério da Saúde, através das Apac (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade).

Além disso, nos dados encontrados neste estudo, chama atenção a média de idade das crianças atendidas no serviço, sendo que esta ficou em 9.39 anos (*dp* 2.68). No estudo citado acima (Hoffmann, Santos e Mota, 2008) a idade média ficou em 11,1 anos, mas deve-se considerar o fato do estudo ter sido realizado com uma faixa etária maior, já que avaliou todos os usuários de CAPSI, tanto crianças quanto adolescentes.

Outro dado interessante é em relação à prática de esportes: 56.7% das crianças pratica alguma atividade física ($N = 17$) pelo menos uma vez na semana. Sabe-se que o esporte é importante tanto pelo aspecto físico quanto psicológicos, além de sociais. Zago (2009) explicita que geralmente crianças com transtorno mental grave apresentam dificuldade de situar-se em relação ao próprio corpo sendo a atividade físico-esportiva uma forma de comunicação capaz de diminuir o sofrimento fazendo a mediação das relações da criança com o mundo. Ao não ser

possível utilizar a palavra, o corpo pode se apresentar enquanto instrumento da linguagem.

Em pacientes psicóticos, a ação psicomotora é expressa por uma agitação ou mesmo por imobilidade proveniente de uma melancolia ou de uma depressão profunda. Dolto (2007) coloca que através da prática de atividades esportivas a criança pode romper com a estagnação ou, ainda, proporcionar um momento para a legitimação da ação motora podendo ainda experimentar a percepção do seu corpo e dos limites deste e do esquema corporal.

Em relação a escolaridade, 26 crianças freqüentam a escola, das 31 participantes deste estudo, totalizando 83.87%. Ronchi e Avellar (2010), em sua pesquisa, encontraram que 80% das crianças e adolescentes usuários do CAPSI estudavam, a maioria, nas séries iniciais do ensino fundamental corroborando com o que Santos (2006 In: RONCHI E AVELLAR) encontrou. Este último apontou o fato de que a maioria das crianças e adolescentes eram alunos de 1^a a 4^a séries.

No que se refere aos dados de saúde geral observou-se que a média de idade de inicio de tratamento foi de 6 anos com desvio padrão de 2.5 anos, e a variação de 02 a 10 anos.

Tabela 2 – Dados de saúde geral das crianças (N = 31)

Saúde do usuário nos últimos 30 dias⁸	Freqüências	%
Ruim	2	6.7
Regular	7	23.3
Boa	12	40
Muito Boa	3	10
Excelente	6	20
Consultou no posto de saúde mais próximo de sua casa (últimos 3 meses)		
Sim	8	25.8
Não	23	74.2
Foi atendido em algum pronto socorro (últimos 3 meses)		
Sim	9	29
Não	22	71
Foi atendido em algum hospital de Santa Maria (últimos 3 meses)		
Sim	3	9.7
Não	28	90.3
Tem outro problema de saúde		
Sim	13	41.9
Não	18	58.1
Fuma ou já fumou		
Não, ex-fumante	1	3.2
Não, nunca	30	96.8

Em pesquisa realizada por Santos e cols (2005), o qual realizou um levantamento de 274 prontuários apenas 1.4% dos diagnósticos foram realizados em crianças menores de 5 anos. No CAPSI de Santa Maria, a média de idade de

⁸ Considerando que alguns dos questionários foram respondidos pelas crianças e outros por seus cuidadores/acompanhantes.

entrada no serviço das crianças entre 4 e 12 anos foi de 6.02 anos, com desvio padrão de 2.58 anos. Idade elevada ao se levar em consideração que as intervenções realizadas mais precocemente, apresentam melhores resultados (BAIRRÃO E ALMEIDA, 2002).

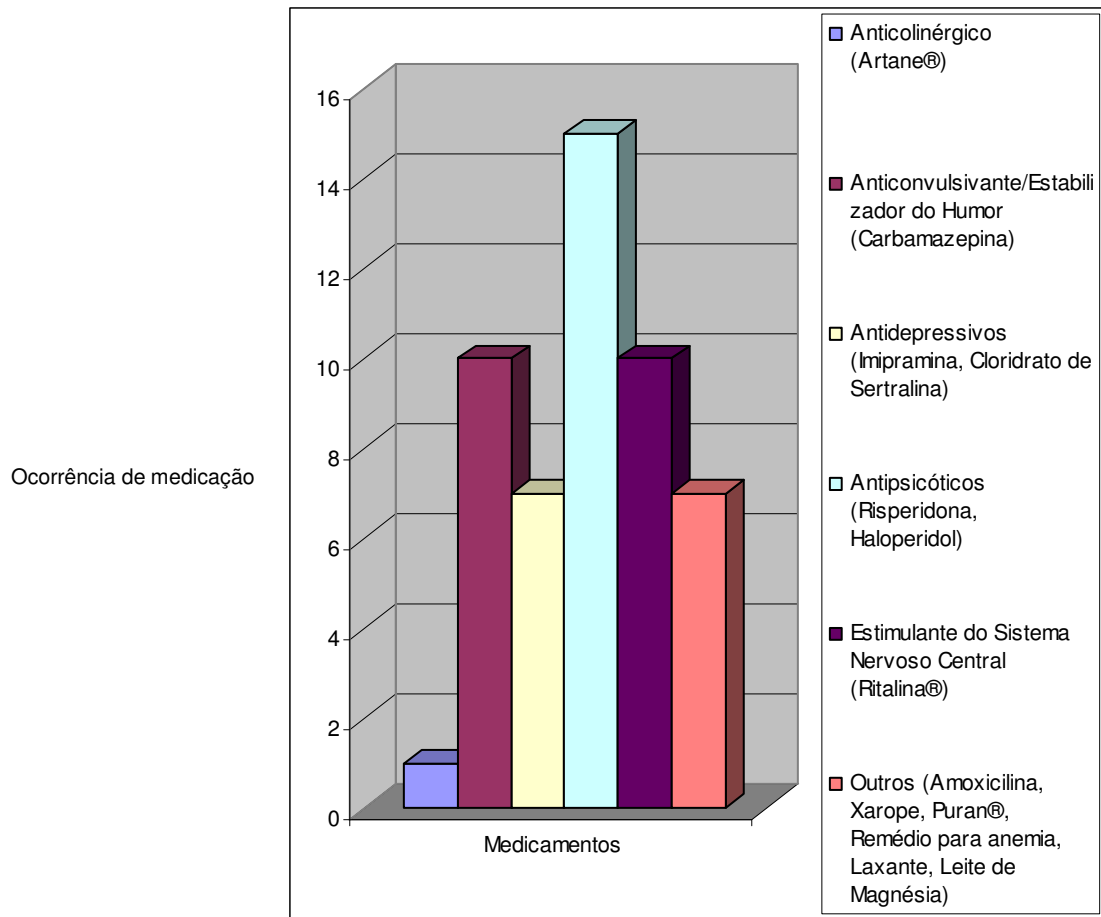
Um dado importante em relação à saúde das crianças do CAPSI diz respeito à medicação. A análise revelou que dos 31 usuários participantes da pesquisa, 25 usam pelo menos um tipo de medicamento (80.6% das crianças avaliadas). Este dado leva a pensar se realmente os estabelecimentos de saúde, e principalmente os CAPS, estão funcionando de acordo com o que se propõe, visto que a medicalização excessiva não é uma forma de tratamento indicada pelo Ministério da Saúde e pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, a qual prioriza tratamentos mais socializantes e humanizantes.

De acordo com Ferrazza e cols (2010) a mecânica da clínica contemporânea é pautada a rotulação de diagnósticos aliada ao uso abusivo de medicamentos psicofarmacológicos, isto principalmente porque há uma supervalorização do biológico do sofrimento psíquico e um abandono a compreensão da estrutura psíquica no atendimento clínico. Além das questões mercadológicas de prescrição de medicamentos existentes na relação entre médicos e laboratórios farmacêuticos.

Como efeito da medicalização excessiva nas crianças tem-se efeitos colaterais severos, com graves seqüelas pouco previsíveis além de não exterminarem o real mal-estar, por vezes até dificultando o acesso clínico ao problema, já que o medicamento acaba por 'tamponar' o sujeito (FERRAZZA e cols. 2010).

A seguir, um gráfico mostrando quais os medicamentos que foram utilizados pelas crianças.

Gráfico 1 – Medicamentos utilizados pelos usuários nos últimos 15 dias



Chama atenção a incidência do uso de medicação antipsicótica nas crianças do CAPSI, sendo que, em alguns casos, mais de um antipsicótico foi indicado à mesma criança. Neste sentido, reitera-se o que foi colocado a respeito da medicalização psiquiátrica em crianças visto que os medicamentos utilizados são os mesmos administrados pelos adultos e há poucas pesquisas sobre os efeitos que esta medicação pode ter em pacientes infantis.

Na pesquisa realizada por Ronchi e Avellar (2010) das 51 crianças e adolescentes em atendimento num CAPSI, 48 faziam uso de medicamento. Sendo que destes, os mais utilizados eram: antipsicóticos (86.3%), anticonvulsivantes

(72.5%), antidepressivos (43.1%) e anfetamínicos (21.6%). Garildo e Voltolini (2009, In: RONCHI E AVELLAR, 2010) explicitam que um fenômeno crescente o uso de psicotrópicos neste público.

Ainda sobre a medicação, a seguir, uma tabela demonstrando os dados encontrados sobre qual a especialidade da medicina que indicou o(s) remédio(s) utilizado pela criança.

Tabela 3 - Quem receitou a medicação ao usuário

	Freqüências	%
Psiquiatra	18	66.67
Neurologista	4	14.81
Pediatra	3	11.11
Endocrinologista	1	3.70
Gastroenterologista	1	3.70

Destaca-se nesta tabela o fato de que o psiquiatra foi quem receitou mais vezes a medicação utilizada pelas crianças do CAPSI. Este dado vai ao encontro do dado encontrado no gráfico anterior, visto a maior incidência de antipsicóticos utilizados por estas.

A seguir são apresentados os motivos pelas crianças estarem em tratamento no CAPSI, tanto os motivos apontados por elas (e/ou por seus cuidadores) como os apontados pelos médicos de acordo com os usuários.

Tabela 4 – Motivos apontados pelos usuários por estarem se tratando no CAPSI

Motivos apontados pelos usuários			Motivos apontados pelos médicos de acordo com os usuários		
	Freqüência	%		Freqüência	%
Agitação/Hiperatividade	7	20	Hiperatividade	4	11.76
Nervosismo/Comportamento Irritado/Raiva/Comportamento Agressivo	8	22.86	Nervosismo	4	11.76
Atraso na Linguagem	2	5.71	Atraso na Fala	1	2.94
Não conversa	3	8.57			
Medo/Pânico	2	5.71	Medo	2	5.88
Não Sabe	3	8.57	Não sabem	2	5.88
Outros	10	28.57	Retardo Mental	4	11.76
			Não lembram	2	5.88
			Médicos não disseram	4	11.76
			Médicos não sabem	3	8.82

Com esta tabela pode-se perceber que o discurso dos usuários (e ou dos cuidadores) sobre o que as crianças têm é muito semelhante ao que relatam os

médicos. A grande maioria relata nervosismo e hiperatividade (42.86%) como as causas da criança estar se tratando no CAPSI o que vai ao encontro do discurso médico, relatado por eles, já que nervosismo e hiperatividade apontam como dois dos maiores percentuais.

Chama atenção o fato de apontar o retardo mental (11.76% dos casos) e este praticamente não aparecer no discurso da criança e/ou seu cuidador. Com isso, pode-se pensar no motivo deste não ser referido por eles. De acordo com Martins e cols (2004) o indivíduo com retardo mental ainda é algo de preconceito e pessimismo, despertando sentimentos de estranheza, frustração e impotência por parte dos profissionais de saúde e da população de uma forma geral.

De acordo com Santos e cols (2005) em estudo realizado em Salvador-BA, o diagnóstico mais freqüente dentre os sujeitos foi o retardo mental, com um percentual de 42%. Só se pode comparar a este dado, as resposta dos usuários e/ou cuidadores sobre os motivos de estarem se tratando no CAPSI já que não era objetivo deste estudo verificar quais os diagnósticos das crianças atendidas pelo serviço, mas saber qual a percepção delas.

Os dados encontrados quanto às causas que levam as crianças a serem tratadas no CAPSI vão ao encontro dos estudos de Ronchi e Avellar (2010) e de Santos (2006), os quais apontam que as queixas mais relatadas pelos familiares das crianças são a agressividade e a agitação. Nos estudos destes, uma queixa significativa foi em relação a furtos, o que não foi mencionado nos participantes da pesquisa no CAPSI de Santa Maria.

Além dos problemas que as levaram ao CAPSI, foi perguntado às crianças e aos seus cuidadores, se estas tinham algum outro problema de saúde. As respostas podem ser visualizadas na tabela a seguir.

Tabela 5 - Outros problemas de saúde relatados pelo usuário e/ou pelo cuidador

	Freqüências	%
Problemas respiratórios	7	41.18
Problemas da garganta	2	11.76
Problemas da coluna	2	11.76
Problema intestinal	1	5.88
Hipotireoidismo	1	5.88
Anemia	1	5.88
Vômitos freqüentes	1	5.88
Outros	2	11.76

Dentre os problemas respiratórios, que apresentaram maior freqüência (41.18%), estão a asma, bronquite asmática, adenóide e rinite.

Hoffmann, Zogbi, Fleck e Müller (2005), em um estudo sobre psicodermatologia, explicitam que cada vez mais se tem estudos envolvendo o corpo e as questões psicológicas. De acordo com Koblenzer (1983, In: HOFFMANN, ZOGBI, FLECK E MÜLLER, 2005) a doença, em muitos casos, é precedida por um período em que o indivíduo não se sente apto a enfrentá-la. Esta falha pode ativar medidas de emergência, transmitidas neurologicamente, as quais alteram o equilíbrio do corpo facilitando o desenvolvimento da doença.

A Psiconeuroimunologia surge para lidar com a ligação dos aspectos neurológicos e psicológicos. Neste sentido, de acordo com Rasmussen (1990, In: HOFFMANN, ZOGBI, FLECK E MÜLLER, 2005), o estresse pode influenciar os mecanismos imunes, aumentando a predisposição dos indivíduos a doenças.

A seguir, seguem os dados de estresse encontrados na pesquisa realizada com as crianças do CAPSI.

Tabela 6 - Distribuição dos dados de estresse através do ESI (N = 31)

	Estresse Total %	Estresse Físico %	Estresse Psicológico %	Estresse Psicodepressivo %	Estresse Psicofisiológico %
percentual Estresse	63,2	52,7	63,1	73,7	52,6
Fase					
Alerta	36,8	31,6	36,8	31,6	36,8
Resistência	21,1	15,8	15,8	15,8	10,5
Quase Exaustão	-	-	-	15,8	5,3
Exaustão	5,3	5,3	10,5	10,5	-

Em relação aos dados de estresse, um dado importante é o que demonstra que 63.2% das crianças apresentam sintomas de estresse. Dado muito semelhante ao encontrado num estudo realizado com crianças em tratamento quimioterápico (MARQUES, 2004), onde 60% das crianças apresentaram sintomatologia de estresse. Diferentemente do estudo de Marques (2004) que apontou que a sintomatologia predominante nas crianças com câncer foi a psicológica (40%), nas crianças do CAPSI foi a psicológica com componentes depressivos, correspondendo a 73.7% do total.

Este é um dado importante porque demonstra um sofrimento até então não levado em consideração no tratamento das crianças usuárias do CAPSI. 36,8% delas se encontram na fase de alerta que não corresponde ainda a um adoecimento, mas inspira cuidados caso o agente estressor permaneça presente.

Além disso, é importante destacar que, ao realizar a análise estatística, somente o sexo apresentou diferença significativa quanto ao estresse. A seguir, uma tabela com as freqüências de estresse de acordo com o sexo nas crianças do CAPSI de Santa Maria.

TABELA 7 - Frequência dos dados de estresse de acordo com o sexo

ESTRESSE	SEXO				Valor de p
	Feminino		Masculino		
	Média	dp	Média	dp	
Físico	10.28	5.05	8.83	4.56	0.529
Psicológico	17.00	7.63	10.83	4.23	0.035*
Psicológico com componente depressivo	12.71	7.54	10.33	7.03	0.497
Psicofisiológico	12.28	6.84	10.83	3.61	0.549
Total	52.28	23.35	40.83	15.93	0.220

O número de meninas que se encontram em situação de estresse é superior ao dos meninos, do total 85.8% ($N = 6$) das meninas apresentaram estresse enquanto que, nos meninos, este dado é de 41.6% ($N = 5$). Além disso, a média de estresse total nas meninas é de 52.28 ($dp = 23.35$), enquanto que, nos meninos, 40.83 ($dp = 15.93$), como se pode observar na tabela acima. No estudo de Marques (2004), 53% das meninas ($N = 8$) apresentaram sintomas de estresse, enquanto que os meninos 47% ($N = 7$), dados muitos semelhantes ao encontrados por Vilela (1995, In: Marques, 2004).

Um dado importante também a respeito das crianças usuárias do CAPSI deflagra que 100% das meninas usuárias do CAPSI que apresentam sintomas de estresse, apresentaram estresse psicológico (como pode ser visto na tabela acima, apresentaram valor de $p = 0.035$).

Teste das Fábulas

No que concerne aos dados encontrados na análise do Teste das Fábulas, de acordo com o que se propôs analisar neste trabalho, apresentam-se, a seguir, a frequência das fantasias e defesas utilizadas pelas crianças.

Cabe ressaltar que defesa, de acordo com Laplanche e Pontalis (2004), é um conjunto de operações que tem como objetivo reduzir e até mesmo suprimir modificações capazes de colocar o ego em perigo. De forma geral, a defesa incide sobre as fantasias a que está ligada, sobre uma determinada “situação capaz de desencadear essa excitação na medida em que é incompatível com este equilíbrio e, por isso, desagradável para o ego (p. 107).

Já fantasia, de acordo com os mesmos autores (LAPLANCHE E PONTALIS, 2004), diz respeito a um “roteiro imaginário” (p. 169) em que o indivíduo está presente e que representa a realização de um desejo de maneira deformada pelas defesas.

A seguir serão apresentados os dados encontrados quanto às defesas e fantasias utilizadas pelas crianças do CAPSI.

Fábula 1 (do passarinho)

Gráfico 2 - Fantasias

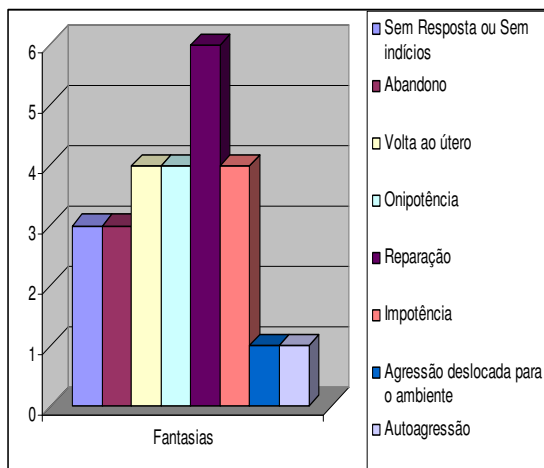
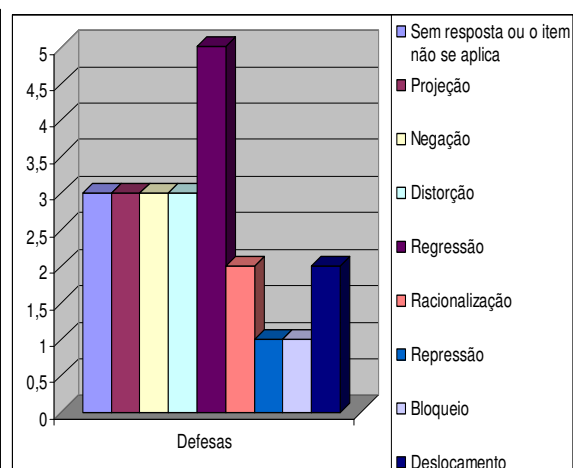


Gráfico 3 - Defesas



Como pode ser observado nos gráficos acima, na primeira fábula – Fábula do Passarinho – que tem como objetivo explorar a dependência-independência da criança, a atitude básica frente ao mundo e a presença ou não de apego específico a um dos progenitores (CUNHA E NUNES, 1993), a maior incidência no que concerne às fantasias, foi a de *abandono*, procedida por *volta ao útero*, *onipotência*

e *impotência* (em igual número). Quanto às defesas, a maior incidência foi de *regressão*, procedida por *distorção*, *negação*, *projeção* e *repressão* (em igual número).

Serafini (2004), em um estudo sobre crianças institucionalizadas verificou que estas apresentaram em sua maioria, a fantasia de *abandono* (45.2%), seguida pelas fantasias de *agressão deslocada para o ambiente* (38.7%), *agregação familiar* (37.1%) e *impotência* (30.6%). Quanto às defesas, o mesmo estudo encontrou que os mecanismos mais utilizados foram os de *regressão* (17.7%), *idealização* (16.1%), *distorção* (12.9%) e *somatização* (12.9%).

Ao compararmos as duas amostras, pode-se inferir que tanto as defesas quanto as fantasias que mais apareceram foram as mesmas. Chama atenção o fato de, no estudo com as crianças do CAPSI estas se utilizarem de defesas e fantasias mais primitivas o que é típico de indivíduos com fixação em um período mais regressivo do desenvolvimento (KLEIN, 1946/1991).

Fábula 2 (do aniversário de casamento):

Gráfico 4 - Fantasias

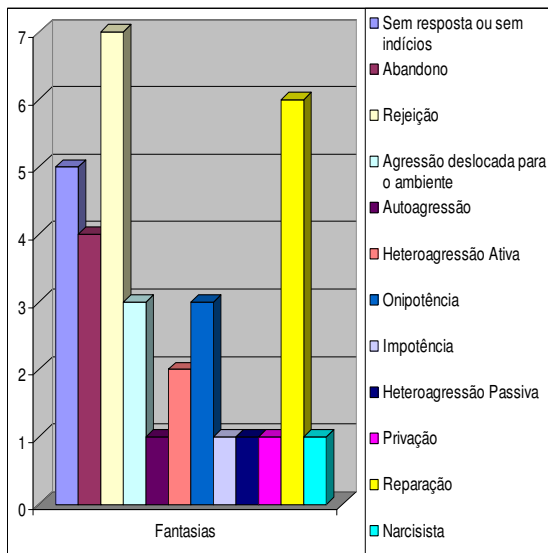
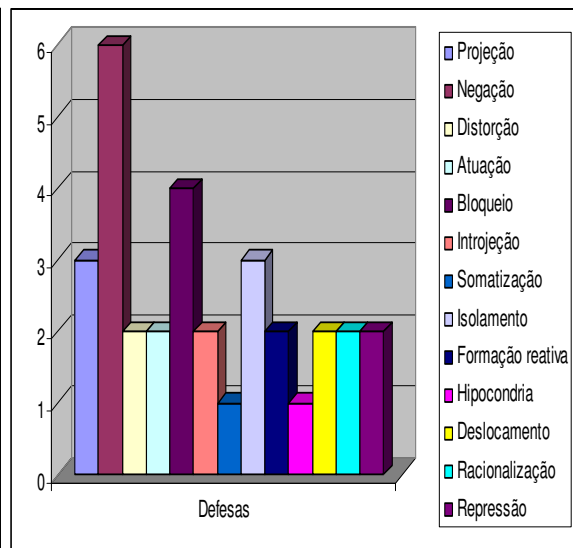


Gráfico 5 - Defesas



A fábula 2 tem como objetivo explorar a reação da criança frente à relação afetivo-sexual dos pais (CUNHA E NUNES, 1993). As crianças do CAPSI apresentaram maior frequência de fantasias de *rejeição* seguida pela fantasia de *reparação* (como pode ser observado no gráfico acima). Quanto às defesas, estas apresentaram em maior número *negação*, seguida de *bloqueio* e *isolamento*.

No estudo de Serafini (2004), a amostra total apresentou em maior número fantasias de *rejeição* (45.2%), seguida por *agressão deslocada para o ambiente* (27.4%), de *heteroagressão ativa* (17.7%) e de *edípicas* (12.9%). Quanto às defesas, a maior incidência foi de *atuação* (24.2%), seguida de *idealização* (22.6%), *negação* (17.7%) e *evitação* (16.1%).

Nesta segunda fábula, chama atenção o fato de não ter aparecido a fantasia edípica nas crianças do CAPSI e as defesas mais utilizadas serem a negação, o bloqueio e o isolamento. É importante lembrar que uma das características da psicose é a simbiose e a não-entrada de um terceiro na relação.

Fábula 3 (do cordeirinho):

Gráfico 6 - Fantasias

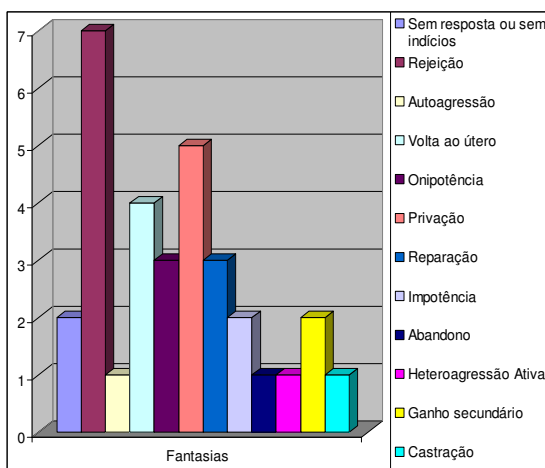
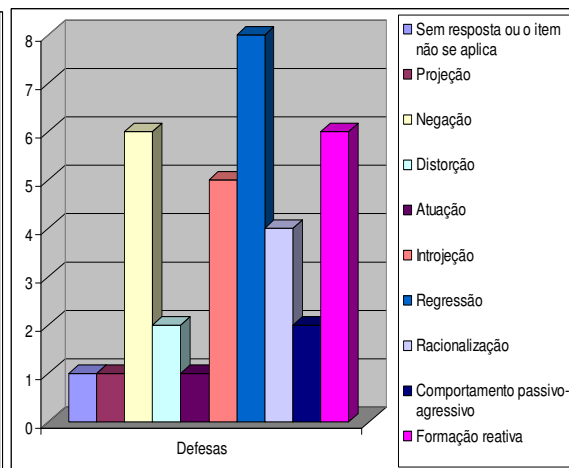


Gráfico 7 - Defesas



A fábula 3, de acordo com Cunha e Nunes (1993), refere-se à simbiose e à rivalidade fraterna. No que diz respeito às fantasias, as crianças do CAPSI apresentaram em maior número fantasias de *rejeição* e de *privação*. Quanto às defesas, apresentaram maior frequência de *regressão*, seguida de *negação* e de *formação reativa*.

Serafini (2004) encontrou, nas crianças institucionalizadas, uma grande incidência de fantasias de *privação* (79%). Quanto às defesas, a maior frequência foi de *negação* (40.3%), *regressão* (38.7%), *idealização* (22.6%) e *distorção* (16.1%).

A fantasia de rejeição também pode estar relacionada com a dificuldade das crianças em sofrimento psíquico grave em admitirem um terceiro na relação (MARCELLI E COHEN, 2010).

Fábula 6 (do elefante):

Gráfico 8 - Fantasias

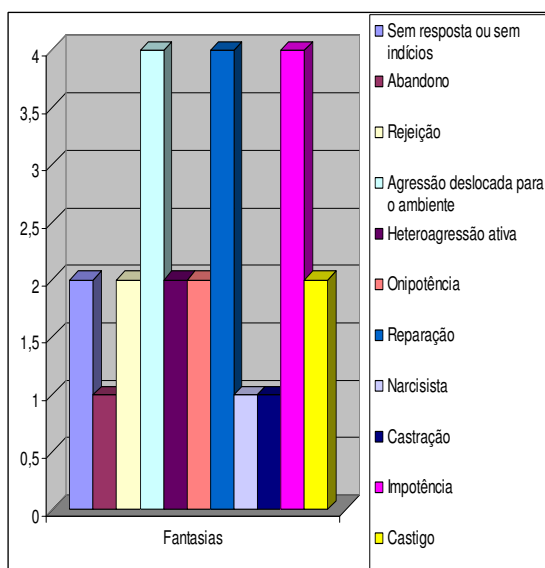
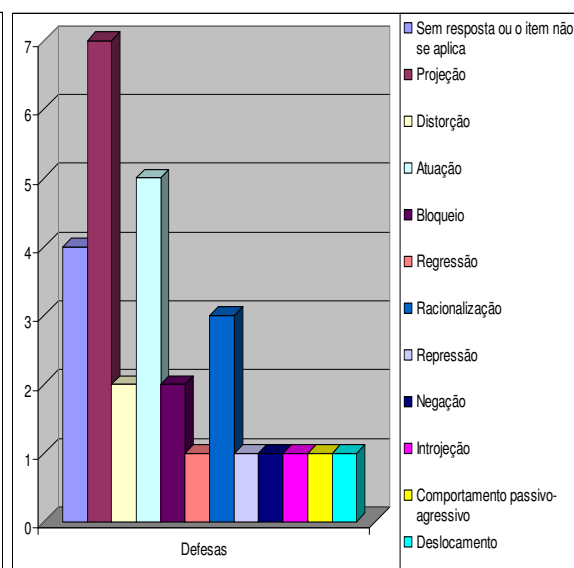


Gráfico 9 - Defesas



A fábula 6 tem como objetivo explorar as reações da criança em relação às experiências fálicas (CUNHA E NUNES, 1993). As crianças do CAPSI apresentaram maior frequência de fantasias de *agressão deslocada para o ambiente*, *reparação* e *impotência*. No que diz respeito às defesas, a maior frequência foi de *projeção* e de *atuação*.

No estudo de Serafini (2004), a frequência de fantasias das crianças estudadas foi de *agressão deslocada para o ambiente* (38.7%), *privação* (29%) e *abandono* (19.4%). Quanto às defesas, a maior parte das crianças não fez uso de mecanismos de defesa (48.4%). Dos que utilizaram, a maior frequência foi de *idealização* (14.5%) e *evitação* (11.3%).

Chama atenção, nesta fábula, o fato de as crianças do CAPSI se utilizarem mais de defesas mais primitivas, revelando uma dificuldade em lidar com questões relacionadas a experiência fálica.

Fábula 7 (do objeto fabricado):

Gráfico 10 - Fantasias

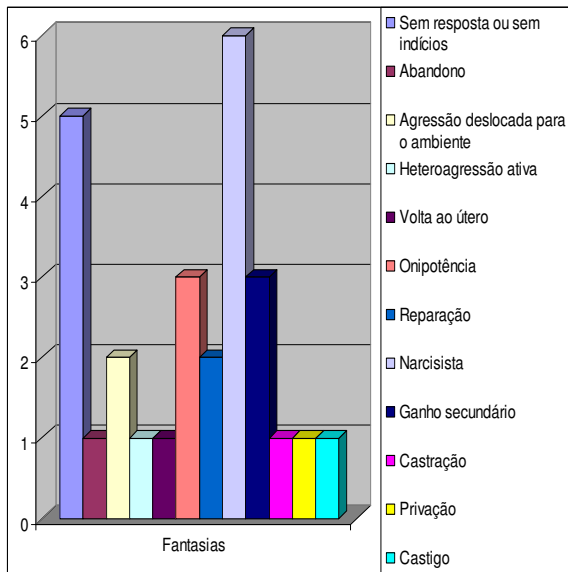
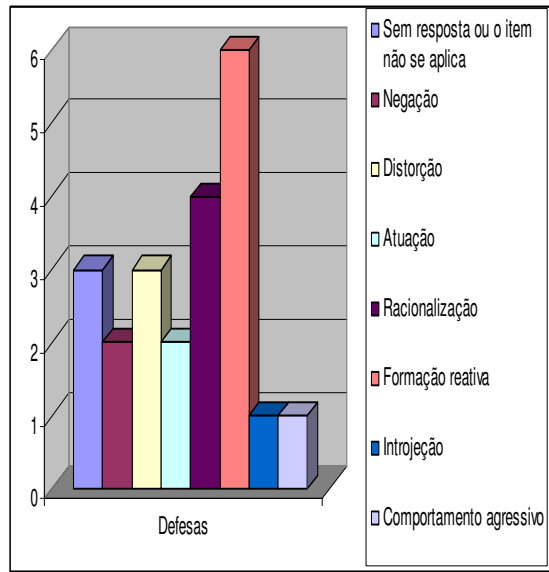


Gráfico 11 - Defesas



De acordo com Cunha e Nunes (1993), a fábula 7 tem como função investigar reações de conformidade social, ambivalência ou possessividade. O maior número de fantasias utilizadas na fábula 7 pelas crianças do CAPSI foram a *narcisista* e a de *reparação*. As defesas mais utilizadas foram: *formação reativa* e *racionalização*.

No estudo de Serafini (2004), a maioria das crianças apresentou fantasias de *privação* (35.5%), *ganho secundário* (33.9%), *gratificação* (12.9%) e *agressão deslocada para o ambiente* (12.9%). Quanto às defesas, a maior frequência foi de *compensação* (38.7%), *formação reativa* (17.7%), *distorção* (14.5%) e de *idealização* (11.3%).

Fábula 8 (do passeio com o pai ou com a mãe):

Gráfico 12 - Fantasias

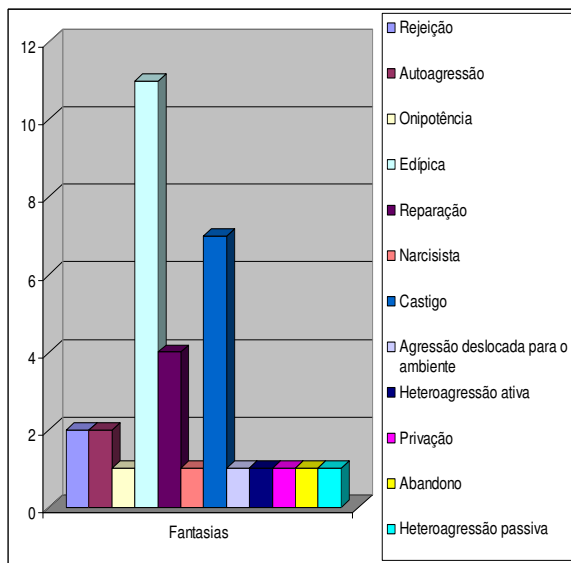
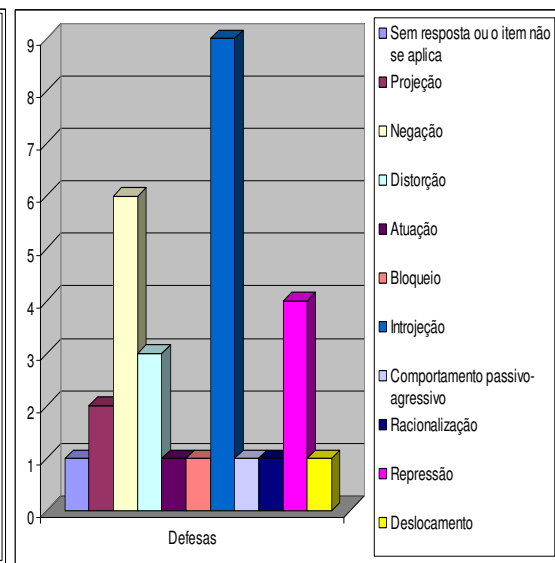


Gráfico 13 - Defesas



A fábula 8, de acordo com Cunha e Nunes (1993), refere-se ao conflito edípico. Como pode ser observado no gráfico, a maior parte das fantasias utilizadas pelas crianças do CAPSI foram a *edípica* e a de *castigo*. Quanto às defesas, a maioria foi a *introjeção*, seguida da *negação* e da *repressão*.

Serafini (2004) demonstrou que a maioria das fantasias utilizadas pelas crianças de seu estudo foram a *agressão deslocada para o ambiente* (45.2%), *castigo* (40.3%), *rejeição* (17.7%), *edípicas* (16.1%), *privação* (12.9%). Quanto às defesas, a maior frequência foi de *idealização* (24.2%), *introjeção* (17.7%), *atuação* (14.5%), *distorção* (11.3%) e de *racionalização* (11.3%).

De uma forma geral, nota-se, uma não predominância de fantasias e defesas mais primitivas utilizadas pelas crianças usuárias do CAPSI. Isso pode levar a crer que elas apresentam um ego não tão fragmentado (KLEIN, 1946; 1952/1991). Mas deve-se levar em consideração que não foi realizada diferenciação quanto à idade das crianças que responderam ao Teste das Fábulas. O que foi aqui discutido diz respeito a amostra geral dos que conseguiram responder.

Quanto ao conteúdo e ao desfecho das fábulas que se propôs a analisar, estas foram categorizadas em “adaptativa”, “desadaptativa”, “não adaptada ao conteúdo da fábula” e “ambivalente”. A distribuição das frequências é demonstrada na tabela a seguir.

Tabela 8 – Distribuição das frequências quanto à adaptação ao conteúdo da fábula

		Adaptativa	Desadaptativa	Não adaptada ao conteúdo da Fábula	Ambivalente
Fábula 1	<i>f</i>	12	3	1	1
	%	70.6	17.6	5.9	5.9
Fábula 2	<i>f</i>	6	5	4	2
	%	35.3	29.4	23.5	11.8
Fábula 3	<i>f</i>	8	3	2	4
	%	47.1	17.6	11.8	23.5
Fábula 6	<i>f</i>	10	5	-	2
	%	58.8	29.4	-	11.8
Fábula 7	<i>f</i>	12	3	2	-
	%	70.6	17.6	11.8	-
Fábula 8	<i>f</i>	9	5	3	-
	%	52.9	29.4	17.6	-

Neste caso, observa-se que, na sua maioria o conteúdo e o desfecho das fábulas se mostrou adaptado ao que esta pretendia avaliar, salvo a fábula 2 (do aniversário de casamento) em que apenas 35.3% se mostrou adaptado.

Levando em consideração as defesas, fantasias e o conteúdo da fábula estar de acordo com o que o instrumento se propõe a avaliar, pode-se chegar a conclusão de que as crianças avaliadas, de uma forma geral, não se apresentam em quadros mais primitivos do desenvolvimento emocional.

CONCLUSÃO

Ao realizar este estudo, pode-se chegar a algumas conclusões no que diz respeito à saúde das crianças usuárias de um serviço de saúde mental, tanto pelo estudo empírico, pelo teórico e pela prática. É visível que, corroborando com a literatura pertinente e utilizada neste trabalho, as crianças em sofrimento psíquico grave merecem uma atenção especial visto que, o adoecimento psicológico e do corpo estão intimamente ligados e se interferem mutuamente (HOFFMANN, ZOGBI, FLECK E MÜLLER, 2005).

É importante ressaltar que grande parte das crianças avaliadas demonstrou ter estresse em pelo menos um nível (63.2%), sendo que o que mais se destacou foi o estresse psicológico com componentes depressivos (73.7%). A fase que teve maior frequência foi a de alerta (36.8%), chamando atenção para o fato de que a maioria das crianças ainda não adoeceu, mas inspira cuidados. Ainda, destaca-se o fato de as meninas apresentarem maior frequência (85.8%) de estresse que os meninos (41.6%).

Cabe ressaltar que não era objetivo deste trabalho diagnosticar as crianças, mas ter uma visão geral de seu funcionamento emocional. Para tanto, o Teste das Fábulas revelou que as crianças, de uma forma geral, se utilizaram de mecanismos menos primitivos – demonstrando um funcionamento mais adaptado e não apresentando sofrimento psíquico grave. A maioria das crianças conseguiu responder ao que a fábula solicitava além de conseguir dar um desfecho mais adaptado a esta.

Neste sentido, vale destacar que tanto o estresse quanto o sofrimento psíquico grave, pelas referências aqui utilizadas, têm as mesmas origens. Os estudos em ambas as áreas apontam para o fato de o ambiente ser um facilitador ou não do desenvolvimento das psicopatologias (MARTINS, COSTA, SAFORCADA E CUNHA, 2004; SHIRAIISHI, 2002). Assim, torna-se importante a realização do diagnóstico diferencial para que o tratamento seja realmente efetivo.

Além disso, 80.6% das crianças participantes deste estudo utilizam pelo menos uma medicação psiquiátrica. Este é um dado muito importante visto que a maioria não apresentou indicativos de transtornos mentais graves (pelas fantasias e defesas utilizadas), mas apresentou um nível de estresse merecedor de atenção.

Isto faz pensar ainda, até que ponto os serviços de saúde mental estão realmente seguindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica e se utilizando de outras terapêuticas a não ser o tratamento medicamentoso. Sabe-se da importância da medicação, mas o exagero na indicação a crianças pode trazer danos ao desenvolvimento e à vida destas ainda desconhecidos. Além do fato da super medicação deixar a criança, muitas vezes, impossibilitada de realizar qualquer outro tipo de terapia visto o estado em que a medicalização excessiva a deixa.

Além da criação e da manutenção de dispositivos como os CAPS é imprescindível que se busque, cada vez mais, um tratamento menos focado na doença, na medicalização e no isolamento das crianças em sofrimento psíquico grave. O que prioriza o Ministério da Saúde do Brasil (2004) é que estes serviços possam funcionar visando (re)inserir a criança na sociedade, no seu meio através de um tratamento mais socializante.

Pode-se perceber que as crianças avaliadas não estão em sofrimento psíquico grave, apesar de apresentarem sofrimento. Desta forma leva-se a indagar para onde vão as crianças que realmente seriam o público do CAPS (pela especificidade deste serviço).

Outro ponto importante é o fato de que se torna necessário investir na promoção, prevenção e na intervenção precoce para que as crianças sofram menos danos possíveis e possam, ainda, se desenvolver normalmente. O trabalho junto à família, à comunidade são de fundamental importância para que cada vez menos as crianças cheguem ao CAPS.

Neste sentido, ressalta-se a importância do incentivo e investimento das esferas públicas na saúde mental da criança, visto que o atendimento precoce é sempre menos oneroso e acaba por poupar as crianças de um sofrimento maior.

Quanto às limitações deste estudo, cabe ressaltar o fato de não se ter a possibilidade de comparar os resultados encontrados no CAPSI de Santa Maria com estudos realizados em outros CAPSI. A maioria dos estudos com CAPS infantis descritos na literatura foi realizado com pais/cuidadores, com funcionários e com dados de documentos dos CAPS, mas não com as crianças. Pode-se apontar como uma dificuldade encontrada na realização deste estudo a dificuldade de acesso às crianças. Além disso, este foi um estudo preliminar que buscou caracterizar as crianças do CAPSI da cidade de Santa Maria/RS, sendo importante que outros

estudos possam ser realizados posteriormente para que se possa aprofundar em questões aqui levantadas. A história de Chapeuzinho Amarelo foi só um começo.

Para finalizar, cabe destacar o fato de que os “lobos” podem vir a ser transformados em “bolos” desde que a criança tenha condições para isso - condições estas que se referem aos seus aparatos internos e também ambientais. Se for realizada uma avaliação correta e a criança for atendida em suas demandas ela pode ter o mesmo final de Chapeuzinho Amarelo, um final feliz.

REFERÊNCIAS

ABADI, S. **Transições – O modelo terapêutico de D. W. Winnicott**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

AJURIAGUERRA, J. E MARCELLI, D. **Manual de psicopatologia infantil**. (A. E. Filman, trad.) 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. 1991.

ALMEIDA, F. N. Epidemiologia das Desordens Mentais da Infância no Brasil. **Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia**. 1ª Ed., Salvador, 1985.

ANCONA-LOPEZ, M. Avaliação de serviços de Psicologia Clínica. **Dissertação de Mestrado**, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1981.

ANZIEU, D. **O eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

AVISON, W. R. Incorporating children's lives into a life course perspective on stress and mental health. **J. Health Soc Behav**. 51(4): 361-75, 2010.

BAIRRÃO, J.; ALMEIDA, I. **Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal**. Lisboa: Ministério da Educação, 2002.

BASAGLIA F. In: Amarante P. (org.). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica/Franco Basaglia**. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2005.

BERNARDES-DA-ROSA, L. T.; GARCIA, R. M.; DOMINGOS, N. A. M.; SILVARES, E. F. M. Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. **Estudos de Psicologia**, 17(3), 5-14, 2000.

BERNARDINO, L. M. F. **As psicoses não decididas da infância: Um estudo psicanalítico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BEZERRA, A. R. C., CHALEGRE, C. T., GUIMARÃES, D. S. L. & CAMILO, D. I. S. Intervenção terapêutica-ocupacional na psicose infantil. **PsiqWeb**. 2002. Acesso em outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil**. Série B, textos básicos em saúde. Brasília-DF, Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Pragmáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1989.

CÉLIA, S.; FICHTNER, N. **Prevenção, Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos Mentais da Infância e da Adolescência: um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, Ltda. p. 21-25, 1997.

COMPAS, B.; PHARES, V. Stress during childhood and adolescence: source of risk and vulnerability. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. **Life--Span developmental psychology: perspectives on stress and coping**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.

COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia**. Brasília: Editora e Gráfica Positiva/Abrafipp, 2003.

DAVIDSON, G. E COLS. A longitudinal study of the effects of childhood trauma on symptoms and functioning of people with severe mental health problems. **J. Trauma Dissociation**; 10(1): 57-68, 2009.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.

EGELAND, B.; KREUTZER, C. Maternal stress on high-risk children. In: CUMMINGS, E. M.; GREENE, A. L.; KARRAKER, K. **Life-Span developmental psychology: perspectives on stress and coping**. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1991.

FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; ROGONE, H. M. H. A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. **Revista de Psicologia da UNESP**, 9 (1), p. 36-44, 2010.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, 2009.

GRÜNSPUN, H. **Distúrbios psicossomáticos da criança. O corpo que chora**. São Paulo: Atheneu, 1980.

HALPERN R, FIGUERAS, M. Influências ambientais na saúde mental. **Jornal de Pediatria** V. 80, Nº2, 2004.

HACKETT, R.; HACKETT, L. Child psychiatry across cultures. **Int Ver Psychiatry**. 11:225-35, 1999.

HOFFMANN, M. C. C. L., SANTOS, D. N; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 633-642, 2008.

HOFFMANN, F. S.; ZOGBI, H.; FLECK, P.; MÜLLER, M. C. A integração mente e corpo em psicodermatologia. **Psicologia: teoria e prática**. 7(1): 51-60, 2005.

JANUÁRIO, L. M. A transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave. **Dissertação de Mestrado**. Programa de Pós-graduação

em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2008.

JANUÁRIO, L. M. TAFURI, M. I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. **Rev. Mal Estar e Subjetividade**. Vol 9, n 2, Fortaleza, 2009.

JERUSALINSKY, A. A direção da cura nas psicoses (ou do “curativo”). **Revista da APC: Psicanalisar**, 2002.

KLEIN, M. A psicoterapia das psicoses. In: **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Obras completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, v. 1, cap. 13, p. 265-270, 1996 (original 1930).

KLEIN, M. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: **Inveja e Gratidão e outros trabalhos**. Obras Completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago. v. 03, cap. 01, p. 17-43, 1991 (original 1946).

KLEIN, M. Algumas conclusões teóricas relativas à vida emocional do bebê. In: **Inveja e gratidão e outros trabalhos**. Obras completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago, 1991 (original 1952).

KOMESAROFF, P.A.; ESLER, M.; CLARKE, I.J.; FULLERTON, M. J.; FUNDER, J. W. Effects of estrongen and estrous cycle on glucocorticoid and catecholamine responses to stress. **Am. J. Physiol**, 1998.

LAPLANCHE E PONTALIS. Vocabulário da Psicanálise. Tradução: Pedro Tamen. 4ª Edição. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAURIDSEN ,E.P.; TANAKA, O. Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência. **Revista de Saúde Pública**. V.33, n.6, p.586-592, 1999.

LEMES, S. O. Stress infantil e desempenho escolar – avaliação de crianças de 1º a 4º série de uma escola pública do Município de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, vol. 20, nº 1, p. 5-14, 2003.

LIPP, M. E. N.; SOUZA, E. A. P. S.; ROMANO, A. S. F.; COVOLAN, M. A. **Como enfrentar o stress infantil**. São Paulo: Ícone, 1991.

LIPP, M. N. **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. 2. ed. Campinas: Papirus, 2003.

LIPP, M. E. N.; LUCARELLI, M. D. M. **Escala de stress infantil: ESI – Manual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LIPP, M. E. N. (Org). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**.

Campinas-SP: Papirus, 2000.

LITTLE, M. The re-focusing of children's services. The contribution of research. In N. Parton (Ed.), **Child Protection and Family Support: Tensions, contradictions and possibilities**. London: Routledge. p.25-38, 1997.

MALAGRIS, L. E. N., & CASTRO, M. A. Distúrbios emocionais e elevações de stress em crianças. Em M. E. N. Lipp (Org.). **Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções**. Campinas: Papirus. 2000.

MALDONADO, MT. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Petrópolis: Vozes, 1982.

MAHLER, M. **O processo de separação-individuação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MAHLER, M., PINE, F. & BERGMAN, A. **O nascimento psicológico da criança: Simbiose e Individuação**. (J. A. Russo, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas, 2002 (original 1975).

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e Psicopatologia**. Tradução Fátima Murad, Revisão técnica: Francisco B. Assumpção Jr. – 8ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARQUES, A. P. F. S. Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. **Psicologia Hospitalar**. São Paulo, v. 2, n. 2, dez. 2004.

MARTINS, P. C. M. Proteção de Crianças e Jovens em itinerários de risco: representações sociais, modos e espaços. **Tese de doutoramento em Estudos da Criança**. Universidade do Minho. Portugal, 2004.

MARTINS, M. F.; COSTA, J. S.; SAFORCADA, E.; CUNHA M. D. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p.710-718, 2004.

MARTINS, A. A. Estudo comparativo do conceito de transferência em Freud e Winnicott. **Dissertação de Mestrado**. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 2004.

MARTINS, A.G.; CARDOSO, M. H. C. A.; LLERENA, J. C. Em contato com as doenças genéticas. A norma e a razão como tradições culturais presentes no discurso de profissionais médicos do Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 20 (4):968-75, 2004.

MATOS, M. G. Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. **Rev. Análise Psicológica**. 3 (XXII): 449 – 462, 2004.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MYIN-GERMEYS, I.; VAN, O.S.J.; SCWARTZ, J.E.; STONE, H.A.; DELESPAUL, P. A. Implicações do estresse sobre a saúde e a doença. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 36, no. 4, 2007.

PEDÓ, M. Sobre medos e lobos: a construção do infantil da psicose. In: **Psicose: Aberturas da Clínica**. Comissão de Aperiódicos da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (org.). Porto Alegre: APPOA: Libretos, 2007.

RAPAPPORT, CL (ORG). **Teorias do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória – ES. **Psicologia: Teoria e Prática**. vol. 12, núm. 1, p. 71-84, 2010.

SANTOS, P. L. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.

SELYE, H. **Stress: A tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa, 1965.

SHIRAIISHI, S. **Estresse: criança também sofre**. Disponível em <<http://www.donnacheng.hpg.ig.com.br/estresseinfantil.html> Acesso em 14 setembro. 2010.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

SPINK, M. J. Os Psicólogos na saúde – Reflexões sobre os contextos da prática profissional. In: **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Editora Vozes. p. 77-159, 2003.

SPOSITO, B. P.; SAVOIA, M. G. Atendimento especializado a adolescentes portadores de transtornos psiquiátricos: um estudo descritivo. **Psicologia: teoria e prática**. São Paulo, v. 8, n. 1, p. 31-47, 2006

TRICOLI, V.A.C.; BIGNOTTO, M. Aprendendo a se estressar na infância. In: LIPP, M.E. (org.). **O Stress está dentro de você**. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2003.

UDWIN, O. Children's reactions to traumatic events. **Journal Child Psychology and Psychiatry**, 34, 115-127, 1993.

VILELA, M.V. Sintomas e Fontes de Stress em uma amostra de Escolares da 1ª a 4ª série. **Dissertação de Mestrado**, PUCCAMP: Campinas, 1995.

WHO. Officials Records of the World Health Organization, no. 2, United Nations: **World Health Organization**, Geneve, 1948.

WINNICOTT, D. Os doentes mentais na prática clínica. In: **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento**

emocional. Tradução: Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed Editora, cap. 20, p. 196-206, 1983 (original 1963).

WINNICOTT, D. W. **The Piggie: relato do tratamento psicanalítico de uma menina.** Rio de Janeiro, Imago. 2 ed, 1987.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães.** São Paulo: Martins Fontes. 1988.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Rio de Janeiro: Imago. 1975.

WINNICOTT, D. W. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

WINNICOTT, D. W. Psicanálise do Sentimento de Culpa. In: Winnicott, (1979) **O Ambiente e os Processos de Maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas, p.19-30, 1983 (original 1958/1979).

WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

WINNICOTT, D. W. **Da psiquiatria à Psicanálise: Obras Escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. A Preocupação Materna Primária (1956). In: Winnicott. **Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Imago, p.399-405, 2000 (original 1958).

WINNICOTT, D. W. A psicologia da loucura: uma contribuição da psicanálise. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (org). **Explorações Psicanalíticas.** Tradução: José Octávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artmed Editora, cap. 21, p. 94-101. 2005 (original 1965).

WINNICOTT, D. W. Notas sobre normalidade e ansiedade. In: **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Tradução: Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000, cap. 1, p. 57-76, 2000 (original 1931).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caring for children and adolescents with mental disorders: Setting WHO Directions.** Geneva: WHO, 2003.

ZAGO, M. C. O Jogo-Relacional de um Grupo de Pacientes Psicóticos em Atividade Física: um estudo psicanalítico. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A psicóloga e mestranda em psicologia, Marisangela Spolaôr Lena, orientada pela Profa. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias, está realizando uma pesquisa intitulada “**Estresse e Funcionamento Psíquico em crianças usuárias de um CAPS infantil**”. Os objetivos desta pesquisa são conhecer os dados de estresse físico e psicológico e o funcionamento psíquico das crianças do serviço a fim de que se possa fazer um melhor encaminhamento visto as necessidades das crianças.

É importante salientar que a identidade de seu filho(a) será mantida em sigilo, e que os dados coletados estarão sob o cuidado dos pesquisadores responsáveis. A participação de seu filho(a) nesta pesquisa não lhe trará nenhum benefício pessoal direto, entretanto estará colaborando para a ampliação de conhecimentos científicos sobre o tema. É garantida a liberdade de você desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Os dados coletados serão mantidos junto ao pesquisador responsável durante cinco anos, sendo eliminados após esse período. Você tem o direito tirar suas dúvidas a qualquer momento sobre o andamento da pesquisa tendo a garantia de que todas as suas perguntas serão respondidas. Você nem seu filho(a) terão despesas pessoais na realização da entrevista e na aplicação dos instrumentos de avaliação, bem como não há compensação financeira relacionada à participação. Garante-se que o compromisso do pesquisador é de utilizar os dados e o material coletado somente para fins de pesquisa.

Eu, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, tendo ficado claro quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos e benefícios, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação de meu filho(a) é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao resultado quando necessário. Concordo voluntariamente que meu filho(a) participe deste estudo e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Psic. Marisangela Spolaôr Lena, através do endereço Rua Floriano Peixoto, 1750 – Prédio de Apoio – 3^o andar – Santa Maria-RS – tel.: (55) 3220-9305 – e-mail: marisangelaslena@yahoo.com.br.

Declaro que recebi cópia do Termo de Consentimento.

Assinatura do entrevistado

nome

data

Assinatura do pesquisador

nome

data

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7^o andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de dados gerais - Questionário para o Usuário



**DECIT/SCTIE/MS, CNPQ, FAPERGS, SES/RS – Nº DE PROCESSO
0900982**

PROJETO PROCONVIVE – Universidade Federal de Santa Maria

QUESTIONÁRIO DO USUÁRIO – CRIANÇA E ADOLESCENTE –

BASEADO NO PROJETO CAPS E CUIDADOS PSICOSSOCIAIS PELOTAS-RS.

**CONSIDERAR A LINGUAGEM, JÁ QUE PODERÁ SER RESPONDIDO POR CRIANÇA,
ADOLESCENTE OU PELO FAMILIAR**

CAPS: _____

USUÁRIO(A): _____

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino Data de nascimento: ___ / ___ / _____

FONE:

ENDEREÇO:

PONTO DE REFERÊNCIA:

ÔNIBUS:

FAMILIAR / CUIDADOR:

MELHORES DIAS E HORÁRIOS PARA REALIZAR ENTREVISTA:

4. DATA DA ENTREVISTA: ___ / ___ / ___

5. HORA DE INÍCIO: ___ : ___

6. ENTREVISTADOR: _____

7. Local da entrevista:

(1) domicílio (2) CAPS (3) ambos (4) outro local: _____

APRESENTAÇÃO

**BOM DIA (BOA TARDE). MEU NOME É ___ E ESTOU TRABALHANDO EM UMA
PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA SOBRE OS CAPS AQUI DE
SANTA MARIA. SE O(A) SEU(SUA) FILHO(A) ESTÁ DE ACORDO EM CONVERSAR,
GOSTARIA DE FAZER UMAS PERGUNTAS. OS RESULTADOS DESTA PESQUISA PODEM
AJUDAR A MELHORAR OS ATENDIMENTOS QUE SÃO FEITOS NOS CAPS E AJUDAR**

MUITAS PESSOAS (APRESENTAR TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO).

8. **OBSERVAR:** Cor da pele:

(1) Branca (2) Morena / parda (3) Preta

AGORA VAMOS FALAR SOBRE A SUA SAÚDE

12. Na sua opinião, por qual motivo o(a) SEU FILHO(A) (...) está se tratando no CAPS?

13. E o que os médicos dizem que o(a) SEU FILHO(A) (...) tem?

DESTE PONTO EM DIANTE CHAMAR DE O PROBLEMA DE “PROBLEMA”, INDEPENDENTE DAS RESPOSTAS ANTERIORES.

14. Que idade o(a) SEU FILHO(A) tinha quando precisou se tratar por causa desse problema? _____

15. Nos últimos 15 dias, SEU FILHO(A) usou algum remédio para esse problema? Pense em todos os remédios que usou para O(A) SEU FILHO(A) seu problema nos últimos 15 dias. Pode ser qualquer remédio, como pílulas, comprimidos, xaropes, gotas, chás, ervas, produtos naturais ou qualquer outro, que use para seu problema sempre ou só de vez em quando.

(1) sim (2) não **PULAR PARA 20 CRS:** (1) sim (2) não

16. Qual o nome dos remédios que SEU FILHO(A) está usando nos últimos 15 dias?

O(A) SR(A) PODERIA TRAZER AGORA AS RECEITAS E AS CAIXAS OU EMBALAGENS DE TODOS OS REMÉDIOS QUE SEU FILHO(A) USOU NESTES ÚLTIMOS 15 DIAS?

a. _____ indicado por: _____

b. _____ indicado por: _____

c. _____ indicado por: _____

d. _____ indicado por: _____

e. _____ indicado por: _____

f. _____ indicado por: _____

g. _____ indicado por: _____

h. _____ indicado por: _____

Teve algum remédio que seu filho(a) precisou tomar nestes últimos 15 dias e não conseguiu?

(0) Não () Sim, quantos? ____ remédios

a. _____

Por que não conseguiu? _____

b. _____

Por que não conseguiu? _____

c. _____

Por que não conseguiu? _____

18. Como o(a) SEU FILHO(A) consegue estes remédios na maioria das vezes?

(1) No CAPS

(2) Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)/ Farmácia Municipal

(3) Metade do CAPS, metade na SMS

(4) Tem que comprar

(5) Metade consegue de graça, metade tem que comprar.

() Outro: _____ CRS: (1) sim (2) não

SE TEVE QUE COMPRAR (RESPOSTA 4 OU 5 DA PERGUNTA 18):

19. Quanto gastou nos **últimos 30 dias** com estes remédios? R\$ ____

(8888) Não teve que comprar (9999) Não lembra CRS: (1) sim (2) não

20. Nos últimos 3 meses, seu filho(a):

Consultou no posto de saúde mais perto da sua casa: (1) sim (2) não

Consultou em outro posto de saúde: (1) sim (2) não

Consultou com especialista: _____ (1) sim (2) não

Consultou com médico particular: (1) sim (2) não

Foi atendido(a) no Pronto-Socorro: (1) sim (2) não

Foi atendido(a) em algum hospital da cidade de Santa Maria (1) sim (2) não

Foi atendido(a) em outro local: _____ (1) sim (2) não

CRS: (1) sim (2) não

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE

22. Sem ser esse seu problema, SEU FILHO(A) tem algum outro problema com a sua saúde?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 24** CRS: (1) sim (2) não

23. SE SIM: Que outros problemas o(a) SEU FILHO(A) tem?

24. Como descreveria a sua saúde de seu filho(a) nos últimos 30 dias? **LER OPÇÕES**

(1) Ruim (2) Regular (3) Boa (4) Muito boa (5) Excelente CRS: (1) sim (2) não

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE OUTRAS COISAS DO SEU DIA-A-DIA

25. Você sabe se seu filho(a) fuma ou já fumou?

(1) Sim (2) Não, ex-fumante **PULAR PARA 28**

(3) Não, nunca fumou **PULAR PARA 28**

CRS: (1) sim (2) não

26. **SE FUMA:** Há quanto tempo seu filho(a) fuma? ___ __ anos
28. O(A) seu filho(a) tomou alguma bebida alcoólica nos últimos 30 dias?
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 33** CRS: (1) sim (2) não
29. Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que seu filho(a) deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não
31. O(A) sr(a) acredita que seu filho(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar
bebidas alcoólicas? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não
32. O(A) sr(a) sabe se seu filho(a) costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo
ou ressaca? (1) Sim (2) Não CRS: (1) sim (2) não
33. Agora eu vou dizer uma lista de coisas e o(a) sr(a) me diga se sabe se seu filho(a) usou ou não nos últimos
30 dias:
- Maconha (1) Sim (2) Não
- Cocaína cheirada (1) Sim (2) Não
- LSD ou ácido (1) Sim (2) Não
- Lança-perfume ou Loló (1) Sim (2) Não
- Crack (1) Sim (2) Não
- Cocaína injetada (1) Sim (2) Não
- Cola de sapateiro (1) Sim (2) Não
- Ecstasy (1) Sim (2) Não
- Tiner, Solvente ou Benzina (1) Sim (2) Não
- Outra coisa? Qual? _____

AGORA VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ESTUDO

40. O(A) SEU FILHO(A) sabe ler e escrever?
(1) Sim (2) Só assina o nome **PULAR PARA 48**
(3) Nunca estudou **PULAR PARA 48**
41. EM QUE SERIE ESTÁ _____
42. Parou de estudar por causa do problema?
(1) Sim (2) Não
43. Estava estudando antes de se tratar no CAPS?
(1) Sim (2) Não
44. E depois que começou a se tratar no CAPS, voltou a estudar?
(1) Sim (2) Não
45. E agora, está estudando?
(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 47**

46. O que o(a) seu filho(a) está estudando? _____

47. O(a) seu filho(a) gosta de estudar? (1) Sim (2) Não

48. Se pudesse, o que seu filho(a) gostaria de estudar? _____

AGORA VOU LHE FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA E ESPORTES

49. O(A) SEU FILHO(A) pratica algum tipo de exercício físico ou esporte?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 52** (3) nunca praticou **PULAR PARA 54**

CRS: (1) sim (2) não

50. Que tipo de exercício ou esporte? _____

51. Normalmente, quantas vezes na semana? __ vezes

52. E antes de se tratar no CAPS, o(a) seu filho(a) fazia algum tipo de exercício físico ou esporte?

(1) Sim (2) Não

53. E depois de começar a se tratar no CAPS: **LER OPÇÕES**

(1) começou a praticar

(2) continuou a praticar do mesmo jeito

(3) deixou de praticar

(4) pratica menos que antes

(5) pratica mais que antes

54. Sem ser quando está dormindo, quantas horas o(a) seu filho(a) fica sentado ou deitado por dia em um dia de semana normal (2^a. a 6^a.)? __ __ horas

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O QUE SEU FILHO(A) FAZ PARA SE DIVERTIR

67. Nos últimos 15 dias, o(a) seu filho(a) assistiu televisão?

(1) Sim (2) Não

68. Quando assiste televisão, o que seu filho(a) gosta de ver? **LER OPÇÕES**

Filmes (1) Sim (2) Não

Novelas (1) Sim (2) Não

Noticiário (1) Sim (2) Não

Jogos (1) Sim (2) Não

Outros: _____

69. E quantas horas por dia, mais ou menos, o(a) seu filho(a) costuma ver televisão?

__ __ horas (99) Não sabe

70. Nos últimos 15 dias, o(a) seu filho(a) escutou rádio?

(1) Sim (2) Não

71. Quando escuta rádio, o que o(a) seu filho(a) gosta de escutar? **LER OPÇÕES**

Música (1) Sim (2) Não

Noticiário (1) Sim (2) Não

Jogos (1) Sim (2) Não

Outros: _____

72. Nos últimos 30 dias, o(a) seu filho(a): **LER OPCÕES**

Leu algum jornal? (1) Sim (2) Não

Leu alguma revista? (1) Sim (2) Não

Foi ao cinema? (1) Sim (2) Não

Foi a algum jogo? (1) Sim (2) Não

Foi a algum bingo? (1) Sim (2) Não

Foi a uma festa? (1) Sim (2) Não

Foi passear? (1) Sim (2) Não

Jogou cartas? (1) Sim (2) Não

Viajou para outra cidade? (1) Sim (2) Não

AGORA VAMOS FALAR SOBRE O CAPS

76. Há quanto tempo o(a) seu filho(a) vai neste CAPS? ___ anos e ___ meses

(00) menos de um ano /mês (99) não lembra CRS: (1) sim (2) não

80. Alguém do CAPS já veio na casa de seu filho(a) lhe fazer uma visita?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 82** CRS: (1) sim (2) não

81. **SE SIM:** Por que vieram fazer esta visita?

82. Se um amigo(a) ou parente seu estivesse precisando deste mesmo tipo de atendimento, você recomendaria que ele fosse ao CAPS?

(1) Não, certamente que não. (2) Não, acho que não. (3) Indiferente

(4) Sim, acho que sim (5) Sim, com certeza

(6) Outro: _____

83. Por que você acha isso?

84. Pensando no CAPS e quando seu filho(a) está lá, do que você acredita que seu filho(a) mais gosta no CAPS?

85. E do que você acredita que o(a) seu filho(a) menos gosta quando está no CAPS?

86. O(A) seu filho(a) está participando de alguma oficina no CAPS?

(1) sim (2) sim, mas não foi no último mês (3) não **PULAR PARA 89**

SE SIM: Qual(is) a(s) oficina(s)/ grupos que seu filho(a) está participando?

a. _____

b. _____

87. Qual a sua opinião sobre a(s) oficina(s) que seu filho(a) participa?

a. _____

b. _____

88. Você acredita que o(a) seu filho(a) gostaria de participar de outras oficinas?

(00) Não () Sim, qual(is)? _____

89. Sem ser as oficinas, o(a) seu filho(a) participou de algum grupo no CAPS nos últimos 30 dias? (1) sim (2) não **PULAR PARA 92**

90. **SE SIM:** Qual(is) o(s) grupo(s) que o(a) seu filho(a) está participando?

a. _____

b. _____

91. Você sabe qual é a opinião do(a) seu filho(a) sobre o(s) grupo(s)?

a. _____

b. _____ CRS: (1) sim (2) não

92. E fora as oficinas e os grupos, quando o(a) seu filho(a) vai no CAPS, o que mais o(a) seu filho(a) faz?

a. _____

b. _____

93. Na sua opinião, o atendimento no CAPS poderia ser melhorado?

(1) Sim (2) Não **PULAR PARA 95** CRS: (1) sim (2) não

94. **SE SIM,** qual a sua sugestão?

PARA TERMINAR, GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA MEMÓRIA E CAPACIDADE DE RACIOCÍNIO. NÃO HÁ RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS E ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER SEM SENTIDO. MAS EU GOSTARIA QUE O(A) SEU FILHO(A) PRESTASSE ATENÇÃO E RESPONDESSE TODAS AS PERGUNTAS DA MELHOR FORMA POSSÍVEL.

131. Qual é a <LEIA AS ALTERNATIVAS> em que estamos?

• O dia da semana: _____

• O dia do mês: _____

• O mês: _____

• O ano: _____

• A hora aproximada: _____ : _____

132. Qual é <LEIA AS ALTERNATIVAS> onde estamos?

• A cidade () Santa Maria () outra () não sabe

- O bairro: _____ () outro () não sabe
- O estado () RS () outro () não sabe
- O país () Brasil () outro () não sabe
- A peça da casa: _____ () outra () não sabe

SE ESTIVER NA RUA, PERGUNTE:

- Em que lado da sua casa estamos? _____ () outro () não sabe
conta __

AGRADEÇA MUITO A QUEM RESPONDEU O QUESTIONÁRIO

O questionário foi respondido:

- (1) todo pelo(a) usuário(a), sem ajuda
- (2) todo pelo(a) usuário(a), com ajuda
- (3) maior parte das respostas foi dada por outra pessoa
- (5) todas as respostas foram dadas por outra pessoa

OBSERVAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA:

ANEXO B - Escala de *Stress* Infantil (ESI – LIPP E NOVAES)

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
- Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
- Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
- Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
- Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

6. Raspo um dente no outro fazendo barulho. ⊕
7. Fico nervoso com tudo. ⊕
8. Sinto aflição por dentro. ⊕
9. Tenho ficado tímido, envergonhado. ⊕
10. Eu me sinto triste. ⊕
11. Minhas mãos ficam suadas. ⊕
12. Tenho diarreia. ⊕
13. Sinto que tenho pouca energia para fazer as coisas. ⊕
14. De repente, passei a não gostar mais de estudar. ⊕
15. Tenho vontade de chorar. ⊕
16. Quando fico nervoso, gaguejo. ⊕
17. Quando fico nervoso, fico com vontade de vomitar. ⊕
18. Meu coração bate depressa, mesmo quando não corro ou pulo. ⊕
19. Minhas pernas e braços doem. ⊕
20. Tenho vontade de bater nos colegas, sem razão. ⊕

- Se NUNCA acontece, deixe em branco ⊕
— Se acontece UM POUCO, pinte UMA PARTE ⊕
— Se acontece ÀS VEZES, pinte DUAS PARTES ⊕
— Se acontece QUASE SEMPRE, pinte TRÊS PARTES ⊕
— Se SEMPRE acontece, pinte TODAS AS PARTES ●

21. Quando fico nervoso durante o dia, molho a cama à noite. ⊕
22. Tenho vontade de sumir da vida. ⊕
23. Tenho dificuldade para respirar. ⊕
24. Tenho dor de barriga. ⊕
25. Penso que sou feio, ruim, que não consigo aprender as coisas. ⊕
26. Tenho medo. ⊕
27. Tenho comido demais. ⊕
28. Não tenho vontade de fazer as coisas. ⊕
29. Tenho andado muito esquecido. ⊕
30. Tenho dificuldade de dormir. ⊕
31. Não tenho fome. ⊕
32. Brigo com minha família em casa. ⊕
33. Estou sempre resfriado, com dor de garganta. ⊕
34. Sinto muito sono. ⊕
35. Não tenho vontade nenhuma de me arrumar. ⊕