

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO PARANÁ

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

CAROLINA DOS SANTOS CORREIA

Orientação Parental como Estratégia de Cuidado à Saúde Mental na Infância e
Adolescência

CURITIBA – PR

2021

CAROLINA DOS SANTOS CORREIA

Orientação Parental como Estratégia de Cuidado à Saúde Mental na Infância e
Adolescência¹

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/ Escola de Saúde Pública do Paraná (ESPP/SESA PR), como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Ms. Flávia Caroline Figel.

CURITIBA – PR

2021

¹A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR (Parecer nº 4.639.255/ CAAE 44087321.90000.5225).

Índice

Resumo	
Introdução.....	6
Objetivos.....	7
Revisão da Literatura.....	7
A constituição de 1988 e a saúde coletiva.....	8
As políticas públicas de saúde e a psicologia comunitária.....	9
Criança como Sujeito e o seu lugar na sociedade.....	10
A saúde mental na infância e adolescência: panorama geral.....	12
Epidemiologia dos transtornos mentais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes e fatores associados.....	13
Fatores endógenos.....	15
Fatores exógenos.....	16
Fatores protetivos.....	16
O lugar dos pais no atendimento infantil.....	18
Família e funções parentais na contemporaneidade.....	20
Referenciais teóricos em atendimentos de orientação parental.....	20
O trabalho com pais e famílias: perspectiva psicanalítica.....	22
Material e métodos.....	23
Tipo de estudo.....	23
Local e período do estudo.....	23
População fonte.....	24
Critérios de inclusão.....	24
Critérios de exclusão.....	24
População do estudo.....	24
Amostra e técnica de amostragem.....	25
Fontes de material da pesquisa.....	25
Procedimentos.....	25
Tabulação e gerenciamento de dados.....	27
Análise estatística de resultados.....	27

Análise inferencial de resultados.....	29
Ética em pesquisa.....	29
Fomento para a pesquisa e serviços envolvidos.....	29
Resultados.....	30
Caraterísticas das crianças atendidas em ambulatório especializado de psicologia.....	30
Queixas relacionadas à saúde mental e diagnósticos prévios.....	31
Características dos pais e da família.....	32
Características do ambiente.....	34
Análise de partição de Variância da gravidade das queixas em relação às características da criança, da família e do ambiente no qual reside.....	35
Temas abordados nos atendimentos de orientação parental.....	38
Discussão.....	40
Conclusões.....	46
Considerações finais.....	48
Bibliografia.....	49

Correia, S. C. (2021). *Orientação parental como estratégia de cuidado à saúde mental na infância e adolescência*. Trabalho de Conclusão de Residência. Escola de Saúde Pública do Paraná, Curitiba.

Resumo

Objetivo: Este estudo buscou explorar o processo de trabalho em atendimentos psicológicos de orientação parental. **Método:** Trata-se de um estudo de caso descritivo observacional, de 46 pais responsáveis por 42 crianças e adolescentes de 3 a 14 anos. Os pais receberam uma intervenção durante 8 a 10 semanas. Os dados foram coletados por meio da observação participante e dos prontuários de saúde. Verificou-se quais são os temas mais relevantes a serem abordados no cuidado aos pais. **Resultados:** As principais queixas entre as crianças foram: mudanças na dinâmica familiar (23,81%), abuso e negligência (21,43%), comportamentos disruptivos (19,05%) e sintomas de ansiedade (11,90%). As queixas secundárias mais frequentes foram: comportamentos disruptivos (52,17%), sintomas ansiosos (21,74%), sintomas depressivos (13,04%), comportamentos autolesivos (8,70%) e sintomas mistos (4,35%). Os diagnósticos prévios mais frequentes (11,90%) foram Epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, seguido de Transtorno Opositivo Desafiador (9,52%), Encoprese e Transtorno do Espectro Autista (4,76% cada). Os principais temas trabalhados com esses pais foram: direitos humanos básicos; a importância do brincar para o desenvolvimento infantil; educação sexual; padrões comportamentais e familiares inconscientes; tarefas domésticas; relacionamento conjugal e sexualidade; qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva; expressão e validação emocional; estabelecimento de regras e limites e gênero e feminismo. **Discussão:** Abordar a parentalidade a partir de uma perspectiva psicodinâmica enfatiza a importância de se ouvir o surgimento do sofrimento parental, de como a angústia surge no fenômeno parental em cada sujeito e as respostas que a cultura tem produzido diante desse fenômeno. Cada sujeito, a partir da elaboração de sua história, responderá de maneira única às forças que o campo parental convoca. É preciso discutir com os pais o gênero dos problemas que enfrentam e o que podem esperar de suas ações, mas não dizer exatamente o que devem fazer. Este tipo de intervenção, focada em aspectos relacionados à parentalidade, permite também a integração de técnicas de outros referenciais teóricos. **Conclusão:** Essas descobertas destacam a importância de programas preventivos na primeira infância, a fim de melhorar as habilidades dos pais para resolver problemas.

Palavras-chave: parentalidade, pais, filhos, crianças, desenvolvimento infantil, saúde mental.

Introdução

Os serviços de saúde recebem diariamente pais que buscam ajuda para minimizar algum sofrimento na família e em seus filhos, ou seja, há uma demanda crescente por atendimento psicológico na infância. Diante deste cenário, o psicólogo é convocado a atuar dentro de uma rede de cuidados, tendo compromisso com a humanização dos serviços de atendimento especializado e com a qualidade do trabalho ofertado, orientando seu trabalho nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Devem ser preconizadas práticas que promovam a utilização de recursos comunitários e abordagens coletivas como estratégias para atenção em saúde mental. O emprego de práticas grupais tem sido descrito como um recurso importante na saúde pública, visto que tais práticas estão em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo SUS e seus princípios, pois podem contribuir para a democratização do acesso à saúde. Com relação à saúde mental de crianças, a literatura reitera a necessidade de intervenções que engajem a família e os pais na atenção aos problemas relacionados à saúde mental na infância. A criança não busca por si mesma a ajuda de um profissional da saúde - os pais são responsáveis não somente por levar a criança ao atendimento, mas, essencialmente, por localizar nela um sofrimento e uma preocupação inicial. Desta forma, o atendimento às crianças exige a criação de outros dispositivos de acolhida, de escuta e de intervenções com os adultos que delas se encarregam. É importante, sobretudo, operacionalizar um trabalho com famílias, buscando torná-las sujeitos de ação transformadora e modificadora na busca de uma melhor qualidade de vida, ou seja, o trabalho precisa ser no sentido de emancipação, de que a família seja agente ativo na resolução dos seus próprios problemas. É correlata a crescente intervenção de especialistas na família e na criação de crianças, na literatura científica brasileira este tema tem sido tratado sob o vértice do referencial teórico-prático do treinamento em habilidades sociais e treinamento comportamental para pais. Avessa aos discursos hegemônicos e normativos, a psicanálise se ocupa em singularizar, em considerar as especificidades de cada sujeito e de cada família em seus respectivos territórios. Considerando as contribuições da psicanálise e, em especial, da obra de Winnicott, pode-se afirmar que para obter o melhor dos pais, deve-se conceder-lhes plena responsabilidade no tocante ao que constitui seu assunto particular, isto é, a criação de sua própria família. Nesta conjuntura, as intervenções em grupo de pais orientadas pela psicanálise coadunam com propostas de trabalho alinhadas à saúde coletiva. O suporte e o cuidado aos pais, procurando dar condições para que os mesmos viabilizem a retomada do desenvolvimento saudável da criança é uma interessante estratégia de Promoção de Saúde e

Prevenção de Agravos. Este estudo busca, por meio do estudo de caso das intervenções realizadas com pais e responsáveis de crianças e adolescentes, com idade entre 3 e 14 anos, no período de julho/2020 à abril/2021, em um Centro de Especialidades: 1) identificar o perfil sociodemográfico e de saúde da população atendida; 2) verificar quais são os temas mais relevantes de serem abordados no atendimento aos responsáveis e 3) propor parâmetros qualitativos para o desenvolvimento de tecnologias de intervenção eficazes, que possam ser realizadas nos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivo geral

Relatar a experiência do atendimento aos responsáveis por crianças e adolescentes com idade entre 3 a 14 anos.

Objetivos específicos

1. Identificar a prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais, queixas e sintomas relacionados à saúde mental na população atendida.
2. Identificar o perfil sociodemográfico da população atendida.
3. Verificar de que forma os fatores ambientais influenciam na gravidade de queixas e sintomas relacionados à saúde mental na infância e adolescência.
4. Verificar quais são os temas mais relevantes de serem abordados nos atendimentos de orientação parental.

Revisão da literatura

A constituição de 1988 e a saúde coletiva

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil - ocorrido no final da década de 70 - culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e configurou um movimento importante na saúde pública brasileira, pois a partir dele a saúde passou a ser compreendida como um direito do cidadão e um dever do Estado. Os debates nacionais que incluíram a participação popular resultaram na implantação de um modelo de atenção à saúde garantidos

pelo Estado, segundo a Constituição Federal de 1988 - qualificada como “Constituição Cidadã” e que está fundamentada no Estado Democrático de Direito, tendo como um dos seus princípios a dignidade da pessoa humana (art. 1º). De acordo com a Lei nº 8.080 (1990) regida pela Constituição, tem-se que os princípios básicos que orientam a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) são a universalidade (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência), a integralidade (atendimento em todos os níveis de complexidade, individuais e coletivos), a equidade (garantia de acesso à saúde por todos os cidadãos, cada qual às suas necessidades), a descentralização político-administrativa, a participação da comunidade (através dos Conselhos de Saúde) e a organização da rede de serviços de modo regionalizado e hierarquizado.

No documento oficial que retoma a história da construção do SUS (Brasil, 2006), a compreensão de saúde é tida como um direito que se estrutura não só como reconhecimento da sobrevivência, mas como direito ao bem-estar completo, conforme a definição da Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2006). Considerando tais documentos, pode-se afirmar que as políticas públicas de saúde devem abarcar o ser humano de maneira integral, o que implica um olhar para além das doenças, em busca da promoção da saúde (Figueiredo & Motta, 2014). Neste contexto, as demandas referentes à saúde mental, embora devam permanecer sendo atendidas em níveis de tratamento e reabilitação, devem consolidar-se nos âmbitos da promoção de saúde e prevenção de agravos (Desviat, 2018; Figueiredo & Motta, 2014). A conferência de Alma-Ata (OMS, 1978) marcou o impulso para o desenvolvimento dos cuidados primários ao propor deslocar o centro de interesse hospitalar e assistencial para a assistência básica à saúde, incluindo a promoção e prevenção das doenças. Seguindo essa mesma lógica, a Carta de Ottawa descreve a necessidade de se construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes que favoreçam a saúde, desenvolver habilidades pessoais, fortalecer a ação comunitária e reorientar serviços de saúde (OMS, 1986, apud Desviat, 2018). Enfatiza-se, portanto, a necessidade de intervenções capazes de melhorar o estilo de vida, estimular a autoajuda e o protagonismo social, sendo um dever do profissional de saúde focar não somente na enfermidade do usuário, mas fornecer atenção integral sobre a pessoa (Lalonde, 1974; Starfield, 2002; Vecchia & Martins, 2009).

As políticas públicas de saúde e a psicologia comunitária

Diante deste cenário, o psicólogo é convocado a se inserir em múltiplos equipamentos de saúde e a atuar dentro de uma rede de cuidados, tendo compromisso com a humanização dos serviços de atenção especializada e com a qualidade do trabalho ofertado, considerando que o atendimento deve romper com a tutela e dependência dos serviços de saúde (Brasil, 2007; Freitas, 2015). O espaço do serviço público possibilita uma real inserção comunitária, capaz de permitir o desenvolvimento de um “fazer psicológico”, traduzido em práticas junto aos grupos vulneráveis que buscam a emancipação e o fortalecimento comunitário (Freitas, 2015). Pesquisas revelam que o modelo convencional de trabalho da psicologia clínica não é capaz de suprir as especificidades do campo da saúde mental em órgão público (Archanjo, 2012; Dimenstein, 1998; Vecchia & Martins, 2009), sendo necessário uma modificação no processo de trabalho.

Em termos gerais, a formação do psicólogo costumava responder ao paradigma clínico em sua forma mais reducionista - centrado na enfermidade e nos enfoques assistenciais orientados pelo modelo de consultório privado e prática liberal da profissão (Saforcada, 2016). Nestas condições, as primeiras aplicações práticas no serviço público foram os atendimentos relacionados ao diagnóstico e tratamento de crianças com transtorno do desenvolvimento e adultos com “enfermidades mentais” (Saforcada, 2016). A qualidade da relação entre a psicologia e a saúde pública acaba sendo restrita, pois foi construída sobre a base do paradigma clínico individual, sendo essa lógica tão enraizada que durante muito tempo os gestores dos serviços de saúde não viram as potencialidades do trabalho dos psicólogos em outras áreas desse serviço (Saforcada, 2016). De acordo com Matarazzo (1980), a psicologia da saúde pode ser definida como o conjunto de contribuições específicas educativas, científicas e profissionais, que no plano concreto das ações cotidianas de atenção à saúde é essencial para alcançar a eficiência no enfrentamento dos problemas de saúde integral na humanidade, sendo assim um imperativo da razão e um requerimento da ética.

O Ministério da Saúde postula que práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações comuns à vida cotidiana devem ser evitadas, enquanto que devem ser preconizadas a utilização de recursos comunitários e abordagens coletivas como estratégias para atenção em saúde mental (Brasil, 2007). Seguindo essa mesma lógica e indo de encontro à Lei nº 10.216 (Brasil, 2001), cabe ao psicólogo inserido numa equipe de saúde mental promover ações de saúde com a devida participação da sociedade e da família, colocando-os num lugar de parceiros no tratamento e buscando constituir redes de apoio e

integração (Brasil, 2007; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP], 2011; Figueiredo & Motta, 2014).

Uma prática voltada prioritariamente para o tratamento nos moldes da psicoterapia tradicional desvia o psicólogo da atuação em campos multiprofissionais e de promoção e prevenção (Sangioni, Patias & Pfitscher, 2020). Embora haja espaço para a realização da psicoterapia quando necessário, a acomodação do profissional nestas modalidades de atendimento infringe os princípios universalistas do SUS (Archanjo, 2012). Para oferecer um atendimento integral e garantir a equidade de acesso aos serviços, é necessário que o profissional lance mão de técnicas mais ágeis e apropriadas para o atendimento de um grande volume de usuários de forma eficaz (Figueiredo & Motta, 2014). Diante deste cenário, as técnicas de grupo focal e psicoterapia breve chamaram a atenção dos profissionais da saúde, tendo em vista que são práticas em conformidade com as diretrizes preconizadas pelo SUS e seus princípios, pois podem contribuir para a democratização do acesso à saúde, permitindo a participação popular de acordo com suas necessidades específicas (Sangioni, Patias & Pfitscher, 2020).

Neste contexto, alguns autores enfatizam a importância de intervenções que engajem a família e os pais na atenção aos problemas relacionados à saúde mental na infância (Guimarães, Malaquias & Pedroza, 2013; Macedo & Monteiro, 2006; Medeiros, 2003; Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016; Osti & Bonafé, 2016; Prata & Santos, 2007; Silva, Nunes, Betti & Rios, 2010; Zanetti & Gomes, 2014). De acordo com Figueiredo e Motta (2014), "a autonomia dos usuários, pretendida pelas prerrogativas do SUS, passa pelo processo de desenvolvimento dos indivíduos, e por consequência, pelo estabelecimento de relações familiares que contribuam para o amadurecimento" (p. 52). Cuidar da saúde mental dos membros da família, a fim de que possa assegurar a continuidade do desenvolvimento da criança é primordial quando se pensa em saúde mental (Figueiredo & Motta, 2014; Prata & Santos, 2007).

Criança como Sujeito e o seu lugar na sociedade

A ideia de infância, sentimento de infância e representação de infância são fenômenos do princípio da vida em sociedade (Bulaty & Pietrobon, 2010). Philippe Ariès, importante historiador da família, define o sentimento de infância e sua história através de 3 identidades:

1) na idade média: a criança negada; 2) na idade moderna: a criança institucionalizada/criança aluna e 3) na contemporaneidade: a criança enquanto sujeito social e de direitos (Ariès, 1981). Na idade média, mulheres e crianças eram consideradas seres inferiores e que não mereciam nenhum tipo de tratamento diferenciado, sendo que a duração da infância era reduzida (Barbosa e Magalhães, 2008). Em meados do século XII a arte medieval desconhecia um lugar para a infância - a criança era tida como um instrumento de manipulação ideológica dos adultos e, a partir do momento em que apresentava independência física, era imediata e precocemente inserida no trabalho - “criança-operária” (Ariès, 1981).

...o sentimento da infância não existia - o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significava o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde a consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude constante de sua mãe ou de sua ama, ela ingressa na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes... (Ariès, 1981, p. 156).

O sentimento de infância ganha força na idade moderna, através da preocupação com a educação moral e pedagógica, sendo essa uma preocupação ainda guiada pelo cuidado com o comportamento e a civilidade - a criança deveria ser apresentável à sociedade, disciplinada e ter “boas maneiras” (Barbosa e Magalhães, 2008). Neste contexto, a criança passou a sair do domínio familiar para dar entrada no domínio do Estado (escolas), passando a ser institucionalizada e constituída através de práticas educativas carregadas de ideologia, transformando também a família em veículo de dominação do Estado (Bulaty & Pietrobon, 2010). O sentimento de infância contemporâneo implica-se numa concepção contrária à ideia de institucionalização escolar (traz a importância do aprendizado individual) e reconhece a criança enquanto Sujeito Social de direitos e deveres (Barbosa e Magalhães, 2008; Bulaty & Pietrobon, 2010).

Entender o sentimento de infância numa perspectiva histórica e social, torna possível buscar no passado as explicações para as ações do presente, ou seja, conhecer a infância e suas necessidades é o caminho necessário para o desenvolvimento de trabalhos em prol desta população (Barbosa e Magalhães, 2008). Foi a partir da concepção histórica e

social que a criança veio a ocupar um lugar de Sujeito, desencadeando investimentos de cunho social e científico que culminaram em políticas públicas específicas para a população infantojuvenil.

Documentalmente, houveram dois momentos que marcaram construção de uma nova concepção sobre a infância e adolescência: 1) a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, que afirmou a criança como sujeito e cidadão de plenos direitos (ONU, 1989); 2) a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que estabeleceu direitos de cidadania para esta população e priorizou a proteção integral como marco orientador das novas políticas e ações a serem dirigidas à infância e adolescência (Brasil, 1990). Estes dois acontecimentos foram responsáveis pela proposição da política de saúde mental para crianças e adolescentes, que posteriormente foi pauta da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) (Couto & Delgado, 2015). Dentre as principais deliberações da CNSM para a construção de uma Política Nacional de atenção à saúde mental de crianças e adolescentes, consta que: 1) essa política deveria ser orientada pelos princípios do ECA, da Lei 10.216 e dos marcos éticos da Reforma Psiquiátrica; 2) deveria ter caráter intersetorial e orientar a construção de uma rede de cuidado de base territorial e sensível às particularidades; 3) as ações de cuidado deveriam se precaver contra a medicalização e institucionalização e 4) as práticas de atenção deveriam se opor à finalidade de controle e ajustamento de conduta (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Deliberou-se também que, enquanto ação prioritária a ser desenvolvida pelo SUS, estava a criação de mecanismos efetivos de participação popular, com composição intersetorial (Brasil, 2002).

A saúde mental na infância e adolescência: panorama geral

O Brasil possui, atualmente, cerca de 39 milhões de crianças de 0 a 12 anos, isso representa 18% de toda a população brasileira (Brasil, 2005). Transtornos comportamentais na infância são a 6ª maior causa de carga de doenças na população infantojuvenil (OPAS/OMS, 2021). No Brasil ainda persiste uma defasagem entre a necessidade de atenção em saúde mental para crianças e adolescentes e a oferta de uma rede de serviços capaz de responder por ela (Couto & Delgado, 2008). Documentalmente, as ações relacionadas à saúde mental infantojuvenil foram designadas aos setores da educação e assistência social, com propostas mais reparadoras e disciplinares do que clínicas ou psicossociais, tendo poucas proposições pela área da saúde mental (Brasil, 2002; Brasil, 2005). Programas de promoção e prevenção

da saúde mental infantojuvenil exigem uma abordagem multinível com plataformas de distribuição variadas (Couto & Delgado, 2015). Neste contexto, faz-se necessário um esforço dirigido ao incremento da capacidade de formular intervenções amplamente aplicáveis e culturalmente adaptadas, tais como as abordagens comunitárias, psicossociais e familiares - formando uma resposta contínua para a efetividade do cuidado em saúde mental na infância (Couto & Delgado, 2008; Duarte & Bird, 2002; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007; WHO, 2005).

Epidemiologia de transtornos mentais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes e fatores associados

O paradigma contemporâneo de saúde tem como peça fundamental e indissociável a saúde mental. O alto grau de limitação funcional e sofrimento causado pelos problemas de saúde mental resultam em grave impacto na qualidade de vida e produtividade, sendo que 22,7% dos anos vividos com incapacidade pela população mundial atualmente (years of life lost to disability; YLD) são decorrentes de problemas de saúde mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Cerca de 50% a 75% desses transtornos têm início antes dos 18 anos e tem uma possível continuidade ao longo do desenvolvimento, persistindo até a idade adulta, causando impacto deletério e custos duradouros para os indivíduos e sociedade (Machado & col, 2014; Paula & col, 2015; Pihlakoski & col, 2006; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007). Estudos de coorte de nascimento, que acompanham prospectivamente o desenvolvimento de amostras representativas da população, demonstram que cerca de 50% dos adultos com transtornos mentais já apresentavam tal psicopatologia na adolescência (Kim-Cohen & col, 2003). A literatura científica é bastante motivada a entender a transição entre sintomas atenuados e breves e sintomas graves, objetivando trabalhar numa linha de prevenção e intervenção precoce (Pihlakoski & col, 2006; Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Anselmi & col, 2008; Kessler & col, 2012; Fox & col, 2001). Há 20 anos, a OMS divulgou um relatório sobre os transtornos mentais e os principais fatores que contribuem para o surgimento desses transtornos, o relatório mencionava os transtornos da infância e adolescência e ressalta o quanto eles eram comuns e podem ser incapacitantes (WHO, 2001; Kim-Cohen & col, 2003).

Segundo estimativas da ONU, as crianças e adolescentes representam, respectivamente, cerca de 30% e 14,2% da população mundial (ONU, 2012). A média global

da taxa de prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais nessa população foi de 15,8% (Roberts, Attinksson & Rosenblatt, apud Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). A taxa de prevalência tende a aumentar proporcionalmente com a idade, sendo que a prevalência média entre os pré-escolares foi de 10% e entre os adolescentes, de 16% (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Estima-se que no Brasil, a prevalência de problemas de saúde mental na população infanto-juvenil varia entre 10% e 20%, a depender da região investigada, da exposição a fatores de risco e da metodologia empregada nos estudos (Brasil, 2005; Machado & col, 2014; Paula, Duarte & Bordin, 2007; Paula & col, 2015; Polanczyk, Lamberte & col, 2012), com tendência dos sintomas persistirem de forma crônica, causando prejuízos sociais, funcionais e financeiros (Kim-Cohen & col, 2003; Machado & col, 2014; Polanczyk, Lamberte & col, 2012; Polanczyk, 2009). Numericamente, essas estatísticas representam, no Brasil, cerca de 50 milhões de crianças e adolescentes que sofrem de algum transtorno mental (Polanczyk, Lamberte & col, 2012)

Com relação aos principais transtornos mentais e/ou comportamentais em crianças e adolescentes, verifica-se a prevalência dos seguintes diagnósticos: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtornos do Humor; Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta; Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Espectro Autista (TEA) e Transtorno por Uso de Substâncias (TUS), sendo esse último mais frequente na adolescência (Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013; Merikangas & col, 2010; Belfer, 2008; Kieling & col, 2011; Omigbodun, 2008; Rocha, Graeff-Martins, Kieling & Rohde, 2015; Hoven & col, 2008; Merikangas & col, 2010; Paula & col, 2015). Os resultados de estudos realizados com a população brasileira vão de encontro aos dados internacionais, constatando a prevalência dos mesmos diagnósticos e incluindo também a prevalência da Deficiência Intelectual (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Fatori & col, 2018; Anselmi & col, 2008; Machado & col, 2014; Paula & col, 2015; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007).

Os transtornos mentais e comportamentais são produtos da interação entre genes de vulnerabilidade e fatores ambientais em fases específicas do desenvolvimento, ou seja, as variáveis ambientais (p. ex: experiências traumáticas) podem regular a expressão gênica (p. ex: epigenética) para produzir expressões fenotípicas específicas (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Faz-se necessário integrar os conhecimentos da psicodinâmica com as ciências biológicas, com a finalidade de transformar esse conhecimento em intervenções efetivas para garantir o desenvolvimento saudável e integral da população infantojuvenil (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Pode-se afirmar que etiologia dos acometimentos psíquicos é

composta pelo produto de inter-relações complexas e dinâmicas entre as dimensões endógenas - fatores determinantes que são inerentes ao organismo e estabelecem a receptividade do indivíduo (p. ex. genéticas e biológicas); e exógenas - fatores determinantes que dizem respeito ao ambiente (p. ex. ambientais e sociais) (Scippa, 2000).

Fatores endógenos

Os fatores endógenos são compostos por: 1) fatores biológicos, relacionados a anormalidades do sistema nervoso central, causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas e; 2) fatores genéticos, relacionados à história familiar de transtorno mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Estudos realizados com gêmeos e adotados demonstraram a influência dos fatores genéticos no desenvolvimento dos transtornos mentais, sendo que a magnitude dessa influência varia de acordo com o tipo de transtorno - p. ex: há um coeficiente de herdabilidade de aproximadamente 80% para o TDAH, e de 95% para TEA (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). O histórico de transtorno mental na família também se mostrou associado a transtornos de humor e de ansiedade, porém esse fator esteve associado à ocorrência de qualquer transtorno mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Os genes envolvidos na susceptibilidade aos transtornos psiquiátricos são constituídos por variantes alélicas que não alteram as funções vitais e que representam, individualmente, uma pequena magnitude de efeito ao aumentar o risco para o transtorno (Scippa, 2000). A manifestação do transtorno depende da presença de um conjunto de genes que interagem entre si resultando em uma fisiopatologia complexa, sendo que um aspecto inerente aos transtornos mentais na população infanto-juvenil é a influência do meio sobre a expressão gênica e sobre a modulação da atividade mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Weaver & col, 2004). Ainda, os genes podem apresentar um efeito indireto, isto é, determinar a sensibilidade aos riscos ambientais que, por sua vez, irão relacionar-se com o processo psicopatológico (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Em outras palavras, os fatores genéticos podem predispor à exposição aos estressores ambientais e também moderar o efeito de estressores ambientais, tal qual os eventos ambientais são capazes de modular e expressão gênica (Polanczyk, 2009).

Fatores exógenos

Quando se fala em adoecimento mental, fala-se também de uma ordem de complexidade entre a causa, ou seja, o agente etiológico, e o efeito adverso reconhecido na psicopatologia (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). O mal estar psíquico revela algo do sujeito e por esta razão não há como simplesmente eliminá-lo sem implicar as razões subjetivas e sem que o sujeito esteja implicado na terapêutica - tal qual está implicado no sintoma (Dolto, 2013). Neste contexto, a psicanálise incidiu no campo da psicopatologia (estudo das doenças mentais), de forma a considerar a causalidade psíquica para além da investigação das disfunções neuroquímicas, dos transtornos a serem eliminados, ou das alterações degenerativas (Lacan, 1946).

Os estudos no campo da psicopatologia, desde as origens em Kraepelin e Freud, até os estudos atuais de quaisquer vertentes ou abordagens, tratam da ordem do particular articulada ao coletivo (Bercherie, 1989). Hoje, pensa-se numa origem multifatorial composta também por fatores exógenos, sendo que esses fatores exercem um importante e duradouro efeito sobre o desenvolvimento emocional (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). Os fatores de risco exógenos podem ser divididos em: 1) fatores ambientais - cuidado parental, relacionamentos interpessoais, conflitos familiares, exposição a eventos estressores tais como abuso e violência; 2) fatores sociais - rede de apoio social, vizinhança e território, nível socioeconômico e cultura (Polanczyk, 2009). Problemas nas relações familiares também foram caracterizados como fatores dificultadores no tratamento dos problemas de saúde mental e agravamento dos sintomas em crianças e adolescentes (Souza, Abade, Silva & Furtado, 2011). O conhecimento desses potenciais fatores de risco à saúde mental de crianças e adolescentes traz a possibilidade de desenvolvimento de programas de intervenção focados em prevenir ou atenuar os efeitos desses transtornos (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014). Neste enquadre, faz-se necessário compreender a etiologia dos acometimentos psíquicos dentro de uma abordagem desenvolvimental (Polanczyk, 2009).

Fatores protetivos

O acesso à informação adequada e o apoio familiar são fatores protetivos capazes de evitar ou atenuar o adoecimento mental na infância e adolescência (Averna & Hesselbrock, 2001). As orientações precoces dos pais, amizades próximas baseadas em características positivas, suporte familiar diante de situações de risco e manejo comportamental adequado dos pais também foram associados com baixo risco para problemas de saúde mental (Averna

& Hesselbrock, 2001). Estudos de revisão sistemática corroboraram que adolescentes que recebem apoio, suporte, monitoramento e supervisão adequados dos pais são menos propensos ao uso de substâncias psicoativas (Paiva e Ronzani, 2009). Mesmo em territórios de risco e com familiares que possuem algum transtorno mental grave, verificou-se que o suporte social (na escola, em alguma religião ou espaço de convivência) e relacionamento familiar positivo podem reduzir o impacto de eventos ambientais estressores, bem como o surgimento de psicopatologia em adolescentes. (Gomide, Salvo, Pinheiro & Sabbag, 2005; Silva, Nunes, Betti, & Rios, 2010; Yu & Stiffman, 2010).

Há ainda uma ligação intrínseca entre cuidados maternos (entende-se por “materno” qualquer pessoa que exerça o cuidado principal) e saúde mental, ligação essa que foi amplamente estudada por John Bowlby e Mary Ainsworth, precursores na teoria do apego (Bowlby, 1981; Dawson 2018; Ainsworth, 1967). Sabe-se hoje que o apego seguro (segurança física e emocional que propicia senso de importância individual e capacidade de conexão com outras pessoas) estabelecido com os cuidadores principais é um fator de proteção extremamente importante (Dawson 2018; Slade, 2005; Atkinson e col, 2000). A sensibilidade materna (percepção correta dos sinais da criança, com resposta imediata e apropriada), responsividade afetiva e validação emocional também são fatores protetivos ao desenvolvimento psíquico saudável (Slade, 2005; Atkinson e col, 2000).

Há uma crescente preocupação em avaliar o comportamento de crianças que experimentaram ambientes adversos de cuidado, refletindo sinais de supostos transtornos do apego (Mikulincer & Shaver, 2012). Zeanah e Gleason (2015), ao conduzirem um importante estudo de revisão sistemática, verificaram que crianças institucionalizadas apresentam um padrão de apego predominantemente desorganizado, seguido do inseguro e, por fim, seguro; enquanto que crianças que crescem com suas famílias possuem predominância de apego seguro. Essas crianças estavam em um serviço de acolhimento de referência e foram muito bem cuidadas do ponto de vista nutricional e de higiene, com um bom número de cuidadores e atendimento especializado (Zeanah & Gleason, 2015). Mesmo com os melhores cuidados clínicos e educativos, observou-se uma prevalência de transtornos relacionados aos ciclos de apego em crianças institucionalizadas, reafirmando o impacto das relações familiares e de um ambiente suficientemente bom, capaz de propiciar um desenvolvimento emocional saudável (Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016; Mikulincer & Shaver, 2012; Zeanah & Gleason, 2015). Os dados da literatura sugerem que a ausência de cuidado afetivo e efetivo na primeira infância poderia gerar prejuízos, foi a partir desta constatação que os Transtornos do Apego foram

incluídos no DSM III e permanecem até hoje (Mikulincer & Shaver, 2012). Existe, ainda, uma forte associação entre Transtornos do Apego e apego desorganizado com os Transtornos do Neurodesenvolvimento (TDAH, Transtorno da Comunicação, Transtorno da Aprendizagem, Transtornos Motores, Deficiência Intelectual e TEA) (Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016). Essa associação se dá em razão de uma sintomatologia compatível com tais diagnósticos (que não necessariamente caracterizam um transtorno), porém são sintomas que se deram por razões ambientais relacionadas ao ciclo de apego (Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016). Tais dados reafirmam a relação afetiva familiar como fator protetivo para o não desenvolvimento de psicopatologia.

Sabe-se ainda que os transtornos relacionados ao ciclo de apego não são, necessariamente, predisponentes para o desenvolvimento de distintas psicopatologias, mas que existem fatores mediadores e moderadores que influenciam no desenvolvimento de tais psicopatologias diante das vulnerabilidades do indivíduo (Polanczyk, 2009; Ein-Dor, Viglin & Doron, 2016). Nesta conjuntura, faz-se necessário organizar intervenções precoces no eixo dos fatores exógenos (que são passíveis de mudança) para a sintomatologia em saúde mental da infância e adolescência. Ainda, o Gráfico de Heckman, autor conhecido e amplamente citado nos estudos de primeira infância, coloca ênfase nos investimentos nos anos iniciais da vida, propondo que o retorno desse investimento seria de grande valia para a sociedade como um todo, tanto financeiramente, quanto administrativamente e politicamente (Heckman, 2021). Estudos estatísticos e epidemiológicos constataram que ambientes de qualidade na primeira infância poderiam evitar os atrasos de desenvolvimento em crianças (Heckman, 2021).

O lugar dos pais no atendimento infantil

O desenvolvimento saudável de uma criança é promovido por uma família que tenha capacidade de formar com ela relações recíprocas e empáticas, permeadas por uma completa expressão de afeto (Polanczyk, Lamberte & col, 2012). As características individuais da criança, temperamento, vulnerabilidades e habilidades, bem como as progressões desenvolvimentais e as mudanças, precisam ser aceitas, facilitadas e valorizadas pela família (Zeanah & Zeanah, 2009 apud Polanczyk, Lamberte & col, 2012).

Inscriver a família como parceira do cuidado e desenvolver práticas baseadas na interdisciplinaridade e na articulação dos recursos comunitários são condutas essenciais na atenção à saúde da criança (Osti & Sei, 2016). A criança não busca por si mesma a ajuda de um profissional da saúde - os pais são responsáveis não somente por levar a criança ao atendimento, mas, essencialmente, por localizar nela um sofrimento e uma preocupação inicial (Merletti, 2021). Desta forma, o atendimento às crianças exige a criação de outros dispositivos de acolhida, de escuta e de intervenções com os adultos que delas se encarregam (Merletti, 2021; Osti & Sei, 2016). É importante, sobretudo, operacionalizar um trabalho com famílias, buscando torná-las sujeitos de ação transformadora e modificadora na busca de uma melhor qualidade de vida, ou seja, o trabalho precisa ser no sentido de emancipação, de que a família seja agente ativo na resolução dos seus próprios problemas (Macedo & Monteiro, 2006; Minuchin, 1999).

Em se tratando da busca por atendimento psicoterapêutico, observa-se frequentemente o cenário de uma dinâmica permeada por sintomas localizados na criança, mas advindos do funcionamento familiar como um todo (Osti & Sei, 2016). Na clínica psicológica, a criança pouco expressa o desejo de tratamento, ficando esta função a cargo dos pais ou da escola, que apresentam a queixa e o desejo inicial de que ela seja tratada (Dolto & Nasio, 1991; Mannoni, 1971; Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016; Osti & Sei, 2016). Sendo assim, num primeiro momento, o psicólogo escuta quem solicitou o tratamento e o aparente sintoma do infante surge como algo que possa incomodar a própria criança, mas incomoda principalmente aqueles que buscaram pelo atendimento (Osti & Sei, 2016). Ao tratá-la é preciso entrevistar os pais para colher informações e orientá-los com relação aos aspectos comportamentais e emocionais dos filhos, intervindo na realidade da vida em comum (Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016). O pressuposto de que pais e filhos estão implicados entre si leva, necessariamente, a admitir que no setting terapêutico os pais estão sempre presentes, não apenas fisicamente, mas também através do discurso da criança (Prizskulnik, 1995). A presença dos pais colabora no trabalho com a criança e, muitas vezes, é fundamental para o sucesso do tratamento (Mannoni, 1971; Prizskulnik, 1995).

Família e funções parentais na contemporaneidade

Faz-se necessário localizar a que sujeitos este artigo se refere quando se fala do lugar da família no atendimento infantil: a entrada na parentalidade não é, necessariamente,

decorrência da gestação e do parto, mas de um ato da mulher ou do homem que assume o lugar de mãe ou de pai de uma criança (Teperman, 2020). Nesse sentido, para a psicanálise, o ponto de partida da parentalidade sempre implica o paradigma da adoção (Teperman, 2020). O termo “parentalidade” nomeia e legitima (via discurso jurídico) laços familiares antes inexistentes e não regidos por vínculos biológicos, como os que se evidenciam nas novas configurações familiares (Teperman, 2020). Considerando estas informações, pode-se afirmar que qualquer adulto que esteja, no momento, exercendo a função parental pode ser auxiliado pelas intervenções psicológicas centradas na família (Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016).

Historicamente, as regras estabelecidas pelos pais eram inquestionáveis - os pais puniam e castigavam com direito legítimo de educador e o rigor físico das punições era irrefutável (Gomide, 2004). A revolução de costumes da década de 50 trouxe questionamentos sobre o modo de educar os filhos - os severos costumes foram substituídos por ideias de liberdade sexual e regras flexíveis e a punição física foi repudiada, dando valor ao diálogo como fonte de educação (Gomide, 2004; Gomide, 2006). O problema do radicalismo com relação ao diálogo é que os pais modernos, para conquistar um papel de "amigo" dos filhos, abriram mão do seu papel de educadores, deixaram de estabelecer regras, esqueceram-se de ser exemplo moral e passaram a usar a conversa de forma punitiva (horas de sermão e ameaças) e não como forma de reflexão - romperam com a punição e se tornaram permissivos (Gomide, 2004; Gomide, 2006). Os valores tradicionais que embasaram o processo educacional passaram a ser questionados e os modelos novos ainda não foram totalmente estabelecidos (Zanetti & Gomes, 2014). Neste contexto, torna-se necessário que os pais construam uma teoria de apoio consistente para suas práticas, de um modo particular (Zanetti & Gomes, 2014). Diante dos dilemas parentais na contemporaneidade, os questionamentos feitos pelos pais demarcam a importância de um trabalho específico voltado às habilidades parentais (Gomide, 2004; Gomide, 2006; Silva, Nunes, Betti & Rios, 2008).

Referenciais teóricos em atendimentos de orientação parental

É correlata a crescente intervenção de especialistas na família e na criação de crianças (Zanetti & Gomes, 2014). A parentalidade como prática garantidora da constituição, da formação e da educação dos sujeitos revela uma busca obsessiva por garantias, esta é uma

questão atual, que encontra nos especialistas pretensas respostas (Garrafa, 2020). Interferências externas oriundas da ciência, por diversos meios questionaram a condição da criança na família e o saber dos pais sobre seus filhos (Prizskulnik, 2002; Wagner, 2003). Como decorrência, surgiram dúvidas e inseguranças na tarefa de educar, seguida da busca pela instrumentalização de um suposto saber que permitiria o controle da transmissão geracional sem falhas (como se isso fosse possível) - um legítimo apelo ao especialista que garante (Teperman, 2020; Zanetti & Gomes, 2014).

Na literatura científica brasileira este tema tem sido tratado, em diversos trabalhos, sob o vértice do referencial teórico-prático do treinamento em habilidades sociais e treinamento comportamental para pais (Bolsoni-Silva, 2007; Del Prette & Del Prette, 2016; Del Prette & Del Prette, 2017; Gomide, 2004; Gomide, 2006; Silva & Marturano, 2002). A psicanálise, por sua vez, se ocupa da escuta daquilo que responde pela produção dos fenômenos, bem como o que aponta para a incompletude do saber e para o que escapa às possibilidades de apreensão pela linguagem (Teperman, 2020).

Abordar a parentalidade a partir da psicanálise visa colocar em primeiro plano a importância de escutar como a angústia emerge no fenômeno parental em cada sujeito e as respostas que a cultura tem produzido diante desse fenômeno (Zanetti & Gomes, 2014). Longe de se constituir como um saber especializado, trata-se de recortar um campo de estudos fértil para se debruçar sobre os desafios encontrados nesse momento da vida que, como pais ou como filhos, atravessa a todos (Teperman, 2020). Cada sujeito, a partir da elaboração de sua história única, responderá de forma singular às forças que o campo parental convoca (Figueiredo & Motta, 2014). O impulso de corrigir as imperfeições da civilização vem se particularizando no campo da família e da criação de crianças através do discurso da parentalidade (Garrafa, 2020). Valendo-se das angústias de pais, mães e educadores, tais discursos renovam e dão consistência à ilusão de harmonia, anunciando-a sob a forma da eficiência e da competência parental, como se fosse possível - e desejável - um transmissão familiar perfeita e sem restos (Medeiros, 2003; Teperman, 2020). Trata-se, portanto, de uma dimensão normativa e ortopédica, que recorre a discursos que investem na figura de pais competentes, implicados num modo de vida voltado à educação das crianças e despojados dos dramas que a família comporta (Teperman, 2020). Teperman (2020), evoca a relevância da desomogeneização e acrescenta um alerta: “Dito de outro modo, é preciso recordar que não se deve tirar de alguém sua particularidade, a fim de misturá-lo com todos no universal,

em razão de algum humanitarismo ou qualquer outro motivo” (Laurent, 2007, pp.145 apud Teperman, 2020).

O trabalho com pais e famílias: perspectiva psicanalítica

Avessa aos discursos hegemônicos e normativos, a psicanálise se ocupa em singularizar, em considerar as especificidades de cada sujeito e de cada família em seus respectivos territórios (Figueiredo & Motta, 2014; Garrafa, 2020; Prizskulnik, 1995; Teperman, 2020; Zanetti & Gomes, 2014). Ao estudar a família, a psicanálise localiza a transmissão, por aqueles que se ocupam das funções parentais, das condições mínimas e necessárias para o estabelecimento de uma subjetividade - a transmissão familiar é de ordem inconsciente, implica a subjetividade de cada um dos envolvidos e não coincide com uma tarefa pedagógica (Teperman, 2020).

A maioria dos estudos que circundam o tema da relação pais e filhos não recorre à psicanálise para fundamentar a compreensão de seus resultados (Medeiros, 2003; Zanetti & Gomes, 2014). Winnicott (1993) declara que “é um insulto doutrinar pessoas”, e sim “apreender as coisas comuns que as pessoas fazem e ajudá-las a compreender porque é que as fazem” (Winnicott, 1993, p. 3). Faz-se necessário discutir com os pais o gênero dos problemas que enfrentam, o tipo de coisa que fazem e o que podem esperar de suas ações, mas não dizer-lhes precisamente o que devem fazer (Figueiredo & Motta, 2014; Winnicott, 2019a). Uma boa mãe é o melhor juiz para decidir o que é bom para o seu próprio filho, desde que esteja informada quanto aos fatos e educada quanto às necessidades (Winnicott, 2019a). É possível que a hipótese de que o saber especializado sobreponha o saber dos pais sobre os próprios filhos, provenha do treino especializado dos profissionais de saúde, que possuem conhecimento técnico do processo saúde-doença, mas que não estão forçosamente qualificados para compreender toda a tarefa dos pais (Winnicott, 1989; Winnicott, 2019a). O profissional que respeita o conhecimento especializado dos pais grangeia facilmente o respeito por seu próprio conhecimento especializado (Winnicott, 2019a). Tudo o que não apoiar especificamente a ideia de que os pais são pessoas responsáveis será prejudicial, em longo prazo, ao próprio âmago da sociedade (Winnicott, 1993; Winnicott, 1984; Winnicott, 1990; Winnicott, 2019a). Considerando as contribuições da psicanálise e, em especial, da obra de Winnicott e Dolto, pode-se afirmar que para obter o melhor dos pais, deve-se conceder-lhes plena responsabilidade no tocante ao que constitui seu assunto particular, isto

é, a criação de sua própria família. Nesta conjuntura, as intervenções de orientação a pais e famílias, orientadas pela psicanálise, coadunam com propostas de trabalho alinhadas à saúde coletiva.

Material e métodos

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa observacional descritiva, realizada por meio do estudo de caso das intervenções realizadas com os adultos responsáveis pelas crianças e adolescentes com idade de 3 à 14 anos. Os dados foram coletados por meio de observação participante e prontuário eletrônico. Esse tipo de estudo amplia o escopo da investigação do fenômeno dos atendimentos de orientação parental e seu impacto nas relações familiares, de modo a permitir uma formulação mais precisa dos problemas e estabelecer novas hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores.

Local e período do estudo

O estudo foi conduzido no Centro Municipal de Especialidades (CE), localizado no município de Pinhais - Paraná, que realiza atendimentos ambulatoriais, em regime individual e/ou grupal, de acordo com as necessidades clínicas do usuário. O Centro Municipal de Especialidades conta com profissionais da psicologia, fonoaudiologia, psiquiatria e neuropediatria para realizar ações de prevenção e tratamento às crianças, adolescentes e adultos com problemas relacionados à saúde mental. O serviço possui, ainda, profissionais de saúde residentes em saúde mental das áreas de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social. Os atendimentos são voltados ao acompanhamento de casos de saúde mental de complexidade moderada, ou seja, casos que possuem um grau de sofrimento mental ou alterações de comportamento que afetam consideravelmente a vida da criança ou adolescente e de suas famílias, não necessitando de tratamento intensivo, como o ofertado no CAPSi. Embora os ambulatórios ofereçam atendimentos em grupo e ações no território, estes têm como característica principal o atendimento em consultas eletivas. Os usuários chegam ao serviço mediante encaminhamento médico com referência/contra referência via Central de Marcação de Consultas. Este estudo foi conduzido no período de julho de 2020 a abril de

2021 e todos os dados foram coletados durante o período da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Escola de Saúde Pública do Paraná.

População fonte

Adultos responsáveis por crianças e adolescentes com idade de 3 à 14 anos, vinculados às Unidades de Saúde da Família do Município de Pinhais/PR.

Critérios de inclusão

1. Crianças e adolescentes com idade de 3 anos a 14 anos e 11 meses e seus responsáveis;
2. Que chegaram ao serviço mediante encaminhamento por médico pediatra, neuropediatra, médico da Estratégia de Saúde da Família e da Rede de Proteção - Secretaria Municipal de Assistência Social;
3. Que foram encaminhadas para o atendimento de orientação parental mediante triagem por profissional psicólogo;
4. Cujas informações descritas em prontuário eletrônico estavam completas;
5. Cujos pais participaram de intervenções de orientação parental individuais e/ou grupais;
6. Sujeitos e familiares que participaram de no mínimo dois atendimentos.

Critérios de exclusão

1. Sujeito e familiares cujos prontuários eletrônicos estivessem incompletos ou que não fornecessem informações suficientes para as análises da pesquisa;
2. Sujeito e familiares que tiveram evasão, desistência ou alta por abandono até a ocasião do 2º atendimento.

População do estudo

Constituiu a população do estudo 88 usuários do serviço ambulatorial de psicologia do Centro Municipal de Especialidades, sendo 46 adultos responsáveis por um total de 42 crianças e adolescentes do sexo masculino e feminino.

Amostra e técnica de amostragem

A amostragem se deu de forma não probabilística, por conveniência, de todos os casos encaminhados para atendimento de orientação parental pelo serviço ambulatorial de psicologia do Centro Municipal de Especialidades.

Fontes de material da pesquisa

Tabela-síntese de sessões preenchida pela pesquisadora responsável e prontuário eletrônico, que foi consultado especificamente para os propósitos desta pesquisa. A tabela-síntese sistematiza os temas abordados nas intervenções e que atividades foram propostas. Os prontuários foram consultados a fim de coletar as informações sociodemográficas, a origem do encaminhamento, queixa principal, queixa secundária e os registros de evolução clínica.

Procedimentos

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e autorização da coordenadora do Centro Municipal de Especialidades e da Gerente de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais, mediante Termo de Anuência Institucional. Os participantes da pesquisa não foram contactados, tendo em vista que houve a utilização de dados obtidos somente a partir do estudo de material já coletado e de investigação de prontuários. Os participantes da pesquisa realizaram acompanhamento psicológico na modalidade de orientação parental no período de julho de 2020 a abril de 2021. A partir desses atendimentos, a pesquisadora elaborou uma tabela síntese de sessões baseada nos registros de observação participante e que compõem os principais temas abordados nos atendimentos. Os dados foram coletados por meio da utilização da busca das informações contidas nos prontuários eletrônicos. Os prontuários foram consultados a fim de coletar as informações sociodemográficas, epidemiológicas e os registros de evolução clínica. As

informações referentes aos participantes foram descritas em três categorias principais e organizadas em planilha, compondo um banco de dados. As categorias foram:

1. Características das crianças e adolescentes
 - 1.1 Idade
 - 1.2 Classificação etária
 - 1.3 Sexo
 - 1.4 Raça
 - 1.5 Escolaridade
 - 1.6 Origem do encaminhamento
 - 1.6.2 Médico pediatra
 - 1.6.3 Médico clínico/ Estratégia de Saúde da Família
 - 1.6.4 Rede de proteção/ Secretaria Municipal de Assistência Social
 - 1.6.5 Neuropediatra
 - 1.7 Queixa inicial
 - 1.8 Queixa secundária
 - 1.9 Diagnóstico prévio de Transtorno Mental e/ou Comportamental de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

2. Características dos pais e da família
 - 2.1 Idade
 - 2.2 Sexo
 - 2.3 Raça
 - 2.4 Tipo de vínculo com a criança
 - 2.5 Situação laboral
 - 2.5.1 Empregado
 - 2.5.2 Desempregado
 - 2.5.3 Aposentado
 - 2.6 Histórico familiar de tratamento em saúde mental
 - 2.7 Diagnóstico de Transtorno Mental e/ou Comportamental na família

3. Características do ambiente
 - 3.1 Situação conjugal dos pais
 - 3.1.1 Casados ou amasiados

- 3.1.2 Separados
- 3.1.3 Mãe solteira
- 3.1.4 Mãe falecida
- 3.2 Situação da constituição familiar
 - 3.2.1 Família monoparental
 - 3.2.2 Pais
 - 3.2.3 Família extensa
- 3.3 Número de irmãos e se todos pertencem ao mesmo núcleo familiar

Tabulação e gerenciamento de dados

Os dados coletados pela pesquisadora foram redigidos e armazenados em planilha eletrônica (Microsoft Excel®), conferidos e exportados para posterior análise estatística (Statistica - Statsoft®) e análise qualitativa/ inferencial.

Análise estatística de resultados

Este trabalho avaliou crianças, adolescentes e seus responsáveis, que realizaram acompanhamento psicológico na modalidade de orientação parental no período de julho de 2020 a abril de 2021. Para tal foi inicialmente realizado o perfil sociodemográfico de 42 infantes, sendo analisadas as variáveis: sexo, idade, raça, ano escolar, repetência, tipo de escola e origem do encaminhamento. Foram também avaliadas as frequências de ocorrências das queixas primárias e secundárias das crianças, bem como o diagnóstico prévio.

Foi também avaliado o perfil sociodemográfico dos responsáveis pelas crianças, sendo analisadas as variáveis: idades dos responsáveis, vínculo com a criança, sexo, raça e situação laboral. O número total de responsáveis foi de 46, pois para alguns o pai e a mãe responderam, aumentando o número amostral. As idades foram agrupadas em blocos de 6 anos para uma melhor compreensão das faixas etárias dos responsáveis e melhor caracterização das famílias. O número de respostas sobre a situação laboral foi de 45, pois não houve resposta para uma das crianças.

Ainda, foi realizado um estudo sobre as características do ambiente do qual fazem parte as crianças e adolescentes encaminhados para orientação parental, sendo avaliadas as

seguintes variáveis: situação conjugal dos pais, constituição familiar, número de irmãos e se os irmãos fazem parte do mesmo núcleo familiar. Foram obtidas 41 respostas, pois não se obteve resposta para uma das crianças. Apenas 26 responsáveis responderam a questão sobre o núcleo familiar dos irmãos da criança em questão.

Para avaliar os aspectos relacionados à saúde mental dos responsáveis, foram analisadas as variáveis: histórico familiar de tratamento em saúde mental e diagnóstico de transtorno mental na família. Nota-se a possibilidade de haver mais de um diagnóstico por familiar para uma criança, o que altera o número amostral.

Para todas as variáveis acima citadas foi realizada a frequência absoluta e relativa (em porcentagem), sendo as comparações estatísticas realizadas por meio do teste de Qui-quadrado de bondade de ajuste, assumindo-se um nível de significância de 5%. Estas análises foram feitas no *software* estatístico XLSTAT®.

Em seguida, os infantes foram divididos em dois grupos: 1) com pais que apresentaram diagnósticos de transtornos mentais, e 2) cujos pais não apresentaram tais diagnósticos. Estes dois grupos foram estatisticamente comparados, por meio do teste de Qui-quadrado para independência ($\alpha = 0,05$), as frequências das queixas categorizadas em: abuso e negligência, alterações na dinâmica familiar, comportamentos autolesivos, comportamentos disruptivos, desenvolvimento atípico, queixa escolar, sintomas ansiosos, sintomas depressivos e sintomas mistos.

Não sendo obtida diferença estatística entre os grupos acima citados, foi realizada a Análise de Partição de Variância para identificar o quanto cada matriz de dados influenciou o número de ocorrência das queixas (danos) das crianças. Foram testados os efeitos das diferentes matrizes de variáveis independentes (eixo x: características da criança, do responsável e do ambiente) sobre os valores da variável dependente número de ocorrência de queixas (eixo y). A distância baseada em análise de redundância parcial (dbRDA) foi usada para testar o efeito de cada matriz de variáveis independentes e os resultados foram interpretados em conjunto. O dbRDA parcial foi calculado usando a função “rda” com a distância 'Bray-Curtis' do pacote *vegan* (Wagner et al. 2009). Para uma melhor visualização foi gerado um gráfico de colunas contendo o coeficiente de determinação da criança, do responsável e do ambiente, isoladamente. Foram ainda associados cada um destes agentes das seguintes formas: criança + responsável, criança + ambiente, responsável + ambiente, e criança + responsável + ambiente, visando descobrir quais destas possíveis combinações causariam mais danos às crianças. Foi ainda gerado um gráfico de intersecções (Diagrama de

Venn) para a visualização da contribuição das características da criança, do responsável e do ambiente, isoladamente, e em conjunto. Todas as análises foram realizadas utilizando o software R, versão 3.6.0 (*R Development Core Team 2018*), considerando uma significância de $\alpha < 0,05$.

Análise inferencial de resultados

Verificou-se, qualitativamente, quais são os temas mais relevantes de serem abordados no atendimento aos pais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população do território estudado. Baseando-se em proposições teóricas que refletem o conjunto de questões da pesquisa e as revisões feitas na literatura sobre o assunto, foram elencadas evidências e propostas para as interpretações que surgiram.

Ética em pesquisa

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Trabalhador/SES/PR com dispensa de TCLE, considerando a Resolução CNS nº 510/16 em seu artigo 1º, inciso VII.

Fomento para a pesquisa e serviços envolvidos

Os recursos para a pesquisa foram arcados pela própria pesquisadora, mediante bolsa do Programa de Residência da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná/ Escola de Saúde Pública do Paraná, cedida pelo Fundo Estadual de Saúde (FESPR). A pesquisa contou com o apoio do Centro Municipal de Especialidades em termos de infraestrutura e de toda a sua equipe de profissionais.

Resultados

Caraterísticas das crianças e adolescentes atendidos em ambulatório especializado de psicologia

Constituíram a amostra deste estudo 42 crianças e adolescentes, a frequência de meninos e meninas foi a mesma (21 para cada). A idade variou de 3 a 14 anos, sendo 6 anos a idade mais frequente. 47,62% do total tinham de 5 a 7 anos, 21,43% tinham de 8 a 10 anos, 16,67% tinham de 3 a 4 anos, e 14,29% tinham de 11 a 14 anos, havendo diferença significativa entre as idades ($p = 0,0031$; Tabela 1).

Em relação à raça, a maioria (88,10%) era branca, e o restante negros (11,90%) ($p < 0,0001$; Tabela 1). Houve diferença ($p = 0,0041$) entre os anos escolares, com uma maior concentração no Ensino Fundamental 1 (60%), seguida pré-escola (33%), e Ensino Fundamental 2 (7,5%) (Tabela 1). Somente 1 criança (2,38%) repetiu de ano, e 1 (2,38%) frequentou escola especial ($p < 0,0001$ para ambos; Tabela 1). A maioria (50%) foi encaminhada para orientação parental pelo médico pediatra da USF, 23,81% por neuropediatra, 14,29% por médico clínico da USF e 11,90% pela rede de proteção da Secretaria de Assistência Social - SAS, havendo diferença estatística entre as categorias ($p = 0,0041$; Tabela 1).

Tabela 1
Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) do perfil sociodemográfico de 42 crianças e adolescentes encaminhados para orientação parental. P-valor do Teste Qui-quadrado.

Variáveis	Categorias	FA	FR (%)	p-valor
Sexo	Feminino	21	50,00	1
	Masculino	21	50,00	
Idades	3 a 4	7	16,67	0,0031
	5 a 7	20	47,62	
	8 a 10	9	21,43	
	11 a 14	6	14,29	
Raças	Branco	37	88,10	<0,0001
	Negro	5	11,90	
Ano escolar	Pré escola	13	33,00	0,0006
	Ensino Fundamental 1	24	60,00	
	Ensino Fundamental 2	3	7,50	
Repetência	Não	39	92,86	<0,0001
	Sim	1	2,38	
	Dados ausentes*	2	4,76	
Tipo de escola	Especial	1	2,38	<0,0001
	Regular	41	97,62	
Origem do encaminhamento	Médico clínico USF	6	14,29	0,0041
	Neuropediatra	10	23,81	
	Pediatra USF	21	50,00	
	Rede de proteção/SAS	5	11,90	

*Os testes estatísticos não consideraram os dados ausentes.

Queixas relacionadas à saúde mental e diagnósticos prévios

As queixas primárias mais incidentes foram: comportamentos disruptivos (47,62%), alterações na dinâmica familiar e sintomas ansiosos (23,81% para cada), abuso e negligência (21,43%), e sintomas depressivos (11,90%), sendo que as outras queixas não alcançaram 10% de ocorrência. Houve diferença significativa entre as queixas ($p = 0,0009$; Tabela 2).

Entre as queixas secundárias, as mais frequentes foram: comportamentos disruptivos (54,55%), sintomas ansiosos (22,73%), sintomas depressivos (13,64%), comportamentos autolesivos e sintomas mistos (4,55% para cada), havendo diferença estatística entre eles ($p = 0,0003$; Tabela 2).

Dentre os diagnósticos prévios, os mais frequentes (11,90%) foram Epilepsia e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), seguidos por Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) (9,52%), Encoprese e Transtorno do Espectro Austista (TEA) (4,76%) e Gagueira, Síndrome de Cornélia de Lange e Síndrome de Down (2,38%), não havendo diferença significativa entre eles ($p = 0,062$; Tabela 2).

Tabela 2

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) das queixas primárias e secundárias e dos diagnósticos prévios de crianças e adolescentes encaminhados para orientação parental. P-valor do Teste Qui-quadrado.

Variáveis	Categorias	FA	FR (%)	p-valor
Queixas primárias	Abuso e negligência	9	21,43	0,0009
	Alterações na dinâmica familiar	10	23,81	
	Comportamentos autolesivos	2	4,76	
	Comportamentos disruptivos	20	47,62	
	Desenvolvimento atípico	3	7,14	
	Queixa escolar	4	9,52	
	Sintomas ansiosos	10	23,81	
	Sintomas depressivos	5	11,90	
	Sintomas misto	2	4,76	
Queixas secundárias	Comportamentos autolesivos	1	4,55	0,0003
	Comportamentos disruptivos	12	54,55	
	Sintomas ansiosos	5	22,73	
	Sintomas depressivos	3	13,64	
	Sintomas mistos	1	4,55	
Diagnósticos prévios	Epilepsia	5	11,90	0,062
	TDAH	5	11,90	
	TOD	4	9,52	
	Encoprese	2	4,76	
	TEA	2	4,76	
	Gagueira	1	2,38	
	Síndrome de Cornélia de Lange	1	2,38	
	Síndrome de Down	1	2,38	

Características dos pais e da família

O número total de responsáveis foi de 46, pois para alguns o pai e a mãe responderam, aumentando o número amostral. Analisando-se os responsáveis pelas crianças, notou-se que a maior parte é composta por pessoas de 24 a 29 anos (30,43%), seguidos por adultos de 30 a 35 anos (26,09%), e de 36 a 41 anos (23,91%). As outras idades exibiram frequências inferiores a 10%, sendo obtida diferença significativa entre todas as idades ($p < 0,0001$). A menor idade obtida foi 24 anos, a maior foi 70 anos, e a mais frequente foi 31 anos (Tabela 3).

Em relação ao vínculo com a criança, 65,22% são mães, 17,39% pais, 10,87% avós, 4,35% tias e 2,17% tios, havendo diferença estatística entre eles ($p < 0,0001$). A grande maioria (80,43%) pertence ao sexo feminino e classificou-se como sendo da raça branca (86,96%), havendo 13,04% de negros. As categorias analisadas das variáveis sexo e raça apresentaram diferenças estatísticas ($p < 0,0001$ para ambos; Tabela 3).

Sobre a situação laboral dos responsáveis pelos menores, 62,22% estão empregados, 31,11% encontram-se desempregados e 6,67% estão aposentados, sendo obtida diferença significativa ($p < 0,0001$) entre tais classificações (Tabela 3).

Tabela 3

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) do perfil sociodemográfico dos familiares. P-valor do Teste Qui-quadrado.

Variáveis	Categorias	FA	FR%	p-valor
Idades dos responsáveis (anos)	24 a 29	14	30,43	$p < 0,0001$
	30 a 35	12	26,09	
	36 a 41	11	23,91	
	42 a 47	2	4,35	
	48 a 53	4	8,70	
	54 a 59	1	2,17	
	60 a 65	0	0,00	
	66 a 71	2	4,35	
Vínculo com a criança	Mãe	30	65,22	$p < 0,0001$
	Pai	8	17,39	
	Avó	5	10,87	
	Outro familiar	3	6,52	
Sexo	Feminino	38	80,85	$p < 0,0001$
	Masculino	9	19,57	
Raças	Branco	37	88,10	$p < 0,0001$
	Negro	5	11,90	
Situação laboral	Empregados	28	62,22	$p < 0,0001$
	Desempregados	14	31,11	
	Aposentados	3	6,67	

Foram também analisados aspectos relacionados à saúde mental dos responsáveis pelas, sendo que 57,11% das crianças possuíam algum histórico familiar de tratamento em saúde mental na família. Dentre os que possuíam, em 26,19% dos casos foi a mãe da criança que procurou tratamento, em 23,81% foram o pai e a mãe, em 2,38% dos casos foi apenas o pai, e em 2,38% foi a mãe e o irmão. Houve diferença significativa entre as categorias de familiares ($p < 0,0001$; Tabela 4).

Em relação aos diagnósticos de transtorno mental na família, o mais frequente (25%) foi o Transtorno por Uso de Substância (TUS) de ambos os pais, seguido pelo Transtorno Depressivo Maior da mãe (17,86%), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) de ambos os pais (10,71%), Deficiência Intelectual (DI) dos pais (7,14%), Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) do irmão (3,57%) e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade da mãe (TDAH) (3,57%). A comparação estatística entre os diagnósticos acusou diferença significativa entre eles ($p = 0,0245$; Tabela 4).

Tabela 4

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) das características da saúde mental dos familiares. P-valor do Teste Qui-quadrado.

Variáveis	Categorias	FA	FR (%)	p-valor
Histórico familiar de tratamento em saúde mental	Não	18	42,86	<0,0001
	Sim (não identificou quem)	1	2,38	
	Sim - mãe	11	26,19	
	Sim - mãe e irmão	1	2,38	
	Sim - mãe e pai	10	23,81	
	Sim - pai	1	2,38	
Diagnóstico de transtorno mental na família	Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) - ambos os pais	3	10,71	0,0245
	Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) - irmão	1	3,57	
	Deficiência Intelectual (DI) - ambos os pais	2	7,14	
	Transtorno Depressivo Maior - mãe	5	17,86	
	Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) - ambos os pais	7	25,00	
	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - mãe	1	3,57	
	Sem diagnóstico	9	32,14	

Características do ambiente

A análise das características do ambiente no qual vive a população do estudo, indicou que a maior parte dos pais (40,48%) é casada, ou amasiada, 33,33% são separados, 23,81% são mães solteiras e 2,38% das mães já faleceram, sendo tais categorias estatisticamente diferentes entre si ($p = 0,0013$; Tabela 5).

A constituição familiar é formada, majoritariamente, por ambos os pais (45,24%), seguida por apenas um dos pais (monoparental) (35,71) e por outro parente como responsável, como a tia, ou a avó, por exemplo (família extensa) (16,67%). As categorias foram estatisticamente diferentes entre si ($p = 0,0420$; Tabela 5).

Em relação à quantidade de irmãos, 40,48% tinham apenas 1 irmão, 30,95% não possuíam irmãos, 11,90% tinham 4 irmãos, 4,76% tinham 3 e 5 irmãos, ou não souberam informar, e 2,38% tinham 2 irmãos. Foi obtida diferença estatística entre as categorias supracitadas ($p < 0,0001$). Nas famílias que possuem irmãos, 45,24% pertencem ao mesmo núcleo familiar, e 19,05% não, sendo estes significativamente diferentes entre si ($p = 0,0208$; Tabela 5).

Tabela 5

Frequências absolutas (FA) e relativas em % (FR%) das características do ambiente das crianças encaminhadas para orientação parental. P-valor do Teste Qui-quadrado.

Variáveis	Categorias	FA	FR (%)	p-valor
Situação conjugal dos pais	Mãe solteira	10	23,81	0,0013
	Separados	14	33,33	
	Casados ou amasiados	17	40,48	
	Mãe falecida	1	2,38	
Constituição familiar	Monoparental	15	35,71	0,0420
	Pais	19	45,24	
	Família extensa	7	16,67	
	Não informado*	1	2,38	
Número de irmãos	0	13	30,95	<0,0001
	1	17	40,48	
	2	1	2,38	
	3	2	4,76	
	4	5	11,90	
	5	2	4,76	
	Não informado*	2	4,76	
Irmãos no mesmo núcleo familiar	Não	8	19,05	0,0208
	Sim	19	45,24	
	Não informado*	15	35,71	

*Os testes estatísticos não consideraram as categorias cujos valores não foram informados.

Análise de partição de Variância da gravidade das queixas em relação às características da criança, da família e do ambiente no qual reside

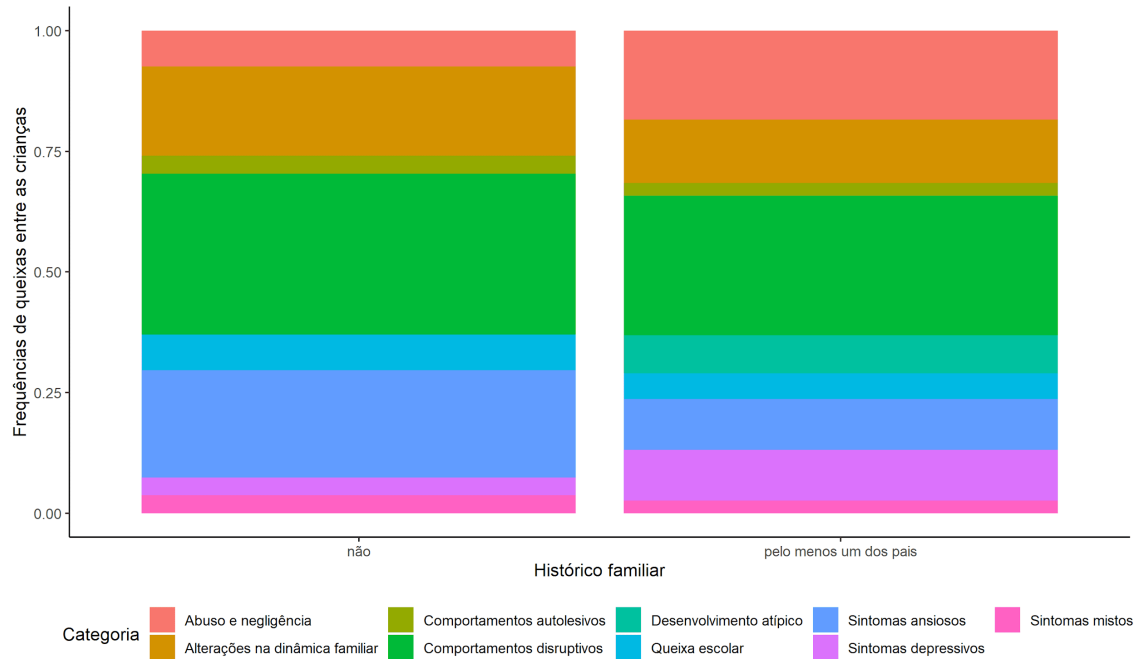


Figura 1. Frequência de queixas em crianças e adolescentes com histórico familiar com pelo menos um dos pais com diagnóstico de transtorno mental.

Inicialmente foram analisadas as queixas das crianças e adolescentes encaminhados para a orientação parenteral com histórico de possuir pelo menos um dos pais com diagnóstico de transtorno mental, sendo estas comparadas aos que não possuíam nenhum dos pais com tal diagnóstico. Para os que possuíam pai ou mãe com transtorno mental, as frequências das seguintes queixas foram maiores: sintomas depressivos, desenvolvimento atípico, e abuso e negligência, não havendo, contudo, diferença significativa entre os grupos ($\chi^2 = 0,053$; $p = 0,8186$; Figura 1).

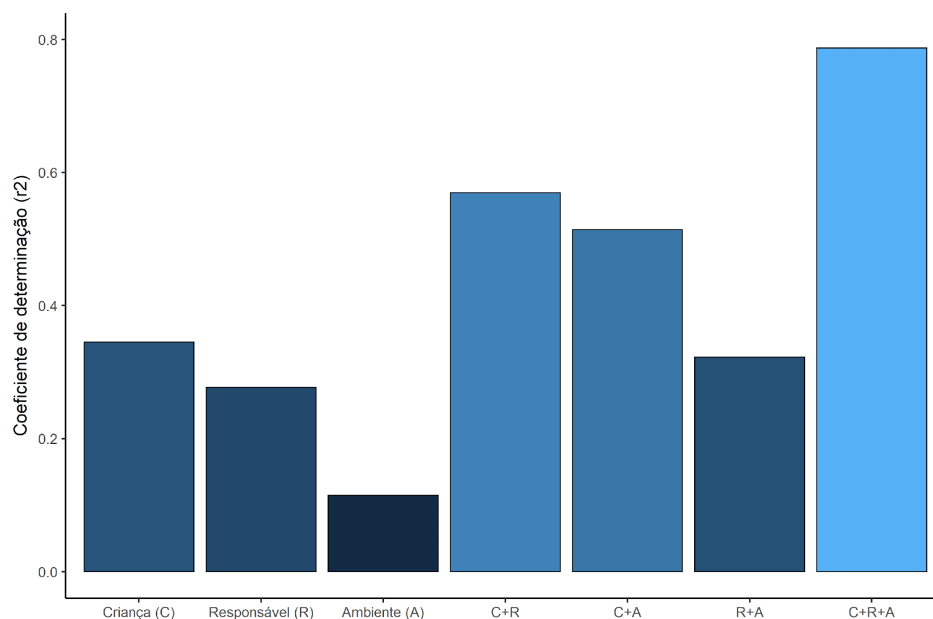


Figura 2. Coeficiente de determinação das queixas de acordo com as variáveis associadas aos problemas de saúde mental na população estudada.

Apesar de não haver diferenças estatísticas nas análises apresentadas acima, foi realizada a Análise de Partição de Variância com o intuito de verificar a interação entre inúmeros fatores sobre a saúde mental destas crianças. Sendo assim, observando-se o coeficiente de determinação da criança, do responsável e do ambiente, isoladamente, e em diferentes combinações, notou-se que a criança sozinha contribuiu com 34,52% para a ocorrência das queixas (ou danos), o responsável sozinho colaborou com 27,73%, e o ambiente contribuiu com 11,49%. Combinando-se os possíveis agentes determinantes dos danos, criança + responsável contribuiu com 56,96% para a ocorrência das queixas, criança + ambiente colaborou com 51,41%, responsável + ambiente com 32,24%, e criança + responsável + ambiente com 78,70%, valor mais alto entre todas as possibilidades citadas, indicando que as queixas têm origem multifatorial (Figura 2).

Temas abordados nos atendimentos de orientação parental

Tema	Atividade	Referencial teórico
Apresentação do grupo e do trabalho a ser desenvolvido/ Por que um grupo de pais é importante?	Dinâmica de grupo para apresentação e grupo focal.	
Direitos humanos básicos e direitos da criança e do adolescente (ECA).	Distribuição de cartões com informações gerais sobre o ECA; apresentação do ECA e psicoeducação sobre direitos humanos básicos.	Brasil (1990).
Importância do brincar para o desenvolvimento infantil/ As 5 linguagens do amor das crianças.	Aula expositiva sobre a importância da brincadeira no desenvolvimento da criança; de que forma a criança expressa-se através das brincadeiras. Psicoeducação seguida de discussão sobre como é possível estar junto diante das tarefas diárias, como lidar com a falta de paciência, cansaço, entre outras razões que impedem os pais de participarem das brincadeiras.	Chapman (2017); Winnicott (2019a); Winnicott (2019b).
Educação sexual	Contação de história do livro "Meu corpo, meu corpinho". Psicoeducação e orientações específicas.	Mendonça (2019).
Trabalhar as questões referentes a herança emocional, repetição de padrões comportamentais inconscientes	Utilização do genograma, cada participante compôs, respectivamente, o seu. Utilização da linha do tempo familiar com datas/fatos/acidentes relevantes considerando mudanças, perdas, separações, conflitos, conquistas e momentos marcantes - qual o impacto desses acontecimentos na vida de cada membro da família? Grupo operativo/roda de conversa, o qual gerou discussões e relatos a respeito do histórico familiar.	Muniz & Eisenstein (2009).
Promovendo autonomia - como abordar os afazeres domésticos e inserir os filhos no cuidado com a casa	Grupo focal.	Seldin (2018).
Relacionamentos familiares - a conjugalidade e os filhos/ os irmãos/ "os outros" - sogra, parentes, etc	Grupo operativo onde os participantes trouxeram a temática à tona; atentaram-se aos comportamentos conjugais que interferem na relação com a criança. Tema trabalhado sob a perspectiva da comunicação não violenta.	Rosemberg (2019).

Grupo de mães: sexualidade e autoimagem	Leitura guiada do livro "Quando mamãe virou um monstro", seguida de discussão temática.	Siqueira, Melo & Morais (2019), Harrison (2002).
Linha do tempo familiar	Construção da linha do tempo de cada família, com marcos sobre os principais eventos importantes, tais como: datas importantes, perdas, nascimentos, mudanças, incidentes e acidentes, etc. E qual o impacto desses acontecimentos na vida de cada membro da família?	Muniz & Eisenstein (2009).
Qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança	Leitura guiada do livro "Agora não, Bernardo", seguida de discussão temática.	Weber (2019); Mckee (2019); Powell, Cooper, Hoffmann & Marvin (2014).
Expectativas referentes ao desenvolvimento das crianças - isso é real e alcançável?	Dinâmica de grupo na qual utilizou-se uma bola que era passada entre os participantes para que estes falassem sobre suas expectativas referentes às conquistas pessoais dos filhos; Linha do tempo da idade dos filhos (0-20 anos) para que os pais especificassem o que esperavam para cada idade. Os pais puderam refletir sobre suas expectativas acerca do desenvolvimento (social, escolar, emocional e intelectual) dos filhos. Também puderam pensar de que forma colaboram para atingir estes objetivos.	
Estilos parentais	Aplicação coletiva do Inventário de Estilos Parentais (IEP), seguida de apresentação sobre os estilos parentais.	Gomide (2004); Gomide (2006).
Diferenças entre comportamento habilidoso, não habilidoso passivo e ativo. Estabelecer regras e limites; consistência na interação; tolerância à frustração.	Apresentação de um vídeo sobre o bebê da Família Dinossauro, seguido de discussão sobre o tema. Os pais puderam pensar sobre a forma que estabelecem limites e sustentam as regras por eles estabelecidas + Utilização de cartões com exemplos de situações onde os pais precisavam se posicionar e quais as possíveis reações. Ex: "Você acha que a criança não deve insistir na compra de certo brinquedo, mas seu cônjuge acredita que ele tem esse direito e está propenso a comprar o brinquedo ainda que você não concorde. Você precisa conversar sobre isso com ele. O que você faria?". Fez-se uso do livro "Pais Presentes, Pais Ausentes: Regras e Limites"	Gomide (2004); Gomide (2006); Bolsoni-Silva & Fogaça (2018).
Como falar para seu filho ouvir, como ouvir para seu filho falar/ DHS aplicada a parentalidade	Atividade dividida nas etapas: 1) Descrever as situações em que as crianças apresentavam os comportamentos problema e socialmente habilidosos; 2) Descrever os comportamentos dos pais diante dos comportamentos dos filhos e 3) Descrever os comportamentos dos filhos diante dos comportamentos maternos e/ou paternos.	Faber & Mazlish (2003); Bolsoni-Silva & Fogaça (2018).

Disciplina positiva na educação dos filhos: estratégias.	Uso do baralho sobre disciplina positiva.	Nelsen (2015).
Expressão e validação emocional	Construção coletiva de um dicionário de emoções, onde os pais deveriam catalogar e definir as emoções por eles experienciadas. Os pais demonstraram a expressão facial e comportamental dessas emoções em um role-play sobre situações cotidianas com treino de validação emocional.	Nelsen (2015); Nelsen (2018).
Comunicação não-violenta	Apresentação dos principais conceitos da educação e comunicação não-violenta, baseadas nos livros "Criar filhos compassivamente" e "Educação não violenta", seguida de discussão temática.	Santos (2019); Rosemberg (2006); Rosemberg (2019).
Estabelecendo regras e limites/ consistência na interação - como consequenciar comportamentos desejáveis e indesejáveis.	Grupo focal.	Gomide (2004); Gomide (2006); Bolsoni-Silva & Fogaça (2018).
"Para educar crianças feministas" - discussão temática	Apresentação do livro "Para educar crianças feministas", seguida de grupo focal com discussão sobre o tema.	Adichie (2017).
Encerramento do grupo/ ludoterapia	Fechamento + sessão de pais e filhos com brincadeiras livres.	

Discussão

Este estudo teve por objetivo relatar a experiência do atendimento psicológico de orientação parental, aos responsáveis por crianças e adolescentes com idade entre 3 a 14 anos. Também foi levantado o perfil sociodemográfico e de saúde mental da referida população, verificando-se, ainda, de que forma os fatores ambientais influenciam na gravidade de queixas e sintomas relacionados à saúde mental.

A amostra do presente estudo foi composta por crianças, adolescentes e seus respectivos responsáveis, que foram atendidos no serviço ambulatorial de psicologia do Centro Municipal de Especialidades, localizado na região metropolitana de Curitiba, município de Pinhais. A média de idade das 42 crianças foi de 6,9 anos, enquanto que a idade média dos 46 responsáveis foi de 33,2 anos. Dentre os responsáveis que participaram dos atendimentos, 80,85% foram mulheres. Sabe-se que a assunção da responsabilidade materna relaciona-se com o nível de responsabilidade assumida pelo pai e que, em estudos que envolvem cuidadores, esta função é, em geral, assumida por mulheres (Lima, Serôdio & Cruz, 2011).

A maioria das crianças (57,17%) apresentou história familiar positiva para problemas de saúde mental, sendo que destes, 32,14% não souberam referir o diagnóstico prévio que justificou o atendimento em serviço especializado. Dos que referiram diagnóstico, observou-se prevalência de Transtornos do Humor (32,14%) e Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) (25%). Histórico familiar positivo para transtornos mentais em crianças com sintomatologia similar também foram encontrados em pesquisas anteriores (Badovinac & col., 2018; Madigan & col., 2018). A literatura dá indícios de que o estresse materno e paterno tem um impacto direto no apego e vinculação e, por conseguinte, na expressão de problemas relacionados à saúde mental na infância e adolescência (Badovinac e col., 2018; Goodman & Garber, 2017; Madigan & col., 2018; Feldman, 2015). Sintomas maternos podem estar associados a dificuldades socioemocionais no desenvolvimento da criança e quanto maior a gravidade da psicopatologia materna, maior as dificuldades emocionais da criança (Madigan & col., 2018; Field, 2011). Transtornos do Humor e de Ansiedade nos pais mostraram-se associados a sintomas emocionais e comportamentais durante a infância (Nolvi & col, 2016; Field, 2011; Bhat & col, 2015). Sabe-se ainda que existe uma associação entre o TUS dos pais e o desfecho negativo associado à psicopatologia infantil, sendo que os fatores endógenos são mais delimitados e portanto menos questionáveis que os efeitos de crescer em

uma família onde o foco primário de um adulto é o uso de substâncias psicoativas (SPA) (Cattapan & Grimwade, 2008). Separar os efeitos da "predisposição genética" das consequências da parentalidade negativa é um desafio. Existe também forte associação entre uso de SPA da mãe na gestação e desfecho na criança, sendo altamente associado com dificuldades cognitivas, comportamentos disruptivos e sintomas de TDAH (Guille & Aujla, 2019).

As principais queixas entre as crianças foram: comportamentos disruptivos (47,62%), sintomas ansiosos e alterações na dinâmica familiar (23,81% cada) e situações que envolviam abuso e negligência (21,43%). Enquanto queixa secundária, observou-se ainda, predominância dos comportamentos disruptivos (54,55%) e de sintomas ansiosos (22,73%). Dentre os diagnósticos frequentes, Epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apareceram com 11,90% cada, seguido de Transtorno Opositivo Desafiador (9,52%).

Estudos de levantamento similares a este e com amostra superior identificaram a prevalência de diagnósticos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH); Transtornos do Humor; Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta e Transtornos de Ansiedade (Lehmann, Havik, Havik & Heiervang, 2013; Merikangas & col, 2010; Belfer, 2008; Kieling & col, 2011; Omigbodun, 2008; Rocha, Graeff-Martins, Kieling & Rohde, 2015; Hoven & col, 2008; Merikangas & col, 2010; Paula & col, 2015). Os resultados de estudos realizados com a população brasileira vão de encontro aos dados internacionais, constatando a prevalência dos mesmos diagnósticos e incluindo também a prevalência da Deficiência Intelectual (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Fatori & col, 2018; Anselmi & col, 2008; Machado & col, 2014; Paula & col, 2015; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007). Estes diagnósticos apresentam, enquanto sintomatologia, comportamentos disruptivos e sintomas ansiosos, dados estes que foram também observados pelo presente estudo. As pesquisas epidemiológicas em saúde mental não surgem no sentido de patologizar as pessoas, mas sim de descrever uma dificuldade comunitária, possibilitando o cuidado em saúde através de uma rede de base territorial e sensível às particularidades, em consonância com as prerrogativas do SUS (Brasil, 2002; Brasil, 2004). Para atender as demandas da população, o profissional de saúde precisa lançar mão de intervenções que considerem a singularidade de cada sujeito e do território. Desta forma, pode-se afirmar que a conduta profissional vai variar de acordo com a gravidade dos sintomas, contexto e condições de vida do sujeito.

Os resultados mostram que as características da criança contribuíram, isoladamente, com 34,52% para a ocorrência das queixas, o responsável contribuiu com 27,73%, e o ambiente contribuiu com 11,49%. Combinando-se estes possíveis agentes determinantes das queixas, criança e responsável contribuíram com 56,96%, criança e ambiente colaborou com 51,41%, responsável e ambiente com 32,24%, e criança, responsável e ambiente com 78,70%, sendo este último o valor mais alto entre todas as possibilidades citadas, demonstrando origem multifatorial nas queixas de saúde mental. Estudos nas áreas de psicologia e psiquiatria do desenvolvimento humano corroboram com o resultado desta pesquisa, afirmando que tais queixas e diagnósticos têm origem multifatorial (Werner, 2004; Scippa, 2000; Polanczyk, Lamberte & col, 2012; Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Weaver & col, 2004; Polanczyk, 2009) e que, portanto, é necessário compreender a etiologia dos acometimentos psíquicos numa perspectiva desenvolvimental. O quanto esses dados trazem de informação possibilitou um diagnóstico da população estudada, considerando que os dados estatísticos tornam possível visualizar como a intervenção respondeu às necessidades dos participantes da pesquisa, visto que os temas mais relevantes variam de acordo com a gravidade de sintomas e contexto familiar. A intervenção realizada pelo profissional de saúde não pode ser um método engessado, ela precisa ser de acordo com as características do usuário do serviço de saúde em determinado território - faz-se necessário utilizar as evidências científicas sem deixar de olhar com singularidade para o sujeito. Diante deste cenário, o que foi feito neste estudo é uma discussão oriunda de um olhar qualitativo e subjetivo, a partir da ótica da pesquisadora, visto que se trata de um estudo de caso e de levantamento, e não de um estudo experimental que envolve instrumentos de mensuração, como por exemplo pré e pós teste para avaliar a eficácia da intervenção.

Os temas trabalhados nos atendimentos com os responsáveis foram: direitos humanos básicos; a importância do brincar para o desenvolvimento infantil; educação sexual; padrões comportamentais e familiares inconscientes; tarefas domésticas; relacionamento conjugal e sexualidade; qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva; expressão e validação emocional; estabelecimento de regras e limites e gênero e feminismo. Com relação a tais temáticas, houveram demandas explicitamente trazidas pelos responsáveis (p. ex. feminismo e gênero; relacionamento conjugal e sexualidade; estabelecimento de regras), demandas evidenciadas no decorrer do processo terapêutico e que não foram expressamente verbalizadas mas que foram notadas pela pesquisadora/terapeuta

(p. ex. educação sexual; importância do brincar para o desenvolvimento infantil; padrões comportamentais e familiares inconscientes, tarefas domésticas; expressão e validação emocional; promoção de autonomia; comunicação não violenta) e, demandas importantes de serem supridas no atendimento à pais e responsáveis, considerando a literatura científica atual (p. ex. direitos humanos básicos; qualidade na interação familiar; teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva). Todas essas demandas surgiram dentro de um contexto social, econômico e cultural ao qual pertencem tais famílias, por esta razão, fez-se necessário a integração de técnicas de diferentes referenciais teóricos com o objetivo central de realizar um trabalho que fosse conduzido no sentido de emancipação, de que a família se tornasse agente ativo na resolução dos seus próprios problemas.

A conjuntura familiar é uma das maiores influências no processo de desenvolvimento infantil, de modo que estudos voltados às práticas parentais possuem significativa relevância científica, acadêmica e social - dada tal relevância, é crescente a intervenção de especialistas em parentalidade. Na literatura científica internacional, a modalidade de atendimento “orientação parental” recebe diversas denominações, sendo a mais prevalente delas, o “parent training” (podendo ser também “group-based parent-training quando realizada em grupo), que consiste em treinamento comportamental de habilidades parentais, com um número de sessões estruturadas e temas previamente definidos. Estes treinamentos são empiricamente validados e reproduzidos em diversos contextos, com finalidades específicas. Alguns exemplos de treinamentos parentais para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) são: Applied Behavior Analysis Parent Training (Gilmore, 2019), Early Start Denver Model for Young Children with Autism (Rogers & Dawson, 2009) e Teacch Approach to Autism Spectrum Disorders (TEACCH) (Mesibov, Shea & Schopler, 2004), todas são intervenções focais de início precoce, com atividades estruturadas e repetidas em ambiente naturalístico e que preconizam a inclusão da família e educadores. Existem ainda intervenções voltadas às habilidades parentais que trabalham com o desenvolvimento de habilidades sociais, estratégias de disciplina positiva e a expressão, reconhecimento e validação das emoções - tais como: Triple P Positive Parenting Program (Sanders, 2008); Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) (Funderburk & Eyberg, 2011); The Incredible Years Parents, Teachers and Children Training Series (Webster-Stratton, 2019). Estas são intervenções psicoterápicas que englobam os temas de expressão e validação emocional, disciplina positiva, autonomia e consistência na interação, tal qual o presente estudo o faz.

Ainda na literatura internacional, existem intervenções especialmente voltadas ao ciclo de apego e segurança, de abordagem psicodinâmica, tais como: Vídeo-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD) (Juffer & Bakermans-Kranenburg, 2018); Group Attachment-Based Intervention (GABI) (Steele e col, 2019) e Attachment and Biobehavioral Catch-up (ABC) (Dozier & Bernard, 2019). Estas são intervenções parentais que trabalham, assim como o presente estudo, as temáticas de teoria do apego e ciclo de segurança, qualidade na interação familiar, expressão e validação emocional e estratégias da comunicação não violenta. Cabe ainda citar a Child-Parent Psychotherapy (CPP), intervenção elaborada por Lieberman, Ghosh Ippen e Van Horn (2006), cuja finalidade é apoiar e fortalecer os relacionamentos familiares trabalhando temáticas tais quais o ato de brincar e sua importância para o desenvolvimento infantil e os relacionamentos familiares - sejam eles conjugais, de filhos ou de irmãos.

Na literatura científica brasileira, as pesquisas que envolvem orientação parental são tratadas, predominantemente, sob o vértice do referencial teórico-prático do treinamento em habilidades sociais (Del Prette & Del Prette, 2016; Bolsoni-Silva & Fogaça, 2018), treinamento comportamental para pais (Bolsoni-Silva, 2007) e estilos parentais (Gomide, 2004; Gomide, 2006). Dentre as temáticas trabalhadas com os participantes desta pesquisa, também foram incluídas estratégias do treinamento em habilidades sociais, entretanto, tais assuntos foram abordados de maneira isolada dentro de uma proposta de atendimento não estruturada. Houve ainda, um encontro em que foi abordado o tema dos estilos parentais.

Existem algumas pesquisas nacionais similares a estas, porém poucas descrevem com precisão o tema trabalhado nos atendimentos e quais recursos, estratégias ou atividades foram propostas para abordar tais temáticas. Embora haja escassez de informação sobre os temas mais relevantes nos atendimentos de orientação parental para a população brasileira, os estudos são unânimes ao afirmar que esta modalidade de intervenção mostra-se capaz de aumentar o conhecimento, as habilidades e a confiança dos pais e reduzir a prevalência de problemas de saúde mental, emocional e comportamental em crianças e adolescentes (Alvarenga & Piccinini, 2009; Soares, Souza & Marinho, 2004; Oliveira, Gastaud & Ramires, 2016; Weber, 2019; Gonçalves & col, 2019; Pesaro & col, 2018; Tozze & Bolsoni-Silva, 2017). As pesquisas sugerem ainda que as intervenções parentais proporcionam um benefício sustentável ao longo do tempo, ou seja, há manutenção das habilidades adquiridas (Wade, Llewellyn & Matthews, 2008)

O alto grau de limitação funcional e sofrimento causado pelos problemas de saúde mental resultam em grave impacto na qualidade de vida e produtividade, sendo que 22,7% dos anos vividos com incapacidade pela população mundial atualmente são decorrentes de problemas de saúde mental (Thiengo, Cavalcante & Lovisi, 2014; Couto & Delgado, 2015). Cerca de 50% a 75% desses transtornos têm início antes dos 18 anos e tem uma possível continuidade ao longo do desenvolvimento, persistindo até a idade adulta, causando impacto deletério e custos duradouros para os indivíduos e sociedade (Machado & col, 2014; Paula & col 2015; Schmitz, Polanczyk & Rohde, 2007; Pihlakosk & col, 2006). A literatura científica é bastante motivada a entender a transição entre sintomas atenuados e breves e sintomas graves, objetivando trabalhar numa linha de prevenção e intervenção precoce (Kessler & col, 2012; Fox & col, 2001).

Um importante estudo de coorte que acompanhou 698 indivíduos em situação de vulnerabilidade social e risco para psicopatologia, constatou que os fatores de proteção na infância evitaram desfecho negativo, enquanto que a somatória de fatores de vulnerabilidade no início da vida associada aos fatores de risco na infância, culminaram em desfecho negativo e psicopatologia (Werner, 2004). É indispensável o esforço dirigido a estudar cada vez mais as crianças pequenas e o desenvolvimento, para que se possa intervir precocemente com as famílias, considerando também que tais esforços têm um custo baixo com relação aos cuidados de uma criança que já apresenta sintomatologia grave (Heckman, 2021). Ainda nessa lógica, há maior plasticidade cerebral na primeira infância, isso resulta em 1) mais sensibilidade, devido à receptividade para influências biológicas e ambientais e; 2) período crítico: existe uma obrigatoriedade de eventos específicos biológicos e ambientais para o desenvolvimento saudável (Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância [NCPI], 2014). A maturação cerebral e o processo de desenvolvimento dependem da estimulação neurológica, cognitiva, afetiva, de interação social e de imitação (Brasil, 2016; NCPI, 2014). A estimulação tem origem no ambiente natural e proximal da criança, sendo esse o maior influenciador, por esta razão, uma intervenção eficaz para os problemas de saúde na população infantojuvenil (e também adulta, considerando a perspectiva do desenvolvimento), deve incluir os pais, as famílias e a comunidade (Osti & Sei, 2016; Tanaka & Lauridsen-Ribeiro, 2006; Woodhouse, 2018; Bosmans, 2016; Svanberg, Mennet & Spieker, 2010).

No que concerne aos atendimentos de orientação parental, pode-se afirmar que a representação que os cuidadores têm das crianças tem um profundo impacto no

desenvolvimento delas, sendo que são essas representações que vão fazer o adulto tomar determinadas atitudes no cuidado. Os comportamentos disruptivos e os transtornos do impulso são dificuldades para regular as vontades e desejos, essa regulação emocional está estritamente relacionada ao ensino - é preciso ensinar a criança a regular esses impulsos. A intervenção com pais tem a finalidade de ampliar as práticas educativas positivas, reduzir práticas negativas, reduzir problemas de comportamentos e ampliar habilidades sociais das crianças. A orientação parental é uma modalidade de atendimento muito utilizada para famílias, e pode ser uma estratégia para que a criança consiga generalizar as estratégias aprendidas num atendimento psicoterapêutico, por exemplo. Pesquisas demonstram que intervenções direcionadas à parentalidade contribuem para a diminuição de psicopatologia na infância, bem como para o desenvolvimento sadio da criança (Lobo & Andretta, 2011).

O princípio básico da terapia familiar entende que os problemas de comportamento de uma pessoa estão enraizados no contexto do relacionamento familiar (Powell, Cooper, Hoffmann & Marvin, 2014). Para que seja possível educar bem um filho, apenas regras cognitivas não têm sido suficientes, pois é preciso mexer com a emoção. Significa entrar em contato com as próprias emoções, para então, aprender a perceber os sentimentos dos filhos, ser capaz de compreendê-los, tranquilizá-los e guiá-los. Os filhos que têm a oportunidade de serem criados por pais inteligentes emocionalmente desenvolvem a capacidade de controlar os impulsos, adiar a gratificação, motivar-se, interpretar as insinuações da sociedade e lidar com as oscilações e demandas do dia a dia (Gottman & Claire, 1997). Com base nas afirmações supracitadas pode-se afirmar que foi fundamental, incluir na intervenção, um espaço no qual os pais pudessem falar sobre as suas próprias emoções, sobre a conjugalidade, sobre os modelos parentais nos quais foram submetidos na infância para entender se estes modelos ainda devem prevalecer no âmbito familiar.

Conclusões

1. As principais queixas entre as crianças foram: mudanças na dinâmica familiar (23,81%), abuso e negligência (21,43%), comportamentos disruptivos (19,05%) e sintomas de ansiedade (11,90%). As queixas secundárias mais frequentes foram: comportamentos disruptivos (52,17%), sintomas ansiosos (21,74%), sintomas depressivos (13,04%), comportamentos autolesivos (8,70%) e sintomas mistos (4,35%).

2. Os diagnósticos prévios mais frequentes nas crianças e adolescentes foram Epilepsia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (11,90% cada) , seguido de Transtorno Opositivo Desafiador (9,52%), Encoprese e Transtorno do Espectro Autista (4,76% cada).
3. A maioria das crianças (57,17%) apresentou história familiar positiva para problemas de saúde mental, sendo que destes, 32,14% não souberam referir o diagnóstico prévio que justificou o atendimento em serviço especializado. Dos que referiram diagnóstico, observou-se prevalência de Transtornos do Humor (32,14%) e Transtorno por Uso de Substâncias (25%).
4. Combinando-se estes possíveis agentes determinantes das queixas, criança e responsável contribuíram com 56,96%, criança e ambiente colaborou com 51,41%, responsável e ambiente com 32,24%, e criança, responsável e ambiente com 78,70%, sendo este último o valor mais alto entre todas as possibilidades citadas, demonstrando origem multifatorial nas queixas de saúde mental.
5. Os dados estatísticos disponibilizaram um diagnóstico preciso da população estudada, possibilitando que a intervenção respondesse às necessidades territoriais. Além disso, tal diagnóstico tem o potencial de expandir as ações de saúde mental no Centro Municipal de Especialidades, haja visto que, conhecendo o público alvo pode-se investir na capacitação dos profissionais que irão atender as demandas e planejar intervenções breves, focais e estruturadas.
6. Os temas abordados nos atendimentos de orientação parental foram: direitos humanos básicos; a importância do brincar para o desenvolvimento infantil; educação sexual; padrões comportamentais e familiares inconscientes; tarefas domésticas; relacionamento conjugal e sexualidade; qualidade na interação familiar, teoria do apego e ciclo de segurança; estilos parentais; desenvolvimento de habilidades sociais aplicadas à parentalidade; disciplina positiva; expressão e validação emocional; estabelecimento de regras e limites e gênero e feminismo. Tais temas foram trabalhados considerando as demandas explicitamente trazidas pelos participantes, as demandas evidenciadas no decorrer do processo terapêutico e que não foram expressamente verbalizadas mas que foram notadas pela pesquisadora/terapeuta e as demandas importantes de serem supridas no atendimento à pais e responsáveis, considerando a literatura científica discutida neste trabalho. Para atender a

necessidade da população do estudo, fez-se necessário a integração de técnicas de diferentes referenciais teóricos.

Considerações finais

Quanto aos objetivos pré estabelecidos pelo estudo, pode-se afirmar que foi relatada a experiência do atendimento psicológico aos responsáveis, bem como foi também identificada a prevalência de transtornos mentais e/ou comportamentais, queixas e sintomas relacionados à saúde mental na população estudada. O perfil sociodemográfico foi identificado, no entanto, por se tratar de um estudo de caso, não foi possível levantar a classificação socioeconômica. Uma ideia para estudos posteriores é levantar também o perfil socioeconômico através do Critério de Classificação Econômica (CCEB), tornando os dados sociodemográficos mais completos. Esta pesquisa também correlacionou os fatores ambientais com a sintomatologia apresentada pelas crianças, além de descrever quais foram os temas abordados nos atendimentos de orientação parental e que atividades foram propostas enquanto recurso terapêutico.

Sobre o custo benefício desta intervenção, por ser de fácil aplicação e poder ser aplicada por qualquer profissional que trabalhe com este público-alvo, mostra-se de baixo custo. Por fim, as principais limitações do estudo foram a exclusiva confiança no autorrelato dos familiares para levantar os dados e para mensurar os efeitos da intervenção. A intervenção foi feita por apenas uma pesquisadora, e isto também pode trazer alguns vieses como separar o efeito da intervenção do efeito da relação terapeuta-paciente. Além disso, o estudo foi realizado em período de pandemia pelo COVID-19, momento em que houve alterações importantes na rotina e dinâmica das famílias. Ressalta-se que esse estudo foi realizado com crianças que já apresentavam algum grau de psicopatologia que justificasse atendimento em serviço especializado, ou seja, que já apresentavam diagnóstico psiquiátrico prévio ou situações socioeconômicas desfavoráveis (famílias monoparentais, situações de abuso e negligência, situação laboral de desemprego de pelo menos um responsável), mesmo assim a orientação parental mostrou-se como uma técnica promissora. Assim, se torna necessário planejar estratégias e capacitar profissionais de saúde, no que tange à prevenção e à avaliação da efetividade de um tratamento em saúde mental que engloba o núcleo familiar ao qual pertence a criança. Estudos sobre orientação parental com enfoque psicodinâmico em

diferentes contextos (escolas, atenção básica, consultas pediátricas) podem ser alternativas para as políticas públicas aplicadas a esta população, considerando que esta é uma técnica de fácil aplicação, breve e de baixo custo, e por isso seu treinamento pode ser difundido para profissionais das diversas áreas envolvidas.

Faz-se necessário pensar em tecnologias de intervenção eficazes, num eixo de prevenção primária, como uma estratégia viável nos equipamentos do Sistema Único de Saúde como por exemplo ações que abarcam a Estratégia de Saúde da Família, tais como o matriciamento em saúde mental, a condução de grupos de orientação parental na primeira infância com ênfase na promoção de saúde, abordagens que possam ser implementadas nas consultas pediátricas de rotina (p. ex. consultas terapêuticas) e em visitas domiciliares, e até mesmo estratégias via plataformas digitais de formato autoadministrado. Espera-se que ao propor intervenções capazes de acolher não apenas a criança em seu sofrimento psíquico, como também o grupo familiar (responsável pela oferta de um ambiente propício à saúde de seus membros), sejam fortalecidas as práticas de educação em saúde no âmbito do SUS, principalmente no atendimento de crianças, colocando os pais e a família como protagonistas no cuidado em saúde.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Johns Hopkins Press.
- Adichie, C. N. (2017). *Para educar crianças feministas*. Companhia das Letras: São Paulo.
- Alvarenga, P. & Piccinini, C. (2009). Práticas educativas maternas e indicadores do desenvolvimento social no terceiro ano de vida. *Psicologia - Reflexão e Crítica*, 22(10.1590).
- Anselmi, L. B. et al. (2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42(2):26-33.
- Archanjo, A. M. (2012). A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 21, 351–363. doi:org/10.1590%2FS010412902012000200009

- Ariès, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. São Paulo: LTC.
- Atkinson L. et al. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clin Psychol Rev*. 20(8):1019-40. doi: 10.1016/s0272-7358(99)00023-9.
- Averna, S. & Hesselbrock, V. (2001). The relationship of perceived social support to substance use in offspring of alcoholics. *Addictive Behaviors*. 26(3), 363-374.
- Barbosa, A. A. & Magalhães, M. G. (2008). A concepção de infância na visão de Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. *Revista Eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais*. 1(1), 1-7.
- Badovinac, S. et al. (2018). Associations between mother-preschooler attachment and maternal depression symptoms: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(10), e0204374. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204374>
- Belfer M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 49(3):226-36.
- Bercherie, P. (1989). *Os Fundamentos da Clínica-história e Estrutura do Saber Psiquiátrico*. Zahar: Rio de Janeiro.
- Bolsoni-Silva, A. T. (2007). Intervenção em grupo para pais: descrição de procedimento. *Temas em Psicologia*, 15(2), 217-235.
- Bolsoni-Silva, A. T. & Fogaça, F. F. S. (2018). *Promove-pais: Treinamento de Habilidades Sociais Educativas: Guia Teórico e Prático*. (1. ed.). São Paulo: Hogrefe.
- Bosmans, G. (2016). Cognitive Behaviour Therapy for Children and Adolescents: Can Attachment Theory Contribute to Its Efficacy?. *Clin Child Fam Psychol*. 19, 310–328. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0212-3>
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bhat, A., Chowdayya, R., Selvam, S., Khan, A., Kolts, R. & Srinivasan, K. (2015). Maternal prenatal psychological distress and temperament in 1-4 month old infants - A study in a non-western population. *Infant Behav Dev*. 39:35-41.
- Brasil. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1978). *Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários*. Alma-Ata, URSS: Ministério da Saúde.

- Brasil. Organização Mundial de Saúde [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa: Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*. Ottawa: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1986). *Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília-DF: Centro Gráfico.
- Brasil (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2001). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Portaria 1608, de 3 de agosto de 2004. *Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*. Brasília-DF: Diário Oficial da União.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infante-Juvenil*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. (2006). *A construção do SUS: Histórias da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (2007). *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.

- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília-DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. Organização Pan-Americana de Saúde. (22 de fevereiro de 2021). Temas de saúde: saúde mental dos adolescentes. [Página da web]. Retirado de: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- Bulaty, A. & Pietrobon, S. R. G. (2010, 21 a 25 de junho). A construção história da infância: as lembranças do seu passado [Apresentação de painel]. I Seminário de Pedagogia, IV Encontro de Educação Infantil e II Jornada de Cognição e Aprendizagem, Irati.
- Cattapan, O. & Grimwade, J. (2008). Parental illicit drug use and family life: reports from those who sought help. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(2), 77-87
- Chapman, G. (2017). *As 5 linguagens do amor das crianças: Como Expressar um Compromisso de Amor a seu Filho*. Mundo Cristão: São Paulo.
- Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas [CREPOP]. (2011). *Senhoras e senhores gestores da saúde: como a psicologia pode contribuir para o avanço do sus*. Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Couto, M. C. V. & Delgado, P. G. G. (2015). Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. *Psicologia Clínica*, 27(1), 17-40. <https://doi.org/10.1590/0103-56652015000100002>
- Couto, M. C. V., Duarte, C. S. & Delgado, P. G. G. (2008). A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(4), 384-389. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400015>
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2016). *Habilidades Sociais: intervenções efetivas* (1. ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2017). *Competência Social e Habilidades Sociais*. Petrópolis: Vozes Ltda.

- Desviat, M. (2018). *Pensar em saúde*. Em M. Desviat (1. ed.), *Coabitar a Diferença: da reforma psiquiátrica à saúde mental coletiva* (pp. 21-35). São Paulo: Zagodoni.
- Dawson N. K. (2018). From Uganda to Baltimore to Alexandra Township: How far can Ainsworth's theory stretch?. *The South African journal of psychiatry : SAJP : the journal of the Society of Psychiatrists of South Africa*, 24, 1137. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v24i0.1137>
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 53–81. doi:10.1590/S1413294X1998000100004
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (1991). *A criança do espelho*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dolto, F. (2013). *Seminário de Psicanálise de Crianças*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Dozier, M. & Bernard, K. (2019). *Coaching Parents of Vulnerable Infants: The Attachment and Biobehavioral Catch-Up Approach*. Guilford Publications: New York.
- Duarte, C. S. & Bird, H. (2002). Dados epidemiológicos em psiquiatria infantil: orientando políticas de Saúde Mental. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(4):162-3.
- Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the Transdiagnostic Model of Attachment and Psychopathology. *Frontiers in psychology*. 7(484). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00484>
- Faber, A. & Mazlish, E. (2003). *Como falar para seu filho ouvir e como ouvir para seu filho falar*. Summus Editorial: São Paulo.
- Fatori, D. et al. (2018). Prevalência de problemas de saúde mental na infância na atenção primária. *Ciênc. Saúde Colet*. 23(9), 3013-3020.
- Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: implications for children's social development. *Trends Neurosci*. 38(6):387-99.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*. 34(1):1-14.

- Figueiredo, P. C. & Motta, I. F. (2014). Resgatando o lugar de pais: uma proposta de promoção de saúde mental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 47-59. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150106>
- Freitas, M. F. Q. (2015). *Políticas públicas e psicologia social comunitária: interfaces e desafios*, Em M. F. Q. Freitas, *Práticas do psicólogo em políticas públicas* (pp. 29-42). Curitiba: Juruá.
- Fox N. A., Henderson H. A., Rubin K. H., Calkins S. D. & Schmidt L. A. (2001). Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. *Child Dev.* 72(1):1-21.
- Funderburk, B. W., & Eyberg, S. (2011). *Parent-child interaction therapy*. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (pp. 415-420). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12353-021>
- Garrafa, T. (2020). *Primeiros tempos da parentalidade*. Em D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (1. ed.), *Parentalidade* (pp. 55-69). Belo Horizonte: Autêntica.
- Gilmore, G. (2019). *One-Year ABA Parent Training Curriculum: Parent Training Manual for Behavior Analysts & Other Human Service Professionals*. Independently Published: USA.
- Gomide, P. I. C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C., Salvo, C. G., Pinheiro, D. P. N., & Sabbag, G. M. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, estresse e habilidades sociais. *PsicoUSF*, 10(2), 169-178.
- Goodman, S. H. & Garber J. (2017). Evidence-Based Interventions for Depressed Mothers and Their Young Children. *Child Dev.* 88(2):368-377.
- Gonçalves, J. C. et al. (2020). Grupos de Orientação Parental: um relato de experiência. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, [S.l.]*, v. 9, n. 3, p. 364-373.

- Guimarães, M. C., Malaquias, J. H. V. & Pedroza, R. L. S. (2013). Psicoterapia infantil em grupo: possibilidades de escuta de subjetividades. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 13(3-4), 687-710.
- Guille, C. & Aujla, R. (2019). Developmental Consequences of Prenatal Substance Use in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 29. 10.1089.
- Harrison, J. (2002). *Quando mamãe virou um monstro*. Brinque-Book: São Paulo
- Heckman, J. (22 de julho de 2021). Os ABCs da melhoria das condições de saúde com o desenvolvimento na primeira infância. [Página da web]. Retirado de: https://heckmanequation.org/www/assets/2017/01/D_Heckman_FMCSV_HealthTrainingDeck_030515.pdf
- Hoven C. W. et al. (2008). Worldwide child and adolescent mental health begins with awareness: a preliminary assessment in nine countries. *Int Rev Psychiatry*. 20(3):261-70.
- Juffer, F. & Bakermans-Kranenburg, M. (2018). Working with Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD): A case study. *Journal of Clinical Psychology*. 74. 10.1002/jclp.22645.
- Kessler R.C. et al. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*. 69(4):372-80.
- Kieling C. et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*. 22;378(9801):1515-25.
- Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T. E., Harrington H., Milne B. J. & Poulton R. (2003). Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. *Arch Gen Psychiatry*. 60(7):709–717
- Lacan, J. J. (1946). *Formulações sobre a causalidade psíquica*. Em: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 94-152.
- Lalonde, M. A. (1974). *New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada. (ISBN 0-662-50019-9).

- Lehmann S., Havik O. E., Havik T. & Heiervang E. R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 21;7(1):39.
- Lima, J. A., Serôdio, R. G. & Cruz, O. (2011). Pais responsáveis, filhos satisfeitos: As responsabilidades paternas no cotidiano das crianças em idade escolar. *Análise Psicológica*, 29(4), 567-578.
- Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C. & Van Horn, P. J. (2006). Child-Parent Psychotherapy: Six month follow-up of a randomized control trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 913-918.
- Macêdo, V. C. D. & Monteiro, A. R. M. (2006). Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 222-230. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200005>
- Machado, C. M. et al. (2014). Ambulatório de psiquiatria infantil: prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 16(2), 53-62.
- Madigan, S. et al. (2018). A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 57(9):645-657.e8.
- Mannoni, M. A. (1971). *A criança, sua doença e os outros*. Rio de Janeiro:Zahar.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Mckee, D. (2019). *Agora não, Bernardo*. WMF Martins Fontes: São Paulo.
- Medeiros, C. (2003). O certo, o errado e o verdadeiro: conversando com pais e mães em consulta terapêutica coletiva. Em Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Ambrósio, F. F. (Org.). *Cadernos Ser e Fazer: apresentação e materialidade*, v-, p. -.
- Merletti, C. K. I. (22 de fevereiro de 2021). A escuta de pais em grupo: uma metodologia baseada na psicanálise que propõe a parceria com os pais no tratamento institucional de crianças autistas. [Página da web]. Retirado de: <https://hypersonic2012.wordpress.com/a-escuta-de-pais-em-grupo-uma-metodologia->

baseada-na-psicanalise-que-propoe-a-parceria-com-os-pais-no-tratamento-institucional-de-criancas-autistas/

- Mesibov, G. B., Shea, V. & Schopler, E. (2004). *The Teacch Approach to Autism Spectrum Disorders*. Springer: USA.
- Merikangas K. R., He J. P., Brody D., Fisher P.W., Bourdon K. & Koretz D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 125(1):75-81.
- Mendonça, R. (2019). *Meu corpo, meu corpinho*. Matrescência: Curitiba.
- Minuchin, P. (1999). *Trabalhando dentro do sistema: habilidades de apoio à família*. Em P. Minuchin, J. Colapinto & S. Minuchin, *Trabalhando com famílias pobres* (pp. 39-69). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Motta, I. F. (2006). *Orientação de Pais: novas perspectivas no desenvolvimento de crianças e adolescentes (1a ed.)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muniz, J. R. & Eisenstein, E. (2009). Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. *Rev. bras. educ. med.* 33(1). <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000100010>
- Nelsen, J. (2015). *Disciplina positiva: o guia clássico para pais e professores que desejam ajudar as crianças a desenvolver autodisciplina, responsabilidade, cooperação e habilidades para resolver problemas*. Manole: Barueri/SP.
- Nelsen, J. (2018). *Disciplina positiva para educar os filhos: 52 estratégias para melhorar as habilidades de mães e pais*. Manole: Barueri/SP.
- Núcleo Ciência Pela Infância [NCPI]. (2014). *Estudo nº 1: O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem*. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância: São Paulo.

- Nolvi, S. et al. (2016). Maternal prenatal stress and infant emotional reactivity six months postpartum. *J Affect Disord.* 15;199:163-70.
- Oliveira L. R. F., Gastaud M. B. & Ramires V. R. R. (2016). Participação dos pais na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Rev. bras. psicoter.*;18(2):78-95
- Omigbodun O. (2008). Developing child mental health services in resource-poor countries. *Int Rev Psychiatry.* 20(3):225-35.
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>
- Organização das Nações Unidas [ONU]. (2012). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Mapa do Progresso de 2012. Nova York: Divisão de Estatística do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais.
- Osti, N. M. D. & Sei, M. B. (2016). A importância da família na clínica infantil: um ensaio teórico-clínico. *Temas em Psicologia*, 24(1), 145-157. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2016.1-10>
- Paula C. S., Duarte C. S. & Bordin I. A. (2007). Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev Bras Psiquiatria.* 29(1):11-7.
- Paula, C. S. et al. (2015). Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents from four Brazilian regions. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(2), 178-179.
- Paiva, F. S. & Ronzani, T. M. (2009). Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 177-183. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722009000100021>
- Patel, V., Flisher A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet.*; 369(9569):1302-13.
- Pesaro, M. E. et al. (2018). Grupos de pais-bebês nas creches como estratégia de promoção da saúde mental na primeira infância. *Educ. Pesqui.* 44.
- Pihlakoski L., Sourander A., Aromaa M., Rautava P., Helenius H. & Sillanpää M. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence: a

- prospective cohort study of 3-12-year-old children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 15(7):409-17.
- Polanczyk, G. V., Lamberte, M. T. M. R. & col (2012). *Psiquiatria da Infância e Adolescência: coleção pediatria - Instituto da Criança HC-FMUSP*. (1ªed). Manole: Barueri/SP.
- Polanczyk, G. V. (2009). Em busca das origens desenvolvimentais dos transtornos mentais. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(1), 6-12. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100005>
- Powell, Bert., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, R. S. (2014). *The circle of security intervention: Enhancing Attachment in early parent-child relationships*. Order from Guilford Press.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200005>
- Prizskulnik, L. (1995). A criança e a psicanálise: o "lugar" dos pais no atendimento infantil. *Psicologia USP*, 6(2), 95-102.
- Prizskulnik, L. (2002). *A criança que a psicanálise descortina: Algumas considerações*. Em D. De Rose Júnior (Org.), *Esporte e atividade física na infância e na adolescência: Uma abordagem multidisciplinar (pp. 11-23)*. Porto Alegre: ArtMed.
- Rocha T. B., Graeff-Martins A. S., Kieling C. & Rohde L. A. (2015). Provision of mental healthcare for children and adolescents: a worldwide view. *Curr Opin Psychiatry*.28(4):330-5.
- Rosemberg, M. (2006). *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. Àgora: São Paulo.
- Rosemberg, M. (2019). *Criar filhos compassivamente: Maternagem e paternagem na perspectiva da Comunicação Não Violenta*. Palas Athena: São Paulo.
- Rogers, S. J. & Dawson, G. (2009). *Early Start Denver Model for Young Children with Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement*. Guilford Publications: New York.

- Saforcada, E. (2006). *Reflexiones sobre el horizonte de la psicología en el campo de la salud colectiva*, Em E. Saforcada. (1. ed.). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de la salud* (pp. 195-251). Buenos Aires: Paidós.
- Sangioni, L. A., Patias, N. D. & Pfitscher, M. A. (2020). Psicologia e o Grupo Operativo na Atenção Básica em Saúde. *Revista da SPAGESP*, 21(2), 23-40.
- Sanders, M. R. (2008). "Triple P-Positive Parenting Program as a public health approach to strengthening parenting" (PDF). *Journal of Family Psychology*. 22 (3): 506–517. doi:10.1037/0893-3200.22.3.506
- Scippa, A. M. (2000). Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22(3), 149-150. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000300012>
- Schmitz, M., Polanczyk, G. V. & Rohde, L. A. P. (2007). TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (Suppl. 1), 25-29.
- Siqueira, Melo & Morais (2019). Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. *Rev. Enferm. UFSM - REUFSM*. 9 (58), 1-18. doi: 10.5902/2179769233495.
- Seldin, T. (2018). *Método Montessori na educação dos filhos*. (2. ed.). São Paulo: Manole.
- Soares, M., Souza, S. & Marinho, M. (2004). Envolvimento dos pais: incentivo à habilidade de estudo em crianças. *Estudos De Psicologia (campinas)*. 21. 10.1590/S0103-166X2004000300009.
- Silva, A. T. B. & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: Uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia*, 7 (2), 227-235.
- Silva, N. C. B, Nunes, C. C, Betti, M. C. M, & Rios, K. S. A. (2010). Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. *Temas em Psicologia*, 16 (2), 215- 229. São Paulo.
- Slade A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attach Hum Dev*. 7(3):269-81. doi: 10.1080/14616730500245906.

- Santos, E. (2019). *Educação não-violenta*. Paz & Terra: São Paulo.
- Souza, J. A., Abade, F., Silva, P. M. C. & Furtado, E. F. (2011). Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(6), 254-259. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600007>
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia (Ministério da Saúde, trad.). Brasília-DF: UNESCO (Obra original publicada em 1998).
- Svanberg P. O., Mennet L. & Spieker, S. (2010). Promoting a secure attachment: A primary prevention practice model. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 15(3):363-78. doi: 10.1177/1359104510367584.
- Steele, H. et al. (2019). Randomized control trial report on the effectiveness of Group Attachment-Based Intervention (GABI©): Improvements in the parent-child relationship not seen in the control group. *Development and Psychopathology*, 31(1), 203–217. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001621>
- Tanaka, O. Y. & Lauridsen-Ribeiro, Edith. (2006). Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1845-1853. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000900015>
- Teperman, D. (2020). *Parentalidade para todos, não sem a família de cada um*. Em D. Teperman, T. Garrafa & V. Iaconelli (1. ed.), *Parentalidade (pp. 89-105)*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Thiengo, D. L., Cavalcante, M. T. & Lovisi, G. M. (2014). Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J. bras. psiquiatr.* 63(4). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>.
- Tozze, K. F., & Bolsoni-Silva, A. T. (2017). Intervenções em grupo com pais de adolescentes com problemas de comportamento internalizante. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, (Unesp – Bauru), 19 (4), 6-24. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i4.1091>
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações

Interface- Comunicação, Saúde e Educação, 13, 151–164. doi: org/10.1590/S141432832009000100013

- Wade, C., Llewellyn, G. & Matthews, J. (2008). Review of Parent Training Interventions for Parents with Intellectual Disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 21. 351 - 366. 10.1111/j.1468-3148.2008.00449.x.
- Wagner, A. (2003). *A família e a tarefa de educar: Algumas reflexões a respeito das famílias tradicionais frente a demandas modernas*. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas*. (pp. 27-33). São Paulo: Loyola.
- Weaver I. C. et. al. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*. 7(8):847-54. doi: 10.1038/nm1276.
- Weber, L. (2019). *Programa de qualidade na interação familiar: manual para facilitadores*. Curitiba: Juruá.
- Werner, E. E. (2004). Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. *Pediatrics*. 114(2):492.
- Webster-Stratton, C. (2019). *The Incredible Years (R): Trouble Shooting Guide for Parents of Children Aged 3-8 Years*. The Incredible Years: USA.
- Winnicott, D. W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Imago: Rio de Janeiro.
- Winnicott, D. W. (1989). *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (1990). *Os objetivos do tratamento psicanalítico*. Em D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação* (pp 152-155). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1993). *Conversando com os pais*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2019a). *Apoio aos pais normais*. Em D. W. Winnicott (6. ed.), *A criança e o seu mundo* (pp. 196-199). Rio de Janeiro: LTC.
- Winnicott, D. W. (2019b). *O brincar e a realidade*. São Paulo: Ubu Editora.
- Woodhouse, S. S. (2018). Attachment-based interventions for families with young children. *J Clin Psychol*. 74(8):1296-1299. doi: 10.1002/jclp.22640.

World Health Organization [WHO]. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: Switzerland.

World Health Organization [WHO]. (2005). *Mental Health Policy Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: Switzerland.

Yu, M. & Stiffman, A. R. (2010). Addictive Behaviors Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indian adolescents. *Addictive Behaviors*. 35(7), 694-699.

Zanetti, S. A. S. & Gomes, I. C. (2014). Relação entre funções parentais e o comportamento de crianças pré-escolares. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 1-20.

Zeanah C. H. & Gleason M. M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 56(3):207-22. doi: 10.1111/jcpp.12347