

ERA UMA VEZ CHAPEUZINHO AMARELO: SAÚDE DE CRIANÇAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À INFÂNCIA

*Cristianne Maria Farmer Rocha¹
Marisangela Spolaôr Lena²
Rosane Machado Rollo³
Mateus Aparecido de Faria⁴*

RESUMO

O objetivo desse artigo é apresentar uma análise dos dados referentes à saúde das crianças que frequentavam um centro de atenção psicossocial em uma cidade do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Metodologicamente foi uma pesquisa transversal, de caráter descritivo e misto, com 31 crianças. Os resultados mostram que grande parte das crianças avaliadas demonstrou ter estresse em pelo menos um nível, sendo que o que mais se destacou foi o estresse psicológico com componentes depressivos. Ainda, destaca-se o fato de as meninas apresentarem maior frequência de estresse que os meninos. Acredita-se que este seja um importante dado que precisa ser considerado ao pensar no diagnóstico e tratamento das crianças usuárias do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: *saúde mental, atenção psicossocial, psicologia infantil.*

¹ Professora Associada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Líder do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde – GEPS. Brasil. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-3281-2911>. E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

² Doutora em Saúde Coletiva, Professora do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0053-7954>. E-mail: marisangelaslina@gmail.com

³ Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol-UFRGS). Mestranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS (PPGEdu-UFRGS). Integrante do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde – GEPS. Brasil. Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-9181-4672>. E-mail: rosanerollo@gmail.com

⁴ Doutorando no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou - Fundação Oswaldo Cruz PPGSC - IRR/FIOCRUZ. Técnico-administrativo em Educação na Universidade Federal de Minas Gerais. Professor e Tutor na área de Saúde Coletiva na Faculdade Unyleya. Integrante do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde - GEPS. Orcid ID: <http://orcid.org/0000-0001-6622-9949>. E-mail: mateusfaria18@gmail.com

**ONCE UPON A TIME THERE WAS A LITTLE YELLOW RIDING HOOD: CHILDREN'S
HEALTH A PSYCHOSOCIAL CHILDHOOD CARE CENTER**

ABSTRACT

This article aims to analyse data regarding the health of children who attended a psychosocial care center in a city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Methodologically, it was a cross-sectional, descriptive and mixed study with 31 children. The results show that a large part of the evaluated children demonstrated to have stress in at least one level, and that what stood out the most was psychological stress with depressive components. Still, it is noteworthy the fact that girls presented a higher frequency of stress than boys. It is believed that this is an important data that needs to be considered when thinking about the diagnosis and treatment of children who use the service.

KEYWORDS: *mental health, psychosocial care, child psychology.*

INTRODUÇÃO

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 é um livro do músico, poeta e escritor Chico Buarque de Hollanda (2011), que conta as aventuras, de forma linear e bem-humorada, de uma menina que tinha medo de tudo. Segundo My da Cruz et al. (2015), o autor descreve a atitude de uma criança em quem o medo não a deixava fazer nada. A menina transforma a fantasia dos contos em sua própria realidade, chegando a ponto de não brincar, não se divertir, não comer, nem dormir: “(...) o medo da menina era tamanho que a impedia de ser consciente” (p.100).

Chapeuzinho Amarelo faz alusão à história de Chapeuzinho Vermelho (GRIMM, 1997), mas a menina é “amarela” de medo e, dentre os muitos medos, o maior deles é do lobo (BUARQUE, 2011). Mas, quando Chapeuzinho Amarelo encontrou o lobo, o seu medo foi se transformando de tal forma que o algoz acabou virando um “bolo”. A partir deste encontro, Chapeuzinho, que se fechava para o mundo, presa a sua imaginação, começa a enxergar o lobo como um animal qualquer, provavelmente incapaz de devorar pessoas.

Neste manuscrito, utilizou-se essa história para ilustrar a importância de se olhar para a saúde mental da criança. O Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre transtornos mentais e os principais fatores que contribuíam para seu surgimento, apresentado em 2001, já mencionava o quanto os transtornos da infância e adolescência eram comuns e o quanto podiam ser incapacitantes. Estudos recentes mostraram que os transtornos mentais, com início na infância e adolescência, acarretam prejuízos sobre o funcionamento global da criança, são perpetuados ao longo da vida e frequentemente não recebem tratamento adequado, tendo custos diretos e indiretos significativos para a sociedade. Tal situação aumenta o risco para outros problemas, como abuso de substâncias, criminalidade,

desemprego, mortalidade, dificuldades na educação dos filhos e transtornos mentais na vida adulta (GALE et al., 2012; PETRESCO et al., 2014). De acordo com Petresco et al. (2014), transtornos mentais e condições são responsáveis por até 30% das principais causas de perda de produtividade econômica e independência entre adultos.

Problemas de saúde mental afetam de 10 a 20% das crianças e adolescentes mundialmente (KIELING et al., 2011). Apesar da escassez de estudos epidemiológicos nos países de baixa e média renda (PETRESCO et al., 2014), estima-se que nestes países, inclusive no Brasil, a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência varie entre 7% e 13%, dependendo da região investigada, da exposição a fatores de risco e da metodologia empregada nos estudos (SCIVOLETTO; BOARATI; TURKIEWICZ, 2010; KIELING et al., 2011; PETRESCO et al., 2014; CUNHA et al., 2017). Ainda segundo Petresco et al. (2014), apesar de sua relevância como uma das principais causas de incapacidades relacionadas à saúde nessa faixa etária e seus efeitos duradouros ao longo da vida, as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes são negligenciadas, especialmente em países de baixa e média renda.

Ao remontarmos o percurso dos estudos sobre psicopatologias graves na infância, Klein foi uma das precursoras ao estudar os estágios iniciais do desenvolvimento humano. Ela apontou que é preciso pensar o patológico de uma forma mais abrangente (KLEIN, 1996). Segundo a autora, na primeira infância ocorrem ansiedades - normais nesse estágio – que são características das psicoses, as quais forçam o ego a utilizar determinados mecanismos de defesa. 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, 1991).

Mahler (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, 1983; MAHLER et al., 2002). Winnicott (1983) aponta que o sofrimento grave se dá por uma falha na provisão ambiental, ou seja, segundo ele, 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. Nesse caso, tem-se desintegração, despersonalização, desrealização e perda do contato com a realidade.

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 proporem modelos de funcionamento psíquico que levam ao entendimento do processo, da estruturação e da constituição psíquica dos indivíduos, não somente ligados à patologia. Nesse 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 no qual o indivíduo está inserido (JANUÁRIO; TAFURI, 2009).

Eizirik, Kapczinski e Bassols (2001) destacam a importância de conhecer acerca do que é esperado e do que foge ao padrão de normalidade, mas sempre considerando as questões individuais e as crises normais do desenvolvimento. De toda forma é importante que os profissionais da saúde estejam sempre atentos para poder diferenciar, por exemplo, o estresse eventual com aquele que é sinal de uma instabilidade séria ou de uma doença mental.

No Brasil, o Centro de Atenção Psicossocial à Infância (CAPSI) é o lugar que detém a especificidade do tratamento às crianças e adolescentes acometidos por uma psicopatologia grave (BRASIL, 2005). De acordo com Hoffmann, Santos e Motta (2008), os CAPSI foram criados para atender à demanda de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos severos e persistentes. E para isso, tais dispositivos passaram a se utilizar de alternativas que buscam oferecer a 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” (HOFFMANN; SANTOS; MOTTA, 2008, p.634).

Tendo em vista a inserção em um CAPSI realizada a partir de um projeto maior, de intervenção e avaliação, este artigo tem como objetivo apresentar uma análise dos dados referentes à saúde das crianças que frequentavam o serviço, considerando seu funcionamento psíquico e seus dados de estresse.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho é parte de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) realizada entre os anos de 2011 e 2012, sendo parte, ainda, de um projeto maior, desenvolvido no CAPSI da cidade de Santa Maria, chamado Projeto de Implantação de um Ambiente de Convivência Terapêutica e Avaliação do Ambiente (PROCONVIVE), que recebeu auxílio através do edital: PPSUS 02/2009 FAPERGS/MS/CNPq/SESRS, número de processo: 0900982.

O estudo aqui apresentado caracteriza-se por ser transversal, de caráter descritivo e misto (quanti e qualitativo). Participaram da pesquisa 31 crianças, sendo que os critérios de inclusão foram: 1) estar em atendimento no CAPSI por no mínimo seis meses; 2) ter até 12 anos; 3) aceitar participar voluntariamente da pesquisa.

Foram utilizados três instrumentos: 1) Questionário de dados gerais do usuário (adaptado de TOMASI et al., 2010), o qual foi respondido por 31 crianças - quando possuíam condições para tal ou por pais ou responsáveis nas dependências do CAPSI. 2) Escala de Stress Infantil (ESI) (LUCARELLI; LIPP, 1999), questionário estruturado que possui 35 itens em escala Likert de 0 a 4 pontos. Essa escala tem como objetivo avaliar estresse em crianças de 6 a 14 anos de ambos os sexos em quatro dimensões: física, psicológica, psicológica com componentes depressivos e psicofisiológica. O instrumento foi aplicado nas 31 crianças que participaram do estudo, por estudantes de Psicologia, que faziam parte do projeto PROCONVIVE, sendo treinados para este fim; 3) Teste das Fábulas (CUNHA; TIELLET, 1993), instrumento utilizado para avaliar crises situacionais e de desenvolvimento, conflitos neuróticos e psicóticos, sendo um recurso para o entendimento psicodinâmico da criança e do adolescente e até mesmo do adulto, além de acompanhar a evolução durante o processo terapêutico. O teste apresenta-se de forma verbal e pictórica, sendo composto por dez histórias incompletas que vão sendo apresentadas ao sujeito com o intuito que este a complete.

Para a correção das Fábulas, a equipe de pesquisa foi dividida em duplas que as corrigiram, num primeiro momento, e, posteriormente, revisadas as correções por outra dupla. Por fim, a pesquisadora principal comparou as correções das duplas e serviu como voto de minerva quando seus resultados divergiam. No total foram avaliadas pelo teste das Fábulas 17 crianças usuárias do CAPSI, pois as demais (n = 14) foram impossibilitadas de

participar desta etapa da pesquisa, seja pelos horários de atendimento do serviço, pelo desejo não manifestado ou ainda por recusa por parte das pessoas responsáveis pela criança.

Todos os instrumentos foram aplicados nas dependências do CAPSI, nos intervalos dos grupos e dos atendimentos, ressaltando que a coleta dos dados só teve início após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 0033.0.243.000-11) e após a assinatura dos pais/responsáveis pelas crianças do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi dividida em dois momentos: 1) Análise quantitativa: os dados foram analisados em termos de estatística descritiva para caracterização geral do perfil do grupo participante e estatística inferencial (Teste t). Os cálculos foram realizados através de pacote estatístico SPSS 13.0. 2) Análise qualitativa: Foram utilizadas as respostas de questões abertas da entrevista sociodemográfica e de itens dos instrumentos que abriam essa possibilidade, como o Teste das Fábulas, a fim de compreender questões subjetivas das crianças.

Os resultados serão apresentados a seguir, de acordo com as análises de cada instrumento. Primeiro os dados gerais e de saúde das crianças, posteriormente os dados sobre a avaliação de estresse infantil e, por último, as análises sobre funcionamento psíquico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1) “[...]Não estava resfriada, mas tossia”: Dados gerais e de saúde das crianças do CAPSI

Nesta seção, busca-se apresentar os dados gerais de saúde e do perfil das crianças que foram avaliadas no CAPSI. Chama atenção, aqui, que 66.7% das crianças eram do sexo masculino (Tabela 1).

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

Variáveis	Frequência	%
Sexo ¹		
Feminino	10	32.3
Masculino	21	66.7
Cor da pele (autoidentificada)		
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

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Telles (2006) coloca que as meninas são menos suscetíveis às 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 et al., 2002; BERNARDES-DA-ROSA et al., 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. Rangel, Bustamante e da Silva (2015) encontraram, em atendimento, 55,5% de crianças do sexo masculino e 44,5% do sexo feminino. Outros estudos corroboram esse dado: Ronchi e Avellar (2010) apontaram que, dos 51 pacientes em atendimento, 31 (60.8%) eram do sexo masculino e 20 (39.2%) do sexo feminino; Machado et al. (2014) encontraram que 77.98% das crianças e adolescentes atendidos em CAPSI eram do sexo masculino.

No estudo aqui relatado, em relação à escolaridade, 26 crianças frequentavam a escola, totalizando 83.87%. Ronchi e Avellar (2010), em sua pesquisa, encontraram que 80% das crianças e adolescentes usuários do CAPSI estudavam, a maioria, nos anos iniciais do

ensino fundamental corroborando com o que Santos (2006) encontrou. Esse ainda apontou o fato de que a maioria das crianças e adolescentes eram alunos de 1ª a 4ª séries.

Quanto à média de idade das crianças atendidas no serviço, encontrou-se o valor de 9,39 anos (dp 2,68). No estudo citado (MACHADO et al., 2014), a idade média ficou em 11,08 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.

No que se refere aos dados de saúde geral, observou-se que a média de idade de início de tratamento foi de 6,0 anos com desvio padrão de 2,5 anos, e a variação de 02 a 10 anos. Em pesquisa realizada por Santos et al. (2005), através de 274 prontuários, apenas 1.4% dos diagnósticos foram realizados em crianças menores de 5 anos. No CAPSI estudado, como se pode visualizar na Tabela 1, a média de idade de entrada no serviço das crianças entre 4 e 12 anos foi de 9,39 anos, com desvio padrão de 2,68 anos. Idade elevada se considerarmos que as intervenções realizadas mais precocemente apresentam melhores resultados (BAIRRÃO; ALMEIDA, 2002).

Um dado importante em relação à saúde das crianças do CAPSI diz respeito à medicação. Os resultados apontam que dos 31 usuários participantes da pesquisa, 25 usam pelo menos um tipo de medicamento (80.6% das crianças avaliadas). Isso leva a pensar se realmente os estabelecimentos de saúde, e principalmente os CAPSI, estão funcionando de acordo com o que se propõem, 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 e menos orientados à lógica biomédica.

De acordo com Ferrazza et al. (2010), a mecânica da clínica contemporânea é pautada à rotulação de diagnósticos aliada ao uso abusivo de medicamentos psicofarmacológicos. Há uma supervalorização da esfera biológica do sofrimento psíquico e um abandono à compreensão da estrutura psíquica no atendimento clínico, além das questões mercadológicas de prescrição de medicamentos existentes na relação entre médicos e laboratórios farmacêuticos. Como decorrência da medicalização excessiva nas crianças, tem-se efeitos colaterais severos, com graves sequelas pouco previsíveis, além de não dirimirem o real mal-estar, por vezes até dificultando o acesso clínico ao problema, já que o medicamento acaba por ‘tamponar’ o sujeito (FERRAZZA et al., 2010).

Ao examinarmos quais medicamentos foram utilizados pelas crianças nos últimos 15 dias em relação ao momento da pesquisa, verificamos a presença de anticolinérgicos, antipsicóticos, antidepressivos, anticonvulsivantes/estabilizadores de humor, estimulantes do

sistema nervoso central e outros (antibiótico, xarope, medicação para anemia, laxante, leite de magnésia). Destes, chama atenção a prevalência do uso de medicação antipsicótica nas crianças do CAPSI, sendo que, em alguns casos, mais de um antipsicótico foi indicado à mesma criança. Também aparece como significativa a utilização de anticonvulsivantes/estabilizadores de humor e estimulantes do sistema nervoso central. Nesse sentido, reitera-se o que foi colocado a respeito da medicalização psiquiátrica em crianças, uma vez que os medicamentos utilizados são os mesmos administrados pelos adultos e há poucas pesquisas sobre os efeitos desta medicação em pacientes infantis.

Na pesquisa realizada por Ronchi e Avellar (2010), das 51 crianças e adolescentes em atendimento em um CAPSI, 48 faziam uso de medicamento. Sendo que desses, os mais utilizados eram: antipsicóticos (86.3%), anticonvulsivantes (72.5%), antidepressivos (43.1%) e anfetamínicos (21.6%). Garildo e Voltolini (2009 apud RONCHI; AVELLAR, 2010) explicitam que é um fenômeno crescente o uso de psicotrópicos neste público.

Em relação aos motivos apresentados para as crianças estarem em tratamento no CAPSI (Tabela 2), tanto os apontados por elas (e/ou por seus cuidadores) como os apontados pelos médicos de acordo com os usuários, 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 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.

Tabela 2 – Motivos apontados pelos usuários por estarem se tratando no CAPSI

Motivos apontados pelos usuários			Motivos apontados pelos médicos de acordo com os usuários		
	Frequência	%		Frequência	%
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	2	5.88
Medo/Pânico	2	5.71	Não sabem	2	5.88
Não Sabe	3	8.57	Retardo mental	4	11.76
Outros	10	28.57	Não lembram	2	5.88
			Médicos não disseram	4	11.76
			Médicos não sabem	3	8.82

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Chama atenção o fato de aparecer o termo retardo mental (11.76%), *ipsis literis* da fala de pais, como um dos motivos de tratamento e praticamente não aparecer no discurso da criança e/ou seu cuidador. De acordo com Martins et al. (2004), o indivíduo com deficiência intelectual ainda é vítima de preconceito e estigmatização, despertando sentimentos de estranheza, frustração e impotência por parte dos profissionais de saúde e da população de uma forma geral.

De acordo com Santos et al. (2006), em estudo realizado em Salvador, o diagnóstico mais frequente dentre os sujeitos foi o de deficiência intelectual, com um percentual de 42%. Só se pode comparar esse dado com as respostas 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 sobre seus motivos de estada no serviço.

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 agressividade e agitação. Nesses estudos, uma queixa significativa foi em relação a furtos, o que não foi mencionado nos participantes desta pesquisa no CAPSI aqui relatada.

Além dos problemas que as levaram ao atendimento no serviço, foi perguntado às crianças e aos seus cuidadores se tinham algum outro problema de saúde. As respostas podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Outros problemas de saúde relatados pelo usuário e/ou pelo cuidador

	Frequências	%
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 frequentes	1	5.88
Outros	2	11.76

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Dentre os problemas respiratórios que apresentaram maior frequência (41.18%), estão a asma, bronquite asmática, adenoide e rinite. Hoffmann et al. (2005), em um estudo sobre psicodermatologia, explicitam que cada vez mais há estudos envolvendo o corpo e as questões psicológicas. De acordo com Koblenzer (1983 apud HOFFMANN et al., 2005) a doença, em muitos casos, é precedida por um período em que o indivíduo não se sente apto a enfrentá-la. Essa situação pode ativar medidas de emergência, transmitidas neurologicamente, as quais alteram o equilíbrio do corpo, facilitando o desenvolvimento da doença.

Seguindo a avaliação que foi realizada com as crianças do CAPSI, a seguir são apresentados os dados referentes ao estresse.

2) “[...]Então vivia parada, deitada, mas sem dormir, com medo de pesadelo”: Dados de estresse infantil nas crianças do CAPSI

Toda criança vai passar por algum episódio de estresse na infância, mas nem todas serão submetidas aos mesmos níveis de tensão emocional ou irão desenvolver sintomatologia do estresse (LIPP, 2000). Os achados sobre estresse do presente estudo demonstraram que 63.2% das crianças do CAPSI apresentaram sintomas de estresse e, destes, 52.7% apresentaram estresse físico; 63.1%, estresse psicológico; 73.7%, estresse psicodepressivo e 52.6% manifestaram estresse psicofisiológico. Referente à sintomatologia de estresse, dado muito semelhante foi encontrado em um estudo realizado com crianças em tratamento

quimioterápico (MARQUES, 2004), no qual 60% das crianças apresentaram estresse. Diferentemente deste que apontou que a sintomatologia predominante nas crianças com câncer foi a psicológica (40%), nas crianças do CAPSI foi a psicológica com componentes depressivos, que correspondeu a 73.7% do total. Essa é uma informação importante porque demonstra um sofrimento até então não levado em consideração no tratamento das crianças usuárias do CAPSI. Do total de crianças avaliadas, 36.8% delas se encontram na fase de alerta que não corresponde ainda a um estado de adoecimento, mas inspira cuidados caso permaneçam nas situações estressantes e/ou na presença de agentes estressores.

Tabela 4 - Distribuição dos dados de estresse através do ESI (N = 31)

	Estresse Total %	Estresse Físico %	Estresse Psicológico %	Estresse Psicodepressivo %	Estresse Psicofisiológico %
Estresse	63,2	52,7	63,1	73,7	52,6
Fases					
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	-

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Além disso, é importante destacar que somente o sexo apresentou diferença significativa quanto ao estresse. A amostra foi composta por 32.2% de meninas (N = 10) e 67.7% de meninos (N = 21). Dentre as meninas, 6 (60%) apresentaram sintomatologia de estresse e, dentre os meninos, 5 (23.8%). No estudo de Marques (2004), 53% das meninas (N = 8) apresentaram sintomas de estresse, enquanto que os meninos 47% (N = 7). Um dado importante também a respeito das crianças usuárias do CAPSI deflagra que todas as meninas usuárias do serviço que apresentam sintomas de estresse, apresentaram estresse psicológico ($p = 0.035$).

Tais dados podem auxiliar a pensar as estratégias utilizadas pelo CAPSI para direcionar o tratamento das crianças. Estar com sintomatologia de estresse e a presença dos agentes estressores pode ser tanto a causa do adoecimento das crianças, como estar potencializando o sofrimento. Lipp (2000) destaca a importância de diagnosticar corretamente o estresse infantil, visto a importância dos danos à saúde da criança.

3) “[...]E de todos os medos que tinha, o medo mais que medonho era o medo do tal do LOBO”: Dados de funcionamento psíquico das crianças do CAPSI

A fim de avaliar o funcionamento psíquico das crianças usuárias do CAPSI, buscou-se analisar, através do Teste das Fábulas, quais as defesas e fantasias utilizadas por elas, o que pode auxiliar a compreender o adoecimento de forma mais abrangente, como indicou Klein (1996). A seguir serão apresentadas as frequências das fantasias e defesas utilizadas pelas crianças do CAPSI.

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” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p.107). Já fantasia diz respeito a um “roteiro imaginário” (LAPLANCHE; PONTALIS, 2004, p.169), em que o indivíduo está presente e que representa a realização de um desejo de maneira deformada pelas defesas.

Com relação a **Fábula 1** – 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; TIELLET, 1993) - a maior incidência fantasiosa foi a de abandono, procedida pela 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). Chama atenção o fato de as crianças do CAPSI se utilizarem de defesas e fantasias mais primitivas, o que é típico de indivíduos com fixação em um período mais regressivo do desenvolvimento e com psicopatologia considerada mais grave (KLEIN, 1991).

Já a **Fábula 2** tem como objetivo explorar a reação da criança frente à relação afetivo-sexual dos pais (CUNHA; TIELLET, 1993). No que diz respeito às fantasias, as crianças do CAPSI apresentaram maior frequência de rejeição seguida da fantasia de reparação. Quanto às defesas, estas se apresentaram em maior número como negação, seguida de bloqueio e isolamento. 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, o isolamento e a projeção (em igual número). É importante lembrar que uma das características

da psicose ou das psicopatologias pré-edípicas é a manutenção da simbiose e a não-entrada de um terceiro na relação diádica entre mãe e bebê.

A **Fábula 3**, de acordo com Cunha e Tiellet (1993), refere-se à simbiose e à rivalidade fraterna. As crianças do CAPSI apresentaram maior frequência de fantasias de rejeição e de privação, e em terceiro, volta ao útero. Quanto às defesas, apresentaram maior frequência de regressão, seguida de negação, formação reativa e de introjeção. A fantasia de rejeição também pode estar relacionada com a dificuldade das crianças em sofrimento psíquico grave em admitirem um terceiro na relação (MARCELLI; COHEN, 2010).

A **Fábula 6** tem como objetivo explorar as reações da criança em relação às experiências fálicas (CUNHA; TIELLET, 1993). As crianças do CAPSI apresentaram maior frequência de fantasias de agressão deslocada para o ambiente, reparação e impotência e na frequência oposta aparecem o deslocamento para o abandono, para algo de ordem narcisista ou ainda de castração. No que diz respeito às defesas, a maior frequência foi de projeção e de atuação, seguida por atuação e racionalização. Salientamos, especificamente nas defesas, uma frequência considerável de deslocamentos sem resposta ou sem aplicação (n=4). Chama atenção, tanto nesta fábula como em outras apresentadas neste estudo, o fato de as crianças do CAPSI se utilizarem predominantemente de defesas mais primitivas, revelando uma dificuldade em lidar com questões relacionadas a experiência fálica.

De acordo com Cunha e Tiellet (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, sendo de longe seguidas por onipotência e ganho secundário e as defesas mais utilizadas foram formação reativa e racionalização.

A **Fábula 8**, de acordo com Cunha e Tiellet (1993), refere-se ao conflito edípico. Como pôde ser observado, a maior parte das fantasias utilizadas foram a edípica, a de castigo e em terceiro a reparação. De toda forma, cabe destacar que muitas das crianças ainda se encontravam na fase pré-edípica, sendo, neste caso, fantasias de temor ou de negação da castração. Quanto às defesas, a maioria foi a introjeção, seguida da negação e da repressão. Chama também atenção na Fábula 8, certa homogeneidade entre as menores frequências, tornando as maiores com bastante destaque.

Quanto ao conteúdo e ao desfecho das fábulas analisadas, essas foram categorizadas em “adaptativa”, “desadaptativa”, “não adaptada ao conteúdo da fábula” e “ambivalente”. A distribuição das frequências é demonstrada na Tabela 5.

Tabela 5 – 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	-

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Neste caso, observa-se que, na sua maioria, o conteúdo e o desfecho das fábulas se mostraram adaptados ao que se pretendia avaliar, salvo a Fábula 2 (do aniversário de casamento) em que apenas 35.3% se mostrou adaptado. Acredita-se que a não adaptação ao conteúdo dessa Fábula possa estar vinculado ao fato de as crianças encontrarem-se em um período pré-edípico do desenvolvimento emocional, não tendo ainda completado o desenvolvimento psicosssexual e alcançado a possibilidade de repressão dos impulsos, ocasionando sofrimento psíquico de moderado a grave, dependendo do caso. Dessa forma, cabe ressaltar que as fixações pré-edípicas trazem a preocupação com os transtornos mais graves da personalidade. Não se pode confirmar isto nas crianças do estudo em questão, porém as ocorrências de fantasias ainda primitivas são um ponto de atenção para a amostra em relação a prevenção de piora no quadro psicológico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo quando está sozinha, inventa uma brincadeira
E transforma em companheiro cada medo que ela tinha.

Chico Buarque de Holanda

Ao realizar este estudo, constatou-se 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%). Acredita-se que esse seja um importante dado que precisa ser considerado ao pensar no diagnóstico e tratamento das crianças usuárias do CAPSI.

Cabe ressaltar que não era objetivo deste trabalho realizar um diagnóstico, mas ter uma visão geral do funcionamento emocional das crianças⁵. Para tanto, o Teste das Fábulas revelou que, de uma forma geral, elas conseguiram responder ao que a fábula solicitava, mas é importante atentar para a utilização de mecanismos defensivos e fantasias mais primitivos.

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 et al., 2004). Assim, torna-se importante a realização do diagnóstico diferencial para que o tratamento seja realmente efetivo.

Outro dado relevante encontrado foi que 80.6% das crianças participantes deste estudo utilizam pelo menos uma medicação psiquiátrica. Esse 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. Sabe-se da importância da medicação, mas o exagero na indicação a crianças pode trazer danos ainda desconhecidos ao desenvolvimento e à vida destas e, muitas vezes, impossibilitá-las de realizar qualquer outro tipo de terapia, visto que a medicação em excesso acaba por “tamponar” o sintoma.

⁵ Acrescenta-se: não foi objetivo da pesquisa investigar outras formas de socialização generificada além do binarismo feminino-masculino e sua associação com saúde mental infantil, apesar de reconhecermos que pesquisas, intervenções e cuidado com crianças precisam considerar orientações não cis-heteronormativas para maior e melhor compreensão das condições de saúde.

Além da criação e da manutenção de dispositivos como os CAPSI é imprescindível que se busque, cada vez mais, um tratamento menos focado na doença, na medicalização e no isolamento das crianças. O que priorizava o Ministério da Saúde do Brasil (2004) era que esses serviços pudessem funcionar visando (re)inserir a criança na sociedade através de um tratamento mais socializante e humanizado.

Torna-se também imprescindível mais investimentos na promoção, prevenção e na intervenção precoce para que as crianças sofram menos danos possíveis e possam, ainda, se desenvolver. O trabalho junto à família, à escola e à comunidade é de fundamental importância para que cada vez menos as crianças cheguem a precisar dos CAPSI.

Destacamos que não se pretende que os dados aqui apresentados sejam extrapolados, tendo em vista a pequena representatividade estatística, mas pode ser um importante dispositivo de análise para o CAPSI em questão. Dessa forma, sugere-se que novas pesquisas sobre saúde mental infantil, estresse infantil e CAPSI possam ser realizadas.

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 poderá desenvolver-se de forma mais saudável e autônoma.

Sobre o artigo:

Recebido: 12 de março de 2020

Aceite: 21 de dezembro de 2021

REFERÊNCIAS

- ANCONA-LOPEZ, M. **Avaliação de serviços de Psicologia Clínica**. 1981. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo: 1981.
- BAIRRÃO, J.; ALMEIDA, I. **Contributos para o estudo das práticas de intervenção precoce em Portugal**. Lisboa: Ministério da Educação, 2002.
- BERNARDES-DA-ROSA, L. T. et al. Caracterização do atendimento psicológico prestado por um serviço de psicologia a crianças com dificuldades escolares. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 17, n. 3, p. 5-14, dez. 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BUARQUE, C. **Chapeuzinho Amarelo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2011.
- CUNHA, J. A.; TIELLET, M. L. **Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica**. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisa em Psicologia, 1993.
- CUNHA, M. P.; BORGES, L. M.; BEZERRA, C. B. Infância e Saúde Mental: perfil das crianças usuárias do Centro de Atenção Psicossocial Infantil. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 25, n. 1, p. 27-35, 2017.
- DA CRUZ, M. Y.; NOZU, W. C. S.; BERTOLETTI, E. N. M. Um estudo crítico do livro chapeuzinho amarelo de Chico Buarque. **Interfaces da educação**, v. 1, n.1, p. 95-110, 2015.
- EIZIRIK, C.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. **O Ciclo da Vida Humana: Uma Perspectiva Psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- FERRAZZA, D. A.; ROCHA, L. C.; ROGONE, H. M. H. A prescrição banalizada de psicofármacos na infância. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 36-44, 2010.
- GALE, C. R. et al. Association of mental disorders in early adult life and later hospital psychiatric admission and mortality in a cohort study of more than 1 million men. **Archives of General Psychiatry**, v. 69, p. 823-831, 2012.
- GRIMM, Irmãos. **Chapeuzinho Vermelho**. 6 ed. Tradução Nilce Teixeira. São Paulo: Ática, 1997.
- HOFFMANN, F. S. et al. A integração mente e corpo em psicodermatologia. **Psicologia: teoria e prática**, v. 7, n. 1, p. 51-60, 2005.
- HOFFMANN, M. C. C. L.; SANTOS, D. N.; MOTA, E. L. A. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.3, p. 633-642, 2008.

JANUÁRIO, L. M. **A transferência na clínica psicanalítica com crianças em sofrimento psíquico grave**. 2008. 209 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - 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**, v. 9, n.2, p. 527-550, 2009.

KIELING, C. et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **The Lancet**, v. 378, n. 9801, p. 1515-1525, 2011.

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

_____. A psicoterapia das psicoses. In: _____. **Amor, culpa e reparação e outros trabalhos**. Obras completas de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago,1996; p.265-270.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, P. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

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

LUCARELLI, M. D. M.; LIPP, M. E. N. Validação do inventário de sintomas de stress infantil - ISS-I. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 1, p. 71-88, 1999.

MACHADO, C. M. et al. Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 2, p. 53-62, 2014.

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**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e Psicopatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

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

MARTINS, M. F. et al. 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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2001.

PETRESCO, S. et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders among 6 -year -old children: 2004 Pelotas Birth Cohort. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 49, n. 975, 2014.

RANGEL, L. C. C.; BUSTAMANTE, V.; SILVA, G.B. Caracterização da população de um serviço de saúde mental infantil em Salvador. **Psicologia em Estudo**, v. 20, n. 2, p. 273-284, 2015.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Saúde mental da criança e do adolescente: a experiência do Capsi da cidade de Vitória – ES. **Psicología: Teoría e Prática**, v. 12, n. 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**, v. 11, n. 2, p. 315-321, 2006.

SCHOEN-FERREIRA, T. H. et al. Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente (CAAA) – UNIFESP/EPM. **Psicologia em Estudo**, v. 7, n. 2, p. 73-82, 2002.

SCIVOLETTO, S.; BOARATI, M. A.; TURKIEWICZ, G. Emergências psiquiátricas na infância e adolescência. **Rev Ciência & Saúde**, v. 32, supl. 2, p. 112-120, 2010.

TELLES, H. P. R. S. **Infância e saúde mental**: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas. 2006. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) -Universidade de São Paulo, São Paulo: 2006.

TOMASI, E. et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 807-815, 2010.

WINNICOTT, D. Os doentes mentais na prática clínica. In: _____. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed,1983, p.196-206.