

de Moraes Aguiar, Bruna; Rafihi-Ferreira, Renatha El; Alckmin-Carvalho, Felipe; Ribas Emerich, Deisy; Borges de Moura, Cynthia

Similaridades e Diferenças de Crianças/Cuidadores Atendidos em Serviço-Escola de Psicologia e Psiquiatria

Psico-USF, vol. 23, núm. 1, 2018, Janeiro-Março, pp. 109-125

Universidade de São Francisco, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

DOI: 10.1590/1413-82712018230110

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401058293011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

## **Similaridades e Diferenças de Crianças/Cuidadores Atendidos em Serviço-Escola de Psicologia e Psiquiatria**

*Bruna de Moraes Aguiar – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil*

*Renatha El Rafibi-Ferreira – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil*

*Felipe Alckmin-Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil*

*Deisy Ribas Emerich – Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas, São Paulo, Brasil*

*Cynthia Borges de Moura – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná, Brasil*

---

### **Resumo**

Para oferecer o melhor atendimento a crianças e adolescentes encaminhados para serviço-escola de Psicologia e Psiquiatria, buscou-se descrever e comparar o perfil de famílias que buscaram atendimento nesses serviços. Foram avaliadas 40 mães e crianças (20 participantes em cada grupo – lista de espera para atendimento psicológico ou para atendimento psiquiátrico). As mães responderam ao Inventário de Comportamentos para Crianças, Inventário Beck de Depressão, Escala de Ajustamento Conjugal e entrevista semiestruturada. As crianças atendidas na Psiquiatria obtiveram mais escores clínicos para queixas somáticas, problemas de pensamento e problemas externalizantes. A comparação do perfil das responsáveis indicou que a escolha da modalidade de tratamento infantil pode estar relacionada às variáveis maternas, sendo que as mães com maior adversidade e depressão optam pelo tratamento medicamentoso. Observa-se a importância de atendimento simultâneo para mãe e criança e de propostas voltadas para garantir a procura e adesão ao tratamento psicológico.

*Palavras-chave:* serviços de saúde mental, relações familiares, psiquiatria da criança, psicologia da criança, tratamento

### **Similarities and Differences of Children/Caregivers at Training-Clinic of Psychology and Psychiatry**

### **Abstract**

In order to provide the best care to children and adolescents referred for university-based psychology and psychiatry centers, this research describes and compares the profile of families who looked for treatment in these services. Forty mothers and children were assessed (20 participants in each group – Waiting list for psychological counseling or psychiatric care). The mothers completed the Child Behavior Checklist, Beck Depression Inventory, Marital Adjustment Scale and semi-structured interview. The children referred to psychiatry services had higher scores in the clinical range for somatic complaints, thought problems and externalizing problems. The comparison of the caregivers' profiles indicated that the choice of the type of service for the child was related to maternal variables, since mothers with greater adversity levels and depression choose drug treatment. This highlights the importance of simultaneously care for mother and child and proposals to ensure demand and adherence to psychological treatment.

*Keywords:* mental health services, family relations, child psychiatry, child psychology, treatment

### **Semejanzas y Diferencias de Niños/Cuidadores Atendidos en Servicio-Escuela de Psicología y Psiquiatría**

### **Resumen**

Para ofrecer mayor atendimiento a niños y adolescentes encaminados para el servicio escuela de psicología y psiquiatría, se buscó describir y comparar el perfil de familias que buscaron ayuda en estos servicios. Fueron evaluados 40 madres y niños (20 participantes en cada grupo - Lista de espera para atendimiento psicológico o atendimiento psiquiátrico). Las madres respondieron al inventario de Comportamiento para Niños, inventario Beck de Depresión, Escala de Ajustamiento matrimonial y entrevista semi-estructurada. Los niños atendidos en psiquiatría obtuvieron mayores resultados clínicos para las quejas somáticas, problemas de pensamiento y problemas externos. La comparación de perfil de los responsables indicó que la elección de la modalidad de tratamiento infantil puede estar relacionada a las variables maternas. Madres con mayor adversidad o con depresión optan por tratamiento farmacológico. Se considera importante la atención simultánea (madre y niño) y también propuestas para garantizar la búsqueda y adhesión al tratamiento psicológico.

*Palabras-clave:* Servicios de Salud Mental; Relaciones Familiares; Psiquiatría Infantil; Psicología Infantil; Tratamiento.

---

## **Introdução**

O público infantil tem se tornado uma clientela recorrente nos serviços de saúde mental, com uma prevalência de problemas comportamentais na infância variando entre 10% a 20% (Borsa, Souza, & Bandeira,

2011). Esses problemas de saúde mental iniciados na infância, caso não sejam atendidos adequadamente, podem agravar-se nas demais fases do desenvolvimento e tornar-se transtornos psiquiátricos, condição de difícil manejo, o que impacta a vida do paciente, de sua família e onera o sistema público de saúde (Kieling

et al., 2011). Em função disso, é importante expandir o entendimento e o conhecimento sobre os serviços que atendem crianças e adolescentes com problemas de comportamento, verificando os principais motivos da procura, as características da demanda, além de avaliar a efetividade do serviço oferecido imediatamente após o tratamento e em etapas posteriores, por meio de seguimento dos pacientes tratados.

A procura por atendimento em serviços de saúde mental pode ocorrer espontaneamente, quando os pais procuram atendimento ao identificarem alguma alteração comportamental que julgam não ter recursos para manejar (Mash & Hensley, 2010), ou a partir da indicação de terceiros, como os médicos e outros profissionais de saúde que acompanham o desenvolvimento infantil (Moura, 1999).

Geralmente, o encaminhamento se dá quando a queixa apresentada acaba por impactar o ambiente como um todo, inclusive a vida dos próprios pais. Nesse sentido, é mais comum haver encaminhamento em função de dificuldades de comportamento externalizantes, como agressividade, não seguimento de regras e comportamento disruptivos. Embora, estudos recentes vêm apontando divergência sobre a predominância dos problemas de comportamento, ao indicar as queixas internalizantes sobre as externalizantes (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013; Borsa, Souza, & Bandeira, 2011).

Convergindo com tais dados, os estudos brasileiros sobre caracterização de clientela atendida em serviços-escola de Psicologia reportam que os principais problemas de comportamento são: mau desempenho escolar, dificuldade de fala, imaturidade, agressividade, birra, ansiedade, depressão, retraimento, timidez ou problemas de sociabilidade, medos, manifestações psicosomáticas, choro excessivo, sonambulismo, tiques, enurese, encoprese e dificuldades alimentares (Borsa et al., 2011; Borsa, et al., 2013; Cunha & Benetti, 2009; Moura, 1999).

Consideram-se como “problema de comportamento” os comportamentos que ocorrem com frequência ou intensidade avaliadas pelos adultos que convivem com a criança (pais, professores e profissionais) como muito alta ou muito baixa. Dessa forma, algumas áreas da Psicologia concebem que não é o comportamento em si, pela sua forma, que define o distúrbio, mas se ele está ocorrendo de forma deficitária ou excessiva em relação a outras crianças da mesma faixa etária e ao nível de desenvolvimento, de modo a dificultar ou impossibilitar o acesso a novas contingências de reforçamento (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2003).

Diferentemente dos serviços-escola de Psicologia, um estudo publicado na década de 1970 apontou que as principais queixas atendidas em serviços de psiquiatria eram relacionadas a tentativas de suicídio, de homicídio, de abuso de substâncias e de atos criminosos (Smith & Morrison, 1975). Contudo, nas últimas décadas houve uma expansão do alcance desse serviço e, atualmente, tais instituições passaram a atender queixas de agitação, impulsividade, agressividade, ansiedade, humor explosivo, depressão, passividade excessiva e psicoses (Oliveira, Pinto, Aguiar, Sampaio, & Medeiros, 2011).

Os estudos de caracterização de clientela revelam que os serviços de Psiquiatria e de Psicologia têm recebido o mesmo tipo de demanda, ainda que a prática para manejo clínico seja diferente (Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013; Delfini, Domí-Barbosa, Fonseca, Tavares, & Reis, 2009; Gomes, Ferrari, & Tucci, 2009). A delimitação na prática clínica dos campos de atuação do psicólogo e do psiquiatra não é uma tarefa fácil, uma vez que os problemas de comportamento abrangem aspectos neurobiológicos, ambientais e psicológicos (Gomes et al., 2009). Em função disto, muitas vezes o adulto responsável tem dificuldades para identificar qual o serviço mais adequado para o atendimento da queixa apresentada pela criança ou adolescente.

O sistema único de saúde brasileiro, em consonância com os princípios da Organização Mundial da Saúde, tem como um de seus princípios o cuidado integral à saúde dos pacientes que buscam atendimento (Machado et al., 2007). Essa visão tem como base a constituição biopsicossocial do sujeito, que compreende, entre os determinantes dos processos de saúde e doenças, variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Essa compreensão abre espaço para a integração de outros saberes ao saber médico, como o psicológico, na composição dos serviços de saúde, na forma de equipe multidisciplinar (Machado et al., 2007). No entanto, até mesmo entre os profissionais da área da saúde não há clareza, em muitos casos, sobre qual é o melhor encaminhamento. Essa dificuldade na escolha do serviço mais adequado pode comprometer o atendimento à queixa.

Com relação aos problemas de saúde mental, Trallero (1998) afirma que diante da multicausalidade e complexidade dessas condições – com destaque para a influência dos eventos ambientais – os tratamentos para determinados problemas infantis não podem se resumir ao uso da medicação. Devem fazer parte de planos de ações amplos e mistos, que envolvam intervenções farmacológicas, quando necessárias, e psicoterápicas.

Kerbauy (2001) ilustra a necessidade de integração entre as terapias médicas e psicológicas, utilizando o exemplo de uma pessoa deprimida que, além de alterações em seus neurotransmissores cerebrais de serotonina, apresenta repertório restrito de habilidades sociais e emocionais e emite em baixa frequência respostas que produzem reforço positivo (modelo experimental da depressão, explicada em termos da interação do indivíduo com o ambiente pela ciência da Análise do Comportamento). Nesse caso, o uso de medicação diminui os sintomas de depressão, como anedonia, falta de energia, e pode, inclusive, contribuir para que o indivíduo esteja em melhor condição para se beneficiar do processo de psicoterapia. Por outro lado, os antidepressivos, não são capazes, por si só, de tratar todos os determinantes da depressão, uma vez que na etiologia do problema figuram aspectos da interação do indivíduo com ele mesmo e com o mundo. Nesse sentido, a psicoterapia configura-se como uma oportunidade de aquisição de novos repertórios de habilidades socioemocionais que protegem o indivíduo contra esse problema.

Derdyk (2001) corrobora tais afirmações ao destacar que cabe ao psiquiatra atuar, principalmente, sobre os aspectos fisiológicos que contribuem significativamente para a explicação dos comportamentos. E, em contrapartida, é função do psicólogo clínico a avaliação dos determinantes ambientais do problema de saúde mental e o rearranjo das contingências da vida do cliente, ensinando-o um repertório alternativo frente às situações-problema.

Nos últimos anos, houve um crescimento dos tratamentos farmacológicos, sobretudo em condições em que a intervenção psicoterápica alcançaria resultados efetivos e duradouros (Silva, Piano, & Hunsche, 2013; Silverman, Pina, & Chockalingam 2008). Por outro lado, casos em que a atenção de um psiquiatra seria importante podem não ser adequadamente encaminhados, por falta de clareza sobre as especificidades da demanda ou pela dificuldade de acesso ao médico psiquiatra. Estudo epidemiológico recente identificou que 13,1%, de uma amostra de 2.000 crianças, apresentavam algum distúrbio psiquiátrico e, destas crianças, apenas 19,8% havia utilizado os serviços de psiquiatria nos 12 meses anteriores à coleta de dados, sendo a maioria atendida por psicólogos (84,9%) ao invés de psiquiatras (20,9%) (Paula et al., 2014).

Ainda acerca do encaminhamento mais adequado, Bird e Duarte (2002) indicam que a habilidade do adulto para identificar e escolher o serviço mais apropriado

para o atendimento à queixa apresentada pela criança ou adolescente dependerá do acesso que ele tem a informações sobre a possível queixa e da disponibilidade do serviço na cidade ou região a que pertencem (Bird & Duarte, 2002).

No Brasil, embora haja diversos estudos sobre caracterização de serviços de Psicologia e de Psiquiatria (e.g., Borsa, Segabinazi, Stenert, Yates, & Bandeira, 2013; Delfini et al., 2009), há poucas pesquisas com objetivo de comparar o perfil de clientela de serviço psicológico e psiquiátrico que exploram, não somente as características dos clientes atendidos, mas também as de seus familiares.

Descrever o perfil da clientela infanto-juvenil, de seus familiares e avaliar que tipo de queixa motiva a busca por tratamento em serviços de Psicologia e de Psiquiatria é útil para se oferecer o encaminhamento adequado e a modalidade de tratamento mais efetiva para cada condição. Compreender as variáveis socioeconômicas da criança e de sua família, bem como outras variáveis que possam influenciar a busca por tratamento psicológico ou psiquiátrico, para além da queixa, é importante, em nível nacional, para o planejamento de propostas de manejo e prevenção mais adequados a cada serviço.

Considerando a relevância do tema e as lacunas verificadas na literatura brasileira, o presente artigo tem como objetivos: a) identificar e comparar as características sociodemográficas de famílias que buscaram atendimento em um serviço-escola de Psicologia e em um ambulatório de Psiquiatria Infantil, b) mapear e comparar o perfil comportamental das crianças atendidas por cada serviço, c) descrever as características dos cuidadores dos clientes quanto ao relato dos tipos de problemas do filho, ajustamento conjugal e escore de depressão, e d) verificar possíveis diferenças relacionadas à modalidade de tratamento infantil.

## Método

### *Participantes*

Participaram do estudo 40 mães com filhos triados para atendimento psicológico em Clínica-escola de Psicologia (GPSICO) e em atendimento no Ambulatório de Psiquiatria Infantil (GPSIQ) da mesma universidade, com apenas uma consulta realizada. Os critérios para inclusão das diádes foram: (a) crianças com idade entre seis e quinze anos e (b) crianças inscritas em apenas uma modalidade de tratamento (Psicologia ou Psiquiatria). Em relação ao primeiro critério, vale destacar que, inicialmente, considerou-se incluir apenas crianças com

idade entre sete e doze anos, no intuito de coincidir com a faixa etária de maior incidência de procura por atendimento psicológico conforme Silvares (1993). No entanto, optou-se por ampliar a faixa etária a fim de abranger crianças com idade entre seis anos, início da escolaridade formal, e 15 anos, idade a partir da qual os jovens são encaminhados para atendimento psiquiátrico no ambulatório adulto.

#### *Instrumento*

*Questionário sociodemográfico.* Esse questionário foi desenvolvido com a finalidade de obter informações sobre o cuidador (renda familiar, escolaridade, estado civil e idade) e sobre criança ou adolescente (sexo, idade, número de irmãos, série escolar, fonte de encaminhamento e uso de medicações).

*Versão Brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)* (Achenbach & Rescorla, 2001). Instrumento que avalia indicadores de competência social (20 itens) e de problemas de comportamento (118 itens) a partir das respostas dos pais/cuidadores. A partir da correção computadorizada do instrumento, os escores Totais, Internalizantes e Externalizantes são classificados da seguinte forma: limítrofe (Escore T entre 60 e 63); clínico (Escore T > 64); normal (Escore T < 60). Para a escala-síndrome, os escores limítrofes são Escore T entre 66 a 70 e clínico, quando o Escore T for superior a 71. Este instrumento tem indicadores de validade preliminar para população escolar brasileira, de acordo com Rocha et al. (2013).

*Inventário Beck de Depressão – Versão brasileira do Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1982). Instrumento de autorrelato composto por 21 itens, avaliados numa escala crescente de severidade que varia entre 0 e 3, destinados a medir a intensidade da depressão em adultos. Treze itens referem-se a uma dimensão cognitiva da depressão e oito envolvem uma dimensão somática. São levantados conteúdos cognitivo-afetivos e somáticos, como pensamentos negativos, sentimento de fracasso, retraimento social, tristeza, e pensamento suicida. Esse instrumento encontra-se validado para a população brasileira (Cunha, 2001), e os escores totais para a versão em português são: depressão mínima (0-11), depressão leve (12-19), depressão moderada (20-35), e depressão grave (36-63) (Cunha, 2001).

*Escala de Ajustamento Conjugal – Versão brasileira do Marital Adjustment Test (MAT)* (Locke & Wallace, 1959). Instrumento que visa avaliar a satisfação conjugal em várias áreas do relacionamento, como manejo das

finanças da família, assuntos de lazer, demonstração de afeto, amigos, relações sexuais, filosofia de vida (ideais e objetivos) e modo de lidar com os parentes. Embora tal instrumento não tenha sido validado no Brasil, este foi empregado, traduzido e adaptado por Moura, Silva, Sampaio e Grossi (2010). Escores iguais ou superiores a 100 representam satisfação conjugal e abaixo indicam insatisfação do indivíduo com o casamento (Moura, Silva, Sampaio, & Grossi, 2010).

*Entrevista Estruturada.* Desenvolvida pela primeira autora do estudo, composta por quatro questões objetivas com desfechos de “sim” ou “não” que investigavam sobre o contato da mãe e da criança com a outra modalidade de tratamento (Psicologia ou Psiquiatria), busca de auxílio com a outra modalidade de tratamento e aceitação sobre possível indicação por profissional de Psicologia ou Psiquiatria. A entrevista incluía ainda uma questão aberta sobre o motivo pelo qual as mães procuraram ajuda para seus filhos.

#### *Procedimento*

Após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da universidade onde foi realizado o estudo, as mães foram entrevistadas em uma sessão de atendimento com duração estimada de uma hora. Nessa sessão, com auxílio da pesquisadora, foram respondidos os instrumentos e realizada a entrevista semiestruturada. Após a conclusão da análise dos dados, as mães receberam uma devolutiva sobre os resultados encontrados. Além disto, foi anexada ao prontuário de cada participante uma nota informando que, caso houvesse interesse do profissional responsável pelo caso, os dados dos instrumentos utilizados no presente estudo estariam disponíveis para consulta.

#### *Análise dos Dados*

Foram realizadas análises descritivas (proporções, médias, desvio padrão) das características sociodemográficas dos participantes, problemas de comportamento da criança/adolescente, humor e relacionamento conjugal dos pais. As diferenças das médias dos escores de problemas de comportamento das crianças e adolescentes, a relação conjugal e o humor dos pais pertencentes aos grupos GPSICO e GPSIQ foram avaliados pelo teste *t* de Student não pareado (variável contínua) e pelo cálculo da magnitude do efeito (*d*). A magnitude do efeito foi estimada como a diferença entre as médias dos grupos dividida pelo desvio padrão comum. Convencionalmente, um valor de *d* = 0,20

representa uma magnitude de efeito pequeno,  $d = 0,50$  indica magnitude média e  $d = 0,80$  indica uma magnitude de efeito elevada (Cohen, 1988).

Diferenças de proporções dos dados sociodemográficos, como sexo da criança, escola, uso de medicação, estrato social parental, nível de instrução parental, estado civil e classificações dos instrumentos dos dois grupos foram comparados por meio do Z-Score. Foi realizado o teste exato de Fisher para verificar a associação entre a variável depressão materna e a variável de problema de comportamento infantil.

## Resultados

### *Características Sociodemográficas e Composição Familiar dos Participantes*

Em termos de idade e sexo, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos de crianças, sendo que, em ambos os grupos, a maioria dos participantes tinha idade compreendida entre seis e 11 anos. Para a idade materna, que variou entre 26 e 55 anos, também não se identificou diferenças estatisticamente significativas. A maior parte das crianças em ambos os grupos frequentava a escola. Ao comparar os grupos, observa-se que o dobro das crianças do GPSIQ cursava o Ensino Fundamental I, que compreende o antigo primário, e o dobro das crianças do GPSICO cursavam o Ensino Fundamental II, antigo ginásio. Na Tabela 1, pode-se verificar as principais características sociodemográficas dos 40 participantes.

Em relação ao estado civil, em ambos os grupos a maioria das mães encontrava-se casadas. Nenhuma mãe do GPSIQ era separada, enquanto um número considerável de mães do GPSICO encontrava-se separadas ou divorciadas. Apesar das médias de renda familiar e de escolaridade não apresentarem diferenças significativas entre os grupos, as proporções de salários e escolaridade materna mais baixos foram mais frequentes no GPSIQ.

Quanto à composição familiar, observou-se que cerca de metade das crianças, tanto do GPSICO ( $n = 10$ ), como do GPSIQ ( $n = 11$ ), conviviam com o pai (biológico ou adotivo) no núcleo familiar; 25% ( $n = 5$ ) em ambos os grupos não conviviam com o pai; 25% ( $n = 5$ ) do GPSICO e 20% ( $n = 4$ ) do GPSIQ tinham padrastros e conviviam com estes em seus núcleos familiares. A maioria dos participantes tinham irmãos ( $n = 35$ ; 87,5%). A maior parte do GPSICO ( $n = 15$ ; 75%) e do GPSIQ ( $n = 14$ ; 70%) tinham de um a dois irmãos. Aproximadamente 13% ( $n = 5$ ) da amostra total eram

filhos únicos, sendo 20% ( $n = 4$ ) do GPSICO e apenas 5% ( $n = 1$ ) do GPSIQ.

### *Fonte de Encaminhamento, Problemas de Comportamento e Competências Sociais das Crianças/ Adolescentes*

Observou-se que o encaminhamento para serviços de saúde mental se deu por diferentes fontes. Para o serviço de Psicologia, as crianças e adolescentes foram encaminhadas em sua maior parte por amigos/conhecidos e por procura espontânea. Uma menor proporção dos pacientes buscou atendimento em função de indicação de profissional de Psicologia e por escola ou de outra instituição, ou ainda, por encaminhamento médico. Por outro lado, verificou-se que nenhuma das crianças do GPSIQ chegou ao serviço a partir da procura espontânea dos pais, sendo a maior parte dos encaminhamentos realizados por médicos (70%,  $n = 14$ ), e o restante por outras instituições (30%,  $n = 6$ ).

Quanto à proporção de participantes que faziam uso de medicação psicotrópica, os grupos diferiram significativamente ( $Z = 3,87$ ,  $p = 0,0001$ ), sendo que as crianças/adolescentes do GPSICO faziam uso de psicofármacos três vezes menos quando comparadas ao GPSIQ (90%,  $n = 18$ ). A Tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes quanto aos problemas de comportamento avaliados pelo CBCL e os escores médios nas escalas do instrumento.

A análise dos escores do CBCL indicou diferenças significativas entre os grupos apenas em duas escalas: escalas de Competência em atividades e Problemas de Pensamento. O escore em Competência em atividades foi maior no GPSICO, com um valor de magnitude de efeito elevado ( $d = 0,8$ ), o que indica que a diferença entre os escores médios são bastante substanciais. Foi verificada diferença estatisticamente significativa em Problemas de Pensamento entre os grupos, de modo que o GPSIQ apresentou escores mais elevados nessa escala do que o GPSICO, embora, o valor  $d$  nessa comparação tenha sido de 0,3 (baixo). As análises das proporções das classificações “clínico” e “normal” demonstraram que o GPSIQ apresentou significativamente maior número de participantes com classificações clínicas para problemas externalizantes, queixas somáticas e problemas de pensamento. De modo geral, as estatísticas, tanto a partir das médias das pontuações quanto das proporções, indicaram que o GPSIQ apresentou escores piores no que se refere a problemas de comportamento e competência social.

Tabela 1

*Descrição das Características Sociodemográficas dos Participantes (n = 40)*

Características da Criança	G. PSICO N = 20	G. PSIQ N = 20	t de Student	TOTAL N = 40
Idade M(DP)	10,80 (2,37)	10,90 (2,54)	0,12	10,85 (2,45)
<i>Z-Score</i>				
Idade N(%)				
6-11 anos	12 (60%)	13 (65%)	0,32	25 (62,5%)
12-15 anos	8 (40%)	7 (35%)	0,32	15 (37,5%)
Sexo N(%)				
Masculino	15 (75%)	10 (50%)	1,6	25 (62,5%)
Feminino	5 (25%)	10 (50%)	1,6	15 (37,5%)
Escola	0 (0%)	1 (5%)	1,01	1 (2,5%)
Não frequenta	1 (5%)	0 (0%)	1,01	1 (2,5%)
Educação Infantil	7 (35%)	14 (70%)	2,21*	21 (52,5%)
Fundamental I	10 (50%)	5 (25%)	1,6	15 (37,5%)
Fundamental II	2 (10%)	0 (0%)	1,45	2 (5%)
Ensino Médio				
Características da mãe	G. PSICO N = 20	G. PSIQ N = 20	t de Student	TOTAL N = 40
Idade M(DP)	37,7 (7,9)	40,0 (7,6)	0,93	38,85 (7,75)
<i>Z-Score</i>				
Idade N(%)				
26 – 35 anos N(%)	9 (45%)	7 (35%)	0,64	16 (40%)
36 – 45 anos N(%)	6 (30%)	7 (35%)	0,33	13 (32,5%)
46 – 55 anos N(%)	5 (25%)	6 (30%)	0,35	11 (27,5%)
Estado civil N(%)				
Solteira	1 (5%)	2 (10%)	0,60	3 (7,5%)
Casada	15 (75%)	15 (75%)	0,0	30 (75%)
Separada	4 (20%)	0 (0%)	2,1*	3 (7,5%)
Viúva	0 (0%)	3 (15%)	1,8	4 (10%)
Escolaridade N(%)				
Superior	3 (15%)	2 (10%)	0,47	5 (12,5%)
Médio	13 (65%)	2 (10%)	3,59*	15 (37,5%)
Fundamental	4 (20%)	15 (75%)	3,48*	19 (47,5%)
Analfabeto	0 (0%)	1 (5%)	1,01	1 (2,5%)
Renda familiar N(%)				
Até 2 salários mínimos	3 (15%)	9 (45%)	2,07*	12 (30%)
2 a 3 salários mínimos	11 (55%)	6 (30%)	1,59	17 (42,5%)
4 a 5 salários mínimos	4 (20%)	2 (10%)	0,88	6 (15%)
Acima de 6 salários mínimos	2 (10%)	3 (15%)	0,47	5 (12,5%)
<i>t de Student</i>				
Renda familiar M (DP)	1711,1 (769,2)	1423,3 (1.511,8)	0,75	1567,2 (1140,5)

\*p &lt; 0,05.

Tabela 2

Proporção da Classificação e Escores Médios do CBCL de acordo com os Grupos

Escores CBCL	GPSICO (N = 20)	GPSIQ (N = 20)	t de Student	d	Z-Score
Competência Atividade M(DP)	37,3 (7,4)	31,3 (7,9)	2,47*	0,8	
Clínico	10 (50%)	13 (65%)		0,95	
Normal	9 (45%)	7 (35%)		0,64	
NC	1 (5%)	-		1,01	
Competência Social M(DP)	38,4 (8,9)	34,8 (10,5)	1,16	-	
Clínico	7 (35%)	12 (60%)		1,58	
Normal	13 (65%)	8 (40%)		1,58	
Competência Acadêmica M(DP)	35,1 (8,0)	37,6 (10,8)	0,83	-	
Clínico	9 (45%)	9 (45%)		0,00	
Normal	10 (50%)	10 (50%)		0,00	
NC	1 (5%)	1 (5%)		0,00	
Competência Total M(DP)	32,0 (9,2)	28,1 (8,9)	1,36	-	
Clínico	12 (60%)	15 (75%)		1,01	
Normal	6 (30%)	4 (20%)		0,73	
NC	2 (10%)	1 (5%)		0,60	
Perfil Global M(DP)	69,5 (5,8)	72,4 (7,2)	1,40	-	
Clínico	18 (90%)	19 (95%)		0,60	
Normal	2 (10%)	1 (5%)		0,60	
Perfil Internalizante M(DP)	67,5 (6,3)	69,5 (10,8)	0,71	-	
Clínico	17 (85%)	18 (90%)		0,47	
Normal	3 (15%)	2 (10%)		0,47	
Perfil Externalizante M(DP)	65,8 (8,7)	69,1 (7,1)	1,31	-	
Clínico	15 (70%)	19 (95%)		2,08*	
Normal	6 (30%)	1 (5%)		2,08*	
Ansiedade/Depressão M(DP)	66,3 (7,1)	66,8 (9,2)	0,19	-	
Clínico	15 (75%)	10 (50%)		1,63	
Normal	5 (25%)	10 (50%)		1,63	
Retraimento/Depressão M(DP)	65,5 (9,7)	68,0 (14,0)	0,65	-	
Clínico	10 (50%)	10 (50%)		0,00	
Normal	10 (50%)	10 (50%)		0,00	
Queixas Somáticas M(DP)	63,2 (6,7)	68,3(12,2)	1,63	-	
Clínico	6 (30%)	13 (65%)		2,21*	
Normal	14 (70%)	7 (35%)		2,21*	

(Continua)

Tabela 2

Proporção da Classificação e Escores Médios do CBCL de acordo com os Grupos (Continuação)

Escores CBCL	GPSICO (N = 20)	GPSIQ (N = 20)	t de Student	d	Z-Score
Problemas de sociabilidade M(DP)	68,2 (8,3)	70,2 (12,0)	0,61	-	
Clínico	14 (70%)	12 (60%)		0,66	
Normal	6 (30%)	8 (40%)		0,66	
Problemas com o pensamento M(DP)	67,4 (7,7)	74,3 (9,9)	2,46*	0,3	
Clínico	12 (60%)	18 (90%)		2,19*	
Normal	8 (40%)	2 (10%)		2,19*	
Problemas de atenção M(DP)	67,1 (8,3)	70,4 (13,1)	0,95	-	
Clínico	10 (50%)	14 (70%)		1,30	
Normal	10 (50%)	6 (30%)		1,30	
Violação de Regras M(DP)	61 (9,1)	65,4 (7,4)	1,6	-	
Clínico	7 (35%)	10 (50%)		0,95	
Normal	13 (65%)	10 (50%)		0,95	
Comportamento Agressivo M(DP)	68 (10,7)	70,4 (11,2)	0,69	-	
Clínico	11 (55%)	13 (65%)		0,64	
Normal	9 (45%)	7 (35%)		0,64	

\* $p < 0,05$ .

### Humor e Relacionamento Conjugal dos Pais

A Tabela 3 apresenta a distribuição das mães dos grupos GPSICO e GPSIQ nas escalas que avaliam depressão e qualidade do relacionamento conjugal.

Observa-se que as mães do GPSIQ apresentam escores mais elevados de depressão e mais rebaixados no nível de satisfação conjugal. O valor de magnitude de efeito elevado ( $d = 0,8$ ) indica que a diferença entre os escores médios são bastante substanciais. Em termos de classificação, 60% das mães do grupo GPSIQ apresentavam depressão moderada ou grave, enquanto a maior parte das mães do grupo GPSICO (50%) apresentou depressão classificada como mínima, havendo uma diferença substancial entre os grupos em relação a essa última classificação.

### Modalidade de Tratamento e Queixa Inicial

Na Tabela 4 são apresentadas as respostas das mães dos dois grupos às questões do roteiro de entrevista semiestruturada.

A análise das respostas revela que mães do GPSIQ consideraram optar também pela modalidade

de Psicologia para complementar a intervenção (85%); das mães do GPSICO, apenas 15% consideraram procurar auxílio de psiquiatra para tratamento dos problemas de seus filhos. As mães do grupo GPSICO também afirmaram com maior frequência que seus filhos eram reincidientes na respectiva modalidade de tratamento (45%) em relação ao GPSIQ (35%), sendo que 40% das mães do GPSIQ foram atendidas pela mesma modalidade para resolver dificuldades próprias, enquanto no GPSICO, apenas 30% procuraram um psicólogo para suas problemáticas. Cabe pontuar que, dentre as mães do GPSICO, apenas 10% procuraram terapia por estarem depressivas; enquanto, para as do GPSIQ, 40% o fizeram pelo mesmo motivo. No GPSICO, 100% das mães aceitariam encaminhamento da criança ou adolescente para um psiquiatra. Enquanto 75% das mães do GPSIQ aceitariam o encaminhamento para um psicólogo.

A quinta questão da entrevista semiestruturada era aberta e destinava-se a investigar a justificativa para busca dos serviços de saúde mental. As mães que

Tabela 3  
Escores dos Cuidadores nas Escalas BDI e MAT

Escores Instrumentos Mãe	GPSICO N = 20	GPSIQ N = 20	t de Student	d	TOTAL N = 40
BDI M(DP)	15,1 (8,4)	23,3 (11,1)	2,63*	0,8	38,4 (9,75)
BDI proporções			Z-Score		
Depressão mínima (0-11)	10 (50%)	2 (10%)	2,76*		12 (30%)
Depressão leve (12-19)	5 (25%)	6 (30%)	0,35		11 (27,5%)
Depressão moderada (20-35)	5 (25%)	10 (50%)	1,6		15 (37,5%)
Depressão grave (36-63)	0 (0%)	2 (10%)	1,45		2 (5%)
	GPSICO N = 14	GPSIQ N = 15	t de Student	d	TOTAL N = 29
MAT M(DP)	96,9 (26,6)	72,2 (34,4)	2,54*	0,8	84,5 (30,5)
MAT proporções			Z-Score		
Insatisfação conjugal	7 (50%)	10 (67%)	1,09		17 (58,5%)
Satisfação conjugal	7 (50%)	5 (33%)	1,09		12 (41,5%)

\* $p < 0,05$

buscaram tratamento no serviço-escola de Psicologia indicaram queixas de problemas relacionados à agitação, hiperatividade e déficit de atenção, problemas relacionados à escola, a respostas opositoras e agressivas, problemas relacionados ao isolamento ou à falta de repertório de expressão de sentimentos, problemas de relacionamento e medo excessivo. De outro lado, as mães que buscaram atendimento psiquiátrico relataram preocupações em termos de problemas relacionados a episódios depressivos, problemas em relação à sexualidade, agressividade, problemas alimentares, psicose – provavelmente surtos psicóticos, transtorno obsessivo-compulsivo, tentativa de suicídio, transtorno bipolar, isolamento e roubo.

#### Humor Materno e Comportamento Infantil

Todas as mães que apresentaram escores acima de 12 no BDI, isto é, que indica depressão considerável, tinham filhos com problemas de comportamento, ou seja, filhos que apresentaram escore igual ou maior que 60 na escala de total de problemas de comportamento do CBCL (Fator global CBCL). Dessa forma, pode ser observado que 100% das mães deprimidas tinha filhos com problemas de comportamento, enquanto nas mães não deprimidas essa proporção foi de 66,6%. O teste exato de Fisher indicou haver uma associação

significativa entre a presença de depressão materna e a existência de problemas de comportamento nas crianças ( $p = 0,02$ ).

## Discussão

#### Características das Mães

No presente estudo, encontrou-se que as mães que buscaram tratamento psiquiátrico para seus filhos apresentaram menor escolaridade, renda e maiores índices de depressão e desajuste conjugal quando comparadas às mães que buscaram atendimento psicológico. Esses achados vão ao encontro do que foi descrito por estudos internacionais (Dadds & McHugh, 1992; Kazdin & Wassel, 1999), que apontam que mães que vivenciam maior número de problemas pessoais tendem a estar menos dispostas a participar efetivamente de um tratamento que envolva maior participação parental, como a psicoterapia, ainda que os resultados, em longo prazo, sejam promissores. Por outro lado, as mães com maior renda, escolaridade, menos depressivas e com maior índice de satisfação no relacionamento conjugal parecem compreender melhor os benefícios de um tratamento mais custoso em termos de tempo e dedicação, e apresentar um padrão de enfrentamento desse tratamento em função da melhora de seus filhos.

Tabela 4

Respostas das Mães do GPSICO e GPSIQ à Entrevista Semiestruturada

1 – Além do tratamento psicológico/psiquiátrico você considerou procurar auxílio de um psiquiatra/psicólogo para ajudar seu filho?

	GPSICO N = 20	GPSIQ N = 20	Z-Score
SIM	3 (15%)	17 (85%)	4,42*
NÃO	17 (85%)	3 (15%)	4,42*

2 – Seu filho já passou por algum tratamento psicológico/psiquiátrico?

SIM	9 (45%)	7 (35%)	0,64
NÃO	11 (55%)	13 (65%)	0,64

3 – Você (mãe) já passou por algum tratamento psicológico/psiquiátrico?

SIM	6 (30%)	8 (40%)	0,66
Motivo: depressão	2 (10%)	8 (40%)	2,19*
NÃO	14 (70%)	12 (60%)	0,66

4 – Se o psicólogo/psiquiatra te orientasse a procurar um tratamento psiquiátrico/ psicológico para seu filho você o faria?

SIM	20 (100%)	15 (75%)	2,39*
NÃO	0 (0%)	5 (25%)	2,39*

5 – Qual a queixa que motivou a busca por atendimento

Agitação, hiperatividade e déficit de atenção	6 (30%)	0 (0%)	2,65*
Problemas escolares	6 (30%)	0 (0%)	2,65*
Agressividade	6 (30%)	2 (10%)	1,24
Isolamento ou falta de repertório de expressão de sentimentos	1 (5%)	1 (5%)	0
Medo excessivo	1 (5%)	0 (0%)	1,01
Depressão	0 (0%)	5 (25%)	2,39*
Questões de Sexualidade	0 (0%)	4 (20%)	2,10*
Problemas alimentares	0 (0%)	2 (10%)	1,45
Surto psicótico	0 (0%)	2 (10%)	1,45
Transtorno obsessivo-compulsivo	0 (0%)	1 (5%)	1,01
Transtorno bipolar	0 (0%)	1 (5%)	1,01
Tentativa de suicídio	0 (0%)	1 (5%)	1,01
Roubo	0 (0%)	1 (5%)	1,01

\* $p < 0,05$ .

Adicionalmente, verificou-se que o perfil das mães que buscaram atendimento psiquiátrico para os seus filhos assemelha-se ao de mães que abandonam a psicoterapia infantil, o que permite levantar a hipótese de que a procura pela modalidade de tratamento psiquiátrico pode estar relacionada ao menor custo de resposta exigido dos cuidadores, dado que a expectativa é que

o tratamento medicamentoso exija menos dos pais do que as mudanças comportamentais e de rotina demandadas pelo acompanhamento psicológico.

A compreensão de que a intervenção medicamentosa como terapia única seria eficaz para a clientela infanto-juvenil que busca atendimento psicológico/psiquiátrico é contrária ao princípio de

Integralidade do Sistema Único de Saúde Brasileiro, que destaca a necessidade de tratamento multidisciplinar para problemas de etiologia multifatorial, como as questões de saúde mental (Machado et al., 2007; Trallero, 1998).

Frequentemente o tratamento medicamentoso não supre todas as demandas da criança, uma vez que não somente os aspectos biológicos é que controlam o comportamento humano (Derdyk, 2001; Kerbauy, 2001; Trallero, 1998). Além disso, estudos indicam que, nos casos em que há necessidade de medicar, os ganhos podem ser maximizados e tornarem-se sustentáveis por meio do tratamento psicológico (Derdyk, 2001; Kerbauy, 2001; Silva, Piano, & Hunsche, 2013).

Por fim, doze mães do grupo GPSIQ e cinco mães do grupo GPSICO apresentaram escores entre “depressão moderada-depressão grave”, sendo que algumas destas haviam buscado atendimento clínico para essa queixa. Tais dados denotam a importância de trabalhos de acompanhamento das mães paralelamente ao atendimento da criança. Essa medida preveniria a evasão do atendimento de seus filhos, uma vez com a participação dessas mães em intervenções que foquem as suas dificuldades, elas teriam a qualidade de vida melhorada e apresentariam melhores condições de tornar-se um auxiliar de mudança no comportamento de seus filhos (Silvares, 1995).

#### *Características das Crianças e Adolescentes*

Em relação às características das crianças e adolescentes, observou-se que os grupos eram homogêneos quanto à idade e ao sexo, com a maior concentração da clientela com idade entre seis e 11 anos e predominância de clientes do sexo masculino, conforme é apontado pela literatura (Borsa et al., 2013; Delfini et al., 2009; Weintraub, Vasconcellos, Bastos, Fonseca, & Reis, 2013). Assim como nas demais pesquisas de caracterização, a maior parte dos participantes do presente estudo frequentava a escola (Delfini, et al., 2009; Weintraub, et al., 2013). No entanto, ao comparar os grupos quanto ao nível de escolaridade, um número maior de participantes do GPSIQ estava no Ensino Fundamental I e, um número maior do GPSICO, no Ensino Fundamental II. Os resultados do GPSIQ foram similares aos do estudo de Ronchi e Avellar (2010), que identificou que crianças e adolescentes que frequentavam o CAPSi foram distribuídos principalmente nas fases iniciais do Ensino Fundamental. Considerando que as idades entre os grupos são semelhantes, uma

hipótese é de que as crianças do GPSIQ podem ter entrado mais tarde na escola ou terem mais reprovação do que o outro grupo.

Sobre os problemas de comportamento e competências sociais das crianças/ adolescentes avaliados pelo CBCL, em ambos os grupos, a maior parte dos participantes obtiveram escores na faixa clínica para indicadores de problemas de comportamento, tanto externalizantes, quanto internalizantes. Embora um número maior de participantes do GPSIQ tenha apresentado escores clínicos para problemas externalizantes. Pesquisas nacionais referem a alta frequência de crianças/adolescentes com essas dificuldades, contudo sugerem uma discordância quanto ao predomínio de problemas de comportamento, com estudos (Anselmi, Piccinini, Barros, & Lopes, 2004; Anselmi, Fleitlich-Bilyk, Menezes, Araújo, & Rohde, 2010; Silvares, Meyer, Santos, & Gerencer, 2006) indicando a prevalência de problemas externalizantes sobre os internalizantes e estudos (Borsa, Souza, & Bandeira, 2011; Borsa, et al., 2013) apontando os internalizantes como predominantes. A alta frequência de participantes com escores clínicos tanto em queixas internalizantes quanto externalizantes na presente amostra corrobora ambos os lados que defendem a predominância sejam de problemas externalizantes ou internalizantes, apontando que a busca por serviços é encontrada em diferentes queixas.

Considerando as escalas síndromes do instrumento, pode-se perceber que os participantes do GPSIQ apresentaram significativamente maior comprometimento nas competências em atividades e problemas de pensamento e proporcionalmente obtiveram mais frequentemente escores clínicos em problemas externalizantes, queixas somáticas e problemas de pensamento. Tais problemas vão ao encontro do que a literatura (Oliveira, et al., 2011; Smith & Morrison, 1975) aponta sobre queixas atendidas nos serviços de psiquiatria. No GPSICO, foram mais frequentes problemas de ansiedade/depressão e problemas de sociabilidade, o que corrobora a literatura que aponta estes como problemas frequentes atendidos em clínicas-escolas de Psicologia (Borsa et al., 2011; Borsa, et al., 2013; Curha & Benetti, 2009; Moura, 1999). Supõe-se que os problemas de comportamento acabam afetando a competência em atividades, e vice-versa. Essa hipótese explicaria o motivo pelo qual o GPSIQ, que tem maiores problemas de comportamento, também teria maiores prejuízos no desempenho de atividades.

No que diz respeito aos motivos pelos quais as mães buscaram o serviço, constatou-se que queixas,

como agitação, agressividade, questões escolares e que envolvem problemas de aprendizagem (hiperatividade, déficit de atenção) foram o principal motivo relatado pelas mães, em concordância com outros estudos de caracterização de serviços-escola (Cunha & Benetti, 2009; Moura, 1999; Silvares, 1993). Para o grupo GPSIQ, as principais queixas relatadas foram problemas de comportamento, como depressão e questões de gênero e sexualidade, dificuldades essas que são recorrentes nesse tipo de serviço (Oliveira et al., 2011). Embora algumas das queixas relatadas pelas mães do GPSIQ (problemas alimentares, depressão) também são encontradas em serviços de Psicologia (Borsa et al., 2011; Borsa, et al., 2013). Surpreendentemente, tais dados contrastam com os encontrados no CBCL, que mostram a prevalência maior de problemas externalizantes no GPSIQ e demonstra a diferença do relato das mães nas respostas ao questionário fechado e na entrevista estruturada. Uma hipótese para a diferença da resposta ao questionário padronizado e ao relato em entrevista é que muitas vezes os participantes podem não compreender a linguagem presente em instrumentos padronizados, ao passo que em entrevista com questões mais abertas, estes relatam com seu próprio vocabulário, que é interpretado pelo pesquisador. Esse dado evidencia a importância de os pesquisadores utilizarem múltiplos métodos de avaliação, como entrevista clínica associada a instrumentos de avaliação validados, com efetividade comprovada para rastreamento de problemas de comportamento (Rocha, Ferrari, & Silvares, 2011). Esse aspecto também elucida a importância de acompanhar os participantes enquanto estes respondem aos questionários, a fim de esclarecer quaisquer dúvidas e ter certeza de que as questões foram compreendidas.

A presença de problemas de pensamento e de queixas somáticas pode justificar a procura pelo tratamento farmacológico, dado que os comportamentos envolvidos nesse tipo de queixas, como automutilação, alucinações, rigidez muscular, sonambulismo e o sofrimento intenso daqueles que os expericiem, requerem inicialmente um controle rápido do problema. Paralelamente, tais problemas não excluem a necessidade da atuação do psicólogo, sobretudo na infância e na adolescência. Problemas iniciados na infância, se não tratados adequadamente, podem agravar-se no decorrer do desenvolvimento, tendo um desfecho mais custoso na vida adulta (Kieling, et al., 2011). Principalmente na fase de desenvolvimento, as ações terapêuticas não devem se limitar exclusivamente ao uso de medicação, tendo o profissional de psicologia o papel de intervir

nos determinantes ambientais que compõe o quadro da queixa (Derdyk, 2001).

Nesse contexto, é importante fortalecer a importância do trabalho multidisciplinar na saúde mental, uma vez que o processo de prejuízo mental comprehende não somente fatores biológicos, como também variáveis psicológicas e sociais (Machado, et al., 2007). E a intervenção deve compreender todas as variáveis que contribuem no desenvolvimento da queixa, necessitando, dessa forma, de um trabalho conjunto entre psiquiatra e psicólogo.

Por meio da entrevista estruturada, foi possível observar que um maior número de mães do GPSIQ considerou procurar espontaneamente psicoterapia como intervenção complementar para os problemas da criança. Isso pode estar relacionado à severidade das queixas apresentadas pelas crianças desse grupo. Poucas mães não aceitariam o encaminhamento da criança para Psicologia, justificando essa escolha em função da falta de tempo, dinheiro, transporte ou responsável que pudesse acompanhá-la semanalmente às sessões – fatores comumente associados ao abandono da psicoterapia infantil (Silvares, 1998; Koroloff, Elliott, Koren, & Friesen, 1996). Assim como no trabalho desenvolvido por Borsa, et al., (2013), a procura pelo serviço de psicologia em função da indicação médica foi muito frequente. Além disso, grande parte das mães afirmou que fariam apenas o que o médico considerasse necessário, dado que corrobora a afirmação de Moura (1999) de que o encaminhamento médico tem grande peso na decisão dos pais em aderir à psicoterapia infantil. É importante destacar que esses achados referem-se a relatos de mães que procuraram, ou intervenção psiquiátrica ou psicológica, de modo que com o presente estudo não é possível saber se o perfil materno de crianças que utilizam ambos os serviços seria diferente.

Os resultados do presente estudo contribuem com a literatura nacional na área de caracterização de serviços-escola em saúde mental ao descrever e comparar as características comportamentais e sociodemográficas da clientela infanto-juvenil e de seus cuidadores atendidos por psicólogos e psiquiatras. Apesar dos resultados representarem avanços na literatura sobre caracterização de serviços-escola de Psicologia/Psiquiatria e sobre procura por serviços de saúde mental infanto-juvenil, é importante que sejam vistos com cautela em função de algumas limitações. A primeira delas é o tamanho amostral, que ficou limitado em função da dificuldade de localização das mães e das crianças, além do acesso destas ao local de pesquisa, principalmente no setor de

psiquiatria. Destaca-se também a limitação quanto ao fato dos dados terem sido obtidos por meio do relato das mães sobre os seus comportamentos e os de seus filhos, o que pode estar enviesado.

Um primeiro viés possível é a influência das problemáticas pessoais das mães sobre a sua percepção e a saúde mental de seus filhos, pois filhos de mães depressivas apresentam maiores chances de desenvolver problemas de comportamento em função dessa dificuldade da mãe (Elgar, McGrath, Waschbusch, Stewart, & Curtis, 2004), ou, em função da depressão, a mãe pode ter uma percepção mais negativa sobre as competências e comportamentos de seu filho (Boyle & Pickles, 1997). Outro fator que pode enviesar o relato dos pais é a elegibilidade para o atendimento, uma vez que, por tratar-se de serviços públicos, os pais podem maximizar a queixa na expectativa de garantir a vaga da criança. Por fim, a ausência de estudos comparativos como o realizado no presente trabalho dificultou certas análises e implicou em levantamento de hipóteses. Porém este último aspecto também evidencia a necessidade de pesquisas destinadas a entender o perfil da clientela atendida em diferentes serviços.

### **Conclusão**

Os resultados aqui apresentados apontam para diferenças nos perfis dos cuidadores e das crianças/adolescentes que procuraram o serviço de saúde mental infanto-juvenil, indicando maior adversidade e depressão entre as mães e maior gravidade de problemas de comportamento nos filhos daqueles que buscaram a modalidade de tratamento psiquiátrico. De fato, os presentes dados demonstram haver uma associação entre a presença de depressão materna e a existência de problemas de comportamento nas crianças.

Queixas comportamentais graves são esperadas em serviços de Psiquiatria, contudo não as exclui dos serviços de Psicologia. Levanta-se a hipótese de que as variáveis do cuidador, isto é, maior adversidade e depressão, podem influenciar na escolha por determinada modalidade de tratamento. Uma vez que grande parte das mães que buscaram o serviço de Psicologia foram por conta própria, o que demonstra maior clareza sobre os serviços existentes, enquanto que as mães que buscaram o serviço psiquiátrico foram por encaminhamento.

Além disso, observou-se, de um lado, que as mães que enfrentam maiores índices de adversidade, com menor grau de escolaridade, com indicativos de

depressão e de relacionamento conjugal empobrecido, buscam por uma opção de tratamento que resulte em mudanças mais imediatas e menos custosas – em termos de tempo e dedicação – como as oriundas do uso de medicação psicotrópica. De outro lado, as mães que apresentam maior renda, escolaridade, maior índice de satisfação no relacionamento conjugal e com menos indicativos de sintomas de depressão parecem compreender melhor os benefícios, em curto, médio e em longo prazo, do tratamento psicológico, apesar dos custos em termos de tempo e dedicação.

Vale lembrar que este estudo não avaliou o perfil da clientela que procurou ambos os serviços, ou seja, de Psiquiatria e Psicologia. Pesquisas adicionais para comparar os perfis da procura por serviço exclusivamente de Psicologia ou Psiquiatria e de ambos seria interessante para avaliar as diferentes características daqueles que procuram o atendimento multidisciplinar.

De modo geral, os problemas de saúde mental verificados em crianças e adolescentes atendidas em clínicas-escola de Psicologia e Psiquiatria têm determinantes biopsicossociais e, portanto, teriam melhor prognóstico se tratados por equipe multidisciplinar de psicólogos e psiquiatras, que avaliariam juntos a necessidade de cada modalidade de intervenção. Essa recomendação, de um lado, aumenta os gastos com saúde, num primeiro momento, mas, de outro, pode ser considerada uma medida que aumenta a eficácia dos tratamentos disponibilizados e previne o agravamento e cronificação dos problemas de saúde mental da clientela infanto-juvenil atendida. Essa medida, além de diminuir o sofrimento dos pacientes e familiares, aumenta a produtividade do sujeito, uma vez que diversos transtornos psiquiátricos são incapacitantes e diminui os gastos, em longo prazo, com novos tratamentos.

Diante disto, faz-se necessário que os profissionais de Psicologia se adaptem à realidade da criança e de seus responsáveis de modo que estes consigam aderir e se manter no tratamento infantil, levando-o a termo. Como alternativas, pode-se citar a necessidade de entrelace entre trabalhos que tenham o objetivo de promover intervenções interdisciplinares com vistas a melhorar a aderência dos responsáveis pela criança à psicoterapia infantil (Shuman & Shapiro, 2002).

Nesse sentido, aponta-se a relevância de pesquisas sobre o encaminhamento médico e desenvolvimento de propostas que visem aumentar o conhecimento desses profissionais acerca da psicologia, e por consequência, a aderência deles ao encaminhamento da criança e da mãe à psicoterapia. Outra alternativa que

facilitaria a manutenção das crianças nos tratamentos seria a inversão do fluxo de atendimento, estratégia na qual os profissionais se dirigiriam à comunidade, realizando os atendimentos em clínicas próximas aos bairros onde a clientela reside, a fim de diminuir as dificuldades de acesso dessa população às modalidades de tratamento disponíveis.

## Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Anselmi, L., Piccinini, C. A., Barros, F. C. & Lopes, R. S. (2004). Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 779-788. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00271.x
- Anselmi, L., Fleitlich-Bilyk, B., Menezes, A. M. B., Araújo, C.L. & Rohde, L. A. (2010). Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 135-142. doi: 10.1007/s00127-009-0052-2.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1982). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bird, H., & Duarte, C. (2002). Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: Orientando políticas de saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 162-163. doi: 10.1590/S1516-44462002000400002
- Bolsoni-Silva, A.T., & Del Prette, A. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(2), 91-103. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452003000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452003000200002&script=sci_arttext)
- Borsa, J. C., Souza, D. S., & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2), 15-29. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000200002&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872011000200002&script=sci_arttext)
- 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. *Psico*, 44(1), 73-81. Recuperado de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewArticle/10599>
- Boyle, M. H., & Pickles, A. R. (1997). Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(5), 399-412. doi: 10.1023/A:1025737124888
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the Behavioral Sciences. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, T. R. D. S., & Benetti, S. P. D. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de psicologia*, 59(130), 117-127. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432009000100010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432009000100010)
- Dadds, M. R., & McHugh, T. A. (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 252-259. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.252>
- 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 psicosocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 19(2), 226-236. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822009000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822009000200004&script=sci_arttext)
- Derdyk, P. R. (2001). Quando o psicólogo encaminha para o psiquiatra. Em D. R. Zamignani,(Ed.), *Sobre Comportamento e Cognição – Aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitiva comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. (pp. 125-129). Santo André: ESETec.
- Elgar, F. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., Stewart, S. H., & Curtis, L. J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 441-459. doi: 10.1016/j.cpr.2004.02.002
- Gomes, A. R., Ferrari, M. C. F., & Tucci, H. (2009). A interface entre a psicoterapia comportamental e a prática psiquiátrica. Em R. C. Wielenska (Ed.). *Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 23, n. 1, p. 109-125, jan./mar. 2018

- Sobre o comportamento e cognição: Desafios, soluções e questionamentos. (pp.162-169). Santo André: ESETec.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to treatment participation and therapeutic change among children referred for conduct disorder. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 28(2), 160-172. doi: 10.1207/s15374424jccp2802\_4
- Kerbauy, R. R. (2001). Limites biológicos em terapia comportamental. Em D. R. Zamignani (Ed.), Sobre o comportamento e cognição: Aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. (pp. 73-78). Santo André: ESETec.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *Lancet*, 378(9801), 1515-25. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Koroloff, N., Elliott, D., Koren, P., & Friesen, B. (1996). Connecting low-income families to mental health services: The role of the family associate. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 4(2), 2-11. doi: 10.1177/106342669400200406
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21(4), 251-255. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/348022>
- Mash, E., & Hensley, J. (2010). Assessment of childhood disorders. Em E. Mash, & R. Barkley, *Assessment of childhood disorders* (pp. 3-51). New York, NY: Guilford Press.
- Moura, C. B. (1999). Encaminhando crianças para psicoterapia. *Pediatría Moderna*, 35(3), 130-134. Recuperado de [http://www.moreirajr.com.br/reviews.asp?fase=r003&id\\_materia=931](http://www.moreirajr.com.br/reviews.asp?fase=r003&id_materia=931)
- Moura, C. B., Silva, L. C., Sampaio, A.C.P., & Grossi, R. (2010). Questionário de situações domésticas: Comparação entre pré-escolares clínicos e não clínicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 57-66. doi: 10.1590/S0102-37722010000100008
- Oliveira, M. S. N., Pinto, F. J. M., Aguiar, J. B., Sampaio, R. M. M., & Medeiros, C. R. B. (2011). Perfil socio-demográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Revista Psico-USF, Bragança Paulista*, v. 23, n. 1, p. 109-125, jan./mar. 2018
- Brasileira em Promoção da Saúde, 24(4): 361-366. doi: 10.5020/18061230.2011.p361.
- Paula, C. S., Bordin, I. a S., Mari, J. J., Velasque, L., Rohde, L. a, & Coutinho, E. S. F. (2014). The mental health care gap among children and adolescents: Data from an epidemiological survey from four Brazilian regions. *PloS One*, 9(2), 88241. doi: 10.1371/journal.pone.0088241
- Rocha, M. M., Rescorla, L. A., Emerich, D. R., Silvares, E. F., Borsa, J. C., Araújo, L. G., & Assis, S. G. (2013). Behavioural/emotional problems in Brazilian children: Findings from parents' reports on the child behavior checklist. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 22(4), 329-338. doi: 10.1017/S2045796012000637
- Rocha, M. M. D., Ferrari, R. A., & Silvares, E. F. D. M. (2011). Padrões de concordância entre múltiplos informantes na avaliação dos problemas comportamentais de adolescentes: implicações clínicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 948-964. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812011000300013](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300013)
- Ronchi, J. P., & Avellar, L. Z. (2010). Saúde mental da criança e do adolescente: A experiência do CAPSi da cidade de Vitória. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 71-84. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100007&script=sci\\_arttext&tlang=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872010000100007&script=sci_arttext&tlang=en)
- Shuman, A. L., & Shapiro, J. P. (2002). The effects of preparing parents for child psychotherapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal*, 38(1), 3-16. doi: 10.1023/A:1013908629870
- Silva, J. C., Piano, G., & Hunsche, L.B. (2013). Medicina e psicoterapia: A relação entre o uso de psicofármacos e o processo de psicoterapia na adolescência. *Revista NUPEM*, 5(9), 151-162. Recuperado de <http://fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/view/281>
- Silvares, E. F. M. (1993). O papel preventivo das clínicas-escola de Psicologia em seu atendimento a crianças. *Temas em Psicologia*, 2, 87-97.
- Silvares, E. F. M. (1995). O modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias.

- Psicologia: Teoria e Pesquisa, 11(3), 235-241. Recuperado de <https://revistaptp.unb.br/index.php/ptp/article/view/1606>
- Silvares, E. F. M (1998). *Clínicas-escola: Novas formas de atendimento psicológico* (Tese de livre docência). Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Silvares, E. F. M., Meyer, S. B., Santos, E. O. L., & Gerencer, T. T. (2006). Um estudo em cinco clínicas-escolas brasileiras com a lista de verificação comportamental para crianças (CBCL) Em E. F. M. Silvares. Atendimento Psicológico em Clínicas-Escola. Campinas, SP: Editora Alíneas.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Chockalingam, V. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A review and meta-analyses. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907.
- Smith, U. R., & Morrison, G. C. (1975). Family tolerance for chronic, severe, neurotic or deviant behavior in children referred for child psychiatry consultation. Em G. C. Morrison (Ed). *Emergencies in Child Psychiatry*. Springfield, IL: Thomas.
- Trallero, J. T. (1998). *Introducción a la psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia*. Em J. T. Trallero, J. C. Fornieles, M. G. Giral, L. L. García (Eds.). Psicofarmacología clínica de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Masson.
- Weintraub, A. C. A. M., Vasconcellos, M. S., Bastos, I. T., Fonseca, F. L., & Reis, A. O. A. (2013). Socio demographic characterization of users of child and adolescent psychosocial care centers in the state of São Paulo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 30(3), 383-391. doi: 10.1590/S0103-166X2013000300008

Recebido em: 10-11-2015

Reformulado em: 16-01-2017

Aprovado em: 03-03-2017

Sobre os autores:

**Bruna de Moraes Aguiar** é graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina - UEL (2006) e mestre em Análise do Comportamento (2010) pela mesma instituição. Foi professora colaboradora do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento na UEL entre os anos de 2010 e 2013. Nesse período, também atuou como psicoterapeuta em atendimento para crianças e adultos no Instituto de Análise do Comportamento em Estudos e Psicoterapia (IACEP – Londrina).

*E-mail:* bruna\_maguiar@hotmail.com

**Renatha El Rafihi-Ferreira** é psicóloga, mestre em Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina - UEL (2010) e doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo – USP (2015). Atualmente é pós-doutoranda pela Universidade de São Paulo – USP e bolsista de pós-doutorado da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

*E-mail:* rerafihi@usp.br

**Felipe Alckmin-Carvalho** é psicólogo clínico no Núcleo Interface de Psicologia (São Paulo), mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP), doutorando pelo mesmo programa, professor de pós-graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental do Instituto Wainer e Piccolotto (IWP) e psicólogo no Programa de Atendimento, Ensino e Pesquisa em Transtornos Alimentares na Infância e Adolescência (PROTAD-IPq-HC-FMUSP).

*E-mail:* felipcarvalho@usp.br

**Deisy Ribas Emerich** é professora do Departamento de Psicologia do Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas (FMU), psicóloga, graduada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie e mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Atualmente está cursando o doutorado na Universidade de São Paulo.

*E-mail:* deisy.remerich@usp.br

**Cynthia Borges de Moura** é graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Londrina (1994), mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (2000) e doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (2007). Atualmente é professora adjunta da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e trabalhou por 14 anos na Universidade Estadual de Londrina, no curso de Psicologia, na área de intervenção clínica com crianças e adolescentes.

*E-mail:* Cynthia-moura@hotmail.com

Contato com os autores:

Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia  
Av. Prof. Mello Moraes, 1721. Bloco F, Sala 30  
Butantã, São Paulo-SP, Brasil  
CEP: 05508030  
Telefone: (011) 3091-1961

