

PERFIL DE USUÁRIOS E MODOS DE FREQUENTAR UM ESPAÇO DE SAÚDE MENTAL INFANTIL

PROFILE OF USERS AND WAYS OF ATTENDING A CHILD MENTAL HEALTH SERVICE

Vania Bustamante¹
Ana Catarina Marcena Santos²

Resumo

O objetivo deste trabalho foi traçar o perfil dos usuários de um serviço de saúde mental, que atende crianças e suas famílias, em Salvador (Bahia). Realizou-se um estudo quantitativo, com identificação de frequências e cruzamento entre as variáveis: sexo, idade, arranjo familiar, modo de chegada ao serviço, motivo da procura e número de vezes que frequentou. Os dados foram colhidos na ficha de acompanhamento de 619 crianças que chegaram ao serviço durante o período de 2012 a 2016. Os resultados indicam a predominância de crianças do sexo masculino (63,2%), entre as idades de seis e dez anos (40,9%), pertencentes a famílias nucleares (47,2%), encaminhadas por outras instituições (48,9%). Dentre as famílias que chegaram ao serviço, 71,5% explicitaram a existência de queixas. "Problemas de comportamento" foi o motivo de procura mais recorrente entre meninos (46,77%), também presente em 26 % das meninas. No que tange à frequência observou-se que 60,5% das crianças e seus familiares retornaram ao serviço após o primeiro encontro, sendo que apenas 10% frequentaram mais de 10 encontros. Os resultados vão ao encontro de publicações anteriores e avançam ao trazer dados sobre temas pouco abordados na literatura, como o padrão de frequência dos usuários, apontando a necessidade de novas pesquisas.

Palavras-chave: saúde mental; crianças; perfil de usuários.

Abstract

The objective of this work was to outline the profile of the users of a mental health service, which serves children and their families, in Salvador (Bahia). A quantitative study was carried out, with frequency identification and cross-checking between the variables: gender, age, family arrangement, mode of arrival, reason for searching and number of times. The data were collected in the follow-up form of 619 children who arrived in the service during the period of 2012 to 2016. As results, the predominance of male children (63.2%) between the ages of six and ten years (40.9%), belonging to nuclear families (47.2%), sent by other institutions (48.9%). Among the families that arrived at the service, 71.5% explained the existence of complaints. Behavior problems were the reason for a more recurrent demand among boys (46.77%) and also present in 26% of the girls. About 60.5% of the children and their families returned to service after the first meeting, with only 10% attending more than ten meetings. The results are in line with previous publications and are advancing by bringing data about topics that are not widely discussed in the literature, such as the frequency pattern of users, pointing the need of new research.

Keywords: mental health; children; users profile.

¹ Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Brasil. vaniabus@yahoo.com

² Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Brasil. anamarcena@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O presente estudo apresenta o perfil dos usuários de um espaço de cuidado à saúde mental infantil – que integra as atividades de um projeto de ensino, pesquisa e extensão da UFBA – e, a partir disso, dialoga com a literatura da área.

A saúde mental infanto-juvenil esteve, por muito tempo, ausente da agenda de políticas públicas em todo o mundo (Delfini, Dombi-Barbosa, Fonseca, Tavares, & Reis, 2009). No Brasil, somente no início do século XXI, foram propostas as primeiras formulações voltadas à construção de uma rede de cuidado específica para esta população, que até então se restringia aos campos filantrópico e assistencialista (Couto & Delgado, 2015). As necessidades específicas do grupo de crianças e adolescentes foram incluídas de maneira tardia na agenda da Reforma Psiquiátrica, visto que o tema só foi abordado na III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 2001 (Couto & Delgado, 2015). Por isso, somente em fevereiro de 2002, dois meses depois da III CNSM, foi publicada a Portaria nº 336 contendo um capítulo específico que versa sobre a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes (CAPSi).

Em 2005, no documento “Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil” (Brasil, 2005), produzido pelo Ministério da Saúde, são formulados como princípios para essa política: 1) que **Toda criança ou adolescente a cuidar é um sujeito**. Isto implica a ideia de responsabilidade “pela sua demanda, seu sofrimento, seu sintoma” (p. 11); é também um sujeito de direitos, incluindo o direito a cuidado respeitando-se sua singularidade. É preciso dar voz aos adolescentes ou crianças e não apenas ouvir o que se diz sobre eles; 2) **Acolhimento universal** para quem chega ao serviço – após receber e ouvir a demanda, é preciso dar uma resposta; 3) **Encaminhamento implicado quando necessário**; 4) **Construção permanente da rede** que inclui a interface com os demais serviços e equipamentos do território. 5) O **Território**, entendido como *o lugar psicossocial do sujeito* (Brasil, 2005, p. 13); 6) **Intersetorialidade** na ação do cuidado (Brasil, 2005).

O papel estratégico do CAPSi junto aos diferentes serviços e setores é reforçado com a formulação da Rede de atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2011) e, nesse sentido, “o trabalho em rede chama nossa atenção para construção de relações com os diferentes serviços, que são em si mesmas redes, uma vez que sustentam práticas” (Bertoul, 2014, p. 51)

Ao refletir sobre o conceito de saúde mental, usando o referencial da clínica ampliada, Campos (2016) argumenta que: “Saúde mental tem a ver com a liberdade e autonomia das pessoas, com a dificuldade do sujeito de lidar com a rede de dependência que toda existência engendra” (p. 33). Sob esse prisma, a saúde mental ampliada, como conjunto de práticas, seria tanto terapêutica quanto preventiva indo muito além “de uma prática centrada no alívio de sintomas incômodos ou no treinamento de comportamentos adequados ao meio social.” (p. 33). Ao refletir sobre a organização da rede assistencial, Campos (2016) destaca a divisão de responsabilidades entre a atenção especializada e a atenção básica – onde caberia à atenção especializada a responsabilidade pelos transtornos mentais graves e à Estratégia de Saúde da Família lidar com diversas “dificuldades de viver”, outras modalidades de sofrimento psíquicos ou distúrbios intermediários – o que considera um encargo demasiado grande para a atenção básica. O autor então ressalta sobre a importância do apoio matricial para a construção do cuidado em saúde mental. Acredita-se também que as reflexões de Campos reforcem a necessidade de se pensar a respeito da construção de diversas modalidades de cuidado para além do que já está instituído, para demandas complexas, ainda que não se

trate de casos de psicoses e outros problemas mentais graves.

O projeto “Brincando em Família” busca dialogar com as questões apontadas. Trata-se de uma atividade permanente da Universidade Federal da Bahia (UFBA), existente desde 2010, que oferta um espaço de cuidado à saúde mental para crianças de até 10 anos de idade acolhidas juntamente com suas famílias. Os atendimentos acontecem em dois turnos por semana em um espaço grupal, conduzido por psicólogas e estudantes de psicologia que se inserem através dos estágios curriculares supervisionados e como bolsistas de extensão e de iniciação científica. O serviço é gratuito, não exige marcação prévia e o padrão de frequência pode ser livremente construído por cada família (Rangel, Bustamante, & Silva, 2015).

Os frequentadores chegam ao projeto de forma espontânea ou por encaminhamentos. É importante considerar que as crianças e suas famílias podem frequentar o espaço independentemente da existência de uma queixa. Faz parte da prática do projeto realizar o acolhimento inicial e, quando a família explicita queixas, é construído um Psicodiagnóstico Interventivo (Barbieri, 2009) ao longo dos primeiros encontros – aproximadamente quatro. Nessa lógica, ao mesmo tempo em que se conhece a criança e sua família são feitas intervenções que podem ter efeitos, fornecendo assim um fluxo de informações à equipe sobre a situação da criança e sua família. A título de exemplo, é frequente as famílias comentarem que percebem o modo como a equipe dialoga com as crianças – explicam os acontecimentos e dão espaço para que as mesmas se expressem, inclusive em momentos de conflito envolvendo várias crianças. Nessa perspectiva, ao lidarem com os filhos em casa, percebem melhoras na comunicação e em seus comportamentos.

A psicanálise embasa o trabalho realizado. Os conceitos de Cuidado e Acolhida são centrais (Bustamante, Oliveira, & Rodrigues, 2017). O Cuidado, seguindo a perspectiva de Figueiredo (2009) envolve revezamento de momentos de presença implicada com outros de presença reservada, onde se busca propiciar experiências de integração e de construção de um fazer sentido da experiência. De acordo com Holmes (2012), a acolhida se expressa em quatro dimensões: aceitação, conexão, brincar e empoderamento. Na *aceitação*, os comportamentos dos cuidadores e da criança são (quase) sempre aceitos e os pontos positivos desses comportamentos são destacados. O *conectar* envolve facilitar a comunicação de sentimentos presentes na família e fazer circular a palavra, tendo a criança no centro do diálogo, colocando-a a par do que acontece. Crianças e adultos são convidados a ter experiências de brincar não-estruturado e não-intrusivo. Já o *empoderamento*, envolve promover a autonomia das famílias possibilitando que as pessoas reflitam sobre suas questões.

Refletir permanentemente sobre o cuidado ofertado, suas possibilidades e limitações, é um dos objetivos do projeto em interface com a dimensão de pesquisa. Traçar o perfil dos usuários é uma estratégia bastante presente nas pesquisas da área. Nesse sentido, realizou-se *uma revisão narrativa da literatura nacional, na qual encontrou-se 20 estudos, na sua maioria sob uma abordagem quantitativa, que caracterizam o perfil de usuários predominantemente em clínicas-escola e em CAPSi, em menor medida em unidades de saúde, e no próprio projeto “Brincando em Família”*.

O estudo realizado por Romaro e Capitão (2003), em uma clínica-escola da Universidade São Francisco entre 1995 e 2000, identificou, entre a clientela que está no período da infância e início da adolescência, a prevalência de meninos (65,3%), sendo que 53,3% tinham idade entre cinco e nove anos, no momento de ingresso na escola e das exigências da alfabetização.

Em uma investigação que objetivava conhecer as características e queixas comportamentais e emocionais mais frequentes da clientela atendida no Núcleo de Saúde Mental (NSM), localizado no município de Ribeirão Preto, Santos (2006) observou que as queixas de maior ocorrência entre as crianças com idade de seis a oito anos foram referentes à agressividade, baixa tolerância à frustração, dificuldade de controle de impulsos e agitação, respectivamente. A autora destaca que a busca pelo atendimento coincide com a entrada na escola, período propício a um aumento de exigências quanto à produção, ao comportamento e à sociabilidade da criança.

Campezatto e Nunes (2007) fizeram um levantamento das características sociodemográficas e clínicas da população que buscou atendimento em 2004 nas clínicas-escolas localizadas na Região Metropolitana de Porto Alegre. No que se refere à população infantil, os resultados revelam que as instituições escolares representam a principal fonte de encaminhamento. As autoras, frente a este fenômeno, alertam para a necessidade de se discriminar os motivos de encaminhamentos que podem ser de ordem psicológica ou não.

Estudos realizados nos CAPSi demonstram que, entre a população infanto-juvenil, diagnósticos como os transtornos de comportamento e os transtornos emocionais têm maior expressividade (Beltrame & Boarini, 2013; Delfini *et al.*, 2009; Hoffmann, Santos & Mota, 2008; Teixeira & Jucá, 2014). Falavina e Cerqueira (2008) analisaram o perfil dos usuários e o histórico de acesso ao CAPSi “Casinha”, localizado em São Paulo, e identificaram barreiras de ordem econômica, cultural, geográfica e funcional, no acesso ao serviço de saúde, como ponto central da análise. As autoras destacaram que: “as tentativas fracassadas de utilizar os serviços de saúde culminaram muitas vezes em uma nova busca por ajuda e orientação, havendo muitas desistências ou abandonos dos tratamentos anteriores, produzindo prejuízos de diferentes naturezas para os usuários” (p.32).

Diversos estudos indicam: a maior presença de meninos em comparação com as meninas (Rangel, Bustamante & Silva, 2015; Wielewicki, 2011); maior número de crianças e ou adolescentes procedentes de família nuclear (Bustamante & Santos, 2015; Delvan, Portes, Cunha, Menezes & Legal, 2010); predomínio de comportamentos externalizantes sobre internalizantes (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013; Moura, Marinho-Casanova, Meurer, & Campana, 2008); as principais queixas relacionam-se com agressividade, agitação, sintomas depressivos e problemas escolares (Maravieski & Serralta, 2011); a população de estudo procedente, predominantemente, de comunidades de baixa renda (Muza, Costa & Gomes, 2009).

A partir dos estudos pesquisados, foi possível verificar a carência de pesquisas que objetivaram refletir acerca da inclusão das famílias de crianças atendidas nos serviços de saúde mental, bem como aspectos relativos à frequência destas nos serviços. Bustamante e Santos (2015) sinalizaram que, embora exista um consenso sobre a importância de incluir a família na assistência à saúde mental infantil, existem poucos trabalhos voltados a refletir sobre intervenções dirigidas a este grupo.

Cunha e Benetti (2009) destacam que há uma alta demanda de crianças e adolescentes que procuram atendimento psicológico; contudo, observaram ainda o grande número de abandono e interrupções. As autoras alertam que, no processo de atendimento psicológico às crianças, é fundamental incluir os responsáveis, ouvir suas expectativas, acolhendo-os e informando-os sobre todas as etapas do processo. Tal prática pode contribuir para a adesão aos tratamentos psicológicos infantis. Nesse sentido, os estudos de caracterização de clientela infantil são de suma importância, pois podem fomentar a ainda incipiente discussão acerca de procedimentos e avanços terapêuticos dos serviços em assistência à saúde mental (Rangel *et al.*, 2015).

Pensando neste contexto, reitera-se a importância de investigar a temática e, desta forma, pretende-se traçar o perfil dos usuários de um serviço de saúde mental infantil, localizado no Município de Salvador-Ba.

MÉTODO

O presente estudo é uma pesquisa de natureza quantitativa de caráter descritivo. De acordo com Gil (2008, p. 28), estas pesquisas “têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis”, estando, desta forma, em consonância com o objetivo proposto pelo presente estudo.

Os dados aqui analisados foram colhidos na ficha de acompanhamento de 619 crianças que chegaram ao projeto “Brincando em família” durante o período de 2012 a 2016. Trata-se de um documento onde são registrados dados básicos sobre a criança e sua família. A ficha é preenchida durante o contato inicial com a família, no qual também é apresentada a pesquisa que é realizada no serviço. Os familiares são convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deixando claro que o acesso ao cuidado não está condicionado à assinatura do TCLE.

Trabalhou-se com as variáveis: sexo, idade, arranjo familiar, modo de chegada ao projeto, motivo de procura e número de vezes que frequentou o projeto. Foi feita uma análise estatística simples envolvendo a identificação de frequências, assim como o cruzamento entre algumas variáveis. Na sequência, após tabulados em planilha eletrônica, os dados foram submetidos a uma análise descritiva através do SPSS, versão 23.0 para *Windows*.

No que se refere à variável motivo de procura, utilizou-se a categorização proposta por Rangel *et al.* (2015): “Sem demanda” (quando a família não expõe uma motivação para frequentar o serviço); Necessidade de socialização (refere-se às famílias que buscaram o serviço com o intuito de proporcionar às suas crianças um espaço lúdico e/ou de socialização); Problemas de comportamento (abrange a agitação, agressividade, desobediência, dentre outros); Problemas internalizantes (relaciona-se com luto, tristeza, medo, isolamento, retraimento, dentre outros); Dificuldades no desenvolvimento (incluem as dificuldades de aprendizagem, linguagem e desenvolvimento). Vale ressaltar que os motivos de procura são registrados na ficha a partir do que é apresentado, de modo espontâneo, pelas famílias nos primeiros encontros. Isso está muito longe de uma hipótese diagnóstica e, às vezes, difere da compreensão que a equipe desenvolve sobre a criança e sua família (Bustamante & Santos, 2015).

O arranjo familiar foi definido com base em Amazonas, Damasceno, Terto e Silva (2003), que entendem “[...] por arranjo familiar os membros da família, consanguíneos ou não, que residem no mesmo domicílio” (p.11). As autoras sinalizam que há uma diversidade de novas configurações familiares, nenhuma necessariamente melhor ou pior que outras e que a categorização adotada não significa um enfoque reducionista do tema, mas uma estratégia viável para identificação dos arranjos familiares. Tais arranjos são caracterizados da seguinte maneira: Família Nuclear conjugal (refere-se às famílias constituídas de um casal e filho(s) biológico(s) ou adotivo(s); Reconstituídas (são aquelas formadas por um casal com filhos de núcleos familiares anteriores, podendo ou não haver um filho em comum); Monoparental (caracteriza-se pela presença da criança morando com um dos pais); Extensa (convivem, na mesma casa, pelo menos três gerações como avós, tios e primos). Considerando-se a presença de diferentes tipos de arranjos familiares, no “Brincando em família” agregaram-se mais duas categorias que se referem às crianças criadas por avós e aquelas que vivem “em circulação”.

O presente projeto foi aprovado por um Comitê de Ética de uma Unidade da Universidade Federal da Bahia (Parecer 120.687).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2012 e 2016 o projeto “Brincando em Família” recebeu 619 crianças, sendo 63,2% do sexo masculino e 36,8% do sexo feminino. Destas crianças, 71,6% apresentaram espontaneamente motivos de procura no primeiro encontro. Chama a atenção a diferença em relação ao sexo, pois, das crianças que apresentaram queixas, 67,1% são meninos e 32,9% são meninas. Isso vai ao encontro dos achados de diversos estudos, o que demonstra a prevalência do sexo masculino na busca por serviços de saúde mental infanto-juvenil (Beltrame & Boarini, 2013; Campezzato & Nunes, 2007; Delfini *et al.*, 2009; Delvan *et al.*, 2010; Hoffmann, Santos, & Mota, 2008; Maravieski & Serralta, 2011; Melo & Perfeito, 2006; Rangel *et al.*, 2015; Romaro & Capitão, 2003; Teixeira & Jucá, 2014).

Os motivos de procura estão distribuídos da seguinte maneira: problemas de comportamento (39%), sem queixa (28,4%), dificuldades no desenvolvimento (12%), problemas internalizantes (11,1%), outros (5,4%) e necessidade de socialização (3,8%). Verifica-se assim a predominância de demandas relacionadas a problemas de comportamento, sendo este apontado como o motivo de procura mais recorrente entre os meninos (46,77%), embora também tenham destaque entre as meninas (26%), tal como apresentado na **tabela 1**.

Percebe-se ainda uma tendência de os meninos apresentarem com maior frequência problemas externalizantes. Assim, em 75,3% dos casos referentes a problemas externalizantes trata-se de meninos. Emerich, Rocha, Silveiras e Gonçalves (2012) também identificaram, em um grupo de crianças, com idade entre 6 a 11 anos, de diferentes regiões do Brasil, que os meninos apresentavam escores mais altos que meninas na escala de problemas externalizantes, segundo a resposta dos pais ao “Inventário de Comportamentos de Crianças e Adolescentes” (CBCL). Já com relação aos problemas internalizantes, houve uma porcentagem maior nas meninas (16,8%) quando comparadas aos meninos (7,80%), corroborando com o estudo de Santos (2006), o qual verifica que as meninas apresentam mais problemas internalizantes.

Tal resultado nos convoca a refletir acerca do porquê os meninos são mais frequentemente levados a serviços de saúde mental infantil, sobretudo em função da apresentação de problemas externalizantes. Acredita-se que as relações de gênero, enquanto construção social, tenderiam a influenciar este fenômeno. Gomes (2006) destaca que marcas da cultura incorporadas pelos indivíduos, ao longo de suas vidas, permeiam suas ações e se reproduzem naturalmente, inclusive no processo de cuidar de crianças, realizado por cuidadores e demais agentes sociais. Zanello (2018) aponta que em culturas sexistas, como a brasileira, “tornar-se pessoa é acoplado com tornar-se homem ou mulher e, portanto, implica em pedagogias afetivas (e performativas) distintas” (p. 57). Para a referida autora, os caminhos de subjetivação são criados e mantidos pelos “dispositivos” que, conforme a perspectiva de Foucault, envolvem saber, poder e subjetividade, implicando sempre “[...] um processo de subjetivação, ou seja, devem produzir o seu sujeito” (Zanello, 2018, p. 55).

Zanello formula como dispositivos privilegiados dos processos de subjetivação para as mulheres, no momento histórico atual, os dispositivos amoroso e materno e, para os homens, o dispositivo da eficácia, baseado na virilidade sexual e laborativa. Tais processos de subjetivação criam também “[...] vulnerabilidades identitárias específicas e diferenciadas para homens e mulheres as quais se evidenciam no sofrimento psíquico” (p. 58). E assim:

observa-se que mulheres tendem, pelo próprio processo gendrado de subjetivação, à internalização: deprimem e choram, implodem; já homens, expressam-se pela externalização: majoritariamente, bebem/consomem drogas ou apresentam comportamentos de espectro antissocial (Zanello, 2018, p. 272)

Esses resultados parecem estar em concordância com os dispositivos formulados por Zanello (2018) – apesar desta autora não fazer referência específica a crianças e adolescentes – e reiteram o caráter gendrado das manifestações sintomáticas e o sofrimento. Torna-se então urgente desenvolver um olhar profissional sensível às questões de gênero, o que está ainda muito pouco desenvolvido, corroborando Zanello ao abordar sobre a clínica psicológica.

Quanto ao arranjo familiar, verificamos que 47,2% das crianças são procedentes de família nuclear conjugal, seguidas por aquelas de família monoparental (21,1%), extensa (14,9%), reconstituída (7,47%); 5,98% das crianças são criadas por avós e 3,17% estão em circulação e em outras situações não especificadas. A omissão de informação quanto ao arranjo familiar foi observada em 82 fichas de acompanhamento. A maior frequência do arranjo nuclear conjugal também foi encontrada nos estudos de Bustamante & Santos (2015), Delvan *et al.* (2010) e Melo & Perfeito (2006).

Melo & Perfeito (2006) apontam para o índice significativo de crianças atendidas no Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, entre 2000 a 2002, que apresentaram diagnósticos relacionados às questões familiares e/ou de suporte ambiental, sendo que 58,3% dos casos atendidos dizem respeito a crianças que residem com ambos os pais. Nesse contexto, as autoras alertam que o problema não é o arranjo familiar, mas a falta de condições psicológicas adequadas dos cuidadores, o que pode estar presente nos diversos arranjos.

Defende-se aqui que cabe aos profissionais escutarem todos os membros da família, evitando-se associações prévias entre um tipo de arranjo familiar e dificuldades específicas, como acontece frequentemente em estudos que relacionam a ausência da figura paterna com algumas dificuldades nas crianças (Bustamante & Santos, 2015).

Em relação à faixa etária, observamos uma concentração de crianças com idade entre 6 e 10 anos (40,9%), seguida de crianças de 4 a 5 anos (27,6%), de 2 a 3 anos (17,6%), de 0 a 1 ano (9%) e acima de 10 anos (4,8%). Cabe lembrar que 10 anos é a idade limite para frequentar o serviço. Sobre o modo de chegada ao projeto encontrou-se a seguinte distribuição: encaminhados por instituições (48,9%), indicação de outros frequentadores (24,4%), passando pela biblioteca (17,9%), por meio de divulgação (8,70%).

Conforme os dados acima referidos, a análise das faixas etárias indicou uma elevada concentração de crianças com idade entre 6 e 10 anos (40,9% do total dos frequentadores). Para Campezzatto & Nunes (2007), este período corresponde aos primeiros anos escolares e, nessa fase, é comum a ocorrência de problemas diversos motivados por fatores de ordem interna e externa, capazes de influenciar no processo de aprendizagem e na integração de funções como pensar, sentir, falar e agir.

Nesse sentido, é importante destacar que 48,9% das crianças que chegam para o acolhimento inicial são encaminhadas por instituições, sendo a escola uma das principais responsáveis por estes encaminhamentos. Beltrame & Boarini (2013), ao desenvolverem um estudo no CAPSi, de um município do Estado do Paraná, constataram ser a escola a principal responsável pelos encaminhamentos realizados ao referido serviço, o que corresponde a 37,3% do total da demanda encaminhada no período compreendido entre julho e dezembro de 2008. Em geral, os casos estudados eram tratados via medicação. Com relação a este achado, as autoras consideram que:

“[...] além de mostrar a disfunção nas áreas da educação e saúde, revela aspectos preocupantes no que tange ao cuidado infantil: a medicalização da infância e a responsabilização da criança pelos problemas sociais, educacionais e familiares” (p. 348).

Diante do exposto, parece-nos interessante refletir sobre uma possível relação entre queixas escolares que chegam aos serviços de saúde mental e o meio social e institucional nos quais as crianças estão inseridas, com vistas a não incorrer no risco de propor intervenções pautadas em uma compreensão da queixa desconectada das dinâmicas familiares e escolares, tampouco de reiterar um discurso que venha culpabilizar a criança.

Ao fazer o cruzamento das variáveis “frequência no projeto” e “existência de queixa” (**Tabela 2**), observa-se que a maior parte das crianças apresentou queixa (71,5% do total de frequentadores)

Sobre a frequência observou-se que 39,5% das crianças e seus familiares visitaram o espaço apenas uma vez. Esta proporção é maior entre crianças que não apresentam queixas. Por esse ângulo, 64,5% das crianças que explicitaram queixas voltaram ao serviço, enquanto somente 50,6% das que não explicitam queixa – retornaram.

O tempo de permanência dos usuários nos serviços de saúde mental, assim como o (os) motivo (os) que leva ao abandono do tratamento, ainda é pouco abordado pelos estudos. Destaca-se o estudo realizado por Cunha & Benetti (2009) em uma clínica-escola em Porto Alegre indicando que o abandono foi constatado em 64 % das crianças atendidas.

De acordo com Gastaud e Nunes (2010) o atendimento psicoterapêutico divide-se em duas fases: avaliação e tratamento/psicoterapia. Nesse sentido, a distinção entre não aderência e abandono depende da fase em que a interrupção do atendimento ocorreu. As autoras propõem que o paciente seja considerado não aderente se o atendimento for interrompido na fase de avaliação (no primeiro mês) e seja considerado abandonante se o atendimento for interrompido depois de ter sido iniciado e sem que os objetivos estabelecidos no contrato tenham sido atingidos. Já a alta é quando a psicoterapia se encerra e os objetivos estabelecidos no contrato foram atingidos. As citadas autoras ressaltam a necessidade de mais estudos sobre as diversas modalidades de tratamento e que “A definição proposta nesse artigo constitui-se em um avanço inicial para a construção de uma definição útil tanto para a pesquisa quanto para a prática clínica” (p. 253).

Conforme a perspectiva de Gastaud e Nunes (2010) poder-se-ia acrescentar que a maior parte das famílias que chega ao serviço onde foi realizado o presente estudo não adere ao tratamento ou abandona-o precocemente. Porém, acredita-se que antes é necessário entender as demandas. Nesse sentido, deixar de frequentar, após alguns encontros, não deve ser entendido como não aderência ou abandono; não se trata de enquadrar os usuários no que seria um tratamento, onde se constrói um contrato com base nas recomendações do terapeuta, que envolve periodicidade e horários pré-estabelecidos. No “Brincando em Família” busca-se fortalecer a autonomia da família, posto que é esse núcleo que decide quando frequentar, de que modo, e quando voltar. Certamente cabe à equipe do projeto sustentar o enquadre, a fim de garantir o funcionamento do espaço e a presença de toda a equipe nos dias e horários pactuados. Ainda não se pode afirmar que a família que deixou de frequentar há meses ou anos não está mais no projeto, pois é comum que retornem após uma longa ausência.

Nessa perspectiva, o serviço acolhe as demandas ao tempo em que permanece atento às complexas relações que estão em jogo. Conforme ressaltado por Passos *et al.* (2017, p. 150): “a percepção que decide pelo encaminhamento à assistência já se encontra equipada com um filtro que seleciona, através de referenciais discursivos produzidos pelos próprios dispositivos de cuidado, o que se configura como demanda” (p. 150). Os autores

acrescentam que encaminhar crianças e adolescentes para atendimento especializado “parece estar na base de um processo crescente de psicopatologização e medicalização dos comportamentos em nossa sociedade” (p. 150).

Acredita-se que a alta proporção de crianças que não retornam após o primeiro encontro pode ter relação com o fato de que, para muitas famílias, se trata de um espaço lúdico ao qual chegam, porque estavam passando pela biblioteca pública na qual está localizado o projeto. Entretanto, também acontece que algumas famílias não encontram o que procuram, pois esperam um atendimento psicológico convencional, inclusive com a expectativa de deixar a criança para que seja atendida por um profissional. Ao mesmo tempo, considera-se que existe outro grupo que frequenta o tempo necessário para se sentir escutado, para compreender melhor a própria criança e encontrar modos melhores de lidar com as dificuldades. Um caso típico deste percurso foi descrito por Bustamante *et al.* (2017). As autoras argumentam que o deixar de frequentar, após alguns encontros, pode ser bastante positivo, no sentido de que as famílias não se comportam como quem precisa de um tratamento, ou seja, o processo tem sucesso ao fomentar a autonomia na contramão da medicalização.

Isso indica que, em alguns casos, a relação das crianças e suas famílias com o “Brincando em Família” pode ser pensada a partir do conceito “o uso de um objeto” formulado por Winnicott (1969). Nesse processo, primeiro é preciso que o objeto – o projeto e sua equipe – tenha a sua existência percebida na realidade externa para depois sobreviver aos ataques agressivos e poder então ser amado, reconhecido e utilizado como parte de uma realidade compartilhada. Como parte dessa construção, é fundamental que o projeto “Brincando em Família” continue disponível para receber as pessoas que retornam, possibilitando construir uma relação com um objeto de cuidado real. Esta é uma experiência incomum na vida da maior parte dos frequentadores que lidam cotidianamente com a falta de acesso ao cuidado em saúde, com a necessidade de permanecer em longas filas de espera, sem a certeza de conseguir atendimento.

Certamente esta compreensão deve caminhar junto com a preocupação por construir ofertas de cuidado que façam sentido desde o primeiro encontro. Por isso, no serviço, são produzidos e disponibilizados folders que propiciam reflexões sobre diversos temas de saúde mental infantil e familiar, assim como temas de saúde e direito em geral. A divulgação de eventos culturais e de lazer gratuitos é feita sistematicamente, apostando na dimensão “transformacional” das produções culturais, o que, segundo Figueiredo (2014), pode resultar em experiências de cuidado e de integração.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo traçar o perfil dos frequentadores do projeto “Brincando em família” ao longo de cinco anos. Os resultados encontrados em relação ao sexo, idade, chegada ao serviço, queixas e arranjo familiar, corroboram achados na literatura nacional.

Chama atenção a semelhança do perfil de frequentadores do projeto “Brincando em Família” com serviços bastante diferentes, como os CAPSi e as clínicas-escolas. Os dados reiteradamente mostram tendências à maior presença de meninos que meninas, junto à alta presença de problemas de comportamento externalizantes entre os meninos, o que requer estudos mais aprofundados. Sob esse prisma, percebe-se que estudos qualitativos, que dialoguem com a perspectiva de gênero, poderiam contribuir para compreender como se constroem as diferenças. É oportuno ainda frisar que o lugar das famílias ainda carece de investigações, tanto no que tange ao cuidado quanto às

dificuldades vivenciadas por crianças e adultos, algo que foi apenas descrito aqui.

Este foi um estudo descritivo onde não houve análises estatísticas complexas, o que constitui uma limitação. Por outro lado, acredita-se que o valor da pesquisa reside também em apontar questões que requerem maiores estudos. As reflexões lançadas problematizando as noções de não aderência e abandono vão ao encontro de uma perspectiva de saúde mental ampliada onde a oferta de cuidado não está atrelada a entrar em um esquema de tratamento. É preciso continuar construindo modalidades de cuidado que vão ao encontro das demandas, especialmente queixas que não correspondem ao perfil de casos atendidos no CAPSi e que extrapolam as possibilidades das equipes de atenção básica.

Referências

- Amazonas, M. C. L. A., Damasceno, P. R., Terto, L. M. S., & Silva, R. R. (2003). Arranjos familiares de crianças das camadas populares. *Psicologia em Estudo*, 8(spe), 11-20.
- Barbieri, V. (2009). O psicodiagnóstico interventivo psicanalítico na pesquisa acadêmica: fundamentos teóricos, científicos e éticos. *Bol. psicol*, 59(131), 209-222.
- Beltrame, M. M., & Boarini, M. L. (2013). Saúde mental e infância: reflexões sobre a demanda escolar de um CAPSi. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 336-349
- Borsa, J. C., Segabinazi, J. D., Stenert, F., Yates, D. B., & Bandeira, D. R. (2013). Caracterização da clientela infanto-juvenil de uma clínica escola de avaliação psicológica de uma universidade brasileira. *Revista psico*, 44(1), 73-81.
- Bertoul, C. (2014). Os principais dispositivos e arranjos para a organização da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: Brasil. *Saúde mental na infância e adolescência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2002). Ministério da Saúde. *Portaria GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- _____. (2005). Ministério da Saúde. *Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil*. Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF.
- _____. (2011). Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF.
- Bustamante, V., Oliveira, R., & Rodrigues, N. B. (2017). Acolhida e cuidado a crianças e famílias em um serviço de saúde mental infantil. *Psicol. clin.*, 29(3), 429-447.

- Bustamante, V., & Santos, I. (2015). Arranjos familiares e possibilidades terapêuticas em um serviço de saúde mental infantil. *Pensando famílias*, 19(2), 115-131.
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Campos, G.W de S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. (2016). In: M. Nunes & F.L.P. Landim (Org.). *Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano*. Salvador: Edufba. (pp. 29-46).
- Couto, M. C. V., & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40.
- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 117-127.
- Delfini, P. S. S., Dombi-Barbosa, C., Fonseca, F. L., Tavares, C. M., & Reis, A. O. A. (2009). Perfil dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil da grande São Paulo, Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, 19(2), 226-236.
- Delvan, J. da S., Portes, J. R. M., Cunha, M. P., Menezes, M., & Legal, E. J. (2010). Crianças que utilizam os serviços de saúde mental: caracterização da população em uma cidade do sul do Brasil. *Journal of Human Growth and Development*, 20(2), 228-237.
- Emerich, D. R., Rocha, M. M., Silveiras, E. F. M., Gonçalves, J. P. (2012). Diferenças quanto ao gênero entre escolares brasileiros avaliados pelo inventário de comportamentos para crianças e adolescentes (CBCL/6-18). *Psico*, 43(3), 380-387.
- Falavina, O. P., & Cerqueira, M. B. (2008). Saúde Mental infantil: perfil dos usuários e acesso aos serviços de saúde. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, (45), 31-33.
- Figueiredo, L. C. (2009). *As diversas faces do cuidar*. São Paulo, SP: Escuta.
- Figueiredo, L.C. (2014). *Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e cultura na situação analisante*. São Paulo: Escuta.
- Gastaud, M. B., & Nunes, M. L. T. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 247-254.

- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo, SP: Atlas.
- Gomes, V. L. O. (2006). A construção do feminino e do masculino no processo de cuidar crianças em pré-escolas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(1), 35-42.
- Hoffmann, M. C. C. L., Santos, D. N., & Mota, E. L. A. (2008). Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 633-642.
- Holmes, J. (2012). A model of intervention at a psychoanalytic parent-child drop-in group in a poor district of Lima-Peru. Peru: *Journal of Child Psychotherapy*, 38(2), 170-184.
- Maravieski, S., & Serralta, F. B. (2011). Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. *Temas em Psicologia*, 19(2), 481-490.
- Melo, S. A., & Perfeito, H. C. C. S. (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(3), 239-249.
- Moura, C. B., Marinho-Casanova, M. L., Meurer, P. H., & Campana, C. (2008). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do Child Behavior Checklist (CBCL). *Contextos Clínicos*, 1(1), 1-8.
- Muza, G. M., Costa, M. P., & Gomes, A. P. R. (2009). Estudo sobre queixas referidas em uma unidade de saúde mental da infância e adolescência. *Comun. Ciênc. Saúde*, 20(3), 219-227.
- Passos, I. C. F., Dias, F. W., Lima, I. C. B. F., Beato, M. S. da F., Akerman, J., & Ribeiro, C. S. (2017). Cartografia da rede de saúde mental infantojuvenil de Belo Horizonte. In: I. C. F., Passos, & C. M. F., Penido (Orgs.). *Atenção psicossocial para crianças e adolescentes*. Pesquisa-intervenção nas redes. São Paulo: Zagodoni. (pp. 149-184).
- Rangel, L. C. C., Bustamante, V., & Silva, G. B. (2015). Caracterização da população de um serviço de saúde mental infantil em Salvador. *Psicologia em estudo*, 20(2), 273-284.
- Romaro, R. A., & Capitão, G. C. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Santos, P. L. (2006). Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 315-321.
- Teixeira, R. M., & Jucá, V. J. S. (2014). Caracterização dos usuários de um centro de atenção psicossocial infantojuvenil do município de Salvador (BA). *Revista de psicologia*, 5(2), 70-84.

Wielewiski, A. (2011). Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola brasileiras. *Temas em Psicologia*, 19(2), 379-389.

Winnicott, D. (1969). O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. In: D. Winnicott. *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (pp. 121-132).

Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição do número (n) e proporção (%) das crianças acolhidas no projeto conforme a relação entre motivos de procura e sexo

Motivos de Procura	Sexo (f/%)		Total
	Masculino	Feminino	
Sem queixa	88 23,6%	80 36,5%	168
Necessidade de socialização	10 2,69%	13 5,94%	23
Problemas de comportamento	174 46,7%	57 26%	231
Problemas internalizantes	29 7,80%	37 16,8%	66
Dificuldade no desenvolvimento	54 14,5%	17 7,76%	71
Outros	17 4,57%	15 6,85%	32
Total	372 100%	219 100%	591

Tabela 2 - Distribuição da frequência conforme a relação entre frequência e existência de queixa.

Existência de queixa	N	Frequência no projeto				
		1 %	2-4 %	5-10 %	11-20 %	+ 20 %
Sim	422	35,5	33,4	20,6	7,8	2,6
Não	168	49,4	28,0	13,7	3,6	5,4
Total	590	39,5	31,9	18,6	6,6	3,4