

Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental

A challenge for primary health care:
mental health care implementation

Oswaldo Yoshimi Tanaka ¹
Edith Lauridsen-Ribeiro ¹

Abstract

The objective of this study was to evaluate mental health care provided within a primary health care setting. The study was conducted in a Primary Health Care Center (PHC) in the city of Sao Paulo, Brazil. A comparative study was made between pediatricians' diagnosis of mental health problems and those identified by the Child Behavior Checklist (CBCL) in children (5-11 years) from August to October 2000. Eleven pediatricians were interviewed for more in-depth analysis. The study analyzed 411 patient charts and held 206 interviews with the children's parents. Analysis of the resulting data shows that the pediatricians provided a diagnosis of mental health problems in 17.5% of the children examined. When compared with probable mental health problems identified by the CBCL, only 25.3% of the children were diagnosed by the physician as having mental health problems. Interviews with pediatricians identified difficulties in the definition and conceptualization of mental health problems, lack of organization in the referral system, and insufficient technical support.

Primary Health Care; Mental Health; Child

Introdução

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

É na atenção básica, via de regra, que chegam todos os tipos de queixas. Estudos epidemiológicos realizados em população adulta têm mostrado uma alta prevalência de transtornos mentais ^{1,2,3}. No nosso país, principalmente nas grandes cidades, o pediatra é o profissional que geralmente faz este atendimento. Desta forma, acentua-se a importância do conhecimento e da atenção que esses profissionais dão às queixas e sintomas de saúde mental ⁴. De forma geral, pode-se dizer que o profissional que realiza o atendimento na atenção básica tem dois papéis distintos. Por um lado, a escuta cuidadosa das queixas pode possibilitar uma intervenção efetiva por parte da equipe local. Por outro, o adequado encaminhamento das crianças com problemas de saúde mental para serviços especializados pode permitir intervenção terapêutica precisa e oportuna.

Na população infantil são encontradas altas taxas de prevalência de transtornos mentais. Em revisão publicada por Roberts et al. ⁵, foi encontrada taxa uma média de prevalência global de 15,8%. Vários trabalhos apontam pa-

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência
O. Y. Tanaka
Faculdade de Saúde Pública,
Universidade de São Paulo,
Av. Dr. Arnaldo 715,
São Paulo, SP
01246-904, Brasil.
oytanaka@usp.br

ra o pequeno reconhecimento ou valorização, pelos pediatras e outros profissionais da atenção básica, dos transtornos mentais na infância e adolescência⁶. Costello⁷, revisando pesquisas sobre abordagem dos transtornos mentais por pediatra, encontrou taxas entre 4% e 7%, aproximadamente metade daquelas encontradas pelos estudos de base populacional.

Este trabalho avaliou como o atendimento das crianças pelos médicos da atenção básica aborda os problemas de saúde mental. Para tanto, optou-se por focalizar a análise em três objetivos: (i) identificar a proporção de crianças diagnosticadas como tendo algum tipo de problema de saúde mental pelo pediatra; (ii) comparar e analisar, utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa, a relação entre a frequência dos problemas de saúde mental detectados pelo pediatra e aquela obtida utilizando-se um instrumento padronizado de avaliação; (iii) analisar os determinantes da atuação do pediatra frente à suspeita diagnóstica de problema de saúde mental.

Métodos

Este trabalho é uma pesquisa avaliativa que utilizou como estratégia o desenho de um estudo de caso de caráter descritivo e explanatório⁸, e ocupou-se do estudo dos problemas relacionados com a saúde mental de crianças⁹. Foi utilizado o termo Problemas de Saúde Mental (PSM) para designar as hipóteses diagnósticas que se enquadraram no capítulo V da *Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão* (CID-10)¹⁰.

Este estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada na região oeste do Município de São Paulo, Brasil, que atende população adscrita de 48.170 habitantes e que, além da função de assistência, desenvolve também atividades de docência e pesquisa.

A população alvo do estudo foi composta por todas as crianças de 5 a 11 anos de idade, atendidas pela UBS no período de 1º de agosto a 31 de outubro de 2000. Também fizeram parte do estudo os pediatras que atuaram no atendimento destas crianças.

Para a coleta das evidências no campo de estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Formulário para transcrição de dados do prontuário;
- *Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência* (CBCL). O CBCL¹¹ foi criado em 1981, por Achenbach, nos Estados Unidos, e foi padronizado para crianças de 4 a 18 anos. Pos-

sui 138 itens, sendo vinte destinados à avaliação da competência social da criança (perfil social) e 118 relativos à avaliação de problemas de comportamento (perfil comportamental). Apenas o perfil comportamental foi utilizado neste estudo. Esse instrumento visa apenas a detectar a presença ou não de problemas de comportamento, emocionais ou de relacionamentos e não fornece um diagnóstico de transtorno mental específico. O CBCL é mundialmente utilizado para identificar prováveis problemas de saúde mental em crianças e adolescentes com base em informações dos pais¹² e já foi traduzido e validado em mais de cinquenta idiomas. O CBCL foi validado no Brasil por Bordin et al.¹³;

- *Questionário de Capacidades e Dificuldades* (SDQ). O SDQ é um questionário de triagem para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. É de fácil aplicação e fornece hipóteses diagnósticas de prováveis problemas de saúde mental. É composto de 25 questões, das quais vinte correspondem a “dificuldades” ou sintomas de PSM, e cinco questões sobre “capacidades” ou aspectos positivos da personalidade da criança. Interroga também sobre o impacto que os sintomas relatados têm sobre a vida cotidiana das crianças e suas famílias¹⁴. A pontuação desse questionário fornece predições para três grupos de transtornos: transtornos de conduta, transtornos hiperativos e transtornos ansiosos/depressivos. Fornece também, por meio da combinação das respostas, a predição da presença ou ausência de algum tipo de problema de saúde mental;

- Questionário para pais ou responsáveis a fim de identificar as preocupações relativas às dificuldades das crianças relacionadas a PSM, elaborado pelos pesquisadores;

- Roteiro da entrevista semi-estruturada com os pediatras, visando a ampliar a compreensão dos determinantes da conduta médica frente a PSM, elaborado pelos pesquisadores.

A primeira fase do estudo consistiu no processo de identificação das crianças com provável diagnóstico de PSM. Para tanto, foram utilizadas as seguintes fontes de dados:

- Os prontuários de crianças atendidas, na faixa etária, no período estudado. O objetivo desta busca foi localizar as crianças que tiveram hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra durante a consulta médica;
- Para localizar outras crianças com prováveis diagnósticos de PSM que tenham passado despercebidos nas consultas, foi aplicado o SDQ ao acompanhante da criança na UBS, logo depois da consulta¹⁵, por entrevistador devidamente treinado.

O objetivo dessa seleção foi construir uma amostra intencional com alta concentração de crianças com PSM. A esse conjunto de crianças identificadas com PSM, tanto pelo pediatra como pelo SDQ, foi aplicado o inventário CBCL por meio de entrevista realizada com mãe e/ou responsável, em domicílio, entre 7 e 14 dias após a consulta médica¹⁶. Na entrevista domiciliar também foi aplicado o questionário para identificar as preocupações relativas às dificuldades das crianças relacionadas a PSM.

Os dados coletados nos prontuários e os da aplicação do SDQ foram transcritos para um banco de dados e trabalhados com o programa SPSS for Windows (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Os dados do CBCL foram analisados pelo programa de computador desenvolvido por Achenbach (Assessment Data Manager. Achenbach System of Empirically Based Assessment. <http://www.assess.nelson.com/aseba/aseba.html>). Para aprofundamento da análise de alguns dados quantitativos foi utilizado o teste qui-quadrado, adotando nível de significância menor ou igual a 5%.

Os dados coletados nas entrevistas com os pediatras foram trabalhados conforme as etapas metodológicas propostas por Denzin¹⁷ e analisadas conforme o referencial de análise temática de Bardin¹⁸ e Minayo¹⁹.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo em 5 de maio de 1999 (Of.COEP/44/99).

Resultados

Foram estudados 411 prontuários de crianças de 5 a 11 anos de idade, durante 14 semanas. Os pré-escolares (5 e 6 anos) representaram 44,5% da amostra e os escolares (7 a 11 anos) 55,5%. A distribuição por sexo foi equilibrada, sendo 50,4% das crianças do sexo feminino. Em relação à idade, houve tendência de redução no número de crianças atendidas com o aumento da idade.

Nos 411 prontuários analisados foram encontradas 971 hipóteses diagnósticas médicas gerais. Dentre estas, foram identificadas 72 (17,5%) crianças com hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10, sendo 62 crianças com uma hipótese diagnóstica, nove com duas e uma com três, num total de 83 hipóteses diagnósticas de PSM (Tabela 1).

A aplicação do SDQ após a consulta médica para 353 acompanhantes das crianças identificou 195 com prováveis PSM. Esta etapa metodológica possibilitou identificar a população

alvo de 226 crianças, de 5 a 11 anos (pelo diagnóstico médico e/ou pelo SDQ), para as quais foram aplicados o CBCL e realizada a entrevista com mãe ou responsável para a identificação de preocupações relativas às dificuldades apresentadas pelas crianças.

Foram realizadas 206 visitas domiciliares (91,2%). Houve vinte perdas decorrentes da não localização do domicílio ou recusa por parte da mãe ou responsável. A análise quanto a sexo e idade desses vinte casos mostrou não haver diferença significativa com o grupo de entrevistados.

Do total de 206 visitas realizadas, em 185 (89,8%) as entrevistas foram respondidas pela mãe. Das crianças visitadas, 103 (50%) eram do sexo feminino e 92 (44,7%) eram pré-escolares (5 e 6 anos), semelhante ao perfil do total de crianças estudadas.

Os resultados referentes ao perfil comportamental das crianças estudadas são apresentados na Tabela 2. Para permitir uma análise mais objetiva das categorias resultantes da análise do perfil comportamental do CBCL, decidiu-se pela incorporação dos casos limítrofes ao grupo de normais, tendo em vista a sensibilidade do teste, resultando em dois grupos: normal e clínico.

A aplicação do CBCL identificou 130 (63,1%) crianças com escore clínico do CBCL para problemas de comportamento. Dentre estas, os problemas de maior frequência foram o de atenção (35%) e os de menor frequência queixas somáticas (6,3%).

Ao analisar comparativamente os casos com hipótese diagnóstica de PSM feita pelo pediatra e os escores clínicos encontrados pelo CBCL foram identificados quatro grupos de crianças (Tabela 3): (a) 33 (16%) crianças com CBCL clínico e com hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, concentrados na área de delinquência e queixas somáticas; (b) 19 (9,2%) crianças com CBCL normal e com hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, cujos diagnósticos médicos estão concentrados nas queixas isoladas de enurese, bruxismo ou desenvolvimento da linguagem; (c) 97 (47,1%) crianças com CBCL clínico e sem hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra, com sintomas sugestivos de PSM, mas que não foram identificados na consulta médica; e (d) 57 (27,7%) crianças com CBCL normal e sem hipótese diagnóstica de PSM pelo pediatra.

Na entrevista domiciliar, após a aplicação do CBCL, foi perguntado se algum dos problemas relatados anteriormente preocupava os pais. Do total de 206 entrevistas foram obtidas 203 respostas com três perdas (1,5%). Entre os 203 pais entrevistados, 102 (50,2%) revelaram-se preocupados com as dificuldades dos filhos.

Tabela 1

Distribuição do número e porcentagem das hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo, Brasil, 2000.

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

* Casos com hipóteses diagnósticas do capítulo V da CID-10;

** Respostas múltiplas – mais de uma hipótese diagnóstica por criança.

Tabela 2

Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo perfil comportamental e subescalas do *Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência* (CBCL). Unidades Básicas de Saúde, São Paulo, Brasil, 2000.

Perfil comportamental*	Normal (+ limítrofe)		Clínico	
	N	%	N	%
Retraimento	162	78,6	44	21,4
Queixas somáticas	193	93,7	13	6,3
Ansiedade/Depressão	157	76,2	49	23,8
Problemas com o contato social	162	78,6	44	21,4
Problemas com o pensamento	179	86,9	27	13,1
Problemas com a atenção	134	65,0	72	35,0
Comportamento delinqüente	174	84,5	32	5,5
Comportamento agressivo	152	73,8	54	26,2
Total de problemas de comportamento	76	36,9	130	63,1

* Uma mesma criança pode apresentar mais de um tipo de problema.

Relacionando-se os perfis comportamentais: clínico e normal do CBCL com a presença de preocupação dos pais (N = 203), encontrou-se associação positiva entre perfil clínico e presença de preocupação dos pais (Tabela 4).

Ao analisar as 129 crianças com escore do CBCL clínico que apresentavam preocupação dos pais, em relação à hipótese diagnóstica de

PSM feita pelo pediatra (Tabela 5), verificou-se que, mesmo nas crianças com provável diagnóstico de transtorno mental pelo CBCL, a presença de preocupação dos pais não melhora a detecção dos PSM pelos pediatras.

Nas entrevistas com os médicos pediatras foi utilizado um roteiro visando a coletar informações sobre três eixos temáticos: concepção,

Tabela 3

Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo escore do *Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência* (CBCL) e hipótese diagnóstica de Problema de Saúde Mental (PSM) feita pelo pediatra. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo, Brasil, 2000.

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

$\chi^2 = 0,00376$; $p = 0,9-0,95$.

* Inclui casos normais e casos limítrofes.

Tabela 4

Distribuição do número e porcentagem das crianças segundo escore do *Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência* (CBCL) e preocupação dos pais com os Problemas de Saúde Mental (PSM). Unidades Básicas de Saúde, São Paulo, Brasil, 2000.

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

$\chi^2 = 31,30$; $p < 0,001$.

* Inclui casos normais e casos limítrofes.

Tabela 5

Distribuição do número e porcentagem das crianças com escore do *Inventário de Comportamento da Infância e Adolescência* (CBCL) clínico segundo hipótese diagnóstica de Problemas de Saúde Mental (PSM) feita pelo pediatra e preocupação dos pais. Unidades Básicas de Saúde, São Paulo, Brasil, 2000.

Preocupação dos pais	Diagnóstico PSM pelo pediatra					Total	
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
Sim	24	72,7	60	62,5	84	65,1	
Não	9	27,3	36	37,5	45	34,9	
Total	33	100,0	96	100,0	129	100,0	

$\chi^2 = 1,131$; $p = 0,2-0,3$.

reconhecimento e ação dos pediatras frente aos PSM. A coleta foi baseada em conversação livre e tendo como fio condutor as hipóteses iniciais da pesquisa²⁰. As entrevistas foram realizadas na UBS, durante o período de trabalho dos entrevistados, o que permitiu a observação do contexto de trabalho local. Foram entrevistados 11 pediatras, sendo três do sexo masculino e oito do feminino, com idades variando de 36 a 58 anos.

As entrevistas foram transcritas e os textos foram desmontados e recortados, sendo construído um mapa de verbalizações e explicações para cada entrevista¹⁶. Foram então construídas matrizes para apresentação dos dados para cada eixo temático, conforme proposto por Tanaka & Melo²¹.

A apresentação dos resultados da análise das entrevistas foi sintetizada em falas selecionadas das matrizes do trabalho original, em que foi possível relacioná-las com os distintos enfoques e/ou hipóteses formuladas⁹.

No eixo temático concepção do PSM foi possível distinguir três enfoques.

O primeiro deles estava impregnado do referencial teórico da Pediatria: *“...uma herança do Pedro de Alcântara, (...) de certa forma ele que é o responsável (...) por ter formado toda uma geração de pessoas que tivesse preocupação com a questão da interferência do emocional no orgânico...”*.

Expressões como *“assistência integral”, “biopsicossocial”, “psicoprofilaxia”,* remetem à construção cultural e acumulação teórico-histórica da Pediatria e são evocadas logo no início das falas, principalmente daqueles ligados diretamente ao ensino de graduação.

O segundo enfoque aparece ligado à descrição dos PSM. São definidos como *“comportamento que chama atenção”, “dificuldades de relacionamento”, “sofrimento mental”* que se aproximam da atual forma de classificação dos transtornos mentais. O foco dessas classificações está mais centrado nas características descritivas dos transtornos do que nas supostas etiologias ou patogêneses²²: *“...o que me vem à cabeça quando se fala em saúde mental (...) a gente encontra, de desvios de comportamento, nas alterações que existem dentro do comportamento da criança, (...), que causam uma certa apreensão”*.

O terceiro enfoque é a concepção de causalidade relacionada diretamente com o meio ambiente, e mais especificamente quanto a origem dos PSM das crianças: *“...é uma coisa que a gente vê muito, quando a gente sente algum problema na área de comportamento da criança, pode procurar na família, a gente procura mesmo, e a coisa é mais ampla, é um pouco por aí...”*.

No eixo temático de reconhecimento dos PSM foi possível detectar grande variabilidade das falas. Os médicos tiveram dificuldade em definir a magnitude dos problemas de saúde mental encontrados no cotidiano do trabalho: *“...mas que é um mundo, é, entendeu? É só questão de levantar, a gente simplesmente fecha os olhos e passa adiante...”*; *“... eu acho que tem bastante, (...) eu acho que, (...) mas é, é como eu te falei, é difícil dizer porque eu posso achar isso subjetivamente...”*.

Uma das explicações para essa grande amplitude na percepção da dimensão dos PSM parece ser devido a não existência de consenso nas definições e nos limites desses problemas. Algumas características específicas da infância dificultam traçar os limites entre os fenômenos que fazem parte do desenvolvimento normal e aqueles que seriam anormais.

Um aspecto importante levantado foi a dificuldade na hierarquização das queixas, durante a consulta, em relação aos problemas de cunho biológico, para os quais o profissional se sente mais capacitado: *“...a gente não tem pernas, porque são tantos problemas de saúde que acaba não chegando lá, (...) e então (...) a equipe (...) acaba talvez não priorizando isso...”*; *“...mas o que a gente vê geralmente é assim aquilo é um pouco menosprezado, na própria discussão dos casos, nas reuniões clínicas, é colocado geralmente em segundo (...), não é a coisa que faz todo mundo ferver na coisa do diagnóstico”*.

O conhecimento técnico que os pediatras revelaram sobre saúde mental é heterogêneo, mostrando certa dificuldade em identificar os distintos campos de conhecimento relacionados com o problema: *“...eu não sei em que medida a gente tem essa capacidade de lidar com esses problemas, eu acho que a gente tem que estudar, discutir, tem que trabalhar para lidar com isso, não é só meter as caras...”*.

Os pediatras, apesar de teoricamente considerarem as questões de saúde mental como parte integrante e importante do atendimento pediátrico, não conseguem, na prática, avaliar essas questões com a mesma destreza que as questões orgânicas: *“...a nossa escola ensinou é (...) uma cultura muito médica, muito medicalizada, a (...) é muito simples catar uma receita e escrever (...) de que forma que o indivíduo lida com as perguntas que a mãe traz, ou que a (...) ou com aquilo que ela não pergunta, o quanto ele faz aparecer a queixa, o quanto ele vai na busca ativa”*.

Outro tema identificado foi o interesse e a aptidão do médico para reconhecer e lidar com as questões de saúde mental. Foram identificadas dificuldades pessoais em trabalhar com questões que não são “objetivas”: *“...já percebe*

nitidamente que tem também um componente pessoal, quer dizer, aquele que já está mais aberto, que levou a sementinha, ela vai crescer, e tem aquele que já vem de base meio fechado e o terreno não é fértil, você joga a sementinha não vai fertilizar de forma alguma”.

Quanto ao eixo temático ação dos pediatras frente aos PSM, foi identificado que estes reconheceram que não têm domínio, na mesma profundidade de outras especialidades da medicina, na área de saúde mental, principalmente quanto às possibilidades e técnicas de intervenção. A dificuldade de se deparar com um problema que não detém instrumentos de intervenção faz com que se mantenham longe dessas questões, desvalorizando-as na prática clínica diária. O desconhecimento de tecnologia apropriada tende a imobilizar os pediatras, fazendo-os minimizar as queixas explícitas e não inquirir, durante a consulta, sobre questões de saúde mental: “...quando começa entrar na área, vamos falar mais em psicologia, para não falar psiquiatria, acaba entrando outras ciências que a gente não tem um instrumento técnico, digamos assim...”; “...criança é uma coisa ótima, (...) acaba resolvendo sozinha...”; “...ter mais calma, ampliar a história, procurar escutar os pais, procurar escutar a criança, certo? Quer dizer, não rotular imediatamente, não encaminhar imediatamente, a não ser que seja alguma coisa que grite aos olhos da gente (...). Então a gente descobrindo a raiz do problema, com calma, consegue resolver a maior parte desses problemas...”.

Vários fatores relacionados à organização da assistência foram citados como problemáticos. O primeiro deles, apontado nas entrevistas, é a organização atual do processo de trabalho do médico na atenção básica, que não favorece a detecção de problemas que não sejam do tipo “pronto-atendimento”: “...é que não existe mais aquela coisa do vínculo, quer dizer, o paciente que é seu (...) o paciente não é de ninguém...”.

Outro aspecto relacionado à organização da assistência referido foi a necessidade de profissionais de outras formações estarem presentes na atenção básica para possibilitar uma abordagem multiprofissional: “... o que a gente sente falta é de estar discutindo com pessoas da área mesmo de mental para entender melhor os casos, para poder sistematizar melhor, então, como a gente não tem esse contato, fica muito por conta de cada um...”.

Outra possibilidade de atuação do pediatra é o encaminhamento das crianças com PSM para serviços especializados em saúde mental. Existe um descrédito quanto à possibilidade de encaminhamento das crianças, tanto em relação ao número de serviços existentes quanto

pelo fato de não terem confiança no tipo de trabalho que será realizado lá: “...muitas vezes não dispõe dos serviços e recursos, então você identifica, essa criança precisaria de um encaminhamento, e busca, e você não encontra, e você fica lidando com o problema, ou, (...) lidando com o problema muito mal dentro do seu dia-a-dia, ou você passa a ignorar o problema, você fala: bom, para isto eu não tenho uma solução e eu não tenho um sistema que acolha esse problema. E isto é uma questão terrível para nós...”.

O tema preconceito apareceu várias vezes durante as entrevistas. Por vezes referia-se ao preconceito por parte dos pais em relação aos psiquiatras e aos psicólogos. Existe também o preconceito do próprio pediatra em relação a essas questões: “... existe um estigma na hora que você fala que a criança vai precisar ir para um psicólogo (...) psiquiatra nem pensar você falar (...) então você acha que a criança vai precisar fazer um acompanhamento, é até difícil porque às vezes não consegue nem encontrar um termo, vai falar saúde mental a mãe arregala o olho, psicólogo, psiquiatra então ela (...) quase infarta...”; “... existe até um certo preconceito às vezes de estar atuando nessa área, porque o pediatra acaba às vezes se achando menos responsável...”.

Discussão

Este estudo encontrou que os pediatras apresentam dificuldade em reconhecer PSM em crianças da faixa etária de 5 a 11 anos, durante consultas realizadas em uma UBS do Município de São Paulo.

O levantamento de prontuários realizado mostrou que os pediatras fizeram hipóteses diagnósticas de PSM em 72 crianças, que representavam 17,5% do total analisado.

Este trabalho utilizou o CBCL como um instrumento para identificar casos com diagnóstico provável de transtorno mental e comparou esses achados às hipóteses diagnósticas anotadas pelos médicos nos prontuários.

Dentre as 130 crianças com escore clínico do CBCL, portanto com diagnóstico provável de PSM, apenas 33 crianças (25,3%) foram identificadas pelos pediatras. Em 97 crianças os sintomas de PSM passaram despercebidos na consulta médica.

Ao analisar o conjunto de hipóteses diagnósticas de PSM realizadas pelos pediatras, foi possível identificar as seguintes características: (i) hipóteses diagnósticas de PSM relacionadas à área dos transtornos específicos do desenvolvimento ou à área somática são mais facilmente realizadas durante as consultas pediátricas;

(ii) chama atenção não haver hipóteses diagnósticas de transtornos ansiosos nem depressivos, que na literatura internacional correspondem a uma prevalência média de aproximadamente 10%²²; (iii) a hipótese diagnóstica de transtorno hipercinético também é pouco utilizada, tendo sido feita em apenas três casos (0,7%). Estudos apontam uma prevalência destes transtornos de 1% a 3%²²; e (iv) a hipótese diagnóstica de distúrbio de conduta não é utilizada segundo as normas preconizadas pela CID-10. Remete mais a uma hipótese diagnóstica genérica de qualquer problema na área do comportamento.

Estudando a preocupação dos pais em relação aos PSM dos filhos, foi encontrada associação positiva significativa entre escore clínico do CBCL e preocupação dos pais, indicando boa sensibilidade dos pais em relação à presença de sintomas de PSM nos filhos. Os pais percebem as dificuldades dos filhos, mas não transmitem esta preocupação ao pediatra durante a consulta médica. Várias poderiam ser as causas desta omissão: tempo muito curto da consulta, não acreditar que a consulta médica seria o espaço para esse tipo de queixa, desinteresse do médico, priorização de queixas somáticas.

Os médicos reconheceram deficiências na formação básica, onde os aspectos psicológicos e emocionais da prática médica são relegados a um segundo plano. Por outro lado, o pequeno arsenal de tecnologias de intervenção frente aos problemas de saúde mental também dificulta a busca ativa de sintomas nessa área.

A organização do processo de trabalho dos médicos também foi apontada como obstáculo para a detecção desses problemas, tendo em vista o curto tempo das consultas e a falta de profissionais especializados que pudessem servir de retaguarda para o atendimento. O encaminhamento para serviços especializados também é visto como algo problemático, difícil, com baixo retorno e não confiável.

Resumo

Com o objetivo de avaliar a atenção em saúde mental na atenção básica de saúde foi realizado um estudo comparativo entre os diagnósticos de Problemas de Saúde Mental (PSM), realizados pelos pediatras, e os prováveis PSM identificados por meio da aplicação de um questionário padronizado (CBCL). O estudo foi realizado com crianças de 5 a 11 anos atendidas em uma unidade básica de saúde (UBS), entre agosto e outubro de 2002, no Município de São Paulo, Brasil. Para aprofundar a análise foram realizadas 11 entrevistas com os pediatras da UBS. A análise de 411 prontuários e dos 206 questionários aplicados aos pais,

Considerações finais

A opção metodológica pelo desenho de estudo de caso e pelo uso concomitante das abordagens qualitativa e quantitativa permitiu um maior aprofundamento na compreensão dos achados, buscando explicitar variáveis e mecanismos subjacentes aos resultados qualitativos encontrados. O presente estudo de caso permitiu obter material extremamente rico e analisar uma situação específica com poder iluminador sobre o fenômeno em estudo, sem a preocupação em generalizar as conclusões. Evidentemente muitas questões permanecem em aberto e deverão merecer outras investigações.

Levando em conta as considerações acima, alguns pontos merecem ser ressaltados. A reorganização dos serviços pode ajudar muito o médico da atenção básica no trabalho de detecção precoce dos PSM. A proximidade de profissionais especializados pode enriquecer a prática diária tanto na forma de uma equipe multiprofissional, atuando diretamente no atendimento, como na forma de apoio para discussão de casos.

O conhecimento e a atitude do pediatra durante a consulta são fundamentais para levantar a suspeita diagnóstica de problemas na área do desenvolvimento e de saúde mental, observar a persistência das alterações e fazer o encaminhamento no momento oportuno, devido à sua estratégica posição no acompanhamento clínico periódico durante toda a infância.

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

mostram que os pediatras realizaram diagnóstico de PSM em 17,5% das crianças atendidas. Quando comparado com os prováveis PSM identificados pelo CBCL, apenas 25,3% das crianças são identificadas com PSM pelos médicos. A entrevista realizada com os pediatras identifica dificuldades na definição de PSM, a carência de instrumentos para o reconhecimento dos problemas e falta de um sistema de encaminhamento, e carecem de apoio técnico específico.

Cuidados Primários de Saúde; Saúde Mental; Criança

Colaboradores

O. Y. Tanaka contribuiu na elaboração final do artigo. E. Lauridsen-Ribeiro participou da coleta, análise e discussão dos dados e complementação da estrutura do artigo.

Referências

1. Robins CLN, Regier DA, editors. *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*. New York: Maxwelll Macmillan International; 1991.
2. Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho E, França JF, Fernandes JG, Andreoli B, et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. *Rev ABP-APAL* 1992; 14:93-104.
3. Andrade LHS, Gentil Filho V, Lolio CA, Laurenti R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da Cidade de São Paulo, Brasil. In: Bertolote JM, organizador. *O uso racional de medicamentos psiquiátricos: Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1998. p. 37-41.*
4. Saraceno B, Asioli A, Tognoni G. *Manual de saúde mental*. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
5. Roberts ER, Attkisson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155:715-25.
6. Cantwell DP. *Psiquiatria infantil: introdução e panorama*. In: Kaplan HI, Sandock BJ, editores. *Tratado de psiquiatria*. 6ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 2345-8.
7. Costello EJ. Primary care pediatrics and child psychopathology: a review of diagnostic, treatment and referral practices. *Pediatrics* 1986; 78:1044-51.
8. Yin RK. *Case study research – design and methods*. 2nd Ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
9. Pedreira JL, Sanchez B, Sardineiro E, Martin L, Martin P. Aplicación del método epidemiológico para la detección de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia. In: Revuelta JLGR, Pulido FR, Lopez AS, editores. *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona: Masson; 1993. p. 215-38.
10. Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 8ª Ed. São Paulo: Edusp; 2000.
11. Achenbach TM. *Empirically based taxonomy: how to use syndromes and profile types derived from CBCL/4-18, TRF and YSR*. Burlington: University of Vermont; 1993.
12. Bird HR. Epidemiology of childhood mental disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiat* 1996; 37:35-49.
13. Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de comportamentos da infância e adolescência): dados preliminares. *Rev ABP-APAL* 1995; 17:55-66.
14. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiat* 1997; 38:581-6.
15. Lauridsen-Ribeiro E. *Problemas de saúde mental da criança em idade escolar: oportunidades e possibilidades de abordagem na atenção básica [Tese de Doutorado]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
16. Carvalheiro JR. *Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares [Tese de Livre-Docência]*. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1975.
17. Denzin NK. *Interpretative interactionism*. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
19. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1994.
20. Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da pesquisa. In: Spink MJ, organizador. *Práticas discursivas e produção dos sentidos no cotidiano – aproximações teóricas metodológicas*. 2ª Ed. São Paulo: Cortez Editora; 2000. p. 93-122.
21. Tanaka OY, Melo C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp; 2001.
22. Goodman R, Scott S. *Child psychiatry*. Oxford: Blackwell Science; 1997.

Recebido em 12/Set/2005

Aprovado em 03/Jan/2006